
**ÉVALUATION DES DANGERS PHYSIQUES
POUR LA TRAVAILLEUSE ENCEINTE OU QUI ALLAITE**

**LE VIH ET LES DANGERS
POUR LA TRAVAILLEUSE ENCEINTE
OU QUI ALLAITE**

Robert Breton
Santé au travail, CLSC Kateri

pour le Groupe de référence Grossesse-Travail

Janvier 2000

ISBN 2-550-35543-1

Dépôt légal, Bibliothèque nationale du Canada, 2000
Dépôt légal, Bibliothèque nationale du Québec, 2000

SOMMAIRE

L'infection par le VIH touche particulièrement certains groupes d'individus. Avec elle, le risque de transmission d'autres infections sérieuses comme la tuberculose est accru. Suite à une exposition percutanée avec un matériel contaminé par du sang infecté, le risque de transmission calculé est de 0,3% [I.C. 95% = 0,2% - 0,5%]. Suite à une exposition d'une muqueuse, ce risque se situe à 0,09% [I.C. 95% = 0,006% - 0,5%]. Le CDC a émis des recommandations vis-à-vis la prophylaxie en post-exposition, incluant les femmes enceintes. Le personnel le plus à risque inclut les infirmières, les médecins résidents et les préposés aux bénéficiaires. Le risque de transmission du virus à l'enfant allaité est bien documenté. La diminution de la transmission mère-enfant sous chimioprophylaxie optimale passe de 30% à environ 3%, un rapport de 10 pour 1. Toute femme enceinte séropositive devrait faire l'objet d'une prise en charge optimale. L'infection au VIH devrait être incluse dans les maladies à déclaration obligatoire.

AVANT-PROPOS

Le Groupe de Référence Grossesse-Travail (GRGT) est un regroupement de professionnels dont la mission est de contribuer à la diminution des issues défavorables de grossesse reliées au travail. Le GRGT relève de la Commission de la santé et sécurité du travail et de la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux de Québec. Il agit en fournissant un support scientifique aux professionnels de la santé impliqués dans l'élaboration des recommandations médicales dans le cadre du programme « Pour une maternité sans danger ». Le GRGT développe et diffuse des outils de connaissance, notamment des synthèses systématiques de la littérature scientifique qu'il développe ou coordonne.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
MÉTHODOLOGIE.....	2
ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA MALADIE AU QUÉBEC	3
TRANSMISSION DU VIRUS	4
LA PÉRIODE D'INCUBATION ET DE TRANSMISSIBILITÉ.....	5
CAS CLINIQUE ET CAS CONFIRMÉ.....	5
PERSONNE EXPOSÉE.....	6
L'IMMUNISATION ET LES MESURES DE PRÉCAUTIONS UNIVERSELLES EN MILIEU DE SOINS.....	6
PROPHYLAXIE POST EXPOSITION.....	6
MILIEUX DE TRAVAIL À RISQUE.....	7
EFFETS MATERNELS ET FOETAUX	8
CONCLUSION.....	10
BIBLIOGRAPHIE.....	17

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I. Liquides organiques et susceptibilités de transmission du VIH	12
Tableau II. Principes de base concernant les précautions universelles.....	13
Tableau III. Détermination de la nécessité d'une prophylaxie en post exposition (PEP) suite à une exposition professionnelle.....	14

INTRODUCTION

L'infection par le VIH est une maladie causée par un rétrovirus, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Actuellement, on définit le stade SIDA du porteur du virus selon l'évolution des effets sur la santé ou sur le système immunitaire causés par le VIH. Cette façon de définir l'infection au VIH est à repenser depuis l'apparition des médicaments bloquant la réplication virale. En ce sens, dans le texte on tente d'omettre volontairement de mentionner le terme SIDA lorsque possible et revenir à une notion simple d'infection par le VIH et des effets possibles sur la santé.

Ce document vise à outiller les intervenants en santé au travail qui ont à formuler des recommandations préventives pour les travailleuses enceintes potentiellement exposées au VIH durant leurs fonctions. Les objectifs du document se résument ainsi :

- Rechercher dans la littérature l'ampleur du risque de transmission du VIH selon les tâches effectuées pour la travailleuse enceinte en milieu de soins.
- Identifier les milieux de travail ou les tâches les plus à risque en milieu de soins.
- Faire le point sur les conséquences pour la grossesse, l'enfant à naître ou allaité d'une infection au VIH chez la mère.

MÉTHODOLOGIE

Ce document a été largement inspiré de la revue de littérature VIH-Sida (1997) produite par les docteurs Myreille Arteau et Joan Désilets de la Direction de santé publique de Lanaudière.

Une recherche de littérature a été faite à l'aide de Medline (1994 à 1997) dans le but de bonifier le texte des dernières connaissances pertinentes sur les milieux ou les tâches de travail à risque de transmission de l'infection.

Par la suite, deux experts¹ furent consultés. Le but de cette consultation était de préciser le risque de transmission aux travailleurs, l'application des règles de prévention dans le cadre d'une travailleuse enceinte et de situer le document dans le contexte québécois. De plus, afin de rendre pratique l'utilisation de ce document, les principes de protection préconisés pour la prophylaxie en post exposition de la femme enceinte par le CDC ont été également validés avec les experts. Ces principes forment le fondement des conclusions de ce document.

Une lecture critique de ce document fut réalisée par le docteur Clément Olivier² avant sa distribution.

¹ Docteur Marc Boucher, obstétricien-gynécologue, CHU Mère-Enfant de Sainte-Justine, Montréal
Docteur André Dascal, microbiologiste, Hôpital général juif Sir Mortimer, B. Davies, Montréal

² Docteur Clément Olivier, omnipraticien, clinique l'Actuel, Montréal

ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA MALADIE AU QUÉBEC

Au Québec seulement les cas de SIDA sont déclarés, de sorte que les chiffres ne permettent pas de suivre le nombre de cas infectés. Un total de 5 383 cas de SIDA étaient déclarés au 31 décembre 1998. Plus de la moitié sont décédés, soit 3 441. Le Québec est la 2^e province après l'Ontario pour le nombre de cas de SIDA déclarés. On estime à 13 494 le nombre d'adultes infectés par le VIH à la fin de 1996 soit une personne pour 500 au Québec et 1 pour 200 à Montréal. Les taux de prévalence par 10 000 habitants sont respectivement de 2,2 au Québec, 6,3 à Montréal et 0,8 à l'extérieur de Montréal. Soixante-sept pour cent des cas déclarés se retrouvent chez des hommes homosexuels et/ou bisexuels.

Le nombre de femmes sidéennes au Canada est de 1 033 contre 14 324 hommes au 31 décembre 1997. Au Québec, 565 femmes pour 4 589 hommes sont déclarés sidéens au 27 février 1998 pour un ratio de 1 femme pour 8 hommes.

Malheureusement, ces données nous donnent un portrait incomplet de l'infection par le VIH au Canada et au Québec.

TRANSMISSION DU VIH

La transmission du VIH se fait principalement lors de relations sexuelles non-protégées et par contact percutané avec du sang contaminé. Il existe un faible risque de transmission si du sang contaminé entre en contact avec une muqueuse ou une peau altérée. Le VIH est aussi transmissible de la mère à l'enfant pendant la grossesse et surtout lors de l'accouchement et de l'allaitement.

Présentement, certaines populations sont plus touchées par cette infection. Il s'agit des hommes très actifs sexuellement avec plusieurs partenaires différents de même sexe ou de sexe opposé, des usagers de drogues injectables, des personnes en provenance de pays où l'infection est endémique et des hémophiles. Les partenaires sexuels de ces personnes sont également à risque accru d'infection par le VIH.

Le risque de transmission professionnelle du VIH varie en fonction du type d'exposition. Suite à une exposition parentérale avec du sang contaminé par le VIH, il est estimé à 0,3% [I.C. 95% = 0,2% - 0,5%]. Le risque de transmission à travers une muqueuse se situe à 0,09% [I.C. 95% = 0,006% - 0,5%].

Le risque de transmission est aussi proportionnel à la quantité de sang du porteur du VIH mis en cause, soit par un instrument visiblement contaminé par le sang du porteur, lors d'une blessure avec une aiguille préalablement placée directement dans une veine ou une artère du porteur ou suite à une blessure profonde chez la personne saine avec un instrument contaminé. Une charge virale importante accroîtrait également le risque de transmission. Une telle charge est rencontrée chez les patients en primo-infection et en phase terminale de l'infection par le VIH. Lors d'une exposition percutanée comprenant une grande quantité de sang et une charge virale élevée, le risque de transmission serait supérieur à 0,3%.

LA PÉRIODE D'INCUBATION ET DE TRANSMISSIBILITÉ

La période d'incubation est variable. Du contact infectieux jusqu'à la détection sérologique des anticorps du VIH, il se passe généralement entre 1 et 3 mois, rarement plus de 6 mois. Le temps qui s'écoule entre la période où une personne est porteuse du virus et le moment où elle devient symptomatique est également très variable. L'on parle actuellement d'une période variant de 1 à 10 ans chez 50% des personnes infectées. Ces données seront à revoir avec l'arrivée des médicaments anti-rétroviraux.

La période de transmissibilité n'est pas encore précisément connue, mais on croit qu'elle débute tôt après le début de l'infection (lors de la transmission virale) et persisterait toute la vie. Une charge virale élevée est associée à une période de contagiosité maximale. En début de maladie, il est difficile d'établir le diagnostic, et par surcroît, la charge virale.

CAS CLINIQUE ET CAS CONFIRMÉ

Le diagnostic d'infection par le VIH doit être confirmé par une sérologie pour la détection des anticorps VIH (Elisa et Western Blot et/ou RIPA). L'infection par le VIH peut se manifester par l'apparition de certaines maladies dites opportunistes chez un individu porteur du VIH avec un décompte lymphocytaire inférieur à 200 par millimètre cube. L'infection par le VIH est un continuum qui se manifeste de plusieurs façons.

La présentation clinique d'une primo-infection par le VIH peut se traduire par des symptômes s'apparentant à une mononucléose de 2 à 8 semaines après la transmission. Ces symptômes peuvent durer de 1 à 4 semaines. Le plus souvent, dans 70 à 90% des cas, cette phase est symptomatique. Par la suite, il peut s'écouler plusieurs années avant que la personne développe les signes et symptômes de l'infection au VIH.

PERSONNE EXPOSÉE

On considère comme personne exposée, une personne qui est entrée en contact avec du sang ou des liquides biologiques contaminés, par voie percutanée, parentérale, à travers une muqueuse ou une barrière cutanée altérée. Les liquides biologiques considérés contaminés par le VIH sont indiqués au tableau I. Les mesures de précautions universelles doivent être appliquées afin de prévenir les expositions (Tableau II).

Une personne ayant des relations sexuelles non protégées avec un porteur du virus, le bébé naissant d'une mère porteuse non traitée et le partage de seringues souillées avec une personne infectée sont également considérées comme expositions.

L'IMMUNISATION ET LES MESURES DE PRÉCAUTIONS UNIVERSELLES EN MILIEU DE SOINS

Aucun vaccin, ni immunoglobuline ne sont actuellement disponibles pour prévenir cette infection. Cependant, les mesures de précautions universelles doivent être appliquées en milieu de soins afin de réduire le risque de transmission.

PROPHYLAXIE POST EXPOSITION

Suite à un contact à risque, dans certaines circonstances particulières, une prophylaxie post exposition aux antirétroviraux peut être envisagée. Pour les travailleurs de la santé ayant eu une exposition significative, une telle thérapie est offerte selon l'importance de l'exposition (Réf: Recommandations visant la prise en charge des travailleurs exposés au sang et aux autres liquides biologiques, Québec, 1999). Une femme enceinte doit recevoir la prophylaxie post exposition optimale afin de minimiser le risque de transmission à l'enfant à naître.

MILIEUX DE TRAVAIL À RISQUE

Les milieux de travail, où le risque d'exposition significative au sang est présent, varient grandement en fonction de la tâche du travailleur. Le risque d'exposition résulte d'un contact direct avec du sang frais ou toute substance ou objet contaminé par celui-ci. Le tableau III permet de déterminer la nécessité d'une prophylaxie en post exposition suite à une exposition professionnelle tel qu'élaboré par le CDC Américain.

Les données du réseau québécois de surveillance des expositions aux liquides biologiques en CHSCD rapportent en date du 30 septembre 1997 que 59,3% des expositions à risque surviennent chez les infirmières, suivies par les médecins résidents (6,4%) et par les préposés aux bénéficiaires (5,8%). Les unités les plus à risque sont celles de soins de médecine et de chirurgie (41,3% des accidents déclarés), suivies de la salle d'opération (14,4%), de la salle d'urgence (11%) et des soins intensifs (10,7%).

En 1995, le risque annuel estimé d'acquisition professionnelle du VIH à Montréal était calculé à 6,61 par million pour les infirmières en salle d'opération, à 1,34 par million pour les infirmières du maintien à domicile et à 1,32 par million pour les techniciens de laboratoire. Dans le reste de la province, les risques sont environ 6 fois moins importants. En 1998, la même tendance semble se maintenir.

Lors de l'analyse des accidents, 6,2% des patients source (95 patients sur 1529) identifiés et testés étaient infectés par le VIH. Il n'y a eu aucune séroconversion, par la suite, notée chez le personnel en cause. Du 1^{er} mai 1995 au 30 septembre 1997, le réseau de surveillance a enregistré 2 380 expositions significatives, dont 86,6% étaient de type percutané (piqûres d'aiguille pour la plupart) et 13,4% mucocutané. Au 30 septembre 1998 (rapport à être diffusé sous peu), aucun cas de séroconversion au VIH suite à des expositions à risque n'est documenté.

Le risque de transmission à la suite d'une exposition à du matériel contaminé est établi à 0,3% lors d'une exposition par piqûre et, par voie cutanéomuqueuse, il s'élève à 0,09% tel qu'indiqué plus haut (CDC, May 15 1998/47).

Au Canada, sur 626 travailleurs suivis après une exposition significative, aucun cas de séroconversion ne fut retrouvé selon les données du Relevé des maladies transmissibles au Canada du 1^{er} avril 1996. Depuis, un cas de séroconversion au VIH, suite à une exposition percutanée, a été documenté.

EFFETS MATERNELS ET FOETAUX

Aucune étude n'a démontré un risque accru d'infection par le VIH chez la femme enceinte. Il ne semble donc pas y avoir de susceptibilité particulière à l'infection par le VIH pendant la grossesse.

La contamination de l'enfant peut se faire durant les périodes pré, péri ou postnatales, et par l'allaitement. La transmission intra-partum semble cependant être la voie principale de contamination.

Une étude menée aux États-Unis et en France en 1994 a démontré que le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant était réduit des deux tiers lorsque les femmes enceintes infectées par le VIH et leurs nourrissons étaient traités à la zidovudine. En effet, le risque de transmission était de 25,5% dans le groupe contrôle et de 8,3% dans le groupe traité (Connor et al., 1994).

Ces résultats ont été corroborés au Québec dans une étude avec le même traitement à l'hôpital Sainte-Justine de 1988 à 1997. Le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant était de 28% dans le groupe contrôle historique contre 3,2% dans le groupe traité.

D'autres études avec d'autres substances, comme la névirapine sont en cours ou viennent d'être complétées. Ce document ne vise pas à les énumérer mais rappelle l'importance d'une prise en charge optimale en cours de grossesse afin de prévenir le transfert du virus au fœtus.

L'incidence de prématurité chez les mères séropositives serait de 17% contre 5% dans la population générale selon les données d'une étude non publiée du Docteur Boucher en 1997 à l'hôpital Sainte-Justine. Il ne semble pas que l'infection influence les autres issues défavorables de la grossesse.

Le risque de transmission du virus par l'allaitement est estimé à 29% si la mère devient séropositive après la naissance, et à 14% si la mère était séropositive avant la naissance.

Les femmes séropositives qui envisagent une grossesse ou qui sont enceintes devraient être suivies dans un centre d'expertise comme le CHU Mère-Enfant de Sainte-Justine (le centre maternel et infantile sur le SIDA) dans un but de traitement anti- rétroviral optimal et ainsi minimiser le risque de transmission à l'enfant à naître.

La tuberculose, l'hépatite B et l'hépatite C représentent un risque plus élevé de transmission à partir d'un porteur du VIH. En 1997 à Montréal, 5,8% des cas de SIDA étaient également atteints de tuberculose (TB).

Le tableau suivant compilé par le Docteur Terry Tannenbaum (données de 1997) reprend les résultats de la surveillance de la tuberculose et du SIDA faite par la direction de santé publique de Montréal-Centre.

<i>Région</i>	<i>Nombre de Sida</i>	<i>Nombre de TB chez Sida</i>	<i>Rapport TB chez Sida/Sida (%)</i>
Montréal	3 936	229	5.8
Ailleurs qu'à Montréal	1 208	36	2.9
Inconnue	9	0	-
Totaux	5 153	265	5.1

Dans 64% des cas, la TB et le SIDA sont diagnostiqués en même temps. Dans 11% des cas, le SIDA est diagnostiqué de 1 à 3 mois avant la TB.

CONCLUSION

La législation québécoise exige pour accorder un retrait préventif que «les conditions de travail comportent des dangers physiques pour l'enfant à naître... »

Un faible danger de transmission du virus est présent suite à une exposition avec un matériel biologique pouvant contenir le VIH (tableau I en annexe).

A ce jour, un cas de séroconversion professionnelle a été déclaré au Canada. Pour la travailleuse enceinte ayant à administrer des soins médicaux généraux à une clientèle potentiellement infectée, le risque d'une exposition significative est présent avec un risque de séroconversion de l'ordre de 0,09% à 0,3% ou plus s'il y a présence de beaucoup de sang contaminé lors du contact. D'autres infections sérieuses peuvent aussi être présentes chez le porteur du VIH, comme l'hépatite B, l'hépatite C et la tuberculose. La décision de retirer ou de réaffecter une travailleuse enceinte ou qui allaite à cause d'un risque professionnel d'infection au VIH devrait inclure une évaluation de la prévalence de la maladie chez la clientèle, le type de soins offerts, les mesures de prévention disponibles et le risque de transmission d'autres maladies infectieuses. La présence d'infection à la tuberculose doit aussi être évaluée dans chaque cas, compte tenu de la prévalence de la maladie chez les porteurs du VIH au stade symptomatique (SIDA).

En somme, un risque de contamination est établi dans la littérature pour des expositions percutanées ou des muqueuses. Ce risque est faible et varie de 0,09% à 0,3% pour le VIH, tel que déjà mentionné, mais doit aussi tenir compte des risques de transmission des virus de l'hépatite B (et D) et de l'hépatite C (et G) qui ne sont pas encore adéquatement calculés chez les porteurs du VIH.

Le CDC a développé une grille de détermination de la nécessité de donner une prophylaxie en post-exposition selon le type de contact avec du sang ou du matériel possiblement contaminé (Tableau III). Ce tableau pourrait aussi être à la base de l'identification des types d'exposition les plus à risques et de ce fait orienter l'élaboration de recommandations préventives pour les travailleuses enceintes ou allaitantes.

Dans le but d'offrir aux femmes enceintes séropositives un traitement préventif contre la transmission verticale du virus, une prise en charge précoce dans un centre spécialisé est recommandée. Pour ce faire, tous les porteurs du VIH devraient faire l'objet d'une déclaration obligatoire à la Direction de santé publique du territoire. Les politiques de suivi des personnes infectées et d'application des traitements préventifs nécessaires devraient être développés dans chacune des régions.

TABLEAU I

<i>LIQUIDES ORGANIQUES ET SUSCEPTIBILITÉ DE TRANSMISSION DU VIH</i>
<p><u>LIQUIDES SUSCEPTIBLES DE TRANSMETTRE LE VIH</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ⇨ le sang; ⇨ tout autre liquide organique visiblement teinté de sang; ⇨ le sperme; ⇨ les sécrétions vaginales; ⇨ les liquides céphalorachidien, pleural, péricardique, péritonéal, synovial et amniotique. <p><u>LIQUIDES NON SUSCEPTIBLES DE TRANSMETTRE LE VIH*</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ⇨ la salive**; ⇨ les larmes; ⇨ les selles; ⇨ les sécrétions nasales; ⇨ les crachats; ⇨ la sueur; ⇨ l'urine; ⇨ les vomissures; ⇨ le lait maternel (à l'exception de l'allaitement).
<p>* Les précautions universelles en milieu de soins ne s'appliquent pas à ces liquides organiques (à moins qu' ils ne soient visiblement teintés de sang) puisqu'aucun d'entre eux n'a été associé à la transmission du VIH et du virus de l'hépatite B dans les études épidémiologiques menées dans les milieux de soins.</p> <p>** Les précautions universelles en milieu de soins ne s'appliquent pas à la salive sauf pour les soins dentaires où la salive est souvent contaminée par du sang.</p>

Source : Olivier et coll. (1995). **Le sida**, troisième édition, Association des médecins de langue française.

TABLEAU II

<i>PRINCIPES DE BASE CONCERNANT LES PRÉCAUTIONS UNIVERSELLES EN MILIEU DE SOINS</i>
<ol style="list-style-type: none">1. Manipuler avec soin aiguilles, lames de scalpel et autres instruments tranchants.2. Ne jamais remettre le capuchon sur une aiguille utilisée.3. Ne jamais plier, briser, séparer de la seringue ou manipuler autrement une aiguille utilisée.4. Toujours déposer dans des contenants résistants aux perforations, situés le plus près possible des aires de travail, les aiguilles, seringues jetables, lames de scalpels et autres objets acérés.5. Toujours porter des gants si on doit toucher à du sang ou à d'autres liquides organiques, à des muqueuses ou à la peau lésée d'un patient.6. Toujours porter des gants pour manipuler des objets ou nettoyer des surfaces souillées par du sang ou d'autres liquides organiques.7. Toujours porter des gants pour effectuer une ponction veineuse ou lors de l'installation d'un accès vasculaire.8. Changer de gants pour chaque nouveau patient et se laver les mains immédiatement après les avoir enlevés.9. Porter une blouse, un masque et des lunettes s'il existe un risque d'éclaboussure ou si un contact important avec du sang ou des liquides organiques est anticipé.10. Se laver les mains ou toute autre surface cutanée immédiatement après l'exposition à du sang ou à des liquides organiques.11. Quoique la salive n'ait pas été incriminée dans la transmission du VIH, installer des embouts, des ballons de réanimation ou d'autres appareils de ventilation dans les endroits où des interventions de réanimation sont prévisibles.12. Aviser tout travailleur de la santé présentant des lésions exsudatives ou un eczéma suintant de ne pas dispenser de soins directs aux malades et de ne pas manipuler d'instruments utilisés pour prodiguer des soins jusqu'à guérison de son état.13. Insister particulièrement sur le respect des précautions universelles auprès des femmes enceintes afin de réduire tout risque d'exposition. Bien que rien n'indique que le risque de contracter une infection par le VIH augmente durant la grossesse, si une travailleuse enceinte s'infecte, elle peut cependant transmettre le virus à son bébé durant la période périnatale.

Source : Olivier et coll. (1995), **Le sida**, troisième édition, Association des médecins de langue française.

TABLEAU III (Traduit du document du CDC 1998/47)

Détermination de la nécessité d'une prophylaxie en post exposition (PEP) suite à une exposition professionnelle*

1^{ère} ÉTAPE : DÉTERMINER LE CODE D'EXPOSITION (CE)			
Est-ce que la source d'exposition comprend du sang, un liquide contaminé par le sang, d'autres sources potentiellement contaminés (ASPC) [‡] , ou un instrument contaminé avec l'une de ces substances?			
Oui ⊕		Non ⊗	Pas de nécessité d'une PEP
ASPC [§]	Sang ou liquide contaminé par du sang		
⊗ Quel type d'exposition y a-t-il eu?			
Muqueuse ou peau avec intégrité altérée [¶] ⊕	Peau intacte seulement ^{**} ⊕ Pas de nécessité d'une PEP	Exposition percutanée ⊕	
⊕ Volume ⊕		⊕ Ampleur de l'exposition ⊕	
Petit (p. ex. quelques gouttes, courte période)	Important (p. ex. plusieurs gouttes, éclaboussures importantes avec du sang et/ou période prolongée [i.e. plusieurs minutes ou plus])	Peu sérieuse (p. ex. égratignure superficielle, aiguille solide)	Plus sérieuse (p. ex. aiguille à gros calibre, blessure profonde, sang visible sur l'aiguille ou aiguille utilisée dans une veine ou une artère du patient source) ^{††}
CE 1	CE 2	CE 2	CE 3

* Vous référer au guide produit par le CDC.

‡ Sperme ou sécrétions vaginales; liquide cérébro-spinal, synovial, pleural, péritonéal, péricardique et amniotique; tissus.

§ Les expositions aux autres sources potentiellement contaminées (ASPC) doivent être évaluées cas par cas. Généralement, ces sources sont considérées à faible risque de transmission dans un centre de santé. Toute forme de contact avec une source concentrée de VIH en laboratoire de recherche ou en entreprise est considérée comme une exposition professionnelle qui nécessite une évaluation clinique dans le but d'évaluer le besoin d'administrer une prophylaxie de post exposition.

¶ L'intégrité cutanée est considérée altérée s'il y a évidence d'égratignure, de dermite, d'abrasion ou d'une blessure ouverte.

** Le contact avec une peau saine n'est pas considéré à risque de transmission du VIH. Toutefois, si l'exposition a eu lieu avec du sang et dans un contexte suggérant une exposition avec un volume important (p. ex. une grande surface de peau exposée ou un contact prolongé avec du sang), le risque de transmission du VIH devrait être considéré.

†† La combinaison des facteurs de sévérité (p. ex. aiguille à gros calibre et blessure profonde) contribue à augmenter le risque de transmission si le patient source est porteur du VIH.

TABLEAU III (suite)

Détermination de la nécessité d'une prophylaxie en post exposition (PEP) suite à une exposition professionnelle

2^e ÉTAPE : DÉTERMINATION DE LA CODIFICATION DU STATUT VIH (CS VIH)			
Quel est le statut VIH de la source d'exposition?			
VIH négatif ^{§§} Pas de PEP nécessaire	VIH positif ^{¶¶}		Statut inconnu Source inconnue
	Exposition à un titre faible (p. ex. asymptomatique; décompte CD4 élevé ^{***})	Exposition à un titre élevé (p. ex. SIDA avancé, infection primaire au VIH, charge virale élevée ou en croissance ou faible décompte des CD4 ^{***})	
	CS VIH 1	CS VIH 2	CS VIH inconnu

^{§§} Une source est considérée négative pour l'infection au VIH s'il y a une preuve documentée d'un titre d'anticorps à VIH négatif, un PCR VIH ou un antigène p24 VIH négatif au moment ou près du moment de l'exposition et qu'il n'y a pas d'évidence clinique d'une maladie récente rétrovirale.

^{¶¶} Une source est considérée infectée par le VIH (VIH positif), s'il y a eu un test de laboratoire positif à la recherche d'anticorps à VIH, au PCR VIH ou à l'antigène p24 VIH ou qu'un médecin a diagnostiqué le SIDA.

^{***} Les exemples sont fournis dans le but d'estimer le titre en VIH chez la source lors de l'évaluation d'une prophylaxie post exposition et ne reflètent pas toutes les situations cliniques possibles. Toutefois, un titre élevé de VIH (CS VIH 2) chez une source est associé avec un risque accru de transmission, la possibilité de transmission à partir d'une source à faible titre de VIH doit aussi être considérée.

TABLEAU III (suite)

Détermination de la nécessité d'une prophylaxie en post exposition (PEP) suite à une exposition professionnelle (suite)

ÉTAPE 3 : DÉTERMINATION DE LA RECOMMANDATION D'UNE PEP		
<u>CE</u>	<u>CS VIH</u>	<u>Recommandation d'une PEP</u>
1	1	Une PEP peut ne pas être justifiée. Le type d'exposition ne pose pas de risque de transmission du VIH. L'évaluation du risque de toxicité aux médicaments versus le bénéfice d'une PEP devrait être faite par le travailleur exposé et le médecin traitant.
1	2	Considérer le traitement de base. ^{†††} Le type d'exposition pose un risque négligeable de transmission du VIH. Un titre élevé de VIH chez la source peut justifier de considérer une PEP. L'évaluation du risque de toxicité aux médicaments versus le bénéfice d'une PEP devrait être faite par le travailleur exposé et le médecin traitant.
2	1	Recommander le traitement de base. La plupart des expositions au VIH sont dans cette catégorie; aucun excès de risque de transmission du VIH fut documenté, mais l'utilisation d'une PEP est appropriée.
2	2	Recommander le traitement élargi. ^{†††} Ce type d'exposition représente un risque accru de transmission du VIH.
3	1 ou 2	Recommander le traitement élargi. Ce type d'exposition représente un risque accrue de transmission du VIH.
Inconnu	Inconnu	Si la source ou, dans le cas d'une source inconnue, l'endroit où a eu lieu l'exposition, suggère un risque possible d'exposition au VIH et que le CE est de 2 ou 3, considérer le traitement de base.

^{†††} Vous référer aux recommandations à jour émises par le CDC ou le Ministère de la santé et des services sociaux.

BIBLIOGRAPHIE

- ARTEAU, M.; DÉSILETS, J. Les agresseurs biologiques : infection par le VIH et le SIDA et grossesse. Direction de la santé publique de Lanaudière, 1997. 14 p.
- BLANCHE, S. (1994). L'infection de l'enfant par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). *Rev Prat (Paris)*, 44, 12, p. 1603-1610.
- BOUCHER, M. (1997). L'infection au VIH et la grossesse : pour une approche globale. Le Clinicien, mai 1997; 119-137.
- CONNOR, E. M. et al. (1994). Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *N Engl. J Med*, 33 (18) : 1173-1180.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1995). La prévention des maladies infectieuses transmissibles par le sang en milieu professionnel : guide pratique à l'intention des CLSC et des maisons d'hébergement SIDA, juillet.
- GROGINSKY, E.; BOWDLER, N.; YANKOWITZ, J. Update on vertical HIV transmission. *TRM*, 43 (8), 1998. p. 637-646.
- MAGNAN, A.; OLIVIER, C. (1996). Guide sur l'exposition accidentelle au sang et aux autres liquides biologiques. Direction de la santé publique des Laurentides, novembre.
- MINKOFF, H.L. Human Immunodeficiency virus infection in pregnancy. *Seminars in perinatology*, 22, no. 4, 1998. p. 293-308.
- OLIVIER, C.; ROBERT, J.; THOMAS, R. (1995). Le SIDA, troisième édition, Association des médecins de langue française du Canada.
- PUBLIC HEALTH SERVICE GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF HEALTH – Care Worker Exposures to HIV and **Recommendations for post exposure prophylaxis**. CDC, May 15, 1998/47 (RR-7). p. 1-28.
- Recommandations visant la prise en charge des travailleurs exposés au sang et autres liquides biologiques, MSSS, Direction des communications, Québec, 1999. 24 p.
- RELEVÉ DES MALADIES TRANSMISSIBLES AU CANADA (1996). Surveillance nationale de l'exposition professionnelle au virus de l'immunodéficience humaine. 1^{er} avril, vol. 22-7.
- Report of a WHO consultation on Medicinal and other products in relation to human and animal transmissible spongiform encephalopathies. WHO, 1997. p. 1-16.

REMIS, R.S. (1995). Lignes directrices concernant la surveillance du SIDA au Canada. LLCM, mars.

ROBILLARD, P.; ROY, E. (1995). Protocole de suivi et de traitement post-exposition professionnelle aux liquides biologiques. LLCM, 15 mars.

ROBILLARD, P.; ROY, E.; PINEAULT, M. Le réseau québécois de surveillance des expositions aux liquides biologiques. Objectif Prévention, 21 (3), 1998. p. 5-6.

TIBALDI, C. et coll. (1993). Asymptomatic women at high risk of vertical HIV-1 transmission to their fetuses. British Journal of obstetrics and gynecology, avril, vol. 100, p. 334-337.

VAN DE PERRE, P., et al. Postnatal transmission of human immunodeficiency virus type 1 from mother to infant. New Engl J Medecine, 325 (9), 1991 : 593-598.

WENG, Ssu, et al. Perinatated human immunodeficiency virus – 1 transmission and intra uterine growth : A cohort study in Butare, Rwanda. Pediatrics, 102 (2), 1998. p. 393.