Les risques à l'hôpital pour les professionnels et le rôle du médecin du travail

Dr Florence BAJON-THERY

Praticien Hospitalier

Service de Santé au travail – AP-HM

- Missions du service de santé au travail
- Classification des agents biologiques
- Risques infectieux pour les professionnels

Missions du service de Santé au travail

- Organisation
- Risques professionnels
- Protection collective
- Protection individuelle
- Suivi médical
- Accident du travail et maladie professionnelle
- Vaccinations

Identifier le SPST dans un établissement de soins

Sce autonome (min 500 salariés)



Sce inter entreprises



SECTEUR PRIVE

≠

FONCTION PUBLIQUE

FPH | FPT | FPE

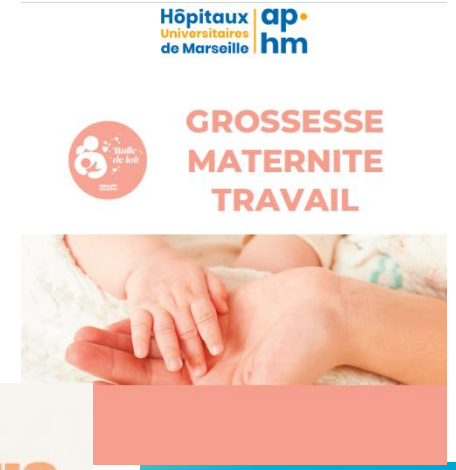
Rôle et missions du médecin du travail

- Risques professionnels: prévention et aide à l'évaluation
- Conseil aux employeurs, salariés, représentants concernant les risques professionnels et l'amélioration des conditions de travail
- Surveillance de l'état de santé des travailleurs
- Maintien dans l'emploi
- Veille sanitaire
- Promotion de la santé sur le lieu de travail





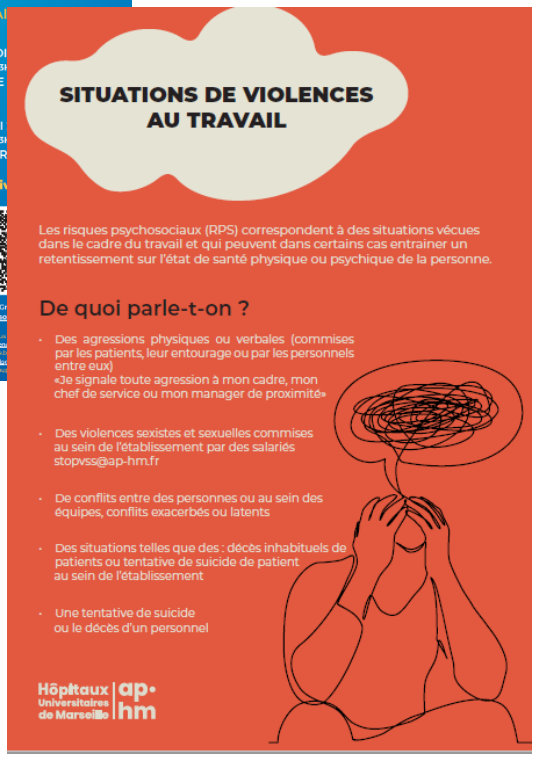
Rappel DTcP à 25/45/65 ans













PREVENTION DE LA COQUELUCHE - VACCINATION DES PROFESSIONNELS

RADIOPROTECTION: Suivi dosimétrique du personnel

Dr Florence BAJON-THERY

Service de Santé au travail

Rôle et missions du médecin du travail

Equipe pluridisciplinaire: autour du médecin du travail

- Infirmiers en santé au travail – protocole de délégation de taches
- Psychologues du travail
- Ergonomes
- Toxicologues
- Internes, collaborateur médecin
- Assistant de prévention

Etude de poste – Visite de service → connaitre l'environnement de travail

Connaissance du poste de travail





Risques professionnels

R.PHYSIQUES

R.CHIMIQUES

R.BIOLOGIQUES

R.PSYCHO-SOCIAUX

R. liés au situations et contraintes

R. d'Accidents

Risques professionnels

Risques PHYSIQUES

- Ambiances: thermique, lumineuse, sonore
- Rayonnements: ionisants, Laser, UV…
- Poussières, fumées, aérosols
- Vibrations: corps entier ou outils

Risques CHIMIQUES

- Produits dangereux (Très Toxique; Toxique; Corosif; Irritants)
- Cancérogène/ Mutagène / Toxique pour la reproduction
- Produits utilisés en anesthésie
- Antiseptiques
- Désinfectants : décontamination du matériel et des surfaces (acide peracétique, ammonium quaternaire, formol…)
- Médicaments, Ciments résines, Latex, Produits ménage, vaisselle, linge, sols…

Risques BIOLOGIQUES

- Tuberculose Hépatite A, B, C, D, E, VIH
- Rougeole, Varicelle
- Fièvre typhoïde, Legionellose
- Maladies liées à des agents infectieux ou parasitaires contractés en milieu d'hospitalisation (MP 76)
- Kératoconjonctivites virales (MP 80)
- Covid-19
- Parvovirus B19
- + RISQUE AEV

Risques PSYCHO-SOCIAUX

- Charge de travail
- Charge émotionnelle
- Autonomie et marges de manœuvre
- Soutien social et reconnaissance
- Conflits de valeur
- Insécurité socio-économique

R. liés au situations et contraintes

- Posture: station debout prolongée, position accroupie agenouillée, torsion du rachis, assise prolongée
- Manutentions
- Gestes répétitifs
- Charge mentale élevée/ Risque RPS
- Travail isolé
- Rythme de travail (alternance, nuit, 12h)
- Travail sur écran
- Risque routier

Risques d'Accidents

- Risque de chute: chute de hauteur, chute de plain pied, chute d'objet
- Machines dangereuses, engins mobiles
- Appareils de levage (lits électriques, monte charge, transpalette)
- Risque électrique
- Risque d'explosion ou d'incendie
- Autres risques: agressions, brulures, objets coupants

Connaissance du poste de travail





Protection du personnel: privilégier la protection collective

Les protections collectives sont spécifiques au type de risques encourus.

À titre d'exemples, seront privilégiés :

- pour les chutes de hauteur, la mise en place de garde-corps ;
- pour le risque de chute sur un sol glissant, l'utilisation de revêtements de sol antidérapants ;
- pour le bruit, l'encoffrement des machines avec des matériaux adaptés ;
- pour le risque d'exposition à des poussières, le captage à la source et la ventilation.

Fig. 9 : Photo d'opératrice travaillant sous PSM - *Photo of an operator working under a MSC*





Panneaux antibruit

© Grégoire Maisonneuve pour l'INRS/2024

Protection du personnel: équipements de protection individuel:













Compatibilité EPI/état de santé



Appareils de protection respiratoire
Présence d'un filtre ou dispositif augmentant la résistance respiratoire= source d'inconfort
Effets cardio-vasculaires
Effets respiratoires

Masques chir. ou demi-masque filtrant
Augmentation de la fréquence cardiaque et respiratoire
Localement: augmentation de la température sous le masque

Accident du travail - maladie professionnelle

Un accident du travail est un événement soudain survenu par le fait ou à l'occasion du travail entraînant une lésion physique et/ou psychologique.

- Reconnaissance comme accident de travail → les AES

Les maladies inscrites dans le tableau des maladies professionnelles sont présumées avoir été contractées dans le cadre du travail du salarié.

- Reconnaissance en maladie

professionnelle: 22 tableaux relatifs au risque infectieux

  - Tétanos professionnel
  - Spirochétoses (leptospirose)
  - Tuberculose
  - Hépatites A,B, C, D, E
  - …

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES DE PROVOQUER CES MALADIES
-B-		**-B-**
Affections dues à *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium bovis*, *Mycobacterium africanum* : - infection tuberculeuse latente ; - tuberculose pulmonaire ou pleurale ; - tuberculose extra thoracique. L'infection tuberculeuse latente sera attestée par l'évolution des tests tuberculiniques (IDR et/ou IGRA). L'étiologie des autres pathologies devra s'appuyer, à défaut de preuves bactériologiques, sur des examens anatomo-pathologiques ou d'imagerie, ou à défaut, par traitement d'épreuve spécifique.	6 mois	Travaux de laboratoire de bactériologie. Travaux effectués par le personnel de soins et assimilé, de laboratoire, d'entretien, de service ou des services sociaux, mettant le personnel au contact de produits contaminés ou de malades dont les examens bactériologiques ont été positifs.

Régime général tableau 40

Maladies dues aux bacilles tuberculeux et à certaines mycobactéries atypiques (Mycobacterium avium/intracellulare, Mycobacterium kansasii, Mycobacterium xenopi, Mycobacterium marinum,Mycobacterium fortuitum)

Tableaux équivalents : RA 16

Date de création : Décret du 26/12/1957 | Dernière mise à jour : Décret du 06/06/2014

Suivi en santé au travail

- Visites médicales: embauche, périodique, à la demande, reprise du travail….

- Evaluer l'état de santé: adéquation poste de travail/état de santé
- Aborder les mesures de prévention
- Port des équipements de protection (aptitude spécifique)
- Suivi/Mise à jour des vaccinations

Vaccinations en établissements de soins pour les professionnels

Des vaccinations obligatoires:

- DTcP
- Hépatite B (selon poste)

Des vaccinations recommandées:

- Varicelle (si pas d'ATCD ou si sérologie négative)
- Rougeole
- Grippe
- Fièvre typhoïde
- Hépatite A
- Coqueluche
- Covid-19

Rougeole en l'absence d'ATCD:
Née avant 1980: 1 injection
Né après 1980: 2 injections
Pas de vaccinations en cas de grossesse

Les vaccinations obligatoires

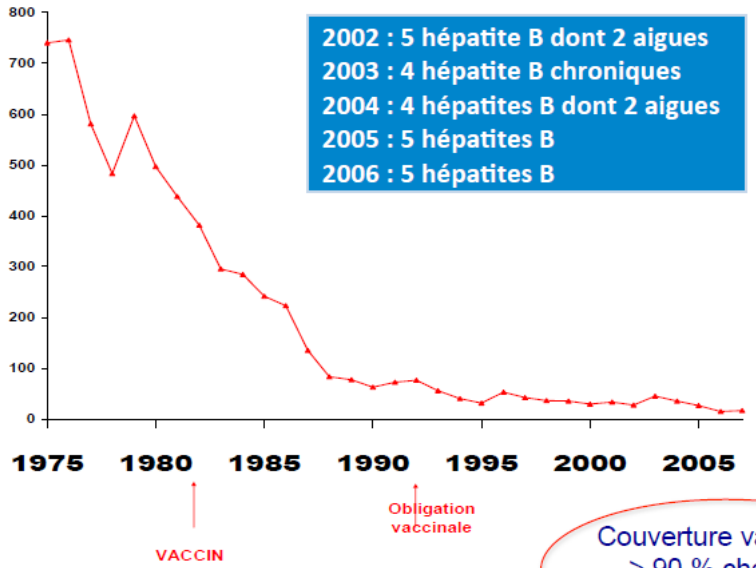
- Pour les enfants : DTcP, Haemophilus, Hépatite B, pneumocoque, ROR + Mng ACWY et B → *depuis 01/01/2018*
- Selon la profession:
  - Personnels des établissements de prévention et de soins exposés à un risque de contamination lors de l'exercice professionnel = DTP et Hépatite B →art L3111-4 CSP ~~(suspension obligation grippe par décret 14/10/2006)~~
  - Élèves et étudiants d'un établissement préparant à l'exercice des professions médicales et autres professions de santé : idem
  - Thanatopracteurs (formation et exercice): Hépatite B
  - Fièvre typhoïde en laboratoire: suspendu (01/03/2020)
  - BCG: levée de l'obligation pour les professionnels 2019 (décret 2019-149 du 27 février 2019
- Selon les territoires (Guyane: fièvre jaune)

Risque VHB : intérêt de la vaccination du personnel de santé



Hépatites virales

Maladies professionnelles reconnues dans le Régime Général de la Sécurité sociale



2002 : 5 hépatite B dont 2 aigues
2003 : 4 hépatite B chroniques
2004 : 4 hépatites B dont 2 aigues
2005 : 5 hépatites B
2006 : 5 hépatites B

La vaccination contre l'hépatite B est obligatoire (article L. 3111-4 du Code de Santé Publique)

➔ concerne toute personne qui, dans un établissement de soins ou de prévention, exerce une activité l'exposant au sang ou aux liquides biologiques, soit directement, soit indirectement (...).

➔ Le Médecin du travail doit s'assurer de l'existence d'un schéma vaccinal complet et mesurer le taux d'Ac anti-HBs (arrêté du 2 Août 2013)

➔ la présence d'anticorps anti-HBs à un taux supérieur à 10 UI/L chez la personne exposée est la garantie d'une immunisation efficace.

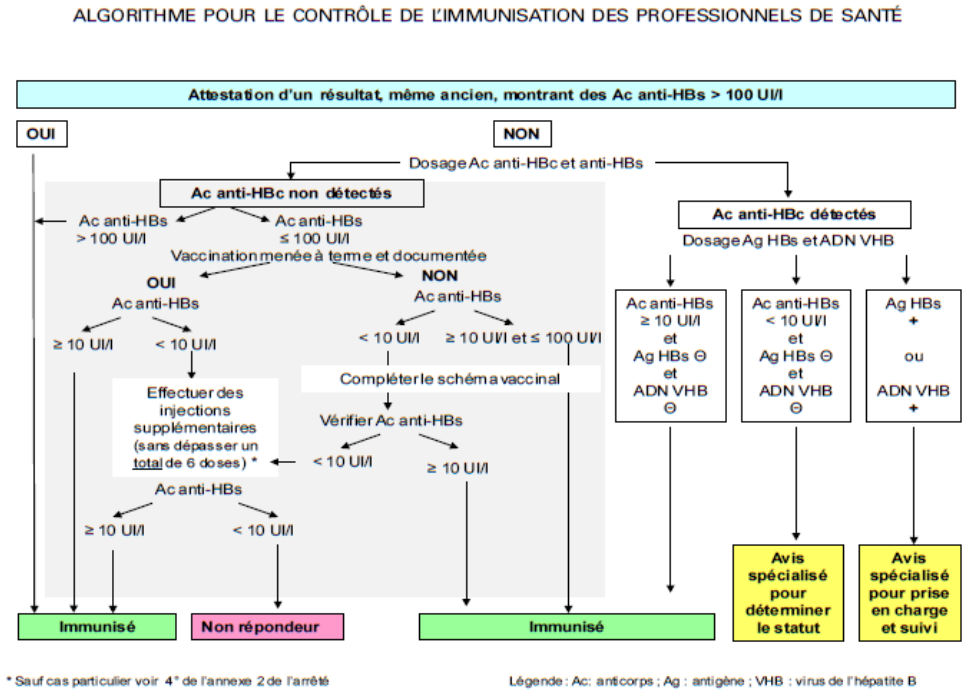
Couverture vaccinale > 90 % chez les personnels de santé*

**Enquête Vaxisions 2009 Guthmann et al.*

Vaccination contre l'hépatite B

- Schéma vaccinal: 3 injections (M0, M1,M6)
- Vaccination en population générale: chez les nourrissons
- Chez l'adulte schéma à 3 injections ou schéma accéléré possible (J0, J7, J21, rappel à 1 an)

- Statut de non répondeur à la vaccination= immunoglobulines spécifiques en cas d'AES si patient source Ag HBs positif

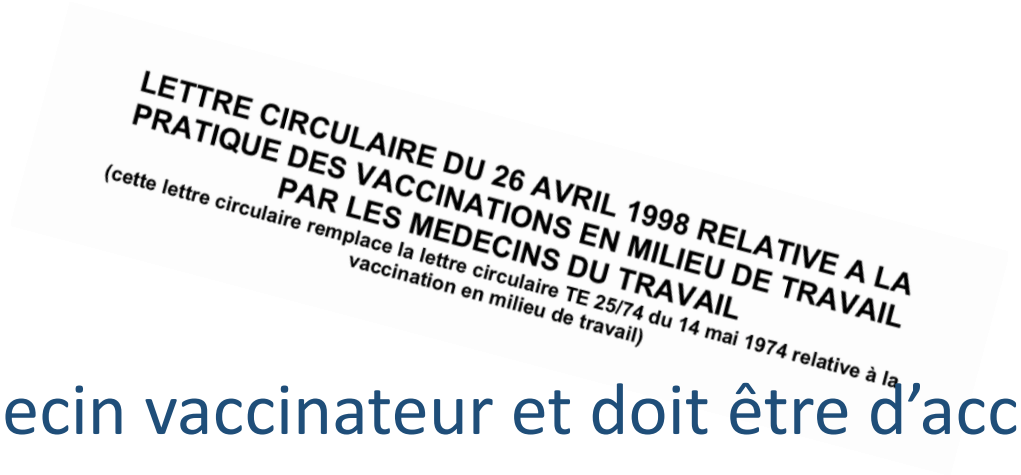


Les vaccinations recommandées

Promotion de la santé fondée sur la responsabilisation individuelle

- Selon l'état de santé: pneumocoque, grippe, zona chez les personnes âgées, HPV pour les adolescents, tuberculose pour les enfants à risque
- Selon la profession:
  - Grippe en milieu de soins
  - Varicelle chez les professionnels de santé sans ATCD et dont sérologie est négative
  - Coqueluche: personnels soignants, contact étroit avec nourrissons<6 mois
  - Rougeole: professionnels de santé
  - Leptospirose: contact fréquent avec lieux infestés par rongeurs (curage de canaux, travail dans les égouts…)
  - Hépatite A, Covid19
- Voyages à l'étranger
- Vaccination autour d'un cas: vaccination de l'entourage familial proche et des sujets « contact »: méningocoque (ACYW135), rougeole…

Vaccination en SST


LETTRE CIRCULAIRE DU 26 AVRIL 1998 RELATIVE A LA PRATIQUE DES VACCINATIONS EN MILIEU DE TRAVAIL PAR LES MEDECINS DU TRAVAIL

(cette lettre circulaire remplace la lettre circulaire TE 25/74 du 14 mai 1974 relative à la vaccination en milieu de travail)

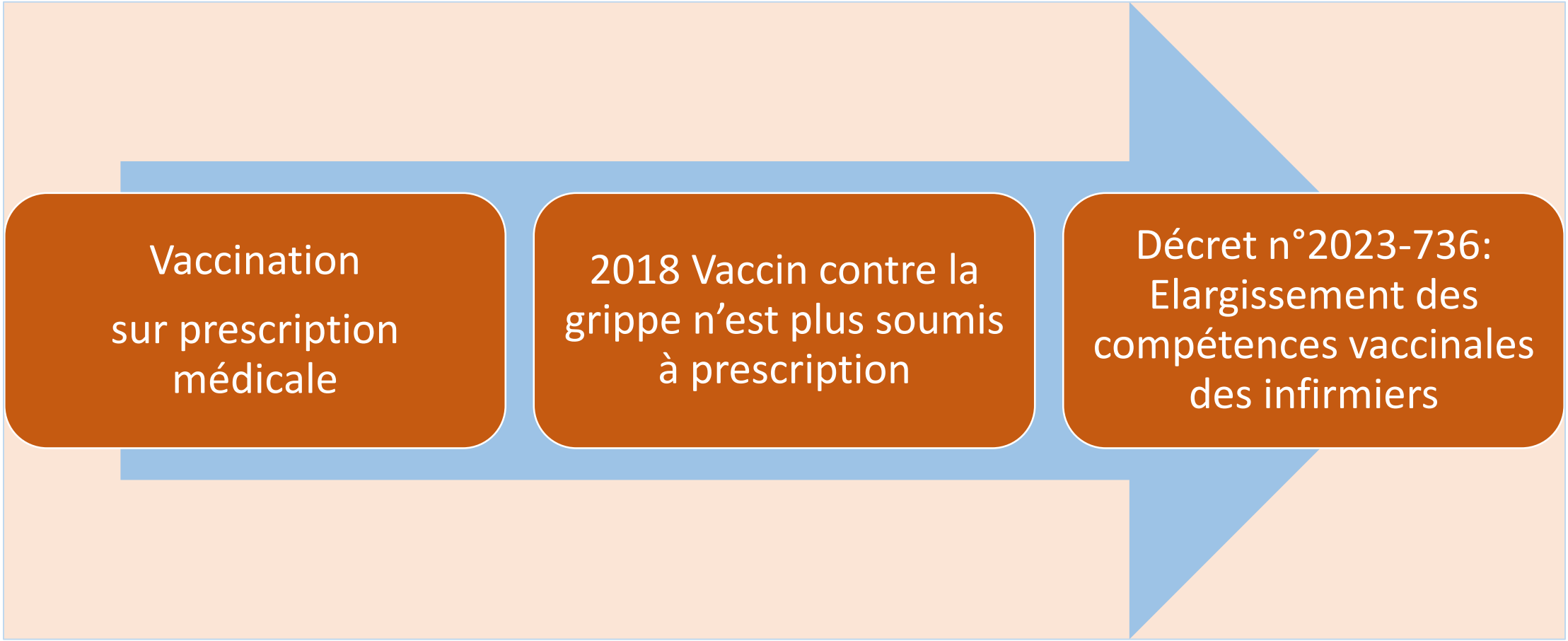
- Le salarié a le libre choix du médecin vaccinateur et doit être d'accord pour être vacciné
- L'employeur prend en charge le coût de la vaccination si lien direct avec l'exposition professionnelle
- Si le MT vaccine: accord de principe du chef d'entreprise
- La vaccination ne se substitue pas à la mise en place de protection collective et individuelle

Vaccination en SST

- Vaccination des travailleurs= mission intégrante des SPST
  - Article L.3111-1 CSP: « La politique vaccinale englobe les médecins du travail » (2018)
  - Art L.4622-2 du CT (Alinéa 5): « campagnes de vaccination »
- Administration et prescription = rôle propre de l'IDEST (et non délégué)

→ https://travail-emploi.gouv.fr/questions-reponses-la-vaccination-par-les-services-de-prevention-et-de-sante-au-travail

Compétences vaccinales des infirmiers



Compétences vaccinales des infirmiers

Décret n°2023-736 du 8 août 2023

Les infirmiers sont autorisés à prescrire l'ensemble des vaccins du calendrier vaccinal

- Aux personnes de 11 ans et plus
- Sauf les vaccins vivants atténués chez les personnes immunodéprimés
- Sauf si les personnes présentent des ATCD de réaction allergique sévère à l'ovalbumine ou une autre vaccination antérieure
- Obligation de formation à la prescription (durée 10h30)
- Déclarer son activité de prescription au conseil de l'ordre des infirmiers

https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/extension-des-competences-vaccinales-des-professionnels-de-sante/article/questions-reponses-a-destination-des-infirmiers

Cas particulier de la vaccination contre la grippe saisonnière et contre la Covid-19 :

Dès lors que l'infirmier ne prescrit que ces deux vaccinations, il est **dispensé** de suivre la formation relative à la prescription des vaccins [4].

L’hésitation vaccinale

- Baromètre Santé Publique France 2023: stabilisation de l'adhésion vaccinale à un niveau élevé https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/sev_bulletin_vaccination_2024.pdf
- Les différences: selon le niveau socio-économique, les populations les moins favorisés restent réticentes à la vaccination
- *Dialoguer autour de la vaccination:*
  - attention à ne pas renforcer les postures opposés
  - laisser exprimer les craintes
  - connaitre les arguments scientifiques
  - exprimer ce que l’on ferait pour soi ou ses proches
- Questions - Réponses: https://www.infovac.fr/l-hesitation-vaccinale
  - « J’ai peur des effets secondaires »
  - « Il n’y a pas assez de recul »
  - « Je préfère développer mes défenses naturelles »
  - « Pas besoin de vaccin pour une maladie rare »

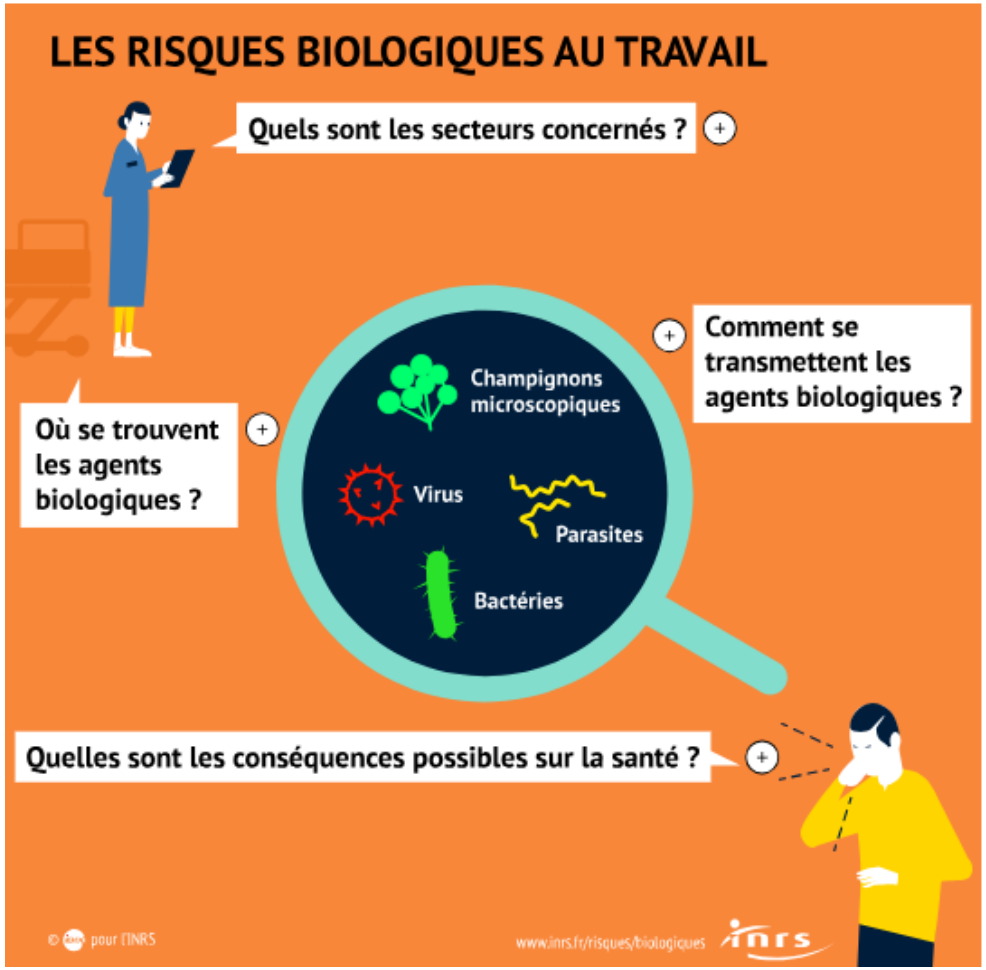
La vaccination: messages clés

- Un moyen de prévention le plus efficace pour lutter contre des maladies infectieuses graves
- L'innocuité des vaccins est impérative, puisqu'il s'agit de les administrer à des personnes en bonne santé
- Un vaccin administré, même moins immunogène, reste **toujours plus efficace qu'un vaccin non fait**.

Les agents biologiques

Les agents biologiques en cause:

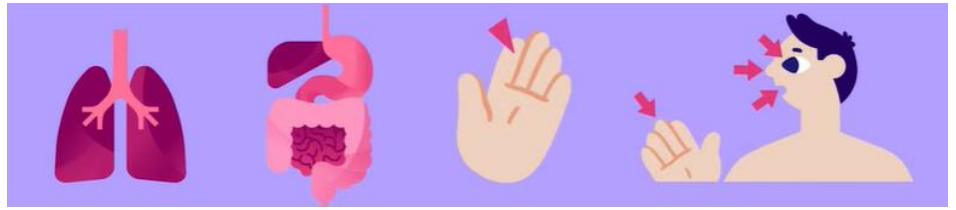
- Bactéries
- Virus
- Parasites
- Champignons /moisissures



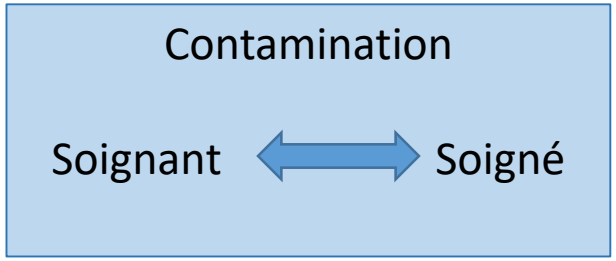
Modes de contamination:

- Inhalation de gouttelettes
- Ingestion
- Contact avec la peau ou les muqueuses
- Par piqures ou coupure avec seringue contenant du sang

Les modes de contamination



- Contamination cutanée et/ou trans-cutanée :
  - trans-cutanée : AEV (VHB, VHC, VIH) +++… tétanos, tularémie…
  - cutanée : gale, infection de plaie (staphylocoque), leptospirose…
- Contamination aérienne :
  - tuberculose +++
  - grippe, SARS, méningocoque, pneumocoque, maladies infantiles …
  - ornithose, psittacose
- Contamination digestive (féco-orale) :
  - hépatites A, E



Les agents biologiques

- Classement règlementaire des agents biologiques: art. R4421-2 du code du travail
- 4 groupes de risque infectieux, numéroté de 1 à 4, en fonction du la gravité croissante du risque d'infection pour l'homme

[Arrêté du 16 novembre 2021 fixant la liste des agents biologiques pathogènes - Article - INRS]

Présentation résumée de la classification réglementaire des agents biologiques

NATURE DU RISQUE	GROUPE 1	GROUPE 2	GROUPE 3	GROUPE 4
Susceptible de provoquer une maladie chez l'homme	Non	Oui	Grave	Grave
Constitue un danger pour les travailleurs	–	Oui	Sérieux	Sérieux
Propagation dans la collectivité	–	Peu probable	Possible	Risque élevé
Existence d'une prophylaxie ou d'un traitement efficace	–	Généralement oui	Généralement oui	Généralement non

Classification des agents biologiques

- Selon la pathogénicité (sauf pour le groupe 1)
- Autres risques pour les agents biologiques:
  - Immuno-allergiques: allergies cutanées et/ou pulmonaires : moisissures, bactéries actinomycètes (bactéries G+, en général saprophytes ou commensales dans sols, colonies en filaments. Certaines pathogènes : BK, lèpre…)
  - Toxiniques: exotoxines de bactéries (charbon, tétanos, diphtérie, botulisme) ou de moisissures (mycotoxines) / endotoxines dans paroi des bactéries Gram – libérées lors de la division cellulaire
  - Cancérogènes: groupe 1 du CIRC (cancérogènes avérés) : H. pylori, Epstein Barr, VHB, VHC, herpès du Kaposi…

Classification des agents biologiques

- Définition et classification des agents biologiques ⇒ règles de manipulation et de confinement adaptées
- Evaluation pratique du risque infectieux : par études des postes de travail
- Prévention : consignes de sécurité, protection collective et individuelle
- Formation et information des personnels – Instructions écrites



- SUIVI MEDICAL:
  - Agents biologiques groupe 2: Visite d'information et de prevention,(VIP), VIP initiale avant affectation au poste – périodicité fixée par le MT, au maximum 5 ans
  - Surveillance médicale renforcée pour agents bio. des groupes 3 et 4 (Suivi individual renforcé SIR): visite médicale d'embauche par le MT = avis d'aptitude

Classification des agents biologiques

TRAVAUX INTERDITS

- Art. D.4152=Pas d'exposition au virus de la rubéole ou au toxoplasme les femmes enceintes non immunisées
- Art D.4153-19= interdiction d'affecter les jeunes de moins de 18 ans (et plus de 15 ans) à des travaux exposants aux agents biologiques de groupe 3 et 4

CONSERVATION DU DOSSIER MEDICAL

Conservation 10 ans à compter de la cessation de l'exposition (sauf pour les agents biologiques susceptibles de provoquer des maladies avec une longue période d'incubation, jusqu'à 40 ans)

Arrêté du 16 novembre 2021 : liste des agents biologiques pathogènes des groupes 2, 3 et 4

(*)	Accolé à certains agents biologiques pathogènes du groupe 3, cet astérisque indique qu'ils peuvent présenter un **risque d'infection limité** car ils ne sont normalement pas infectieux par l'air.
A	Agent biologique pathogène qui peut avoir des **effets allergisants**
T	Agent biologique qui est susceptible de produire des **toxines**
V	**Un vaccin est disponible en France**
V(1)	**Un vaccin est disponible en France pour certains agents biologiques de la famille, du genre ou de l'espèce considérée.**
spp	Cette mention (species) signifie qu'il est fait référence aux autres espèces qui sont connues pour être pathogènes chez l'homme

Clostridium tetani	**2**	**T, V**
Clostridium spp.	**2**	
Corynebacterium diphtheriae	**2**	**T, V**
Corynebacterium minutissimum	**2**	
Corynebacterium pseudotuberculosis	**2**	**T**
Corynebacterium ulcerans	**2**	**T**
Monkeypox virus (virus de la variole du singe)	3	V
Vaccinia virus (virus de la vaccine y compris virus de la variole du buffle (d), virus de la variole de l'éléphant (e), virus de la variole du lapin (f))	2	
Variola virus (virus de la variole)	4	V

Les risques infectieux pour les professionnels

- Accident d'exposition au sang
- Gale
- Rougeole
- Coqueluche
- Grippe – Covid
- Varicelle
- Il strepto A
- Il méningocoque
- Hépatite A
- Leptospirose
- Fièvre typhoïde
- Papilloma virus
- Legionnellose
- Conjonctivites à adenovirus

Accident d'exposition au sang



- Tout CONTACT PERCUTANÉ (piqures, coupures) ou PROJECTION sur muqueuse (œil, bouche) ou sur peau lésée (eczéma, coupure antérieure) avec du SANG ou un liquide biologique contenant du sang
- Sont assimilés à des AES: les accidents survenus dans les mêmes circonstances avec d'autres liquides biologiques (tels que LCR, liquide pleural, sécrétions génitales…) considérés comme potentiellement contaminants même s'ils ne sont pas visiblement souillés de sang

Arrêté du 10.07.2013

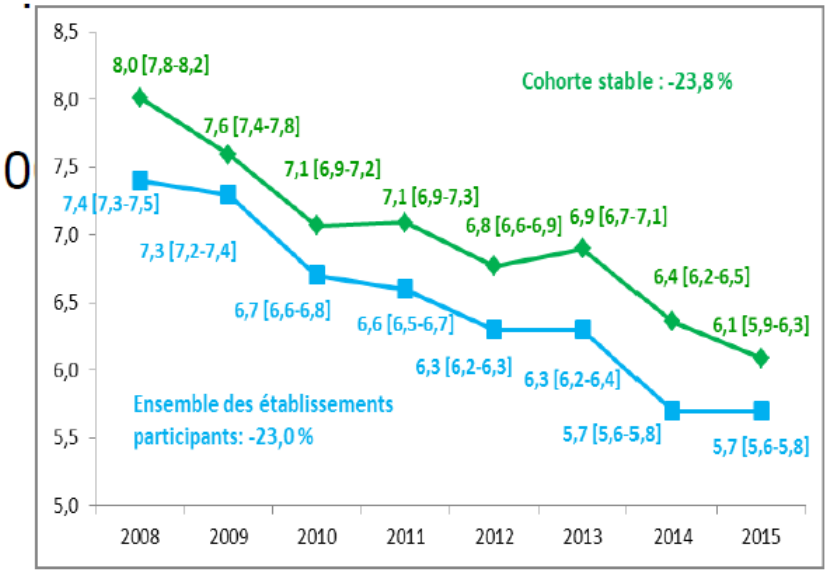
Accident de travail le plus fréquent dans les hôpitaux



EVOLUTION DE L'EPIDEMIOLOGIE DES AES (1)
Surveillance nationale RAISIN/SPF/GERES 2008-2015

- **Diminution de l'incidence** des AES (/100 lits) : 24% environ
- **Diminution des accidents à risques** (APC /10 ETP) chez les IDE :
  5,1 en 2008 à 3,6 en 2015 ($p < 10^4$)
- 32% des AES encore **évitables** en 2015

→ FIN DE LA SURVEILLANCE NATIONALE des AES : 01/01/2016



Évolution des taux d'AES entre 2008 et 2015

EVOLUTION DE L'EPIDEMIOLOGIE DES AES (2)

Accidents percutanés (APC) chez les infirmiers en 2019 et 2023 (GERES – Cpias BFC)

GERES
GROUPE D'ÉTUDE SUR LE RISQUE D'EXPOSITION DES SOIGNANTS aux agents infectieux

2019

- 125 établissements impliqués
- Environ 60 000 lits hospitaliers
- 3688 questionnaires AES validés

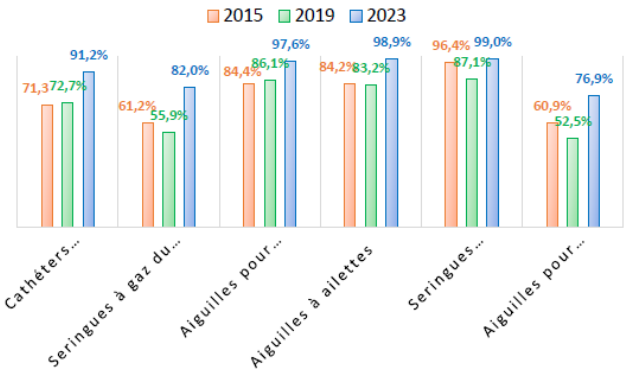
2023

- 44 établissements impliqués
- Environ 21 500 lits hospitaliers
- 950 questionnaires AES validés

	AES / 100 Lits	APC (IDE)	APC évitables
2015	6.3 * [6.2 – 6.5] 5.7 ** [5.6 – 5.8]	3.8 /100 ETP	33%
2019	**6.3 [6.1 -6.5]**	**3.6 /100 ETP**	29%
2023	**4.4 [4.2 -4.7]**	**2.7/100ETP**	26,5%

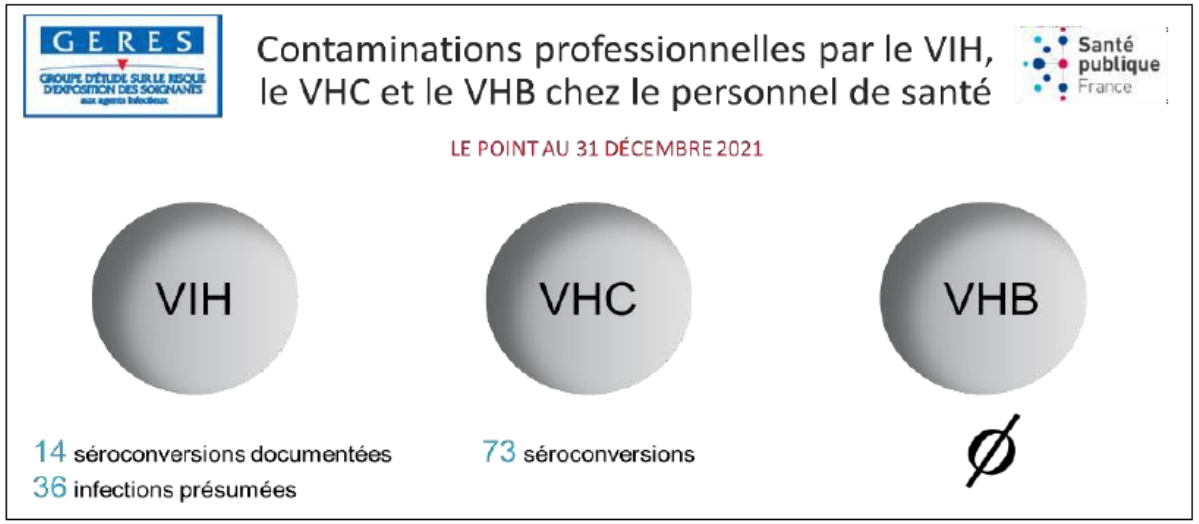
** Ensemble des établissements ** Cohorte stable*

Part de matériels de sécurité parmi les DM commandés entre 2015 et 2023



Décembre 2024

EVOLUTION DES CONTAMINATIONS PROFESSIONNELLES VIH VHB VHC

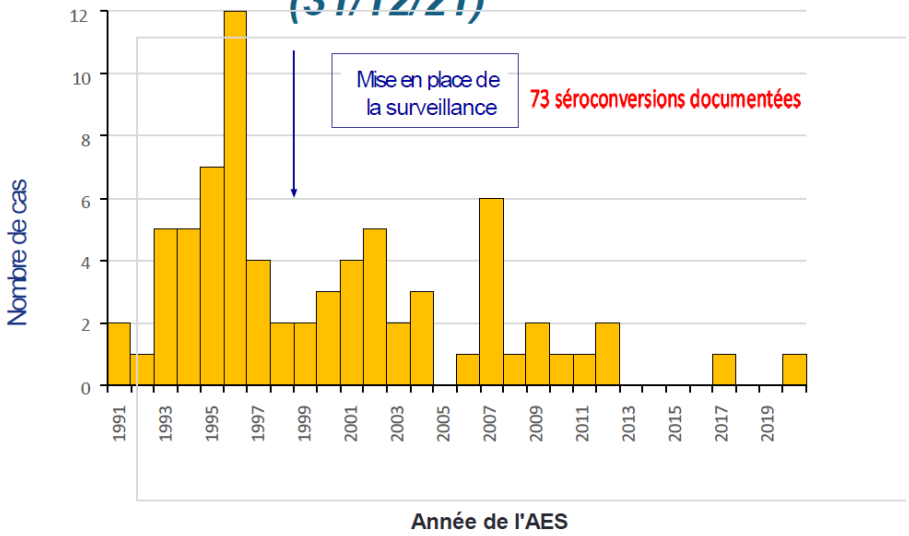


- Risque documenté
- IDE = catégorie professionnelle chez qui le plus grand nombre de contamination professionnelle VIH et VHC a été recensé
- Accidents en grande partie évitables

→FIN DE LA SURVEILLANCE 2021

https://www.geres.org/wp-content/uploads/2022/10/BILANfinalSeroconversions-2.pdf

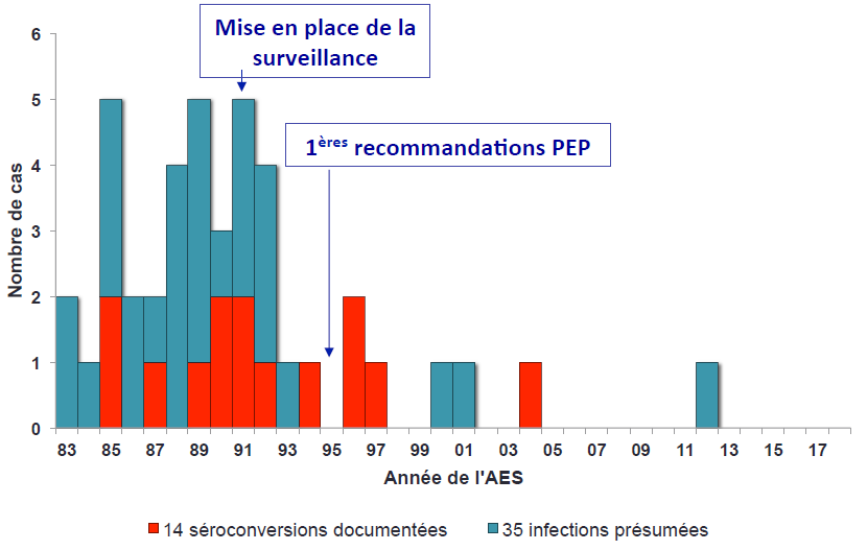
CONTAMINATIONS VHC DOCUMENTÉES CHEZ LE PERSONNEL DE SANTÉ SELON L'ANNÉE DE L'AES *(31/12/21)*



https://www.geres.org/wp-content/uploads/2022/10/BILANfinalSeroconversions-2.pdf

Atelier AES SF2H 2023 – GERES – CPias BFC

Contaminations professionnelles VIH chez le personnel de santé selon l'année de l'AES *(31/12/21)*



https://www.geres.org/wp-content/uploads/2022/10/BILANfinalSeroconversions-2.pdf

Atelier AES SF2H 2023 – GERES – CPias BFC

Réduction du risque de contamination professionnelle

3 niveaux d'actions



Traitement efficace charge virale indétectable	**Réduire les AES** (précautions standard / matériels de sécurité)	Vaccination TPE (traitement post expo)

Risque de transmission au soignant

Virus en causes:
VIH
VHB
VHC

Virus	Exposition percutanée	Exposition cutanéo muqueuse	
	Taux de séroconversion		Ordre de grandeur
VHB	**6 à 40%** (max. si patient source AgHBe+ et virémique)	Non quantifié	VHB 30 %
VHC	**0,5 % à 3%**	NQ	VHC 3%
VIH	0,32% (si absence de trt ARV chez personne source)	0,04%	VIH 0,3%

Risque max. si CV élevée chez personne source, et plaie profonde par aiguille creuse de gros calibre contenant du sang frais

Risque de transmission au soignant selon la nature du liquide biologique

	Prouvé	Discuté	Nul
VIH	Sang, liquides biologiques contenant du sang, liquide pleural, amniotique, LCR, sperme, sécrétions vaginales		Urines, selles, larmes, salive
VHB	Sang, liquides biologiques contenant du sang, sperme, sécrétions vaginales	Salive?	Urines, selles
VHC	Sang, liquides biologiques contenant du sang	Sperme, sécrétions vaginales	Urines, selles, larmes, salive

Réduction du risque

PRECAUTIONS STANDARD

- **Porter des gants** pour tout contact avec du sang ou des produits biologiques, des plaies ou muqueuses, du matériel souillé et systématiquement si l'on est soi-même porteur de lésions cutanées
- **Se laver les mains** immédiatement en cas de contact avec des liquides potentiellement contaminants
- **Protéger toute plaie**
- Respecter les bonnes pratiques :
  - **Ne jamais plier ou recapuchonner** les aiguilles
  - **Ne pas dégager les aiguilles** des seringues ou des systèmes de prélèvement sous-vide **à la main**
  - Jeter immédiatement les aiguilles et autres instruments piquants ou coupants dans un **conteneur adapté**

DISPOSITIFS MEDICAUX SECURISES



CONTENEURS ADAPTES POUR DASRI

(arrêté du 24 novembre 2003)







Conduite à tenir en cas d'AES

0-5'
- Premiers soins
- Evaluer le risque : un traitement post exposition anti VIH est-il nécessaire?
- En urgence: le TPE doit être instauré dans les 48ères heures, au mieux dans les 4h

0-4h
- Obtenir le statut sérologique du patient source en urgence
- Déclarer l'AES en accident de travail
- Le dispositif doit être connu de tous

0-24h
- Assurer le suivi de l'accidenté pour s'assurer de l'absence de séroconversions

0-7j
- Recueil de données sur les AES: circonstances = améliorer la prévention

JE TRAVAILLE EN SÉCURITÉ

ACCIDENT D'EXPOSITION AU RISQUE VIRAL (AEV)

✓ **De quoi parle-t-on ?**

Les AEV sont définis par **tout contact avec le sang humain, un liquide biologique contenant du sang ou potentiellement contaminant** (liquide céphalo-rachidien, pleural, sécrétions génitales, ...).



Ils surviennent lors d'une **piqûre, coupure ou autre effraction cutanée avec un objet contaminé (scalpel, seringue, aiguille ...)**, d'un **contact sur peau lésée** ou d'une **projection sur une muqueuse (bouche, nez, œil).**

✓ **Quel est le risque ? Transmission d'un agent infectieux, en particulier viral (VIH, hépatites B et C)**, lors d'un contact avec le liquide biologique.

✓ **Que faire en cas d'AEV ? Prise de charge immédiate de la personne exposée** (procédure institutionnelle sur NORMEA : « Conduite à tenir AEV »).

1. EN URGENCE : premiers soins à faire

→ *Si piqûre, coupure ou contact sur peau lésée* : ne pas faire saigner ; 1/ **nettoyer immédiatement la peau à l'eau et au savon puis rincer** ;

2/ **désinfecter la peau pendant au moins 5 minutes en contact** avec du DAKIN (ou javel à 0,5 % de chlore actif, ou polyvidone iodée solution dermique, ou alcool 70°). **Puis protéger toute plaie cutanée par un pansement**

→ *Si projections sur muqueuses (bouche, nez, œil)* : **rincer abondamment au sérum physiologique ou à l'eau pendant au moins 5 minutes.**

2. Dans l'heure qui suit : prendre un avis médical pour...

→ **Evaluer le risque infectieux,** en fonction du statut sérologique de la personne source avec son accord (sauf exceptions), du type d'exposition, de l'immunité de la personne exposée.

→ Mettre en route **si besoin un traitement post-exposition** le plus tôt possible et au mieux dans les 4 heures pour une efficacité optimale.

Hopital de la Conception: Urgences gynécologiques: 83664 – Rdv médecin IHU: dans les 5 jours en cas de traitement post-exposition/sans urgences si pas de TPE

3. Dans tous les cas

→ Informer votre encadrement et déclarer l'accident de travail,

→ Se présenter au Service de Santé au Travail dans les 8 jours afin de mettre en place le suivi clinique et sérologique nécessaire.

Gestion du déversement de fluide biologique (Bionettoyage)

→ Porter des gants (nitrile/vinyle/latex) et éliminer le sang à l'aide d'un papier absorbant. Désinfecter les zones contaminées à l'aide d'un désinfectant (eau de javel à 0,5 %).

→ Eliminer les papiers et gants dans une poubelle DASRI, puis se laver les mains.

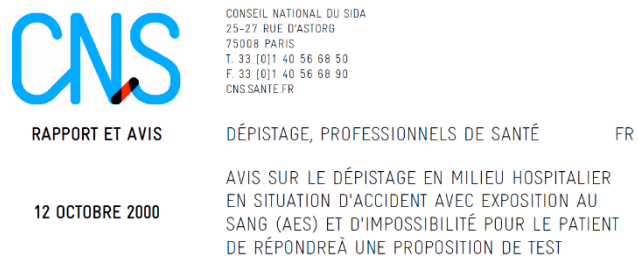
Recherche du statut du patient source

- Pas de dépistage du patient source sans son accord
- Prescription médicale – si pas de prélèvement le considérer à risque
- Sauf patient dans incapacité de répondre (« coma ou perte de connaissance prolongée »)

- Sérologies HVB, HVC, VIH en urgence

- TROD VIH possible

- Personne exposée: vérifier son statut vaccinal VHB avec sérologie HVB


CNS

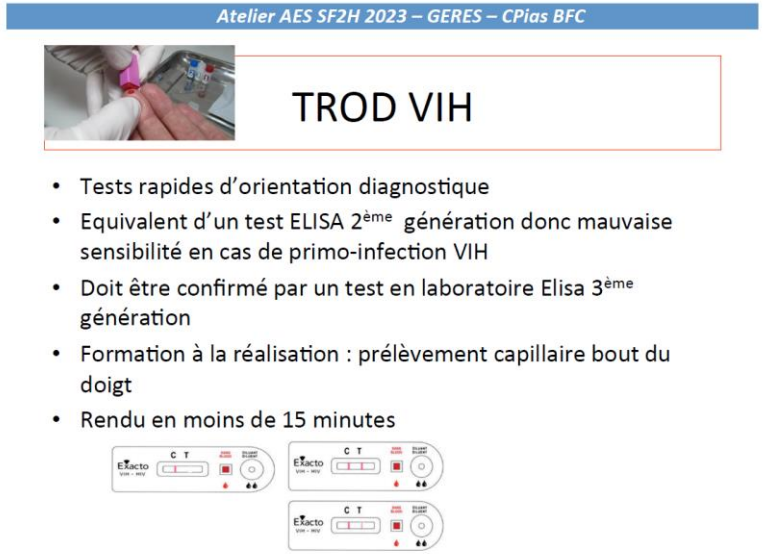
CONSEIL NATIONAL DU SIDA
25-27 RUE D'ASTORG
75008 PARIS
T. 33 (0)1 40 56 68 50
F. 33 (0)1 40 56 68 90
CNS.SANTE.FR

RAPPORT ET AVIS

DÉPISTAGE, PROFESSIONNELS DE SANTÉ FR

12 OCTOBRE 2000

AVIS SUR LE DÉPISTAGE EN MILIEU HOSPITALIER EN SITUATION D'ACCIDENT AVEC EXPOSITION AU SANG (AES) ET D'IMPOSSIBILITÉ POUR LE PATIENT DE RÉPONDREÀ UNE PROPOSITION DE TEST



Evaluation du risque de contamination

Tableau 1 : Évaluation du risque et indications du traitement post-exposition vis-à-vis du VIH après exposition au sang et aux liquides biologiques

Exposition au sang et aux liquides biologiques			
Risque et nature de l'exposition	Statut VIH du sujet source		
	VIH positif		VIH inconnu
	CV détectable	CV indétectable (1)	
Important : - piqûre profonde, aiguille creuse et intra vasculaire (artérielle, veineuse)	TPE recommandé	TPE non recommandé (2)	TPE recommandé
Intermédiaire : - coupure avec un bistouri - piqûre avec aiguille IM ou SC - piqûre avec aiguille pleine - exposition cutanéo-muqueuse avec temps de contact > 15 mn	TPE recommandé	TPE non recommandé (2)	TPE non recommandé
Minime : - piqûre avec seringue abandonnée - crachats, morsure ou griffures - autres cas	TPE non recommandé		

(1) Charge virale indétectable au seuil utilisé par le laboratoire qui traite l'examen.

(2) Dans le cas d'un sujet source ayant une infection à VIH suivie avec une charge virale indétectable au long cours (contrôle de moins de six mois) et l'absence de doute sur l'observance au traitement antirétroviral, il est légitime de ne pas traiter. Un TPE peut toutefois être débuté et sera réévalué dès que possible.

Par le médecin référent VIH ou médecin des urgences

Débuter le traitement le plus rapidement possible, idéalement dans les 4h, au plus tard dans les 48h

Déclarer l'accident du travail

- La victime doit déclarer l'AT à son employeur dans les 24h (sauf cas de force majeure)
- L'employeur doit déclarer l'AT à la CPAM dans les 48h (sauf cas de force majeure)
- Respect de l'anonymat du patient source
- Le CMI : doit décrire la blessure et bien mentionner le risque biologique (effraction cutanée ou projection cutanéo-muqueuse susceptible d'entrainer une contamination)
- Suivi sérologique adapté (recours possible à la MDT) afin de :
  - attester de l'absence d'infection au moment de l'AT (sérologie avant J8)
  - détecter une éventuelle séroconversion
- Analyse des circonstances de l'AT avec le MDT pour éviter qu'il ne se reproduise

- Pour les professionnels non-salariés : pour que le risque AT soit couvert, nécessité de souscrire une « assurance volontaire » : AT et MP auprès de leur CPAM

Suivi sérologique adapté

Etiquette	Fiche de suivi biologique d'un AEV au sang et autres liquides biologiques ATTENTION : le tableau doit être rempli complètement dès le J0 de l'AEV CORVIH – COMITÉ DE COORDINATION DE LA LUTTE CONTRE LES IST ET LE VIH DE NORMANDIE			
Date et heure de l'AEV :	**Bilan initial**	**S2**	**S6**	**S12**
NON TRAITÉ	□ **Sérologie VIH** □ **Sérologie Hépatite C** □ **AcHBs** (vacciné et titre Ac inconnu) □ **AcHBs / AcHBc / AgHBs** (non vacciné) □ **ALAT**	**Rendu des résultats**	□ **Sérologie VIH** - Si source VIH+ **ET** CV détectable - Si source VIH inconnu □ **ARN Hep C / ALAT** si ARN VHC + chez sujet source	□ **Sérologie Hépatite C** - Si statut inconnu ou sujet source initialement négatif mais appartenant à un groupe à risque* - si ARN VHC + chez sujet source. □ **AcHBs / AcHBc / AgHBs** - si non immunisé **ET** sujet source Ag HBs + - si non immunisé **ET** de statut inconnu
TRAITÉ **En plus du bilan ci-dessus**	□ **NFS** si traitement par AZT (Rétrovir) □ **Créatinine** □ **Test de grossesse**	□ **NFS** si traitement par AZT (Rétrovir) □ **Créatinine** et/ou **ALAT** Si mauvaise tolérance, signes cliniques ou comorbidités	□ **Sérologie VIH**	□ **Sérologie VIH**

Quand arrêter le suivi ?

Quelque soit l'AEV : sexuel ou professionnel

10.3.1 Risque lié au VIH

Si la sérologie VIH du sujet source est négative **ET UNIQUEMENT** s'il n'y a aucun risque de contamination récente de ce sujet source (< 6 semaines), le suivi VIH peut être interrompu. Au moindre doute, une sérologie VIH sera réalisée à S6.

10.3.2 Risque lié au VHB

Deux situations permettent d'interrompre le suivi VHB :
- Si le sujet exposé est immunisé (Ac anti HBs >10 UI/l),
- Si le sujet exposé n'est pas immunisé (Ac anti HBs < 10 UI/l) et que l'Ag HBs du sujet source est négatif, en l'absence de tout risque de contamination récente du sujet source (< 2 mois).

10.3.3 Risque lié au VHC

Si la sérologie VHC du sujet source est négative **ET UNIQUEMENT** s'il n'y a aucun risque de contamination récente (< 2 mois), de situations à risque de transmission du VHC (viol, rapport anal, rapport avec saignement, sujet source toxicomane, sujet source immunodéprimé), alors le suivi VHC peut être interrompu.

Circonstances de survenue de l'AES

Prélèvements sanguins : hémocultures, gazométrie...

Perfusions,injections et interventions sur chambres implantées

Injections IM, SC

Intervention chirurgicale

Ramassage ou nettoyage instruments chirurgicaux ou dentaires

Elimination matériels souillés : aiguilles, bistouris, tubes de sang... dans poubelle, plateau, champ opératoire...

Recapuchonnage des aiguilles / désadaptation

Prise en charge des AES : textes réglementaires

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE
MINISTERE DU TRAVAIL

Circulaire du 25 février 2019

INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DGS/SP2/PP2/DGOS/PF2/DSS/1C/DGT/CT2/2019/45 du 25 février 2019 relative aux recommandations de prise en charge des accidents d'exposition au sang et aux liquides biologiques (AES) survenant dans un environnement professionnel et des accidents d'exposition sexuelle



Rapport Morlat 2013 – actualisé en 2017

Prise en charge des accidents d'exposition sexuelle et au sang (AES) chez l'adulte et l'enfant. Recommandations du groupe d'experts. Rapport 2013 actualisé en 2017. Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS), 2017

Atelier AES SF2H 2023 – GERES – CPias BFC

Suivi AES : textes réglementaires

VIH

L'indemnisation en cas de séroconversion est réglementée par des textes rendant indispensable un suivi sérologique :

Régime général *Décret du 18 janvier 1993* et Fonction Publique : *Décret du 9 mars 1993*

Arrêté du 27 mai 2019 fixant les modalités de suivi sérologique des personnes victimes d'accident du travail et des fonctionnaires civils victimes d'accident de service entraînant un risque de contamination par le virus de l'immunodéficience humaine

VHC et VHB

Modalités = recommandations du Rapport Morlat

Suivi non indispensable contrairement au VIH : indemnisation au titre des Maladies Professionnelles : tableau n°45 Hépatites virales



Transmission soignant-soigné

VHB : risque faible : surtout praticiens AgHBe+

Depuis début des années 70 : ≥ 50 soignants impliqués dans une transmission du VHB à un patient, # 500 patients contaminés (1 à plus de 75 patients contaminés par soignant)

La plupart des cas avant la large utilisation de la vaccination

VHC : risque très faible

Une 10^{ne} de cas publiés dans le monde (chirurgiens et anesthésistes)

Cf dia suivante

VIH : risque extrêmement faible

3 cas documentés dans le monde :

1 chir. orthopédique et 1 IDE (France)

1 dentiste (USA) ⇾ 6 patients

- *Esteban – N Engl J Med 1996 :* **chir. cardio-thoracique** (Espagne) → contamination de 5 patients entre 1988 et 1993 (remplacements valvulaires)

- *Duckworth – Commun Dis Public Health 1999 :* **chir. cardio-thoracique** (GB) → 1 patient en 1994 (pontage coronarien)

- *CDSC – Commun Dis Rep CDR Wkly 2000 :* **gynéco-obstétricien** (GB) → 4 patientes

- *Ross – Arch Intern Med 2002 :* **obstétricien** (Allemagne) → 1 patiente

- *Ross – J Med Virol 2002 :* **orthopédiste** (Allemagne) → 1 patient

- *Bosch – Lancet 1998* : 2 hôpitaux (Espagne) : contamination de **217 patients** par 1 **anesthésiste** !!! Mais pratiques « hors soins » (toxicomanie / morphiniques)…

- *Ross – N Engl J Med 2000* : 1 anesth. (phase d'incubation du VHC) → 5 patients lors de **chir. orthopédique et générale**

- *Cody – Arch Intern Med 2002* : 1 anesth. (USA) → 1 patient lors de **chir. thoracique**

LA FIN DES AES ?...QUOIQUE …

Risque maitrisé pour le VIH VHC VHB depuis 15 ans

Intérêt ++ de maintenir une surveillance locale

- Identifier les AES évitables
- Les AES à risque de transmission
- Etre en capacité d'assurer une prise en charge rapide

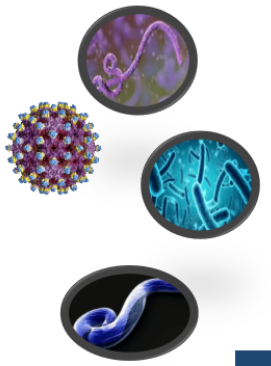
Anticiper les risques à venir (émergence …)

Atelier AES SF2H 2023 – GERES – CPias BFC

Risque de transmission après un AES

VIH, VHC, VHB mais aussi tout pathogène avec phase de portage (chronique ou transitoire dans le sang) …

Plus de 50 pathogènes différents (virus, bactéries, parasites, champignons) à l'origine de contamination professionnelle



- Fièvres hémorragiques virales : Ebola (Afrique)
- West Nile Virus : transmission en laboratoire
- Dengue : plusieurs cas décrits dans la littérature dont en France après piqûre
- Chikungunya : 1 cas autochtone chez une IDE en France après contact sanguin sur peau lésée
- Paludisme à *P. falciparum*

Infection risks following accidental exposure to blood or body fluids in health care workers: A review of pathogens transmitted in published cases (A.Tarantola, et al. Am J Infect Control 2006;34:367)

Circonstances de Prise en soin des MIE en France métropolitaine

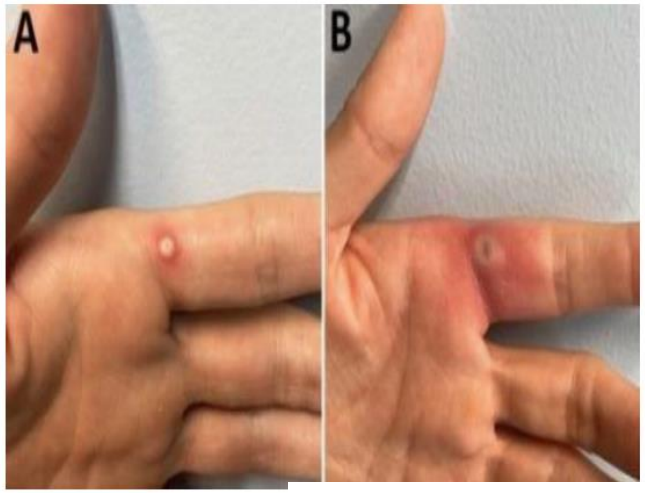
- **Patient contaminé en zone d'endémie** et pris en charge en France
- **Cas autochones d'arboviroses** (Zika, Dengue, Chikungunya, West Nile Virus) possibles en raison de la présence du vecteur sur le territoire
- **Apparition d'une épidémie en France** (Mpox, COVID 19).

→ Les modes de transmission aux soignants sont multiples. *Seule la transmission par AES est traitée ici.*

→ Les maladies vectorielles peuvent être transmise lors d'un AES dès lors qu'il existe une *phase virémique.*

EXEMPLE DU MPOX ET TRANSMISSION EN MILIEU DE SOIN

- Avant 2022 : revue de la littérature, 12 articles entre 2000 et 2022 : 1 seul cas « possible » de transmission de la maladie a un soignant, probablement en lien avec l'inhalation de matériel infecté provenant de la réfection du lit d'un patient sans masque ?
- **Depuis mai 2022, une dizaine de cas de contamination « probable et/ou prouvée » en milieu de soins ont été rapportés chez les personnels soignants :** Médecins (n=3), internes en médecine (n=2) et infirmiers (n=5)
- En provenance de différents pays USA, Corée, Israël, Allemagne, France, Portugal, Brésil, Israel..



CAS DÉCRITS DE TRANSMISSION MPOX EN MILIEU DE SOIN : COMMENTAIRES

Il s'agit dans la majorité des cas d'un accident **d'inoculation percutanée** de **liquide contaminé**, par piqure au niveau des doigts de la main du soignant avec un matériel souillé . Une contamination par contact avec des surfaces souillées est évoquée pour quelques cas.

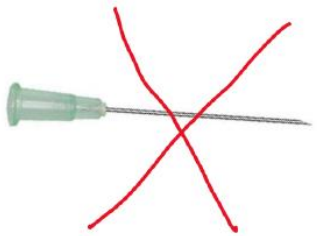
Responsable **d'une maladie similaire à Mpox** : évolution au point d inoculation puis dissémination des lésions.

Pour autant, ces **accidents sont potentiellement évitables +++**

Actuellement, en France, pas d'indication de vaccination des professionnels de santé (en TPE éventuellement)

MPOX POST AES : ET COMMENT L'ÉVITER ?

1. Un prélèvement pour confirmation microbiologique par PCR sur prélèvement de lésions cutanées et/ou muqueuses est-il indispensable ? Clinique, épidémio….
2. Si un prélèvement est indiqué : écouvillon et **ne jamais prélever les lésions cutanées à l'aide d'une aiguille.**
3. Le système de sécurité d'un matériel piquant doit être activé immédiatement après le geste.
4. Enfin tout accident d'exposition à un liquide biologique doit être déclaré en accident du travail et doit être évalué par un médecin référent afin d'évaluer la pertinence d'une prophylaxie post exposition (vaccination au mieux dans les 4 jours).



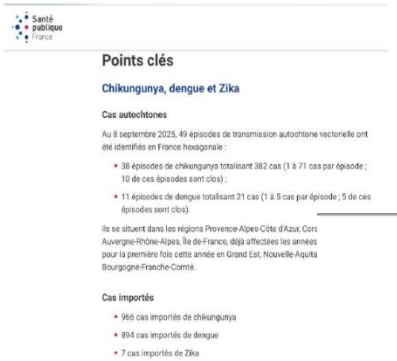


AUTRES MIE ET AES publiés : Fièvres hémorragiques virales

Maladie	Zones à risques	Transmission	AES Publiés	Contamination de l'agent	Traitement Post Exposition
EBOLA	Afrique centrale et subsaharienne	Chauve souris→ primates→ homme Contagiosité interhumaine	Oui Piqure aiguille creuse	non	Oui Vaccins Anticorps monoclonaux
CRIMEE CONGO	Afrique , Asie, pourtour méditérannéen	Vecteur : Tique Zoonose: mammifères Homme Présence du vecteur en France (avec détection du virus dans la tique mais pas de cas autochtone)	Oui +++ Piqure aiguille creuse	Oui	Oui Ribavirine+++

Arboviroses transmises par moustiques *Aedes sp.*
SURVEILLANCE+++ Santé publique France

Chikungunya, dengue, Zika et West Nile en France hexagonale. Bulletin de la surveillance renforcée du 10 septembre 2025.



Santé publique France

Points clés

Chikungunya, dengue et Zika

Cas autochtones

Au 8 septembre 2025, 49 épisodes de transmission autochtone vectorielle ont été identifiés en France hexagonale :

- 38 épisodes de chikungunya totalisant 382 cas (1 à 71 cas par épisode ; 10 de ces épisodes sont clos) ;
- 11 épisodes de dengue totalisant 21 cas (1 à 5 cas par épisode ; 5 de ces épisodes sont clos).

Ils se situent dans les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur, Corse, Auvergne-Rhône-Alpes, Île-de-France, déjà affectées les années précédentes pour la première fois cette année en Grand Est, Nouvelle-Aquitaine, Bourgogne-Franche-Comté.

Cas importés

- 966 cas importés de chikungunya
- 894 cas importés de dengue
- 7 cas importés de Zika

AUTRES MIE ET AES publiés : arboviroses transmises par moustiques *Aedes sp.*

Maladie	Zones à risques	Transmission	AES Publiés	Contamination de l'agent	TRAITEMENT POST EXPOSITION
Dengue	Zones inter-tropicales	Vecteur : Aedes sp. dont le moustique tigre Pas de Contagiosité interhumaine mais TMF Présence du vecteur en France métropolitaine	Oui ++	Oui	Non
Zika	Tout le globe	Vecteur : Aedes sp. dont le moustique tigre Pas de Contagiosité interhumaine mais TMF responsables de microcéphalies Présence du vecteur en France cas autochtones en France métropolitaine	Oui	Oui	Non
Chikungunya	Afrique, Asie, Ocean indien, Caraibes, Amérique du Sud	Vecteur : Aedes sp. dont le moustique tigre Pas de Contagiosité interhumaine mais TMF Présence du vecteur en France cas autochtones en France métropolitaine	Oui (anciens)	?	Non

Grippe

- Transmission:
  - par les sécrétions des VAS par toux, éternuement, parole
  - possible par contact des muqueuses avec des mains ou objets fraichement souillés
  - favorisée par groupement de personne dans espace clos

- Couverture vaccinale : autour de 25% parmi le personnel de santé
- Recommandation: Professionnels de santé et tout professionnel en contact régulier et prolongé avec des personnes à risque de grippe sévère
- Obligation vaccinale: dans la loi FSS 2025: en attente décret d'application

IQSS 2026 – IAS : Prévention de la grippe en établissement de santé, indicateur de couverture vaccinale antigrippale du personnel hospitalier : campagne nationale de recueil d'un indicateur de qualité et de sécurité des soins

ARTICLE HAS - Mis en ligne le 18 oct. 2022 - Mis à jour le 20 août 2026

Présentation de l'indicateur: L'indicateur exprime le **taux de personnel hospitalier vacciné contre la grippe** parmi l'ensemble du personnel hospitalier exerçant au sein de l'établissement de santé à un temps t.
Son objectif est d'améliorer la maîtrise de la transmission nosocomiale de la grippe et de réduire l'exposition potentielle aux antibiotiques. En effet, prévenir la grippe c'est aussi prévenir l'utilisation d'antibiotiques pour soigner les grippes surinfectées.
La population concernée est tout le personnel de l'hôpital.

Covid-19

- Transmission:
  - par gouttelettes provenant des VAS générées par la toux, les éternuements, la parole
  - Contact étroit <2mètres
  - Possible par contact des muqueuses du visage avec des mains ou objet fraichement souillées par sécrétions or pharyngées d'un sujet infecté
- Recommandation: Professionnels de santé et tout professionnel en contact régulier et prolongé avec des personnes à risque de grippe sévère

Actualités 2026

- GRIPPE: campagne nationale à partir du 13.10.2026
  - vaccins trivalents: souches A(H1N1), A(H3N2) et B
  - Vaccin hautement dosé: réservés au + 65 ans
  - Vaccin nasal vivant atténué: pas disponible en France
  - Sentinelles: Niveau d'activité faible (semaine 40 - 28/09 au 4/10)
- COVID: variant XFG
  - Recommandé chez les +65 ans, les personnes à risque de forme grave, les femmes enceintes, les personnes vivants dans l'entourage ou en contact régulier avec des ID ou vulnérable, *y compris les professionnels des secteurs sanitaire et médicosocial*

Tuberculose

A l'embauche: interrogatoire sur les ATCD d'ITL ou TM+ sur les expositions professionnelles

- 2021 : 4 306 cas déclarés, 67 % de formes pulmonaires
- L'OMS considère que le ratio du taux de tuberculose chez les soignants /population générale adulte est un indicateur de la qualité de la prise en charge et de la prévention dans le pays considéré.
- Nombre de cas annuel chez le personnel des ES en France:

- entre 75 et 126 de 2009 à 2019,
- 89 cas en 2020
- 86 cas en 2021

- Prévention vaccinale : BCG (vaccin vivant atténué) → levée de l'obligation pour les professionnels 2019 (décret 2019-149 du 27 février 2019)

Tuberculose

- Intradermoréaction (IDR)= tubertest
  - Injection intradermique à l'intérieur de l'avant-bras – lecture dans les 48/72h
  - Recherche d'une hypersensibilité retardée (par présence d'antigènes mycobactériens
- Test IGRA= Quantiferon-TB® Gold in-tube (Qiagen) et le TSPOT-TB® (Oxford Immunotec)
  - Détection de production in-vivo d'interferon-γ par les lymphocyes T en réponse à des antigènes spécifiques de *Mycobactétium tuberculosis*
  - Résultat positif= infection par *M. tuberculosis* sans faire différence entre infection récente ou infection ancienne, infection tuberculeuse latente ou tuberculose maladie

Tuberculose: enquête autour d'un cas

- En cas d'exposition :

- Isolement du patient source
- Contagiosité de la source= toux/cavernes/ présence de BAAR à l'ED
- Contagiosité moindre si ED négatif et culture positive
- Type d'exposition : durée du contact

- Surveillance du sujet exposé :

- Suivi médical précoce : examen clinique /information/ IDR ou IGRA radio thorax
- Pas de risque de contamination de l'entourage

- Maladie professionnelle tableau n°40

Guide pour poser l'indication d'un suivi post contage chez un professionnel immunocompétent en fonction de la durée d'exposition, de l'intensité de l'exposition et de la contagiosité du patient source

Intensité de l'exposition	**Patient très contagieux** (examen direct positif, présence de cavernes à la radiographie)	**Patient peu contagieux** (examen direct négatif, absence de caverne à la radiographie)
Forte : gestes générant des aérosols (intubation, fibroscopie bronchique kinésithérapie respiratoire) sans protection respiratoire*	Suivi post contage quelque soit la durée d'exposition	Suivi post contage quelque soit la durée d'exposition
Moyenne : soins directs et rapprochés sans protection respiratoire*	Suivi post contage si durée d'exposition > 1 h	Suivi post contage si durée d'exposition > 8 h
Faible : nettoyage de la chambre, apport des plateaux repas… sans protection respiratoire*	Suivi post contage si durée d'exposition > 8 h	Suivi post contage si durée d'exposition > 40 h

** : masque de protection respiratoire de type FFP2.*

Et si le patient source est le soignant?

Coqueluche

Transmissibilité élevée
R0 entre 5 à 15

- Flambée épidémique en 2024
- Terrain à risque de forme grave: nourrisson non protégé par la vaccination (moins de 6 mois ou entre 6 et 11 mois incomplètement vaccinés), sujet atteint de pathologie respiratoire chronique, sujet ID
- Immunité naturelle: coqueluche = protection environ 10 ans
- Vaccination: valence coqueluche dans vaccin DTcP
- Sont non protégés contre la coqueluche adultes dont la dernière dose > 5 ans
- En cas d'exposition pour le sujet exposé:
  - Antibioprophylaxie (au max 21 jours après le dernier contact avec la source) tout patient ayant reçu des soins d'un membre du personnel atteint, ainsi que ses collègues ayant des contacts face à face ou prolongés avec lui et tout soignant ou patient exposé à un sujet coquelucheux pendant sa phase contagieuse) : antibioprophylaxie, uniquement chez les sujets exposés non immunisés contre la coqueluche (sans immunité post-infectieuse ou post-vaccinale) ET à risque d'avoir une forme grave de la maladie (cf. paragraphe plus haut) ou de transmettre l'infection à des sujets à risque de forme grave.
  - Vaccination des sujets contacts (la vaccination post-exposition ne protège pas une personne déjà contaminée)
- Vaccination des professionnels au contact des nouveau-nés et nourrissons de moins de 6 mois: rappel avec DTcP si dernière injection>5 ans
- Vaccination des femmes enceintes: recommandée entre 20-36 SA

Rougeole

Extrêmement contagieux
R0 12 à 18

- En France:
  - Forte épidémie en 2010-2011: (15000 cas)
  - Forte circulation en 2024: 483 cas déclarés (dont 84 cas importés)
  - 2025= 873 cas déclarés
- Complications chez les nourrissons, adultes et ID: pneumopathie rougeoleuse, complications neurologiques (encéphalomyélite post-rougeoleuse)
- Prévention vaccinale: vaccin vivant atténué (ROR): Schéma vaccinal à 2 doses
- Immunité collective efficace= couverture vaccinale d'au moins 95% avec deux doses
- En cas d'exposition:
  - Sujet contact= contact avec une personne infectée depuis la veille de l'apparition de la fièvre jusqu'à 5 jours après le début de l'éruption
  - Isolement du cas source – évaluer le risque de transmission secondaire
  - Sujet exposé: vaccination 1 dose ROR pour toutes les personnes susceptibles d'avoir été exposé si pas 2 doses de vaccins antérieures

Rougeole: vaccination

Nouveautés règlementaires:

- « La loi de financement pour la sécurité sociale 2026 instaure une obligation d'immunisation contre la rougeole pour les professionnels et les étudiants des secteurs sanitaires et médico-sociaux, ainsi que pour les professionnels de la petite enfance, à leur entrée en formation ou lors de leur entrée en fonction.
- La liste des professionnels concernés, ainsi que les modalités de mises en œuvre, seront précisées ultérieurement par voie réglementaire. »

Varicelle

Période de contagiosité
Varicelle: 2 à 4 jours avant l'éruption jusqu'à la fin des lésions actives
Zona: 48h après le début de l'éruption

- Transmissibilité: 86,6% après contact intra-familial, 10 à 30% au sein collectivité, jusqu'à 25% autour d'un cas de zona
- Transmission respiratoire (aérosols), plus rarement par contact des muqueuses avec mains souillées par le liquide des vésicules cutanées
- Zona: pas l'intermédiaire des vésicules cutanées
- Immunité naturelle en cas d'antécédents de varicelle
- Prévention vaccinale: vaccin vivant atténué en 2 doses
- En cas d'exposition en l'absence d'immunité: vaccination post-exposition dans les 3 jours

Hépatite A

- Transmission féco-orale par ingestion (contact rapproché avec sujet infecté, aliments contaminés ou eaux souillées de matières fécales)
- Infectiosité: le sujet est excréteur du virus 15 jours avent et 10 jours après l'ictère
- En milieu professionnel: contamination possible de soignants/agents par patients infectés
- Prévention vaccinale: vaccin contre l'hépatite A (2 doses)
- Chez enfant<6 ans= souvent asymptomatique

La vaccination contre l'hépatite A est recommandée pour les professionnels à risque de contamination :

- personnes s'occupant d'enfants n'ayant pas atteint l'âge de la propreté (personnels des crèches, assistantes maternelles, etc.) ;
- personnels des structures collectives d'accueil pour personnes handicapées ;
- professionnels impliqués dans la préparation alimentaire en restauration collective (cantines) ;
- personnes chargées du traitement des eaux usées et des égouts.

Infections invasives à Méningocoques

- Prophylaxie des sujets contacts: « Un sujet contact est une personne ayant été exposée directement aux sécrétions rhino-pharyngées d'un cas dans les dix jours précédant son hospitalisation. Il s'agit principalement des personnes qui vivent ou sont gardées sous le même toit que le cas index pendant sa période de contagiosité. Dans les autres circonstances, l'évaluation du risque doit prendre en compte l'ensemble des critères suivants :
  - La proximité : la transmission des sécrétions rhino-pharyngées est facilitée par une distance de moins d'un mètre
  - Le type de contact : il s'agit uniquement de contacts en face à face
  - La durée : à moins d'un mètre, la probabilité de transmission des sécrétions rhino-pharyngées augmente avec la durée du contact (le risque de contamination existe pour une durée dépassant au moins une heure d'affilé. Ce temps peut être diminué si une toux importante et/ou des éternuements fréquents ont été rapportés pour le malade)
  - Lors d'un contact « bouche à bouche », la durée importe peu.

→ antibioprophylaxie dans les 24 à 48h suivant le diagnostic (pas d'intérêt au-delà de 10 jours)

SITUATIONS	Antibioprophylaxie recommandée	Antibioprophylaxie NON recommandée sauf exceptions1
Prise en charge médicale d'un malade	Personnes ayant réalisé le bouche à bouche, une intubation ou une aspiration endotrachéale sans masque de protection avant le début du traitement antibiotique du malade et jusqu'à la première prise d'un antibiotique efficace sur le portage	Autres personnels ayant pris en charge le malade
Milieu professionnel		Personnes travaillant dans les mêmes locaux

- https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Annexe_Instruction_DGS_2014_301a.pdf

Infections invasives à Streptocoque du groupe A

Augmentation des cas depuis 2022

- Transmission par gouttelettes respiratoires ou contacts directs
  - Formes non invasives: angine érythémateuse, impétigo, scarlatine
  - Formes invasives (létalité 20%): infection de la peau et tissus mous, infections respiratoires basses, sd de choc streptococcique, infection puerpérale
- Selon le HSCP: Cas contacts = personnes ayant rencontrés le cas index dans les 7 jours précédant le début des signes cliniques et jusqu'à 24h après le début de l'antibiothérapie:
  - partage du même domicile, de la même chambre ou du même endroit de nuitée
  - contacts intimes avec face à face (sport de combat, rugby ...),
  - contacts rapprochés de façon prolongée ou répétée (voyage >8 heures sur un siège contigu, activité partagée entre enfants ou étudiants…)

➔ Milieu de soins : patients ayant partagé la même chambre.

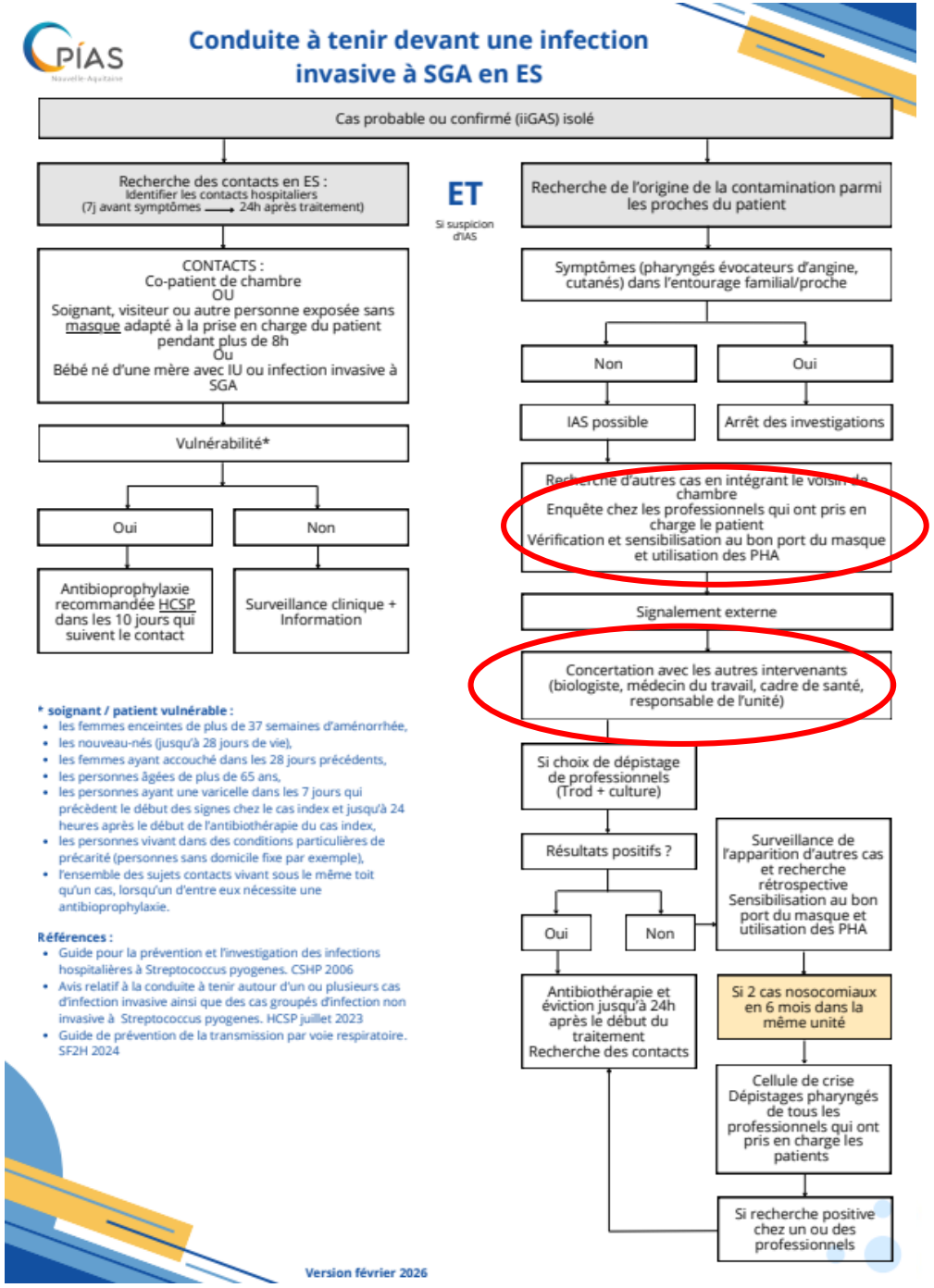
Les professionnels de santé ne seraient donc pas considérés comme des sujets contacts à proprement parler.

Infections invasives à Streptocoque du groupe A

Investigation auprès des professionnels:

Liste des professionnels ayant eu des contacts potentiellement exposant avec le cas:

- Recherche signes cliniques ou angine récente
- Prélèvement de gorge (TROD→uniquement en cas de symptômes)
- Si positif= antibiothérapie - éviction recommandée jusqu'à 24h après le début du tmt



Gale

Transmission cutanée

Deux formes: gale commune/gale profuse (hyperkératosique)

- Transmission interhumaine – contact cutané plus ou moins prolongé avec une personne infestée
- Sujet exposé = Personne ayant eu des contacts cutanés directs avec un sujet infesté, son linge de corps et de lit, surtout en cas d'infestation massive, telles que les gales profuses/hyperkératosiques.
- Principales professions concernées : Personnels de soins et assimilés, de laboratoire, d'entretien, ou de services sociaux en contact direct sans protection avec des personnes atteintes.
- Les sujets contacts répartis en 3 cercles :
  - 1er cercle : personnes ayant eu un contact prolongé avec un cas (relations sexuelles, entourage familial proche, soins de nursing...) ; → traitement (soignants ayant donné des soins de nursing)
  - 2ème cercle : personne vivant ou travaillant dans la même collectivité ;
  - 3ème cercle : personne visitant occasionnellement la collectivité et entourage familial des personnes fréquentant régulièrement la collectivité.
- Gale commune= traitement des soignants ayant donné des soins de nursing
- Gale hyperkératosique= traitement des sujets contact des 1er et 2ème cercle
- Si Cas professionnel: En collectivité, s'assurer de l'éviction jusqu'à 3 jours après le traitement pour une gale commune et jusqu'à négativation de l'examen parasitologique pour les gales profuses/hyperkératosiques.
- Reconnue en maladie professionnel (tableau n° 76)
- Pas d'efficacité des SHA

Légionellose





- Type de réservoir: environnement
- Source: prolifération possible de la bactérie dans les réseaux d'eau chaude sanitaire (établissement de santé, hôtel, camping, établissements de natation ou de sport...), l'eau des tours aéro-réfrigérantes, les eaux pour balnéothérapie...
- Mode de transmission: contamination se fait par voie respiratoire, par inhalation d'eau contaminée diffusée en aérosol. Les aérosols sont émis le plus souvent par une installation technique comprenant un circuit d'eau chaude ou réchauffée colonisé par des souches pathogènes de Legionella à un niveau suffisant de concentration.
- Professionnel exposé:
  - Personnels de maintenance de tours aéro-réfrigérantes humides, personnels exposés à des aérosols d'eau possiblement contaminés...
  - Autres circonstances d'exposition : douches, balnéothérapie

Leptospirose

- Réservoir: rongeurs (rats+++, mulots, campagnols), chiens, chevaux, porcs, bovins, ovins.
- Milieu professionnel: secteurs de l'agriculture-élevage et du BTP, ainsi que les animateurs de loisirs aquatiques comme à risque
- Pas de transmission interhumaine
- Prévention vaccinale: Vaccin SPIROLEPT: efficacité courte et incomplète

CMV

Attention femme enceinte

- Infectiosité: contagiosité importante
- Transmission interhumaine: gouttelettes de sécrestions oro-pharyngées, par contact des muqueuses avec des mains souillées par liquides biologiques infectés (salive, urines)
- Immunité naturelle durable mais des réactivations asymptomatiques possibles + possible ré-infection par une souche différente
- Professions concernées: soins de maternage au contact d'enfants <3ans ou contact étroit avec personnes excrétrices (kiné respi, soins chez ID ou transplantés)
- Importance des mesures de prévention: éviter les contacts avec les liquides biologiques (urines, salive...), se laver fréquemment les mains ou friction avec une solution hydro-alcoolique, notamment lors des changes ou de la toilette ; éviter le partage d'objets tels cuillères, jouets..

Conjonctives à adénovirus

- Transmission par exposition des muqueuses oculaires à des gouttelettes (tous, éternuements, parole), secretions ORL ou larmes, mains souillées
- Contagiosité: incubation (2 à 21 jours) jusqu'à 14 jours après le début des signes oculaires
- Au moins 1 mb du personnel devient infecté
- Professions concernées: personnel de soins

Papillomavirus

Vaccination contre les infections à papillomavirus humains (HPV)
Le rattrapage vaccinal est élargi : aux **jeunes femmes et aux jeunes hommes** n'ayant pas été vaccinés à l'adolescence ; **jusqu'à 26 ans révolus.**

Risques infectieux des fumées laser : exemple des papillomavirus humains

AUTEURS :
S. Peyrot, G. Brochard, C. Le Bâcle, département Études et assistance médicales INRS

EN RÉSUMÉ

Lors du traitement par laser de lésions cutanées ou muqueuses dues à des papillomavirus humains (lésions HPV), le personnel médical peut être exposé par voie respiratoire à ces virus par le biais des fumées chirurgicales. Une revue de la littérature et une enquête sur les pratiques en milieu hospitalier ont conduit à proposer des pistes d'amélioration de la sécurité des soignants exposés.

MOTS CLÉS
Risque biologique / Laser / Fumée / Personnel soignant / Milieu de soins / Chirurgie

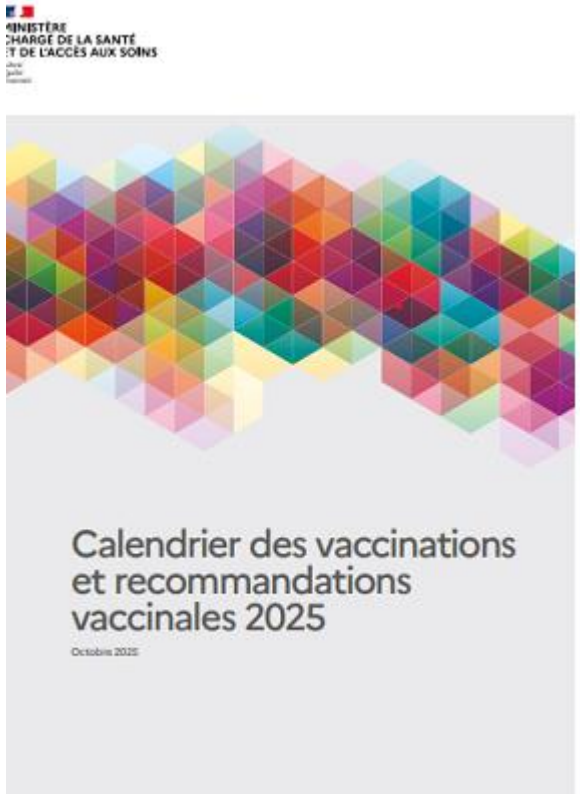


© Photo Alto

Pour conclure

- Connaissance des conditions de travail des professionnels
- Suivi médical des professionnels
  - Antécédents
  - Pathologies existantes
  - Statut vaccinal
- Mesures de prévention destinées aux professionnels
- Collaboration Service de Santé au travail/Equipe hygiène
  - Protocoles
  - Enquêtes autour d’un cas

Plus d'infos…





https://professionnels.vaccination-info-service.fr



https://www.infovac.fr



https://youtu.be/pBQRtVqBsvA?si=Io8L8B-kBPHNcDg3