



Prévention de la transmission des agents infectieux

Conduite à tenir en cas d'AES..... p **143**

Décolonisation des patients porteurs, colonisés
ou infectés par des bactéries multirésistantes..... p **145**

Liste des maladies à déclaration obligatoire p **148**

CONDUITE À TENIR EN CAS D'EXPOSITION PROFESSIONNELLE ACCIDENTELLE À DU SANG OU À UN LIQUIDE BIOLOGIQUE CONTENANT DU SANG - 1

La circulaire DGS/RI 2/DHOS/DGT/DSS/2008/91 du 13 mars 2008, codifie les grandes lignes de la conduite à tenir face à de telles situations. Elle abroge la circulaire DGS/DHOS/DRT n° 2003/165 datée du 02 avril 2003 relative à la conduite à tenir après Accidents avec Exposition au Sang.

Cette circulaire contient un outil d'aide à la quantification du risque de contamination en fonction de la situation décrite par la personne exposée et d'aide à la décision de mise en route d'un traitement prophylactique dont les principaux points sont résumés dans les fiches présentées ci-après.

Il appartenait aux COREVIH, aux services prescripteurs et aux pharmacies hospitalières de se concerter localement pour définir le contenu des kits d'antirétroviraux qui sont mis à la disposition des prescripteurs assurant l'accueil des personnes exposées.

La composition du Kit peut varier au cours du temps. Sa composition peut être connue en s'adressant au service de Maladies Infectieuses et Tropicales du CHU de Nancy, service référent régional (03 83 15 40 97).

En tout état de cause, ces procédures destinées à agir en aval d'un accident ou d'une défaillance de prévention ne doivent pas faire oublier les actions de prévention existantes. Une consultation post-accident doit toujours être l'occasion d'une information destinée à prévenir la répétition de l'exposition.

1 Premiers soins à faire immédiatement

Piqûres, blessures

- nettoyage immédiat avec de l'eau et du savon puis rinçage.
- désinfection : eau de Javel à 0,9° Cl ou alcool à 70° pendant 5 minutes.

Projections sur muqueuses et yeux

- rinçage abondant à l'eau et au sérum physiologique pendant 5 minutes.

Contact direct sur peau lésée

- nettoyage immédiat avec de l'eau et du savon, puis rinçage.
- désinfection : eau de Javel à 0,9° Cl, Dakin ou alcool à 70° pendant 5 minutes.

2 Se rendre au service d'accueil des urgences dans l'heure qui suit l'accident

Pour évaluer le risque de contamination :

- recherche du statut sérologique et clinique du patient source (VHB, VHC, VIH).
- profondeur de la blessure.
- objet en cause : souillé de sang ou aiguille creuse contenant du sang.

Pour avis du médecin référent en vue d'un traitement post-exposition (TPE)(délai < 4 h)

Pour débiter le suivi sérologique de la victime :

• VIH

Premier prélèvement dans les 8 jours, puis suivi programmé pendant 3 à 4 mois selon qu'un TPE aura ou non été prescrit.

• Hépatite B

Vérification de l'immunité (taux Ac HBs).

Vaccin et/ou immunoglobulines spécifiques dans les 72h.

• Hépatite C

Sérologie et transaminases.

3 Déclaration de l'accident au plus tard dans les 48 h

Nécessaire à la reconnaissance de l'accident de travail et à la prise en charge de ses éventuelles conséquences.



CONDUITE À TENIR EN CAS D'EXPOSITION PROFESSIONNELLE ACCIDENTELLE À DU SANG OU À UN LIQUIDE BIOLOGIQUE CONTENANT DU SANG - 2

Avant qu'un traitement antirétroviral ne soit éventuellement proposé à la personne exposée, une information devra lui être donnée sur les risques d'échecs et d'effets secondaires potentiels et sur la nécessité de se soumettre à un suivi spécialisé.

ÉLÉMENTS À RECUEILLIR LORS DE LA PREMIÈRE CONSULTATION ET DEVANT PERMETTRE UNE QUANTIFICATION DU RISQUE DE CONTAMINATION :

Quel délai sépare l'exposition et la consultation ?

Les sérologies VIH, VHB et VHC du patient source sont-elles connues ?

A défaut, est-il possible de réaliser ces sérologies chez le patient source ?

Quelle fut la nature de l'exposition motivant cette consultation :

- blessure avec une aiguille creuse (AC) contenant du sang ?
- blessure avec une aiguille creuse ne contenant pas de sang ?
- blessure avec une aiguille pleine ou un objet contondant (OC) ?
- projection cutanéomuqueuse (Proj.) ?

PRISE EN CHARGE IMMÉDIATE :

Déclaration de l'accident, certificat médical initial, et sérologie VIH.

1 VIS-À-VIS DE L'HÉPATITE B

Normalement, tous les professionnels de santé sont vaccinés contre l'hépatite B. S'il n'y a pas de preuve de cette vaccination et de son efficacité, un dosage des Ac antiHBs sera réalisé. S'il est inférieur à 10 UI/ml, une injection vaccinale sera réalisée dans les 72h suivant l'exposition. Si la victime est connue comme étant non répondeuse à la vaccination anti-hépatite B (une vaccination préalable bien conduite n'a jamais permis d'obtenir un taux d'anticorps anti-HBs supérieur à 10 UI/ml), une injection de 0.06 à 0.07 ml/kg de gammaglobulines anti-HBs sera réalisée.

2 VIS-À-VIS DE L'HÉPATITE C

Si le patient source est virémique pour le VHC ou si son statut sérologique reste inconnu :

- réalisation d'une sérologie VHC et dosage des ALAT chez la personne exposée.
- rendez-vous auprès d'un référent pour mise en place d'un suivi (PCR).

3 VIS-À-VIS DU VIH

Bilan à réaliser avant toute prescription lorsque la mise en route d'un traitement antirétroviral est décidée :

NFS-plaquettes, ALAT, créatinine + DIG.

Si un traitement est prescrit :

- il doit être donné le plus tôt possible (dans les 4 premières heures) et au plus tard avant la 48^{ème} heure,
- il est délivré pour 48 heures,
- un rendez-vous auprès d'un référent doit être réalisé avant la 48^{ème} heure suivant la prescription pour déterminer si ce traitement doit être poursuivi, interrompu ou modifié (durée maximum 28 jours).

PROPHYLAXIE POST EXPOSITION VIS-À-VIS DU VIH : CRITÈRES DE DÉCISION

Risque et nature de l'exposition	Statut VIH du patient source	
	POSITIF*	INCONNU
Important : piqûre profonde, aiguille creuse de gros calibre, dispositif IV	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie recommandée
Intermédiaire : coupure avec bistouri, piqûre avec aiguille IM ou sous-cutanée, aiguille pleine, exposition cutanéomuqueuse (avec temps de contact > 15 mn), morsure profonde avec saignement ET exposition < 48 h	Prophylaxie recommandée ¹	Prophylaxie non recommandée
Minime : contact sur peau intacte avec quelques gouttes de sang sur muqueuse ou peau lésée avec un autre liquide biologique (salive, urines...), piqûre avec seringue abandonnée Morsure légère ou griffure, crachat	Prophylaxie non recommandée ¹	Prophylaxie non recommandée

* Si le patient source est connu comme infecté par le VIH

un médecin référent sera systématiquement et immédiatement contacté quelque soit la nature de l'exposition.

Dans tous les cas, un contact devra être pris dès que possible, avec la Médecine du Travail dont dépend l'agent victime d'un AES.

¹ : si patient source suivi, charge virale "ancienne" indétectable, contrôlée indétectable à J0 ; arrêt H48/96

PATIENTS PORTEURS, COLONISÉS OU INFECTÉS PAR DES BACTÉRIES MULTIRÉSISTANTES

QUELQUES DÉFINITIONS

Résistance naturelle : se dit d'une résistance à un antibiotique constatée chez toutes les bactéries de l'espèce considérée (résistance à l'état sauvage) : ex : résistance à l'ampicilline chez *Klebsiella spp.*

Résistance acquise : se dit d'une résistance à un antibiotique constatée chez une souche d'une espèce bactérienne habituellement sensible : ex : résistance à l'ampicilline chez *E. coli*.

Bactérie multirésistante : Terme utilisé lorsqu'une souche bactérienne présente plusieurs résistances à plusieurs antibiotiques auxquels cette espèce bactérienne est habituellement sensible. Elle nécessite la mise en place de mesures complémentaires d'hygiène et c'est un indicateur de l'évolution des résistances = germe cible. Ex : *Staphylococcus aureus* résistant à la pénicilline, à la méticilline, aux fluoroquinolones, et aux aminosides (hors gentamicine et nétromycine).

Les bactéries multirésistantes les plus fréquemment rencontrées sont :

Staphylococcus aureus Résistants à la Métilcilline (SAMR)

Entérobactéries avec céphalosporinase déréprimée

Entérobactéries exprimant une BétaLactamase à Spectre Elargi (BLSE)

Entérobactéries produisant une carbapénémase

Pseudomonas aeruginosa résistant à la ticarcilline, à la ceftazidime, à l'imipénème, voire uniquement sensible à la colistine

Entérocoques résistants aux glycopeptides

Par analogie, certaines bactéries naturellement résistantes à un grand nombre d'antibiotiques sont considérées comme bactéries cibles :

Stenotrophomonas maltophilia

Burkholderia cepacia

Acinetobacter spp

Portage : présence d'une bactérie multirésistante en un site anatomique où la présence d'une bactérie de la même espèce sensible est relativement habituelle. Ex : SAMR au niveau des fosses nasales.

Colonisation : présence d'une bactérie multirésistante en un site anatomique où la présence d'une bactérie de la même espèce sensible est inhabituelle. Ex : SAMR au niveau d'une plaie opératoire

Infection à bactéries multirésistantes : infection cliniquement patente due à une bactérie multirésistante.

Infection nosocomiale : infection acquise en milieu de soins (déclarée au moins 48h après l'hospitalisation)

Infection iatrogène : infection consécutive à un acte (diagnostique, thérapeutique...).

Ces 3 dernières notions sont indépendantes !!!!

PRÉLÈVEMENTS À RÉALISER À LA RECHERCHE D'UN PORTAGE OU D'UNE COLONISATION À BACTÉRIES MULTIRÉSISTANTES

BACTERIES RECHERCHÉES	ECOUVILLONNAGE
SAMR	2 narines Chacune des plaies éventuelles (plaie opératoire, escarre, ulcère...).
Entérobactéries BLSE (à préciser sur la demande bactériologique)	Rectal

PRISE EN CHARGE D'UN PORTAGE OU D'UNE COLONISATION À BACTÉRIES MULTIRÉSISTANTES

Précautions complémentaires contacts (cf document de la SFHH :

« Prévention de la transmission croisée : précautions complémentaires contact ». Consensus formalisé d'experts. Avril 2009. www.sfh.net, onglet « publications, rubrique recommandations »)

CIBLES BACTERIENNES	MOYEN DE DECOLONISATION
SAMR	Mupirocine en décontamination nasale En association avec savon antiseptique pour la toilette du patient. Durée : 5 jours.
Entérobactéries BLSE (à préciser sur la demande bactériologique)	Décolonisation non recommandée, même avec des antibiotiques non absorbables. Pas de traitement antibiotique systémique d'une bactériurie asymptomatique à BLSE.

ANNEXE

LISTE DES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE

**Liste des maladies infectieuses faisant l'objet
d'une transmission obligatoire
de données individuelles à l'ARS**

- botulisme ;
- brucellose ;
- charbon ;
- chikungunya ;
- choléra ;
- dengue ;
- diphtérie ;
- fièvres hémorragiques africaines ;
- fièvre jaune ;
- fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes ;
- hépatite A aiguë ;
- infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B ;
- infection par le virus de l'immunodéficience humaine quel qu'en soit le stade ;
- légionellose ;
- listériose ;
- infection invasive à méningocoque ;
- orthopoxviroses dont la variole ;
- paludisme autochtone ;
- paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer ;
- peste ;
- poliomyélite ;
- rage ;
- rougeole ;
- suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines quel qu'en soit le stade ;
- tétanos ;
- toxi-infection alimentaire collective ;
- tuberculose (à déclarer dès lors qu'un traitement anti-tuberculeux est débuté, même si la tuberculose n'est pas prouvée sur le plan microbiologique) ;
- tularémie ;
- typhus exanthématique.

Tout praticien posant l'un des diagnostics précédents doit en faire la déclaration auprès de l'ARS au moyen de formulaires spécifiques qu'il peut obtenir auprès du service de Maladies infectieuses et tropicales (53536 ou 54097) ou auprès du service d'Hygiène hospitalière (53473).