

***Note valant avis sur le dépistage obligatoire
des professionnels de santé comme moyen de prévention
des risques de transmission virale de soignant à soigné***

Adoptée en séance plénière le 9 décembre 2004

Depuis quelques mois, la presse s'est fait l'écho de discussions relatives au risque de transmission d'un virus de soignant à soigné, notamment du VIH, lors d'un accident d'exposition au sang (AES¹). Dans le monde, seuls trois professionnels ont été identifiés avec certitude comme sources d'une telle transmission². Comparativement, le nombre de patients victimes d'une transmission du VHC ou du VHB est beaucoup plus élevé³. Dans tous les cas et quel que soit le virus en cause, le soignant à l'origine de la transmission avait une infection active, avec une charge virale élevée, souvent sans prise en charge thérapeutique et fréquemment les précautions universelles avaient été mal ou pas respectées. Mais c'est le VIH qui est généralement mis en avant dans les risques encourus par un patient lors d'une intervention médicale, bien que ce risque de transmission soit très faible.

Le dépistage systématique des personnels soignants, s'il était retenu, marquerait une rupture avec la politique de dépistage en France qui est incitative et non obligatoire. Plusieurs fois saisi sur la question du dépistage obligatoire⁴, le Conseil national du sida a toujours souligné son attachement au principe du consentement libre et éclairé de la personne à se faire dépister. Il s'agit donc d'examiner si des exceptions devraient être prévues en ce qui concerne les soignants. Mais il s'agit aussi de proposer des solutions pour améliorer l'efficacité globale du dispositif de prévention, afin d'éviter la focalisation sur un danger exceptionnel au détriment d'un débat plus général sur les risques liés à la pratique médicale. Ainsi pourra-t-on mieux répondre aux objectifs de la loi du 4 mars 2002⁵.

¹ Par AES on entend soit une piqûre ou une coupure, soit une projection dans les yeux ou sur une peau fragilisée. L'exposition du patient est consécutive à un accident percutané chez le soignant. Il faut évidemment que l'outil qui a piqué ou coupé le chirurgien, donc souillé de son sang, entre de nouveau en contact avec les tissus du patient.

² Un dentiste en Floride ; un chirurgien et une infirmière en France.

³ Ainsi, 200 patients ont été contaminés par le VHC et plus de 500 par le VHB au cours d'un accident d'exposition au sang. Ce sont 6 patients en Floride et 2 en France qui ont été victimes d'une infection nosocomiale par le VIH. L'estimation du risque de transmission du VIH par un chirurgien infecté à l'occasion d'un accident d'exposition au sang (AES) est de 1/42 000 à 1/420 000 interventions contre 1/7 000 pour le VHC et 1/4 200 à 1/420 pour le VHB. Cf. Lot F., Desenclos J.-C., "Epidémiologie de la transmission soignant/soigné. Risque lié au VIH, VHC et VHB", *Hygiènes*, XI (2), mai 2003.

⁴ Rapport suivi d'un avis sur le dépistage obligatoire ou systématique du VIH, 18 décembre 1991. Avis sur le dépistage de l'infection par le VIH au cours de la grossesse et prévention périnatale de la contamination de l'enfant, 14 mars 2002. Avis sur la conduite à tenir face au risque de contamination par le VIH à la suite d'une agression sexuelle, 12 décembre 2002.

⁵ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Le dépistage obligatoire, une protection illusoire

Tout accident d'exposition au sang du fait d'un acte de soin est par nature imprévisible. Dans la mesure où le dépistage du soignant aurait pour objectif de protéger le patient, il devrait donc être réalisé avant chaque intervention du professionnel de santé pour garantir la sécurité maximale du soigné, ce qui dans les faits est irréaliste. De toute façon, il existe un délai entre le moment de la contamination et le moment où l'on est capable de détecter l'infection. C'est d'ailleurs durant cette période « silencieuse » que la quantité de virus est la plus forte et que le risque de transmission est le plus élevé. L'argument de la protection du patient par le dépistage obligatoire du personnel soignant a donc des limites évidentes, d'autant que toute mesure de contrôle obligatoire peut inciter une partie de la population concernée à chercher à y échapper.

Enfin, le recours au dépistage régulier comme substitut aux pratiques de prévention favorise un sentiment de fausse sécurité. L'instauration du dépistage obligatoire des soignants risquerait donc d'attribuer indûment à cette méthode la propriété d'un moyen de prévention. Mis en confiance par des résultats négatifs répétés, le personnel soignant risque de se déresponsabiliser vis-à-vis de sa pratique, amenant à une baisse de vigilance à l'égard des précautions universelles.

Le dépistage obligatoire, une mesure contraire à la politique de prévention et aux recommandations internationales

Surtout, la mise en place du dépistage obligatoire d'un groupe d'individus ne servirait pas la lutte contre le VIH. Il est établi, en effet, que les risques de contamination émanent des pratiques individuelles et non de l'appartenance à une communauté ou, en l'occurrence, à un groupe professionnel.

Le dépistage volontaire offre à la personne infectée une entrée dans le système de soins, mais il est aussi l'occasion pour tous ceux qui l'utilisent de recevoir une information relative aux moyens de prévention de la transmission. Le dépistage volontaire occupe donc une place importante dans la politique de prévention, la démarche intentionnelle garantissant la bonne réception des messages délivrés à cette occasion. Un dépistage obligatoire est moins propice à la diffusion de ces informations. En outre, il contrarie l'approche médicale et entrave le suivi thérapeutique et psychologique des personnes. Pour ces raisons, l'Onusida comme l'OMS récusent l'intérêt de cette stratégie pour des objectifs de santé publique⁶.

De plus, les tests de dépistage obligatoire du VIH sont contraires aux recommandations internationales en matière de droits, notamment à la Résolution de la Commission des droits de l'homme des Nations unies du 19 avril 1996 qui stipule dans son article 8 qu'elle « engage les organismes professionnels compétents à réexaminer leurs codes déontologiques en vue de renforcer le respect des droits et de la dignité de l'homme dans le contexte de la lutte contre le VIH et le SIDA »⁷. Les directives internationales relatives à la Deuxième consultation internationale sur le VIH/sida et les droits de l'homme ajoutent : « un

⁶ Déclaration de politique de l'Onusida et de l'OMS sur les tests VIH, Information note, 1^{er} juin 2004. Disponible sur : www.who.int/hiv/pub/vct/en/hivtestingpolicy04.pdf

⁷ Résolution de la Commission des droits de l'homme des Nations Unies 1996/43 sur la Protection des droits fondamentaux des personnes infectées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou atteintes du syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA), 19 avril 1996.

aspect de l'interdépendance des droits de l'homme et de la santé publique est mis en évidence par des études qui ont montré que si les programmes de prévention et de soins liés au VIH ont des côtés coercitifs ou répressifs, ils ont pour effet de réduire la participation et de renforcer l'aliénation des personnes exposées à l'infection »⁸.

Pour une politique globale d'évaluation de l'aptitude à soigner

Le dépistage obligatoire des soignants n'est donc assurément pas la solution pour protéger réellement les patients. Par ailleurs, bien d'autres risques médicaux, de fréquence plus élevée, existent et doivent être pris en compte. C'est pourquoi le CNS propose l'instauration d'un système de surveillance de l'état de santé des personnels par des visites médicales régulières qui ne concerneraient pas seulement la question de l'infection par le VIH. Elles supposent la mise en œuvre d'une évaluation globale de l'aptitude des soignants en relation avec les risques viraux, mais aussi toutes les pathologies et addictions⁹ susceptibles d'altérer leurs pratiques. Cette évaluation n'est acceptable que si elle s'accompagne d'une adaptation de l'activité du soignant ayant été jugé inapte à pratiquer certains actes médicaux. C'est au cours de ces visites qu'une incitation au dépistage du VIH et du VHC serait proposée et que serait aussi vérifié le respect de l'obligation de vaccination contre le VHB. Ainsi, le soignant serait davantage impliqué dans la politique de prévention et de dépistage.

Cette surveillance de l'état de santé existe déjà dans certaines professions¹⁰. Adaptée au personnel soignant, elle concourrait à une amélioration de la qualité des soins.

Conclusion

Le dépistage obligatoire de l'infection par le VIH du personnel soignant ne protège pas les patients du risque extrêmement faible lié à un éventuel accident d'exposition au sang, dont la prévention repose sur le respect des précautions universelles. Il peut même avoir des conséquences négatives en terme de prévention, sans compter qu'il porte atteinte aux droits des individus. Aussi la responsabilisation du personnel médical et non médical quant aux risques de transmission virale est-elle essentielle. Cette responsabilisation doit s'accompagner d'une information de la communauté soignante sur la réalité des risques viraux afin de lutter contre les discriminations dont font l'objet des soignants infectés par le VIH. L'instauration d'une surveillance de l'état de santé des personnels soignants offrirait un cadre pour la réalisation de ces objectifs.

Le Conseil exprime fermement son opposition au dépistage obligatoire des personnels de santé, comme il s'est exprimé contre le dépistage obligatoire en d'autres circonstances, suivant ainsi l'avis de nombreuses instances internationales. Le dépistage volontaire du VIH doit permettre la responsabilisation par l'information et le conseil.

⁸ *Deuxième consultation internationale sur le VIH/SIDA et les droits de l'homme, Genève, 23-25 septembre 1996, New York, Nations Unies, p. 44.*

⁹ L'alcoolisme par exemple.

¹⁰ Les pilotes de ligne par exemple.