

Circulaire DGS/VS 2/DH/DRT n° 99-680 du 8 décembre 1999 relative aux recommandations à mettre en œuvre devant un risque de transmission du VHB et du VHC par le sang et les liquides biologiques

Messieurs les directeurs d'ARH; Mesdames et Messieurs les préfets de département (direction départementale des affaires sanitaires et sociales pour diffusion aux établissements de santé).

Les accidents avec exposition au sang et autres liquides biologiques (AES) en milieu de soins restent encore fréquents et leur prévention doit rester l'objectif prioritaire dans les établissements de soins et de prévention. Tout liquide biologique est potentiellement infectant. Devant tout accident d'exposition au sang, la transmission possible de tout virus doit être envisagée. La surveillance biologique de la personne exposée ainsi qu'une prophylaxie ou un traitement précoce (dès lors qu'ils sont éprouvés) doivent être mis en œuvre sans retard.

La présente circulaire a pour objet de rappeler l'importance des mesures de prévention des accidents avec exposition au sang et autres liquides biologiques (AES) et de préciser les recommandations à mettre en œuvre après exposition au risque de transmission par le sang du VHC et du VHB. Un recueil de données sur les AES doit être mis en place dans chaque établissement afin, d'une part, d'identifier les circonstances de survenue et de mettre en place, en tant que de besoin, des actions correctrices et, d'autre part, de faciliter le suivi de la personne exposée.

Les recommandations concernant la surveillance et la prophylaxie après un AES au VHC ou au VHB sont issues des travaux du groupe « hépatites » de la section des maladies transmissibles du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF). Cette circulaire complète et modifie en partie la circulaire n° 98-228 du 9 avril 1998 relative aux recommandations de mise en œuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH.

Il appartient aux services déconcentrés

- de diffuser la présente circulaire auprès de l'ensemble des établissements de soins et de prévention publics et privés, concernés par la prise en charge des situations d'exposition au risque de transmission du VHC et VHB
- de s'assurer que l'organisation mise en place localement permet, une prise en charge adaptée.

Il appartient aux établissements de soins et de prévention publics et privés

- de diffuser la présente circulaire auprès:
 - des services concernés par le dispositif local d'accueil et de prise en charge décrit dans la circulaire n° 98-228 du 9 avril 1998;
 - des pôles de référence hépatite C ou du service de référence prenant en charge les infections virales qui ont un rôle d'expertise et de conseil sur les contaminations par les virus des hépatites et qui doivent s'associer à ce dispositif;
 - d'intégrer la dimension «hépatite» dans le dispositif local d'accueil et de prise en charge des AES tel que le prévoit la circulaire du 9 avril 1998, avec le soutien des pôles de référence pour le VHC ou les services référents en hépato-gastro-entérologie; .
- de coordonner la surveillance et les actions de prévention à mettre en œuvre entre les services de médecine du travail et de prévention et le CLIN

Date d'application: immédiate.

Références:

Article L. 10 du code de la santé publique;

Décret n° 94-352 du 4 mai 1994 relatif à la protection des travailleurs contre les risques résultant

de leur exposition à des agents biologiques;

Arrêté du 26 avril 1999 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L. 10;

Circulaire n° 98-228 du 9 avril 1998 relative aux recommandations de

mise en œuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH;

Circulaire n° 98-249 du 20 avril 1998 relative à la prévention de la transmission d'agents

Infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé;

Avis du 16 avril 1999 du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, section des maladies transmissibles, concernant le calendrier vaccinal;

Avis du 29 juin 1999 du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, section des maladies transmissibles, concernant le risque de transmission des hépatites par AES

Textes abrogés ou modifiés: le paragraphe III, 1, 2' alinéa et les annexes correspondant aux protocoles de prise en charge et de suivi, incluant la conduite à tenir vis-à-vis des risques liés à la transmission par le sang des virus VHB et VHC, de la circulaire n° 98-228 du 9 avril 1998 relative aux recommandations de mise en œuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH.

La ministre de l'emploi et de la solidarité et la secrétaire d'État à la santé et à l'action sociale à Madame et Messieurs les préfets de région (direction régionale des affaires sanitaires et sociales); Mesdames et messieurs les directeurs d'ARH, Mesdames et Messieurs les préfets de département (direction départementale des affaires sanitaires et sociales pour diffusion aux établissements de santé).

Les accidents avec exposition au sang et autres liquides biologiques (AES) en milieu de soins restent encore fréquents et leur prévention doit rester l'objectif prioritaire dans les établissements de soins et de prévention. Tout liquide biologique est potentiellement infectant. Devant tout accident d'exposition au sang, la transmission possible de tout virus doit être envisagée. La surveillance biologique de la personne exposée ainsi qu'une prophylaxie ou un traitement précoce (dès lors qu'ils sont éprouvés) doivent être mis en œuvre sans retard.

La présente circulaire a pour objet de rappeler l'importance des mesures de prévention des accidents avec exposition au sang et autres liquides biologiques (AES) et de préciser les recommandations à mettre en œuvre après exposition au risque de transmission par le sang du VHC et du VHB. Un recueil de données sur les AES doit être mis en place dans chaque établissement afin, d'une part, d'identifier les circonstances de survenue et de mettre en place, en tant que de besoin, des actions correctrices et, d'autre part, de faciliter le suivi de la personne exposée.

Les recommandations concernant la surveillance et la prophylaxie après un AES au VHC ou au VHB sont issues des travaux du groupe " hépatites " de la section des maladies transmissibles du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF). Cette circulaire complète et modifie en partie la circulaire n° 98-228 du 9 avril 1998 relative aux recommandations de mise en œuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH.

Il appartient aux services déconcentrés

— de diffuser la présente circulaire auprès de l'ensemble des établissements de soins et de prévention publics et privés, concernés par la prise en charge des situations d'exposition au risque de transmission du VHC et VHB;

— de s'assurer que l'organisation mise en place localement permet, une prise en charge adaptée.

Il appartient aux établissements de soins et de prévention publics et privés:

— de diffuser la présente circulaire auprès:

- des services concernés par le dispositif local d'accueil et de prise en charge décrit dans la circulaire n° 98-228 du 9 avril 1998;

- des pôles de référence hépatite C ou du service de référence prenant en charge les infections virales qui ont un rôle. d'expertise et de conseil sur les contaminations par les virus des hépatites et qui doivent s'associer à ce dispositif;
- d'intégrer la dimension "hépatite" dans le dispositif local' d'accueil et de prise en charge des AES tel que le prévoit la circulaire .du 9 avril 1998, avec le soutien des pôles de référence pour le VHC ou les services référents en hépato-gastro-entérologie; .
- de coordonner la surveillance et les actions de prévention à mettre en œuvre entre les services de médecine du travail et de prévention et le CLIN;
- d'élaborer des outils de liaison entre les différents acteurs;
- de favoriser l'information et la formation sur la prévention et la prise en charge des AES.

En outre, lors des visites que vous êtes amenés à effectuer dans un établissement, je vous demande de vérifier la mise en œuvre de ces mesures et de me faire part des difficultés éventuelles d'application de la présente circulaire.

1. - LES MESURES COMMUNES AUX ACCIDENTS D'EXPOSITION AU SANG

1. Rappel des principes fondamentaux de la prévention des AES

La stratégie de prévention des accidents d'exposition au sang et aux liquides biologiques doit être intégrée dans une démarche d'amélioration de l'organisation des conditions du travail, en prenant en compte l'impact des mesures préconisées pour la sécurité des patients. Cette stratégie repose principalement sur :

- La vaccination du personnel exposé : la vaccination contre l'hépatite B est obligatoire par la loi du 18 janvier 1991 (art. L. 10 du CSP et arrêté du 26 avril 1999). Elle concerne toute personne qui, dans, un établissement de soins ou de prévention, exerce une activité l'exposant au sang et aux liquides biologiques soit directement, soit indirectement. Cette obligation doit être rappelée à l'ensemble du personnel, notamment au personnel médical dont la couverture vaccinale reste insuffisante, ainsi qu'à l'employeur selon les dispositions de l'article R. 231-63-2 du code du travail.

Les résultats des marqueurs sérologiques du VHB réalisés au. cours d'un contrôle post vaccinal pour le VHB ou après un AES doivent être conservés dans le dossier médical du médecin du travail et doivent être remis au soignant afin qu'il puisse s'y référer et les produire en cas d'AES. En effet, la constatation d'un taux résiduel d'anticorps anti- HBs ≥ 10 UI/l est un élément déterminant pour la conduite à tenir;

- le respect des précautions générales d'hygiène;
- l'utilisation rationnelle de matériel adapté;
- l'information et la formation du personnel,
- l'évaluation des actions entreprises.

2. La conduite à tenir concernant le nettoyage de la plaie

Après contact avec du sang ou des liquides biologiques, des soins locaux doivent être immédiatement effectués. Ils sont décrits par ailleurs dans la circulaire du 9 avril 1998 (annexe II), aux alinéas 1 A et 1 B ,

- après piqure ou blessure cutanée, nettoyer immédiatement, la plaie à l'eau courante et au savon, rincer, puis réaliser l'antisepsie avec un dérivé chloré stable ou fraîchement préparé (soluté de Dakin, ou éventuellement eau de javel à 12° chlorométrique diluée à 1/10), en assurant un temps de contact d'au moins cinq minutes;

- en cas de projection sur les muqueuses, en particulier au niveau de la conjonctive, rincer abondamment, de préférence au soluté physiologique ou sinon à l'eau au moins cinq minutes.

3. Déclaration de l'accident

En dehors de la déclaration obligatoire d'accident du travail qui a pour objectif l'accès aux droits de protection sociale, dans chaque structure de soins et de prévention l'AES doit être enregistré par le service de médecine du travail. Une fiche élaborée par le groupe d'étude sur le risque d'exposition au sang (GERES) est reproduite dans l'annexe 1 de la circulaire et peut être utilisée. Cette fiche est indispensable pour identifier les circonstances de survenue, déterminer les actions de prévention à mettre en place.

4. Le référent médical

Le référent VIH désigné, conformément aux recommandations sur la mise en place d'un dispositif local d'accueil et de prise en charge des personnes ayant un accident d'exposition au sang (cf. la circulaire du 9 avril 1998), doit prendre en compte le risque de transmission du virus des hépatites.

5. Recherche du statut sérologique du sujet source

La connaissance du statut sérologique du sujet source est un élément déterminant de l'évaluation du risque pour la personne exposée. Si le statut sérologique de la personne source n'est pas connu, il est indispensable d'essayer de le rechercher, ce qui nécessite l'accord de la personne; En cas d'impossibilité ou de refus, le sujet source sera considéré comme potentiellement infecté.

6. La surveillance biologique

Les recommandations de surveillance après un AES, en fonction du statut du sujet source et de celui du sujet exposé, sont regroupées dans l'annexe II. Le rythme des examens biologiques de suivi proposés pour le VHB et le VHC coïncident avec ceux proposés pour le suivi vis-à-vis du VIH. Les résultats seront transmis à l'InVS par l'intermédiaire des questionnaires du dossier d'aide à la décision de la prise en charge d'une exposition récente au VIH.

7. Piqûre accidentelle avec une aiguille souillée ou usagée, en dehors du milieu de soins ou lors du partage de matériel de prise de drogue.

Pour ces cas particuliers, les conseils de soins locaux préconisés pour les AES (annexe II de la circulaire du 9 avril 1998) doivent être appliqués et un suivi, similaire à celui décrit dans cette circulaire, doit être proposé.

II EXPOSITION AUX VIRUS.

Les virus se retrouvent dans le sang et ses constituants, et dans tous liquides biologiques contenant du sang. Il n'y a pas de virus dans les autres liquides biologiques non contaminés par du sang (selles, urines, sécrétions rhino-pharyngées, expectorations, sueur, larmes, vomissements lait maternel), ou celui-ci n'y est présent qu'à très faibles concentrations.

La charge virale circulante est parfois considérable chez le sujet source ce qui rend très élevé le risque de transmission virale.

I. Exposition au VHB

Il est présent dans le sperme, les sécrétions vaginales et peut être retrouvé dans certains liquides biologiques (céphalo-rachidien, synovial, pleural, péritonéal, péricardique, amniotique), les tissus et la salive.

En milieu de soins, la gestion d'un risque d'exposition au VHB devrait être une situation exceptionnelle, compte tenu de l'obligation vaccinale. Il est rappelé que le respect de cette vaccination doit être contrôlé par le directeur de l'établissement de soins ou de prévention. La présence d'anticorps, anti-HBs est la garantie d'une immunisation durable. Il est donc

indispensable que la preuve de l'immunisation, quelle que soit l'occasion du dépistage (accident, contrôle post vaccinal), soit remise au soignant afin, qu'il puisse s'y référer et la produire en cas d'AES, en même temps qu'elle est gardée dans le dossier de médecine du travail.

2. Exposition au VHC

Il n'y a pas de virus ou celui-ci n'y est présent qu'à très faibles concentrations, dans la salive, le sperme et les sécrétions vaginales, de même que dans les autres liquides biologiques non contaminés par du sang.

III - ÉVALUATION DU RISQUE

Deux facteurs principaux déterminent a priori le risque de contamination:
les statuts du sujet source et les statuts du sujet exposé au risque vis-à-vis du VHB et VHC.

1. En fonction du statut sérologique du sujet source

1.1. En fonction du statut sérologique du sujet source VHB

La connaissance du statut sérologique du sujet source est nécessaire si le sujet exposé est non vacciné, vacciné non répondeur et si il a des antécédents d'hépatite B ou une vaccination mal documentés.

L'antigène HBs n'est pas détectable.

Hormis les cas exceptionnels exposés ci-après, le risque d'infection de la personne exposée doit être considéré comme nul. Si le sujet source est un usager de drogue par voie intraveineuse (UDIV) ou une personne ayant des comportements sexuels à risque, il peut, du fait d'une contamination récente, être en phase d'incubation. Le virus peut être présent dans le sang avant que l'antigène HBs ne soit détectable.

Au total, lorsque le sujet source n'a pas, d'antigène HBs et qu'il n'appartient pas à une population ayant des comportements à risques, la surveillance de la personne exposée n'est pas nécessaire

Le sujet est porteur de l'antigène HBs.

Seuls les patients porteurs de l'antigène HBs circulant sont potentiellement contagieux.

Statut du sujet source vis-à-vis de l'antigène HBs non étudiable.

Dans les cas où le statut du sujet source vis-à-vis du VHB ne peut être connu ou obtenu rapidement, il convient de considérer ce sujet comme porteur du virus (cf. tableau I).

1.2. En fonction du statut sérologique du sujet source VHC

La connaissance du statut sérologique du sujet source est toujours nécessaire.

Des anticorps anti-VHC ne sont pas détectables.

Le risque d'infection de la personne exposée doit être considéré comme nul, car du virus circulant n'est en principe pas retrouvé chez les sujets dépourvus d'anticorps anti-VHC circulants (détectable par les tests de 3^e génération). Cependant, deux circonstances sont à considérer:

- le sujet source est un usager de drogue par voie intraveineuse (UDIV):

dans ce cas, à la suite d'une contamination récente, il peut être en phase d'incubation, le virus peut être présent dans la circulation avant que les anticorps ne soient apparus (délai de 1 à 3 mois);

- le sujet source est immunodéprimé notamment chez les dialysés chroniques ou les transplantés:

dans ce cas, les anticorps ne sont pas synthétisés mais le virus peut être présent dans la circulation. Dans ces deux cas une recherche de l'ARN viral circulant chez le sujet source permettra de préciser le risque d'infection du sujet exposé. Ce risque est considéré comme nul lorsque la sérologie et la PCR sont négatives..

Au total, lorsque le sujet source n'a pas d'anticorps anti-VHC et qu'il n'est pas usager de drogue par voie intraveineuse ou immunodéprimé, la surveillance de la personne exposée n'est pas nécessaire.

Des anticorps anti-VHC sont anciennement connus ou viennent d'être détectés chez le sujet source et l'on dispose des résultats de la recherche d'ARN du VHC.

Lorsque l'ARN viral est détectable dans le sérum du sujet source, il est estimé que le risque d'infection par le VHC est compris entre 0 et 7 %, avec un risque moyen de 1,8 %. Ce risque est environ dix fois inférieur au risque d'infection par le virus de l'hépatite B et deux fois supérieur au risque d'infection par le VIH. La personne exposée doit être mise sous surveillance (cf. figure II). Statut du sujet source vis-à-vis du VHC non étudiable.

Les données virologiques et sérologiques précédemment envisagées ne peuvent pas toujours être obtenues soit du fait d'un refus d'examen, complémentaire par le sujet source, soit du fait d'une exposition à du matériel dont l'origine ne peut être précisée. Dans ce cas, il est impossible d'exclure un risque de contamination, le sujet source doit être considéré comme porteur du virus (cf. tableau II)

Lorsque l'ARN viral est négatif, le risque de transmission est extrêmement faible, voire nul.

Cas particulier d'une co-infection VIH-VHC du sujet source

Dans ce cas, compte tenu du retard possible de l'apparition des anticorps, le suivi sérologique du sujet exposé doit être envisagé sur une année.

2. En fonction du statut sérologique du sujet exposé

2.1 En fonction du statut sérologique du sujet exposé VHB

Le sujet exposé au risque d'infection a été infecté par le virus de l'hépatite B mais est guéri de l'infection,

Les anticorps anti-HBs ≥ 10 UI/ml et anti-HBc ont été mis en évidence dans le sérum. Le sujet est protégé, il ne court pas de risque de réinfection. Une surveillance particulière n'est donc pas nécessaire.

Le sujet exposé au risque d'infection s'est vacciné contre le VHB.

Deux cas de figure doivent être envisagés:

- une recherche post vaccinale d'anticorps anti-HBs, même ancienne, est documentée et ≥ 10 UI/l. Dans ce cas, le sujet est considéré comme immunisé, même si le rappel n'a pas été effectué. Le contrôle des Ac anti-HBs à l'occasion de l'exposition n'est pas nécessaire;

- il n'y a pas eu de recherche d'anticorps anti-HBs: le risque de contamination est possible mais faible, (par absence, ou par insuffisance de réponse à la vaccination antérieure). L'appréciation de risque est fondée sur les facteurs de non-réponse à la vaccination du sujet exposé (âge supérieur à 25 ans lors de la vaccination, sexe masculin, tabagisme, alcoolisme, obésité). La recherche des Ac anti-HBs à l'occasion de l'exposition est nécessaire:

a) L'étude sérologique effectuée à l'occasion de l'exposition au risque d'infection met en évidence des anticorps anti-HBs. (taux ≥ 10 UI/l). Le risque de contamination est nul;

b) L'étude sérologique effectuée à l'occasion de l'exposition au risque d'infection ne permet pas de détecter des anticorps anti HBs (taux < 10 UI/l). Il n'est pas possible de distinguer la situation de non-réponse à la vaccination de celle d'une diminution du taux des anticorps sériques au-dessous du seuil de détection, sans perte de la protection

Dans le doute, le sujet doit, être considéré comme non protégé.

Le sujet exposé n'a pas été vacciné, la vaccination a été incomplète, ou est incertaine.

Le risque d'infection du sujet exposé dépend du statut vis-à-vis du VHB du sujet source:

- l'antigène HBs n'est pas détectable dans le sérum du sujet source: le risque de transmission est nul;
- l'antigène HBs est détectable dans le sérum du sujet source la contamination est possible;
- l'antigène HBs ne peut être cherché dans le sérum du sujet source: la contamination ne peut pas être écartée; elle est donc considérée comme possible.

Le sujet exposé au risque d'infection est porteur chronique du VHB.

L'antigène HBs est détectable dans le sérum.

Si ce portage chronique du VHB est découvert à l'occasion de l'AES, ou que le sujet exposé n'a jamais été suivi, il convient de l'adresser dans un service spécialisé. Le risque encouru est la surinfection par le virus delta.

2.2 En fonction du statut sérologique du sujet exposé VHC

Le sujet exposé au risque d'infection est infecté par le VHC.

Lors de la sérologie à J0, s'il est porteur d'anticorps anti-VHC et que cet état n'est pas connu, ou connu mais non pris en 'charge, il doit être adressé dans un service spécialisé, quel que soit le statut du sujet source.

Le sujet exposé n'est pas porteur d'anticorps anti-VHC.

Le risque de transmission dépend du statut VHC du sujet source.

Tableau: Appréciation du risque de transmission en fonction des *antécédents* du sujet exposé et du statut du sujet source.

Tableau 1. En fonction du statut VHB du sujet source

STATUT VHB du sujet expose (*)	SUJET SOURCE Ag HBs négatif	SUJET SOURCE Ag HSs présent ou inconnu
Antécédents d'hépatite B suivi de guérison prouvée, Ac anti-HBs présents.	Risque de transmission nul.	Risque de contamination nul
Vacciné et répondeur, Ac anti-HBs ≥ 10 UI/l	Risque de transmission nul.	Risque de contamination nul
Vacciné et non répondeur < 10 UI/l.	Risque de transmission nul.	Contamination possible.
Antécédents d'hépatite B ou vaccination mal documentées.	Risque de transmission nul.	Contamination possible.
Non vacciné, pas d'antécédent d'hépatite B.	Risque de transmission nul.	Contamination possible.
Porteur chronique de l'Ac HBs.	Cas particulier à prendre en charge en service spécialisé.	

(*) En absence de réponse post-vaccinale, il est nécessaire de pouvoir disposer le plus rapidement possible, en moins de 48 heures, des résultats anti-HBs et anti-HBc afin de classer le sujet exposé dans une des catégories pour lequel le risque peut être apprécié.

(**) L'âge au moment de la vaccination et la connaissance d'éventuels facteurs de risque de non-réponse au vaccin seront utiles dans l'appréciation du risque.

Tableau II. – En fonction du statut VHC du sujet source

STATUT VHC	SUJET SOURCE anticorps anti-VHC négatif. non-usager de drogue par voie IV.	SUJET SOURCE anticorps anti-VHC positif ou inconnu	SUJET SOURCE anticorps anti-VHC négatif, usager de drogue par voie IV ou

	non immunodéprimé		immunodéprimé
Sujet exposé Anticorps anti-VHC négatifs	Risque de transmission nul	Contamination possible	Contamination pos- sible
Sujet expose Anticorps anti-VHC présents	Si le sujet exposé ne sait pas qu'il est séropositif pour le VHC ou qu'il le sait mais n'est pas pris en charge avant l'AES, l'adresser dans un service spécialisé.		

IV. - CONDUITE À TENIR LORS D'UN RISQUE DE TRANSMISSION POSSIBLE

1. Modalité de surveillance biologique après un AES

Les conduites à tenir pour la surveillance et la prophylaxie lorsqu'un risque de transmission du VHB ou du VHC sont résumées dans les figures I et II.

2. Prophylaxie et traitement après un AES

2.1. Après un AES exposant au VHB

L'attitude doit être la même pour les non-vaccinés et les vaccinés non-répondeurs : sérovaccination précoce (immunoglobuline anti-HBs spécifique 500 UI et vaccination dans les 48 heures) (cf. figure I).

2.2. Après un AES exposant au VHC

En cas d'augmentation des ALAT ou d'apparition d'anticorps anti-VHC chez le sujet exposé, celui-ci doit être adressé dans un service spécialisé où la recherche de l'ARN du VHC est effectuée (cf. figure II).

3. Confirmation de la contamination après AES

3.1. Confirmation d'infection par le VHB

Le diagnostic d'infection par le virus de l'hépatite B est confirmé par la détection dans le sérum de l'antigène HBs ou des anticorps anti-HBc de type IgM.

Lorsque l'accident exposant au risque a effectivement été la source d'une infection, la persistance de signe de multiplication virale, 8 semaines après l'accident, nécessite d'adresser le patient à un service spécialisé qui jugera de la mise en route d'un traitement.

3.2. Confirmation d'infection par le VHC

Le diagnostic d'infection par le virus de l'hépatite C est confirmé soit par une virémie (c'est-à-dire la détection de l'ARN viral dans le sérum), soit par une séroconversion (c'est-à-dire l'apparition d'anticorps anti-VHC). Le service spécialisé prendra en charge le patient et posera l'indication d'un traitement éventuel.

Dans le cadre de la surveillance épidémiologique, il vous est demandé de contacter l'InVS en cas de séroconversion professionnelle par le VHC.