



*Rapport adopté par le Conseil national de l'Ordre des médecins  
le 11 septembre 2003 et réactualisé en mars 2005  
Dr. Jacques MORNAT*

## **VIRUS, MEDECIN, MALADE**

**1 – CONTAMINATION DU PATIENT**

**2 – DEONTOLOGIE – VIRUS – SANTE PUBLIQUE**

**3 – MEDECIN CONTAMINE**

## 1 – CONTAMINATION DU PATIENT PAR SON MEDECIN

La contamination du patient par son soignant est une situation très rare mais déjà vécue et qui pose de difficiles problèmes.

A l'heure des lois d'indemnisation et plus récemment, la loi du 4 Mars 2002, tenant compte du principe de précaution, nous tenterons d'éclairer nos confrères sur les difficultés et si possible les conduites à tenir.

Notre souci présent concerne le VIH et les hépatites VHB et VHC qui sont les plus préoccupantes.

Le rapport du Conseil national de l'Ordre des médecins du 20 décembre 1996 du Professeur LANGLOIS sur le même sujet nous a été précieux.

**La contamination du patient** est celle exclusivement, résultant de l'activité professionnelle ainsi définie : « **actes individuels de prévention, de diagnostics ou de soins** ». Elle peut être le fait du médecin lui-même ou « de ceux qu'il emploie ».

**Le mode de contamination** est en règle univoque

Au cours d'un acte opératoire, une blessure à la main perforant les gants entraîne une hémorragie, qui même minime, est néanmoins suffisante pour contaminer le sang du patient dans le champ opératoire.

Si les chirurgiens et leurs aides sont les plus concernés, certains sont particulièrement exposés : gynécologues-obstétriciens, chirurgiens thoraciques, chirurgiens cardio-vasculaires, stomatologues.

En fait toutes les activités interventionnelles plus ou moins invasives peuvent être concernées : cardiologie, radiologie, endoscopie, anesthésie et réanimation, ORL ou ophtalmologie, rhumatologie...

Le médecin généraliste lui-même peut être contaminant à l'occasion d'un geste banal de petite chirurgie superficielle ou d'interventions courantes mini invasives.

### Etiologies contaminantes possibles

➤ **Le VIH** ◀ : Les virus du SIDA sont les plus redoutés

La séropositivité est longtemps totalement silencieuse et même déclarée, la maladie incurable au demeurant, permet une survie prolongée et longtemps compatible avec une vie presque normale. **Il n'y a pas de vaccin.**

➤ **Le VHB** ◀

Hépatite contagieuse en phase aiguë et répliquative : elle engendre fréquemment des cirrhoses et cancers du foie . **Il existe un vaccin efficace.**

➤ **Le VHC** ◀

Mise en cause exceptionnelle. **Il n'y a pas de vaccin.**

## Mesures techniques préconisées

Ces mesures sont à double sens, visant à protéger le patient du médecin mais aussi le médecin du patient.

### Mesures préventives

Elles visent à rendre improbable la blessure infectante

- Abandon des techniques chirurgicales manuelles aveugles ; au contraire promotion du « no touch » et de la vidéoscopie quand elle est possible.
- Protection plus efficace des champs opératoires (non tissé)
- Port de 2 paires de gants et vigilance accrue envers les instruments et les mains des collaborateurs, voire port de gants « antivirus », vérification des gants non percés après les interventions.
- Utilisation de linge, de vêtements ou d'instruments à usage unique.

### Mesures Thérapeutiques d'urgence

- Comme tout incident per-opératoire, l'AES doit être consigné dans le compte rendu du praticien comme dans celui du panseur responsable du plateau technique.
- Il impose une désinfection immédiate à l'eau de Javel et la mise en route dans les quatre heures qui suivent d'une thérapie anti virale adaptée si VIH est en cause.

## Mesures Sanitaires

Elles sont fonction de l'étiologie du fléau en cause et évolutives avec les progrès techniques notamment en matière de traitement, de protection vaccinale et d'immunisation.

### **Le SIDA et les hépatites B et C**

posent des problèmes de santé publique redoutables.

#### Ils ont en commun

- Le mode de transmission qui se fait par contact muqueux ou parentéral et pour ce qui nous préoccupe, par le sang et les piqûres.
- La contagiosité est variable en fonction du virus en cause et du stade évolutif mais la non-contagiosité n'est jamais facile à affirmer.
- L'évolution est fréquemment grave : mortelle à terme pour le VIH, cirrhogène potentielle ou hépato-cancéreuse fréquente pour VHB et VHC.

### **Ils se différencient par le statut vaccinal**

#### - Concernant VHB

- La contagiosité est forte surtout en période aiguë et en phase chronique réplivative
- **Mais la vaccination est en règle très efficace.**
  - Elle est obligatoire pour tous les personnels de santé, y compris les médecins et désormais les étudiants en médecine, sauf si l'immunisation est déjà acquise. Nombre de Médecins hospitaliers ne seraient pas vaccinés. Quid des Médecins libéraux !

#### - Concernant VIH et VHC

- La contagiosité est certaine mais irrégulière bien qu'habituellement moins forte que pour VHB.

- Surtout à ce jour **aucun vaccin n'existe.**

**La vaccination** admet plusieurs options :

- **Obligatoire généralisée**, elle permet la protection de toute la population mais ne peut se justifier que pour un fléau de grande contagiosité et d'évolution grave comme ce fut le cas de la vaccine: c'est alors une obligation légale de santé publique.

- **Optionnelle** dans le cas d'une affection répandue mais bénigne et d'évolution fugace. Elle ne se justifie alors que dans des circonstances particulières.

- **Sélective** comme c'est le cas de VHB

Non obligatoire pour l'ensemble de la population : les vaccinations de masse chez les sujets à faible risque ont été suspendues. L'avis récent de l'Académie de Médecine innocente le vaccin et une reprise des vaccinations est recommandée par l'O.M.S.

- La vaccination est obligatoire pour les professionnels de santé, notamment les médecins ; le but étant de protéger ceux-ci des patients infectants. Le virus est en effet très vivace ; il en résulte aussi la protection du patient vis à vis du praticien.

- **L'absence de vaccin** (cas de VIH et de VHC) est encore plus préoccupante.

La séropositivité reste du domaine de la confidentialité, protégée par le secret professionnel. Il en va aussi bien de celle du patient que de celle du médecin.

La transmission du médecin infectant à son patient reste un risque extrêmement faible, et ne peut se produire qu'à l'occasion de gestes invasifs.

Se pose au médecin un problème de morale individuelle, indépendamment de celui des responsabilités évoquées plus loin.

Chaque médecin sait si son passé transfusionnel ou pathologique, ses pratiques sexuelles, l'inscrivent dans une « population à risques »

**L'Ordre des Médecins se doit d'inciter ces praticiens lorsqu'ils exercent les spécialités à risque à s'enquérir de leur statut viral ; le caractère contaminant devrait inciter à remettre en cause tout ou partie de leurs activités interventionnelles invasives.**

### **Actualisation légale après la Loi du 04 Mars 2002**

- La loi dispose dans l'article L1413-14

*« Tout professionnel ou Etablissement de santé ayant constaté ou suspecté la survenue d'un accident médical d'une affection iatrogène, d'une infection nosocomiale ou d'un événement indésirable associé à un produit de santé, doit en faire la déclaration à l'autorité administrative compétente ».*

- L'article L1142-2 dans la même loi fait obligation aux professionnels de santé de souscrire une assurance afin de garantir leur responsabilité civile et administrative susceptible d'être engagée.

- L'article L1142-1 énonce que les « professionnels de santé » ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostics ou de soins qu'en cas de faute. Les établissements sont responsables des dommages résultant d'une infection nosocomiale, sauf s'ils rapportent la preuve d'une cause étrangère.

- Par ailleurs, la loi dans son article L252-1 énonce l'obligation d'assurer les praticiens mais précise que lorsqu'une personne présente un risque d'assurance anormalement élevé..... le bureau central de tarification en informe le professionnel concerné et il fixe le montant de la prime par un contrat de six mois maximum.

- L'article L102 facilite les conditions d'imputabilité d'une contamination par V.H.C antérieurement à la présente loi.

### **Indemnisation - Responsabilité**

Le Médecin à l'origine d'une affection virale peut être mis en cause devant plusieurs instances mais surtout le patient infecté va quérir une juste indemnisation.

#### **L'indemnisation**

Elle entre dans le cadre des conséquences des infections nosocomiales et à ce titre :

- survenant suite à un séjour en « établissement, services ou organismes ceux-ci sont responsables des dommages résultants, sauf à rapporter la preuve d'une cause étrangère ».
- Survenant suite à une action du médecin libéral à domicile ou au cabinet, il en irait de même

On sait que l'administration hospitalière peut exercer une action récursoire contre son praticien, et la non-vaccination de celui-ci contre le VHB, qui constitue une infraction aux dispositions rendant obligatoire une vaccination est donc susceptible de sanctions (Décret 73-502).

Il en irait de même en secteur privé selon toute vraisemblance, par conflit entre les assurances.

C'est dire que l'assurance responsabilité civile professionnelle, devenue légalement obligatoire, est plus nécessaire que jamais, pour les libéraux comme pour les hospitaliers et autres médecins salariés du soin.

#### **Mise en cause de la responsabilité**

Elle peut être le fait de la victime, de l'employeur.

Le recours au pénal serait possible au moins pour infraction aux dispositions rendant obligatoire une vaccination mais, pourquoi pas comme on l'a vu, pour « tentative d'empoisonnement ».

Les recours disciplinaires sont envisageables :

- Conseil disciplinaire ordinal à l'initiative de la victime, de l'administration sanitaire voire du Conseil Départemental lui-même.
- Conseil de discipline hospitalier ou autre administration...

Mais c'est le recours au civil ou au Tribunal administratif qui permet l'accès à l'indemnisation et qui constitue la règle sauf entente préalable avec l'assurance.

Reste enfin indépendamment de toute instance, le sentiment de responsabilité de la transmission per-opératoire de sa propre affection virale à son patient : ce qui n'est pas facile à assumer.

## 2 – DEONTOLOGIE – VIRUS – SANTE PUBLIQUE

**Le statut viral de tout citoyen** est essentiel à la fois pour la sauvegarde du patient et pour la Santé Publique.

D'une part la séropositivité reste actuellement du domaine confidentiel et le séro-converti vit avec un secret dont il est seul à pouvoir disposer.

On conçoit aisément les implications de la divulgation de la confiance sur la vie sociale professionnelle et personnelle.

On sait aussi que la transmission des virus VIH, VHB, VHC ne s'effectue que par contacts sanguins, biologiques ou muqueux et que les mesures de protection sont faciles à mettre en œuvre.

La collectivité comme l'entourage familial ne sont pas préservés du séro-converti inconscient ou refusant d'informer son entourage proche, du danger qu'il représente.

On peut s'attendre à voir survenir des contentieux entre partenaires sexuels, qu'il s'agisse de mise en danger d'autrui, de non assistance à personne en danger voire de tentative d'empoisonnement ?? , comme on l'a vécu à propos des transfusions.

Actuellement le statut viral de l'individu n'est pas disponible pour les autorités sanitaires.

Pourtant la Santé Publique tente en permanence d'améliorer la sécurité sanitaire du citoyen dont témoignent

**La prise en charge** des victimes, les contaminations virales post transfusionnelles et le contrôle systématique de chaque donneur de sang sont parfaitement codifiés et sécurisés aujourd'hui.

A propos du projet gouvernemental de **dépistage systématique du VIH** chez les violeurs, l'Ordre suggère pour sa part le dépistage concomitant de toutes les MST.

**L'examen pré-nuptial** comporte un séro dépistage VIH (**mais il n'est pas communicable au futur conjoint !!!**). Le contrat « PACS » ne l'envisage pas.

Pour rappel, **les obligations vaccinales des professionnels** concernant VHB visent à leur propre protection autant qu'à celle des patients ; mais hélas, un certain nombre de médecins s'en exonèrent. Les campagnes de vaccination intensives anti VHB sont d'une efficacité certaine même si elles sont actuellement encore suspendues.

Qui plus est l'autorité sanitaire par la loi du 4 mars 2002 étend le régime sécuritaire

- L'article L 1110-1 CSP énonce « *que les professionnels contribuent avec les autorités sanitaires et les usagers à assurer la meilleure sécurité sanitaire possible ...* »
- La même loi confirme la présomption de responsabilité en matière d'infections nosocomiales
- L'article 102 étend les prises en charge concernant la contamination par VHC

La Pratique Médicale quotidienne voit pourtant se multiplier les dépistages sérologiques de précaution.

Avant un geste opératoire, soit à l'initiative de l'opérateur ou de l'anesthésiste-réanimateur (soucieux l'un et l'autre de leur sécurité et de celle de leur personnel), et avec l'accord préalable librement consenti du patient le plus souvent, mais hélas pas toujours.

De même, dans les dossiers, les services, les tableaux opératoires, une séroconversion était souvent matérialisée par une discrète signalétique dans un but de prévention de l'environnement soignant.

S'il apparaît que dans le milieu professionnel, la Médecine du travail a pu préserver la confidentialité on ne peut l'affirmer en milieu assurantiel où la sérologie est demandée lors de projets de contrat.

Enfin, la séropositivité s'impose évidente dès lors que le sida devient symptomatique, pour les soignants pluridisciplinaires comme pour l'environnement familial.

Le Médecin contaminant doit s'imposer des règles de prudence pour ne pas devenir contaminateur

**1. Il est souhaitable pour tout praticien contaminant de cesser ses activités interventionnelles invasives.**

- L'infectiosité et le risque de contamination dépendent pour une part du virus en cause et de la charge virémique. On sait qu'en cas d'AES on estime le risque de contamination à 30 % si VHB est en cause contre 0,3 % s'il s'agit de VIH ou VHC. On sait aussi que la charge virémique peut fortement régresser voire s'annuler sous l'effet des traitements.
- Pour ce qui est de VHC, la guérison spontanée survient spontanément dans 20 % des cas et sous l'effet des traitements elle est estimée à 50 % des cas.
- Pour VHB, la virémie peut régresser voire s'annuler sous l'action des traitements, pour des durées parfois longues. Il en est de même pour VIH les épisodes de virémie basse ou nulle pouvant être très longues.

**2. Il convient donc de déterminer le risque de contamination du praticien séroconverti.**

Celui-ci est fonction du virus en cause. La virémie étant variable dans le temps impose au praticien concerné une grande prudence qui peut justifier des contrôles biologiques plus ou moins fréquents.

Une structure médicale confidentielle sous l'égide de l'Ordre, de contrôle certes, mais aussi de conseil et de service, pourrait en être chargée.

Faut-il s'attendre enfin à ce que le statut viral de l'opérateur devienne obligatoire ?

Le principe de précaution, la pression des associations d'usagers, les risques de contentieux et les coûts assurantiers, tout donne à penser que l'exemple de VHB pourrait inspirer les autorités sanitaires tôt ou tard.

C'est pourquoi il est utile d'anticiper ou imaginer une attitude ordinale.

#### Au niveau départemental

En l'état actuel, si l'existence d'une séropositivité contaminante chez un confrère est avérée et certaine, le conseil doit entreprendre une démarche confraternelle pour inciter le médecin à cesser ses activités opératoires et s'entremettre afin de faciliter un reclassement autant qu'il sera possible malgré l'absence de passerelles.

En cas de refus du médecin d'obtempérer, quelle attitude le Conseil départemental doit-il adopter ?

#### Au niveau Régional

La saisine pourrait se faire soit au disciplinaire soit au régional administratif selon la motivation.

- La motivation au Conseil Régional Administratif serait l'article L 460 du Code de la santé publique

*« Dans le cas d'infirmité ou d'état pathologique rendant dangereux l'exercice de la profession, le Conseil Régional peut décider la suspension temporaire du droit d'exercer. »*

- La motivation auprès de la Chambre disciplinaire pouvant être, soit l'article 12, soit l'article 71 du Code de déontologie médicale, soit les deux à la fois :

Article 12 : *« Le Médecin doit apporter son concours à l'action entreprise par les autorités compétentes, en vue de la protection de la santé et de l'éducation sanitaire »*

Article 71 : *« Il ne doit pas exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre la qualité des soins, et des actes médicaux ou la sécurité des personnes examinées »...*

#### Au niveau National

Le Conseil National doit mener une réflexion sur le statut viral qui peut s'ordonner sur trois plans :

Le statut viral du médecin vis à vis de VHB

Le statut viral du médecin vis à vis de VIH et autres hépatites

Le statut viral du citoyen

#### **Vis à vis de VHB**

Une vaccination efficace existe et le contrôle de l'immunisation pour toutes les professions de santé est réglementée.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins se doit de regretter que, malgré l'obligation qui leur est faite, une proportion de médecins n'est pas vaccinée ou n'est pas contrôlée et ceci est particulièrement imprudent pour les spécialités à risque

Il est de notre mission :

- de rappeler les confrères à leur devoir
- - de souhaiter que les médecins du travail dans les hôpitaux publics, universitaires ou non, puissent convaincre ou contraindre les confrères récalcitrants à prendre les

meilleures décisions ; en effet, de nombreux médecins du travail se plaignent de la non réponse aux convocations des confrères hospitaliers.

- de mettre les établissements privés (chirurgicaux, obstétricaux et médicaux) en face de leur responsabilité lors du recrutement de leurs personnels médicaux et para-médicaux et de les inciter à rappeler cette obligation à chacun.

### **Vis à vis de VIH, VHC et autres**

D'emblée, il nous paraît prudent et nécessaire de proposer un tel contrôle avant l'orientation en spécialité invasive de l'interne en formation ( ou peut-être de tous les internes) et ce, dans l'intérêt du Médecin lui-même comme de celui des futurs patients.

- Les contrôles périodiques paraissent inquisiteurs et de toutes façons exorbitants du droit commun des autres citoyens. Ces contrôles seraient coûteux et peu efficaces :

- Coûteux car tous les médecins et leurs personnels seraient concernés, ou peut-être certaines spécialités « à risques » seulement sans préjuger des progrès techniques.
- Peu efficaces car on peut présumer que quelques cas seraient identifiés chaque année seulement.

- la fréquence de ces contrôles est scientifiquement non étayée d'autant qu'il existe des délais de période muette pour les anti-corps comme pour les anti-gènes.

- trop fréquents, ils constituent une contrainte mal supportée

- le contrôle effectif

nécessaire à l'observance et au respect des textes est à considérer, le problème consistant à déterminer l'organisme de contrôle = DDASS, hôpital, Ordre pour les médecins ( ce qui nous paraît le moins insatisfaisant.

Un tel contrôle devrait imposer des mesures d'accompagnement pour les Médecins contaminants.

- Concernant leur avenir, il faudra faciliter la reconversion :

- Des possibilités existent sans de trop grosses difficultés dans les CHU, moins aisément dans les Hôpitaux et beaucoup plus difficilement dans le secteur privé pour extraire les praticiens des secteurs à risques.
- Il conviendrait donc que les pouvoirs publics fassent en sorte de favoriser les changements d'activité nécessaires que ce soit à l'intérieur d'une même spécialité ou par réorientation financièrement soutenue (passerelles)
- Les pouvoirs publics sensibles à la raréfaction programmée des Médecins devraient s'engager à proposer un emploi administratif à ces quelques médecins éventuellement sollicités chaque année

- Concernant les médecins et autres personnels blessés au cours d'un geste opératoire :

Obtenir que le patient (éventuellement source) ne puisse s'opposer à la pratique des tests sérologiques nécessaires en sachant qu'informés, ils s'y soumettent volontiers.

## **Le statut viral du citoyen**

La situation actuelle est schizophrénique et intellectuellement inconfortable pour les médecins traitants

**I** - On sait bien que presque tous les citoyens avertis de leur séropositivité virale, quelle qu'elle soit, ont un **comportement irréprochable**.

Il n'est pas moins vrai qu'un petit nombre se conduisent différemment et surtout qu'un grand nombre d'entre eux sont encore ignorants de leur état sérologique. On sait que les précautions préconisées dans les rapports sexuels sont moins observées par les jeunes depuis peu.

A l'opposé, les conseils ordinaires aujourd'hui dans un but de protection des usagers, alors que le risque est statistiquement incomparablement faible, conseillent aux médecins contaminés de cesser leurs activités invasives.

**II** - La déclaration **des maladies vénériennes est obligatoire et nominative** en cas de refus ou d'abandon de soins alors que celles-ci sont relativement bénignes et accessibles à un traitement curateur :

La déclaration nominative devient obligatoire lorsque le médecin estime que le malade fait courir à 1 ou plusieurs tiers un risque grave de transmission vénérienne.

Par contre, les affections virales dont la transmission est devenue presque exclusivement vénérienne, qui ne sont pas toujours curables, sont souvent silencieuses et donc transmissibles **discrètement à l'entourage**, voire à la descendance, sont protégées par le secret de la confiance au motif sans doute qu'elles sont longtemps asymptomatiques.

Si le SIDA avéré est de déclaration obligatoire, il reste anonyme contrairement à la syphilis

**III** – La loi de 2002 énonce « que toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé ».

• Le Code Pénal autorise le médecin à informer les autorités de séviçes (Littré = mauvais traitement d'un époux envers l'autre, d'un parent envers leurs enfants...qui ont été infligés... à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique » . **L'ignorance est-elle un état psychique ou physique ?**

• Mais le médecin de famille n'a pas le droit d'informer un conjoint du risque encouru inconsciemment. En effet, si le partenaire est consentant à l'acte sexuel non protégé, rien n'oblige à penser qu'il est aussi consentant à la transmission virale ; n'est-ce pas là un sévice, d'autant que cela aboutit à un défaut de soins.

**IV** – **Le Garde des Sceaux envisage le dépistage systématique des violeurs** ce qu'approuve le Conseil National.

Mais lorsqu'un médecin se blesse au cours d'un acte opératoire, il ne peut obliger le patient opéré à un **dépistage sérologique**.... en même temps que le sien propre.

**V** – Enfin, rien ne permet de contrôler l'état sérologique VIH et VHC des futurs médecins de Faculté, ce qui pourrait être un élément d'orientation dans le choix d'une future spécialité.

## Réflexions à propos du statut viral VHB, VIH, VHC

Le statut viral concernant VHB serait de peu d'intérêt si la vaccination devenait obligatoire et généralisée.

- Justifiée par son efficacité, par les voyages de plus en plus fréquents, par les émigrations et immigrations appelées à s'accroître.
- Mise en doute quant à son innocuité, la récente déclaration de l'Académie de Médecine l'innocente.
- Promulguée, l'obligation de vacciner devrait entraîner des sanctions en cas de refus sauf contre-indication.

Le statut viral concernant VIH et VHC :

- Il n'est pas question d'imposer une sérologie à tous ceux qui foulent le sol français !!
- On observe que l'origine sexuelle d'une maladie n'est plus entachée de réprobation sociale, et que cette origine n'est pas la seule.
- Que l'évolution des Hépatites virales n'est pas toujours sombre et que si VIH reste mortel, on observe une survie longue dans de moins mauvaises conditions jusqu'à la découverte d'un vaccin thérapeutique ou d'un traitement curateur.
- On observe aussi, on l'a vu, que des sérologies sont de plus en plus demandées ou exigées dans des conditions qui ne sont pas toujours satisfaisantes quant à la déontologie ou à la réglementation.
- Il nous apparaît aussi que la découverte d'une séro-conversion, si elle est toujours une pénible nouvelle pour le patient, entraîne dans la grande majorité des cas une prise de conscience citoyenne de sa part.
- Par contre, on peut soulever l'existence des lois actuelles pour les maladies vénériennes qui permettent la déclaration anonyme d'une séro-conversion. Faudrait-il envisager de prévoir une déclaration nominale obligatoire lorsque le médecin estime que le malade adulte fait courir sciemment à un ou plusieurs tiers un risque grave de transmission virale.

### 3 – MEDECIN CONTAMINE

Nous envisageons ici essentiellement la contamination à l'occasion de son exercice professionnel.

L'hépatite par VHB a fortement régressé depuis 1991, suite à l'obligation vaccinale de tous les personnels de santé. L'hépatite par VHC, potentiellement grave, demeure beaucoup plus rare. C'est donc la contamination par VIH qui nous occupe au premier chef et l'hépatite par VHC

#### Circonstances de contamination

Le personnel soignant, le Médecin moins que l'infirmière constitue un groupe à risque majoré vis à vis de ces affections virales.

La contamination est consécutive à une blessure survenant au cours ou au décours d'une activité invasive auprès d'un patient-source, que l'affection de celui-ci soit déjà connue ou non.

En l'occurrence, c'est la plaie par piqûre après une injection ou une prise de sang qui constitue l'accident habituel. Mais ce peut-être aussi une blessure per-opératoire à travers des gants par un instrument souillé ou tout aussi bien une blessure par bris de seringue ou de flacon au laboratoire.

Quoi qu'il en soit un tel accident impose une conduite à tenir médicale d'urgence et administrative rapide

#### Conduite à tenir médicale

1 - Immédiatement **la plaie doit être désinfectée** (eau de javel). Ce geste efficace devant une plaie saignante à type de coupure, sera sans grande utilité devant une minime plaie par piqûre profonde. Un traitement antibiotique peut être associé.

2 - Dans l'heure une **évaluation des risques évolutifs** doit être appréciée, pour décider ou non d'une éventuelle prophylaxie anti-rétrovirale, laquelle devrait être instaurée dans les quatre heures suivant l'accident, pour avoir son maximum d'efficacité si VIH est en cause bien entendu.

#### Un triple choix doit s'opérer :

##### ➤ Choix du Médecin "traitant"

Le confrère accidenté va être pris en charge par un Médecin référent, compétent pour ce type de pathologie ou sinon un Médecin responsable des urgences, et ce, que le confrère exerce à l'hôpital ou en libéral, en établissement ou en cabinet.

##### ➤ Choix du traitement

Le référent va proposer sa décision de traitement prophylactique ou non laquelle reposera

- sur les critères de sévérité de la blessure

- mais surtout sur la connaissance de son statut sérologique (ce qui n'est possible qu'avec son accord)

➤ Choix du Médecin contaminé

Celui-ci en dernier ressort sera décideur de son propre traitement pouvant refuser la prophylaxie proposée. Lorsque le patient-source est sérologiquement indéterminé, la prophylaxie est le plus souvent proposée et acceptée.

**3** - Le **statut sérologique du blessé** sera réalisé avant le 8<sup>ème</sup> jour (il sera réitéré à 3 et 6 mois). Un hémogramme sera pratiqué ainsi qu'une recherche de grossesse pour nos consœurs.

### **Conduite à tenir Administrative**

**1- Mention de l'accident et de ses circonstances** doivent être inscrites sur le compte-rendu du bloc opératoire, le cahier d'infirmerie du service ou tout autre main courante : La reconnaissance aux droits éventuels en dépend.

S'il s'agit d'un accident en cabinet, le collaborateur informé pourra l'attester. Si le Médecin est seul, il devra le certifier lui-même et décrire les circonstances.

Dans tous les cas, sera notée si elle est connue la pathologie transmissible : VIH, hépatite C.

**2 - La déclaration est obligatoire dans les 24 Heures.**

Elle est faite à la tutelle administrative de l'établissement ou à l'employeur avec notification au Médecin du travail.

Déclaration d'accident du travail à la Sécurité Sociale laquelle exigera un bilan sérologique du Médecin avant le 8<sup>ème</sup> jour et au 3<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> mois

**3 - On rappellera**

- que l'Hépatite B est pour les soignants une maladie professionnelle qu'on devrait moins voir du fait de la réglementation vaccinale.
- que les praticiens libéraux conventionnés secteur I ou II peuvent et devraient cotiser au risque accident du travail pour être couverts = (la somme en est modique)

### **Problèmes déontologiques**

Ils sont nombreux à se poser dans ces affections virales sournoises mais évolutives et comportant un pronostic sérieux.

### **Confidentialité**

S'exerce à l'égard du praticien blessé. Indépendamment des témoins ou personnels impliqués dans l'accident, le secret professionnel s'impose à tous les personnels administratifs recevant la déclaration.

A l'égard du patient-source : celui-ci doit être protégé quelque soit son attitude, qu'il consente ou non à faire pratiquer ses tests sérologiques. S'il y consent la vérification sérologique doit être anonymisée.

#### Consentement

Le patient-source doit consentir à faire pratiquer ses tests sérologiques : Quelle que soit l'extrême angoisse du praticien en cause, il est formellement interdit de pratiquer ces tests à l'insu du patient-source.

On conçoit la difficulté, face à l'urgence de la prophylaxie, du refus du patient-source = si parfois les éléments circonstanciels (clinique et épidémiologiques) sont en faveur d'une séro-conversion ce n'est pourtant pas toujours le cas.

La prophylaxie antirétrovirale sera proposée au praticien en cas de doute.

#### Information

S'il n'est pas nécessaire, habituellement d'expliquer au praticien blessé la situation nouvelle, il convient de lui rappeler les obligations de consentement et de confidentialité qui concernent le patient-source même si l'angoisse ressentie peut-être compréhensible.

Le praticien sera informé, en cas de prophylaxie rétrovirale anti-VIH des éventuels désagréments ou incidents susceptibles de survenir.

#### Responsabilité

**Le Médecin contaminé** ne saurait en l'état actuel de la législation, faire engager la responsabilité du patient-source sans trahir le secret médical quand bien même celui-ci refuserait les tests sérologiques.

**Le Médecin « traitant » ou référent** engage sa responsabilité personnelle.

**Il a une obligation de moyens** : Il doit assurer des soins consciencieux, attentifs et dévoués conformes aux données actuelles de la science et informer son patient de ses intentions et propositions et des risques présentés.

**Il n'a pas obligation de résultat** = Il ne saurait être mis en cause si malgré la prophylaxie survenait une séro-conversion, ou si des effets secondaires apparaissaient.

#### Indemnisation

La réparation sera le fait des accidents de travail ou de service, selon que le praticien sera dans le secteur privé ou public.

Le praticien libéral peut-être pris en charge **pour autant qu'il cotise volontairement à l'Assurance Maladie** au titre d'accident de travail.

Aucun refus d'indemnisation ne peut avoir pour origine le fait que le praticien refuse ou interrompt la prophylaxie.

## **Le praticien et la maladie**

Quelle soit d'origine professionnelle ou non, la contamination par VIH, VHB, VHC peut faire entrer dans une maladie chronique = Le médecin contaminé découvre une vie nouvelle, aléatoire, difficile. Il est entré dans une maladie dont il pourrait ne plus pouvoir se débarrasser car celle-ci, d'évolution de plus en plus longue et de moins en moins confortable, du fait des traitements, va néanmoins retentir sur sa vie.

Toute activité invasive pourrait devoir être arrêtée par le praticien ce qui pose le problème de la recherche de reconversion professionnelle, particulièrement délicate en régime libéral du fait de l'absence de passerelles, surtout pour les chirurgiens et certains spécialistes avec activité invasive.

L'altération de la santé peut entraîner des interruptions de la vie professionnelle, temporaires ou définitives avec un retentissement inéluctable sur la vie personnelle, familiale et sociale.

Le conseil départemental jouera son rôle si nécessaire en autorisant les remplacements réguliers ou les assistants ou associés temporaires pour permettre de faire face à des arrêts fréquents ou à des thérapeutiques astreignantes.

L'origine professionnelle de la conversion entraîne des conséquences financières différentes = Accident de travail ou de service, accidents transfusionnels, maladie professionnelle...

**Mais tous, même le médecin libéral, pour peu qu'il cotise à l'Assurance maladie en accident de travail, peuvent être pris en charge.**

**On ne saurait que recommander à nos confrères d'y cotiser volontairement.**

Lorsque la contamination n'est pas d'origine professionnelle, l'assurance maladie va assurer la prise en charge des coûteux traitements médicaux (ALD). L'arrêt d'activité n'est indemnisé par la CARMF qu'à partir du 90<sup>ème</sup> jour pour le médecin libéral. Il apparaît important pour celui-ci de pouvoir mettre en jeu une assurance personnelle tant pour les arrêts de plus courte durée, que pour ce qui concerne ses engagements d'emprunts ou ses charges de personnel.

L'entraide confraternelle ordinale voire celle de la CARMF pourront aider, d'autant plus que les délégués à l'entraide seront attentifs aux difficultés de ces familles.

Enfin, pour conclure, s'il paraît important pour les médecins et autres soignants à risque, de connaître leur statut sérologique, cela pouvant déboucher sur une prise en charge thérapeutique plus efficace, ce qui est leur propre intérêt mais aussi celui de la Santé Publique, il n'est pas exigible pour autant, ni très aisé, d'organiser un contrôle sérologique des opérateurs.

■

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- VAILLANT P. ; EDEL Y. ; RODRIGUEZ J.  
Sida et vécu des soignants - Psychothérapies 1988 ; 4, pp. 213-219
- DUVAL J. - VIH : risques pour les personnels de laboratoire, 1989 ; Médecine et maladies infectieuses, pp. 219-224
- Assistance Publique Hôpitaux de Paris - Prévention de la transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au personnel de santé et aspect médico-légaux liés à une atteinte professionnelle ; 1990 ; p.19
- ABITEBOUL D. ; BOUVET E. ; LEPRINCE A. ; BRUCKER G. ; DESCAMPS J.M. ; PERNET M. ; FOULON G. ; FOURRIER A. - Risque professionnel lié au VIH : Perception et prévention : Soins 1990 ; 543, pp. 51-54
- BOUVET E. ; ABITEBOUL D. ; PERNET M.  
Les nouveaux matériels de sécurité dans la prévention des blessures professionnelles  
BEH - 1990 - 48, pp.203-204
- COTTE L. ; TEYSSIER-COTTE C.  
A propos de quelques unes des incidences actuelles du sida en médecine légale et en médecine du travail  
Journal de médecine légale - droit médical 1990 - 33, 7-8, pp.527-532
- ESPER C.  
Droit et sida à l'hôpital public in : Les années sida ; Revue française des Affaires Sociales 1990 pp.121-129
- MONTLOIN A.  
Accident du travail et VIH  
Revue de l'Infirmière 1990, pp.22
- Recommendations for preventing transmission of human immunodeficiency virus and hepatitis B virus to patients during exposure-prone invasive procedures : MMWR (Morbidity and Mortality Weekly Record) 1990 40, pp. 1-8 ; 44
- ESTRYN-BEHAR M. - Guide des risques professionnels du personnel des services de soins - Editions LAMARRE 1991 p.377
- Ministère des Affaires sociales - DGS (Direction Générale de la Santé) France ; Conseil National du Sida, France  
Lettre ministérielle du 9 octobre 1989 relative aux modalités d'application de la législation relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles en cas d'infection par le VIH aux temps et lieu de travail in : L'infection par le virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) - Législation ; Paris, Direction des Journaux officiels ; Date : 1991
- MARCHAL F. ; CHAMPAULT G. - Sida et chirurgie - Article ; Français ; Revue : Revue d'information de l'Association Française de chirurgie, 1991 n° 19, pp.419-421 ;
- Conseil National du Sida, France  
Avis du Conseil National du Sida sur l'activité des professionnels de la santé contaminés - 1992 ; p 1-5
- ABITEBOUL D.- Contamination professionnelle par le VIH en France : le point sur le risque et l'évolution de la prévention - La lettre de l'infectiologue, 1993, 8, 7, pp.263-266
- BOUVET E., GERES (Groupe d'Etudes sur le Risque d'Exposition au Sang), Paris  
Risque professionnel d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine : synthèse des connaissances actuelles et évolution de la prévention : Médecine Maladie infectieuse, 1993 23, pp. 28-33 ;
- Ministère des Affaires Sociales et de l'Intégration, France  
Décret n° 93-74 du 18 janvier 1993 portant modification de barème indicatif d'invalidité en matière d'accidents du travail - 1993 ; pp.1
- CHAMPAULT G.- Infections par le VIH : mesures préventives au bloc opératoire ; 1993 ; pp.197-211 ;
- GOZLAN C.- Le risque professionnel : les séroconversions au VIH ; 1993 ; pp.213-222
- Risque de transmission virale en chirurgie - Revue Prescrire, 1994, 14, 141, pp.367
- LOT F. et ABITEBOUL D. ; Infections professionnelles par le VIH en France - le point au 30 juin 1995 - BEH - 1995-44 pp. 193-194.

- DOMART M. ; HAMIDI K. ; ANTONA D. ; ABITEBOUL D. ; COUROUCE A.M. ; BOUVET E. ; Risque professionnel d'hépatite C chez le personnel de santé. Résultats préliminaires d'une enquête multicentrique dans 25 hôpitaux en France BEH 1995 - 45 pp.198-199.
- Circulaire DH/FH3/95-14 du 3 mars 1995 relative aux modalités de prise en charge au titre des accidents de service ou des accidents du travail d'une contamination par le VIH.  
Epidémiologie hebdomadaire 1995, 12, pp. 53 - TRANSMISSION ACCIDENTELLE
- Note d'information DGS/DH/DRT n° 81 du 25 septembre 1995 relative aux mesures de prévention de la transmission du virus de l'immunodéficience humaine chez les professionnels de santé et la conduite à tenir en cas d'accident avec exposition au sang ou à un autre produit biologique.
- Réseau national de santé publique, France  
Action concertée sur l'épidémiologie de l'hépatite C : résultats et propositions : 1995 ; 89 p.
- GIRARD P.M. ; KATLAMA C. ; PIALOUX G. ; SAIMOT A.G. - Sida : édition 1996 Doin Editeurs ; p.414
- BRUCKER G.- Prévention des risques professionnels et règles de désinfection in : Sida : édition 1996, Doin Editeurs ; pp.335-344
- SZPIRGLAS H. ; BEN SLAMA L.; SIEGRIST V. - Manifestations buccales in : Sida : édition 1996  
Livre ; Extrait ; Velizy, Doin Editeurs ; Date : 96-06 ; pp. 159-165 ; 165 réf.
- DORMONT J. Prise en charge des personnes atteintes par le VIH rapport 1996. Ministère du travail et des affaires sociales. Editions Médecin-Sciences Flammarion 1996 p.323
- Etude cas témoins sur la séroconversion VIH chez le personnel de santé après exposition percutanée à du sang contaminé Etats-Unis France et Royaume-Uni - De Janvier 1988 à Août 1994 - BEH 1996 - 18 pp 81-82.
- GRUNWALD D. Contamination soignants-soignés par le VIH - Ordre National des Médecins - Commission Nationale Permanente 1996 pp.1-9
- Note d'information DGS/DH/DRT n° 666 du 28 octobre 1996 relative à la conduite à tenir pour la prophylaxie d'une contamination par le VIH, en cas d'accident avec exposition au sang ou à un autre liquide biologique chez les professionnels de santé - BEH 1996.49 pp.213-216.
- Lettre circulaire DH/FH1 n° 5064 du 26 février 1996 relative à la conduite à tenir en cas d'accident avec exposition majeure à du sang VIH +.
- SIDA et Maladies associées - Editions INSERM, 1996 p.202
- VILDE J.L., HERNI B. ; LANGLOIS J. - Dépistage de l'infection par le VIH - Règles et recommandations - Bulletin du Conseil de l'Ordre n° 5 mai 1996.
- LANGLOIS J. - L'opérateur - les virus le risque de contamination des patients. Recommandations du Conseil National de l'Ordre des Médecins 1997 - pp.1-13
- Conseil National du SIDA – 21 juin 2001  
Rapport sur les risques liés aux usages de drogues comme enjeu de santé publique.
- Revue du Praticien Tome 50 n° 10 - 15 mai 2000  
Infection par le virus de l'hépatite C – 1057-1111
- Stratégies de diagnostic biologique d'infection due au VIH chez les sujets âgés de + de 18 mois – ANAES Janvier 2000
- Assurance et VIH/SIDA - Conseil National du SIDA – 20/09/99
- HIV/SIDA en Europe – 2<sup>ème</sup> semestre 2002 – N° 66 Euro HIV
- Coinfection VIH-VHC à l'hôpital : enquête nationale Juin 2001 (1980 patients)
- DARTIGUES J.-F. – Février 2002 – Mission d'expertise sur la politique de vaccination contre l'hépatite B en France
- Pr TREPO C. - Plan national hépatites virales C et B (2002-2005).
- Avis du CSHPF - Septembre 2000 sur VIH, Septembre 2003 sur VHC, Septembre 2004 sur VHB.