



CONSEIL NATIONAL DU SIDA  
7 RUE D'ANJOU  
75008 PARIS  
T. 33 [0]1 40 56 68 50  
F. 33 [0]1 40 56 68 90  
CNS.SANTE.FR

AVIS

PROFESSIONNELS DE SANTÉ

FR

**21 MARS 1997**

## AVIS SUR LE PROBLÈME DE LA CONTAMINATION D'UN PATIENT PAR LE VIH AU COURS D'UNE INTERVENTION CHIRURGICALE

A la demande du secrétaire d'État à la santé et à la sécurité sociale, le directeur général de la santé a saisi le Conseil national du sida le 7 janvier 1997 sur « les conséquences à tirer pour le personnel soignant et pour les patients d'une éventuelle présomption d'une contamination virale du soigné par le soignant ».

En 1995, à la suite de la révélation de la contamination par le VIH d'un chirurgien de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye, les autorités sanitaires départementales ont fait procéder à l'information des 3004 patients ayant été opérés par ce chirurgien depuis 1983. Le statut sérologique à l'égard du VIH de 968 de ces patients a été établi : un d'entre eux est séropositif, ce qui aurait pu relever de la simple épidémiologie régionale.

Afin de préciser l'éventuelle relation de cause à effet, deux enquêtes ont été diligentées : l'une épidémiologique sous la direction du Pr Jacques Drucker du réseau national de santé publique et l'autre virologique sous la direction du Pr Luc Montagnier de l'Institut Pasteur.

L'enquête épidémiologique ouvre indiscutablement la possibilité d'une contamination opératoire : le patient est dépourvu de risque et il est démontré qu'il était séronégatif pour le VIH avant l'intervention en 1992 et séropositif en 1994<sup>1</sup>.

L'enquête virologique met en évidence des particularités exceptionnelles du génome viral chez le chirurgien que l'on retrouve chez le patient.

L'argument est d'une importance considérable. Associé aux données épidémiologiques, il rend hautement probable la transmission soignant/soigné.

En juillet 1992, le Conseil national du sida s'était saisi du problème des professionnels de santé contaminés par le VIH. Il estimait que des mesures visant à interdire aux professionnels de la santé d'exercer ne s'imposaient pas et substituait à une telle démarche trois recommandations : il rappelait l'importance des précautions universelles à respecter par tous les praticiens, qu'ils soient contaminés ou non par le VIH ; il souhaitait que l'Ordre national des médecins, en collaboration avec la direction générale de la santé, réfléchisse aux moyens d'accroître la responsabilisation des soignants, notamment par une incitation au dépistage volontaire ; il émettait le vœu que le cas des praticiens contaminés par le VIH soit replacé dans le contexte plus large d'une réflexion sur les procédures d'évaluation des capacités d'exercice de la pratique médicale.

Or, en 1992, le Conseil avait statué alors qu'une seule observation de transmission soignant/soigné avait été publiée : celle d'un dentiste de Floride, cas où les modalités de transmission n'ont pas été établies de manière certaine<sup>2</sup>. La récente mise en évidence de la transmission accidentelle per opératoire à Saint-Germain-en-Laye invite à réexaminer cette question. Ces deux observations de transmission soignant/soigné en quinze ans restent très exceptionnelles. On observera que des situations comparables de transmission per opératoire ont été décrites pour les virus des hépatites B et C<sup>3</sup> et que les recommandations publiques doivent nécessairement concerner l'ensemble de la pathologie transmissible.

<sup>1</sup> Cf. *Evaluation du risque de transmission du VIH par un chirurgien à l'hôpital de Saint Germain en Laye* (Yvelines). Rapport à la Direction Générale de la Santé. Décembre 1996 : pp. 17-18.

<sup>2</sup> Cf. MMWR, 27 juillet 1990, Vol. 39, n°29, p. 489-492 & MMWR, 18 janvier 1991, Vol. 40, n°2, p. 21-28.

<sup>3</sup> Cf. Harpaz R, Von Seldlein L, Averhoff FM *et al*, Transmission of hepatitis B virus to multiple patients from a surgeon without evidence of inadequate infection control, *New England Journal of Medicine* 1996 ; 334 : 549-54. Esteban J, Gomaz J, Marteil M *et al*, Transmission of hepatitis C by a cardiac surgeon, *New England Journal of Medicine* 1996 ; 334 : 555-60. The Incident Investigation Teams and others, Transmission of hepatitis B to patients from four infected surgeons without hepatitis B e Antigen, *New England Journal of Medicine* 1997 ; 336 : 178-84.

Deux nouvelles hypothèses ont donc été examinées par le Conseil national du sida :

## **1) L'EXCLUSION DES PERSONNELS DE SANTÉ PORTEURS D'UN VIRUS TRANSMISSIBLE ET NOTAMMENT DU VIH ?**

Il s'agirait d'exclure, temporairement ou définitivement, des pratiques médicales invasives les professionnels de santé contaminés. Cette décision difficile, pour être efficace, ne saurait être autoritaire ni automatique. Elle devrait s'inscrire dans un processus de surveillance de l'aptitude aux pratiques interventionnelles et opératoires des personnels de santé, ce qui suppose une médecine du travail opérationnelle dans ce domaine. Aussi, cette mesure devrait-elle être nécessairement accompagnée et expliquée par les organisations professionnelles, en premier lieu le Conseil national de l'Ordre des médecins, auquel il reviendrait de suivre les conséquences des recommandations et de définir éventuellement une échelle de sanctions en cas de risques nosocomiaux. Il appartiendrait à ce Conseil, en partenariat avec l'administration, d'aider les médecins concernés à se reconvertir dans une activité médicale différente.

Mais outre que cette stratégie aurait pour effet probable de stigmatiser le personnel de santé séropositif au VIH, elle provoquerait un bouleversement professionnel qui conduirait peut-être ces personnes à cacher leur séropositivité. Enfin, elle pourrait indirectement menacer l'accès aux soins des personnes séropositives puisque des praticiens, indemnes de toute pathologie transmissible pourraient refuser d'opérer les patients séropositifs de peur de se contaminer lors de l'opération (même avec des assurances spécifiques dont la mise en œuvre serait très complexe).

## **2) L'UTILISATION DU TEST DE DÉPISTAGE DU VIH POUR DIMINUER LES RISQUES DE TRANSMISSION ACCIDENTELLE DE CE VIRUS DU SOIGNANT VERS LE SOIGNÉ ?**

Le test de dépistage du VIH a un but principal. Il contribue à établir le diagnostic de contamination et, par conséquent, à initier le suivi médical lequel a connu récemment une réelle avancée. Il sert simultanément à chacun à évaluer ses propres risques et à les diminuer éventuellement. Ces tests ne peuvent être détournés de leur usage pour servir de moyen d'identification préalable à une négociation contractuelle et à l'établissement d'une relation de confiance. Un système de dépistage obligatoire, même limité à certaines circonstances précises, doit inclure l'usage qui sera fait du résultat et les moyens qui seront employés pour faire respecter les réglementations ainsi décidées. C'est ce qui est fait pour le don du sang et les dons d'organes et ne peut être étendu à d'autres situations.

Par conséquent, l'introduction du dépistage obligatoire et régulièrement répété des soignants interventionnels ne peut constituer une réponse suffisante si l'on ne définit pas l'usage qui sera fait du résultat, la procédure réglementaire de surveillance, les moyens de la respecter et les modalités de reclassement.

L'obligation pour le patient de se soumettre à un dépistage des anticorps du VIH avant une intervention invasive n'apporte aucune solution au problème de la contamination du soigné par le soignant.

L'échange des sérologies entre soignants et soignés ne permet pas de préjuger les aménagements sociaux qui en découleraient et pourraient menacer le lien social : fraude sur les tests, méfiance contractuelle entre soignants et soignés, "ghettoisation" (les soignants séropositifs soigneraient les patients séropositifs par exemple).

Après avoir envisagé ces deux hypothèses et les conséquences qu'elles auraient sur les pratiques médicales, le Conseil national du sida les a rejetées et rend l'avis suivant :

Considérant que le risque de contamination soignant/soigné demeure infime et les observations démontrées extrêmement rares, que cet accident ne constitue pas un problème nouveau dans notre société et que le risque zéro en pratique médicale est une utopie, **le Conseil national du sida estime que les recommandations qu'il faisait aux pouvoirs publics en 1992 n'ont pas à être modifiées. Il souligne avec force l'incontournable responsabilité des soignants dans l'évaluation (individuelle et avec l'aide des organisations professionnelles) de leurs capacités d'exercice et des risques qui découlent de celui-ci.**