

## Régime agricole tableau 33

### Infections d'origine professionnelle par les virus des hépatites A, B, C, D et E

Tableaux équivalents : RG 45

Date de création : Décret du 08/09/1975 | Dernière mise à jour : Décret du 19/03/1999

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES DE PROVOQUER CES MALADIES
A - Hépatites virales transmises par voie orale		Travaux exposant au contact d'eaux usées lors de l'installation, l'exploitation et l'entretien des réseaux d'assainissement. Travaux exposant au contact d'eaux usées dans les cuisines de restauration collective.
<b>a) Hépatites à virus A :</b>		
- hépatite fulminante ;	40 jours	
- hépatite aiguë ou subaiguë ;	60 jours	
- formes à rechutes.	60 jours	
Ces pathologies et leur étiologie doivent être confirmées par des examens biochimiques et par une sérologie traduisant une infection en cours par le virus A.		
<b>b) Hépatite à virus E :</b>		
- hépatite fulminante ;	40 jours	
- hépatite aiguë ou subaiguë.	60 jours	
Ces pathologies et leur étiologie doivent être confirmées par des examens biochimiques et par la détection du virus E traduisant une infection en cours.		
B - Hépatites virales transmises par le sang, ses dérivés et tout autre liquide biologique ou tissu humains		Travaux exposant aux produits biologiques d'origine humaine et aux objets contaminés par eux.
<b>a) Hépatites à virus B</b> (en dehors des cas qui auraient été pris en charge au titre d'un accident du travail) :		
- hépatite fulminante ;	40 jours	
- hépatite aiguë avec ou sans manifestations ictériques ;	180 jours	
- manifestations extra-hépatiques dues à l'infection aiguë par le virus B : urticaire, érythème noueux, acrodermatite papuleuse, syndrome de Raynaud, vascularites, polyarthrite, néphropathie glomérulaire, anémie hémolytique ;	180 jours	
- hépatite chronique active ou non.	2 ans	
Ces pathologies et leur étiologie doivent être confirmées par des examens biochimiques et par la présence de marqueurs du virus B témoignant d'une infections en cours.		
- manifestations extra-hépatiques dues à l'infection chronique par le virus B : vascularite dont périartérite noueuse, néphropathie glomérulaire membrano-proliférative ;	10 ans	
- cirrhose ;	20 ans	
- carcinome hépato-cellulaire.	30 ans	
L'étiologie de ces pathologies : manifestations extra-hépatiques, cirrhose et carcinome hépato-cellulaire, doit être confirmée par la présence de marqueurs du virus témoignant d'une infection chronique à virus B ou un examen du tissu hépatique montrant les traces de ce virus.		
<b>b) Co-infection d'une hépatite B par le virus D :</b>		
- hépatite fulminante ;	40 jours	
- hépatite aiguë ;		

180

	180 jours
- hépatite chronique active.	2 ans
L'étiologie doit être confirmée par la présence de marqueurs traduisant une infection en cours par le virus D.	
<b>c) Hépatites à virus C</b> (en dehors des cas qui auraient été pris en charge au titre d'un accident du travail) :	
- hépatite aiguë avec ou sans manifestations cliniques ;	180 jours
- hépatite chronique active ou non.	20 ans
Ces pathologies et leur étiologie doivent être confirmées par des examens biochimiques et par la présence de marqueurs du virus témoignant d'une infection en cours.	
- manifestations extra-hépatiques dues à l'infection chronique par le virus C :	20 ans
1. Associées à une cryo-globulinémie mixte essentielle : purpura, vascularites, neuropathies périphériques, syndrome sec, polyarthrite, néphropathie membrano-proliférative ;	
2. Hors de la présence d'une cryo-globulinémie : porphyrie cutanée tardive, lichen plan, urticaire.	
- cirrhose ;	20 ans
- carcinome hépato-cellulaire.	30 ans
L'étiologie de ces pathologies : manifestations extra-hépatiques, cirrhose et carcinome hépato-cellulaire, doit être confirmée par une sérologie traduisant une hépatite chronique à virus C ou un examen du tissu hépatique montrant les traces de ce virus.	

**Historique (Août 2011)**
**Décret n° 75-863 du 08/09/1975. JO du 20/09/1975.**
**Hépatites virales professionnelles**

MALADIES	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	TRAVAUX SUSCEPTIBLES DE PROVOQUER LA MALADIE
Hépatites virales (infectieuse ou sérique) Cirrhose méta-ictérique (succédant à une hépatite virale). La maladie doit être confirmée par un diagnostic sérologique considéré comme significatif par l'Organisation Mondiale de la Santé.	160 jours	Tous travaux comportant le prélèvement, la manipulation, le conditionnement ou l'emploi de sang humain ou de ses dérivés. Tous travaux tels que manutention, entretien, lavage, stérilisation mettant le personnel en contact avec le matériel ou le linge utilisés dans les services où sont effectués les travaux ci-dessus visés.

**Décret n° 84-1299 du 31/12/1984. JO du 15/01/1985.**
**Sans changement**

MALADIES	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	TRAVAUX SUSCEPTIBLES DE PROVOQUER LA MALADIE
Hépatites virales à virus A et B et hépatite dite à virus non A non B.	6 mois	Tous travaux comportant le prélèvement, la manipulation, le conditionnement ou l'emploi de sang humain ou de ses dérivés.
Cirrhose post- hépatique. La maladie doit être confirmée par la positivité des marqueurs de virus en cas de virus B, ou par des signes biologiques et éventuellement anatomo-pathologiques, compatibles, en cas de virus A ou non A non B.	6 mois	Tous travaux mettant en contact avec les produits pathogènes provenant des malades ou des objets contaminés par eux.

**Décret n° 99-207 du 19/03/1999. JO du 20/03/1999.**
**Infections d'origine professionnelle par les virus des hépatites A, B, C, D, et E**

MALADIES	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	TRAVAUX SUSCEPTIBLES DE PROVOQUER LA MALADIE
I - Hépatites virales transmises par voie orale a) Hépatites à virus A :		Liste <b>limitative</b> des travaux susceptibles de provoquer ces maladies.
- hépatite fulminante ;	40 jours	Travaux exposant au contact d'eaux usées lors de l'installation, l'exploitation et l'entretien des réseaux d'assainissement.
- hépatite aiguë ou subaiguë ;	60 jours	Travaux exposant au contact d'eaux usées dans les cuisines de restauration collective.
- formes à rechutes. Ces pathologies et leur étiologie doivent être confirmées par des examens biochimiques et par une sérologie traduisant une infection en cours par le virus A.	60 jours	
b) Hépatite à virus E :	40 jours	
- hépatite fulminante ;		
- hépatite aiguë ou subaiguë. Ces pathologies et leur étiologie doivent être confirmées par des examens biochimiques et par la détection de virus E traduisant une infection en cours.	60 jours	
II - Hépatites virales transmises par le sang, ses dérivés et tout autre liquide biologique ou tissu humains a) Hépatites à virus B (en dehors des cas qui auraient été pris en charge au titre d'un accident du travail) :		

		Travaux exposant aux produits biologiques d'origine humaine et aux objets contaminés par eux.
- hépatite fulminante ;	40 jours	
- hépatite aiguë avec ou sans manifestations ictériques ;	180 jours	
- manifestations extra-hépatiques dues à l'infection aiguë par le virus B : urticaire, érythème noueux, acrodermatite papuleuse, syndrome de Raynaud, vascularites, polyarthrite, néphropathie glomérulaire, anémie hémolytique ;	180 jours	
- hépatite chronique active ou non. Ces pathologies et leur étiologie doivent être confirmées par des examens biochimiques et par la présence de marqueurs du virus B témoignant d'une infection en cours.	2 ans	
- manifestations extra-hépatiques dues à l'infection chronique par le virus B : vascularite dont périartérite noueuse, néphropathie glomérulaire membrano-proliférative ;	10 ans	
- cirrhose ;	20 ans	
- carcinome hépato-cellulaire. L'étiologie de ces pathologies : manifestations extra-hépatiques, cirrhose et carcinome hépato-cellulaire, doit être confirmée par la présence de marqueurs du virus témoignant d'une infection chronique à virus B ou un examen du tissu hépatique montrant les traces de ce virus.	30 ans	
b) Co-infection d'une hépatite B par le virus D : - hépatite fulminante ;	40 jours	
- hépatite aiguë ;	180 jours	
- hépatite chronique active. L'étiologie doit être confirmée par la présence de marqueurs traduisant une infection en cours par le virus D	2 ans	
c) Hépatites à virus C (en dehors des cas qui auraient été pris en charge au titre d'un accident du travail) : - hépatites aiguë avec ou sans manifestations cliniques ;	180 jours	
- hépatite chronique active ou non. Ces pathologies et leur étiologie doivent être confirmés par des examens biochimiques et par la présence de marqueurs du virus témoignant d'une infection en cours.	20 ans	
- manifestations extra-hépatiques dues à l'infection chronique par le virus C : 1. Associées à une cryo-globulinémie mixte essentielle : purpura, vascularites, neuropathies périphériques, syndrome sec, polyarthrite, néphropathie membrano-proliférative. 2. Hors de la présence d'une cryo-globulinémie : porphyrie cutanée tardive, lichen plan, urticaire.	20 ans	
- cirrhose ;	20 ans	
- carcinome hépato-cellulaire. L'étiologie de ces pathologies : manifestations extra-hépatiques, cirrhose, carcinome hépato-cellulaire, doit être confirmée par une sérologie traduisant une hépatite chronique à virus C ou un examen du tissu hépatique montrant les traces de ce virus.	30 ans	

**Données statistiques (Janvier 2015)**

ANNÉE	NOMBRE MP RECONNUES	NOMBRE TRIMESTRIEL MOYEN DE SALARIÉS
1991	0	924 042
1992	0	971 902
1993	1	968 825
1994	1	990 490
1995	0	1 022 262
1996	0	1 029 115
1997	0	1 078 247
1998	1	1 076 100
1999	0	1 110 513
2000	1	1 152 304
2001	0	1 148 703
2002	0	1 791 194
2003	1	1 843 803
2004	0	1 806 272
2005	2	1 790 320
2006	0	1 796 512
2007	1	1 773 060
2008	0	1 812 483
2009	0	1 794 916
2010	1	1 779 433
2011	0	1 764 400
2012	1	1 746 429
2013	1	1 761 704

\* A partir de 2003, s'ajoutent au nombre moyen trimestriel de salariés, les exploitants agricoles et les non-salariés agricoles. Les données concernant l'Alsace et la Moselle ne sont pas prises en compte.

## Nuisance (Août 2011)

### Dénomination et champ couvert

Différents virus sont responsables des hépatites virales indemnisées par ce tableau.

L'hépatite virale A est liée au **virus A** dont l'homme est le seul réservoir. De la famille des *Picornaviridae*, le virus de l'hépatite A est classé dans le groupe 2 des agents biologiques pathogènes.

L'hépatite virale E est liée au **virus de l'hépatite E** éliminé dans les selles. De la famille des *Caliciviridae*, le virus de l'hépatite E est classé dans le groupe 3 des agents biologiques pathogènes.

L'hépatite virale B est liée au **virus B**. L'homme est le seul réservoir de virus. De la famille des *Hépadnaviridae*, le virus de l'hépatite B est un virus enveloppé à ADN, classé dans le groupe 3 des agents biologiques pathogènes.

L'hépatite virale D est liée au **virus D** (appelé aussi virus Delta). L'homme est le seul réservoir de virus. Ce virus, également de la famille des *Hépadnaviridae*, est défectif, c'est-à-dire qu'il ne peut se multiplier qu'en présence du virus B (donc chez un patient porteur chronique du virus B). Il est classé dans le groupe 3 des agents biologiques pathogènes. Les 2 virus (B et D) peuvent être contractés en même temps, on parle alors de co-infection B-Delta. Le virus Delta peut infecter un patient déjà porteur du virus B, on parle alors de surinfection.

L'hépatite C est liée au **virus C**. L'homme est le seul réservoir de virus. De la famille des *Flaviviridae*, le virus de l'hépatite C est classé dans le groupe 3 des agents biologiques pathogènes.

### Mode de contamination

La transmission du **virus A** se fait sur le mode féco-oral, le plus souvent de manière indirecte (eau ou aliments souillés à partir de selles de sujets infectés). L'excrétion du virus dans les selles débute quelques jours avant le début de la maladie et disparaît 7 à 10 jours après le début de l'ictère.

La transmission du **virus E** se fait sur le mode féco-oral, le plus souvent de manière indirecte (eau ou aliments souillés à partir de selles de sujets infectés).

Il existe plusieurs modes de transmission du **virus B**. La transmission par voie sanguine se fait, en milieu professionnel, à l'occasion d'un accident d'exposition au sang (AES) ou aux produits biologiques. Le risque de contamination chez un sujet non vacciné après piqûre avec une aiguille souillée à partir d'un patient infecté est de 30 % environ.

Les modes de transmission du **virus D** sont les mêmes que ceux du virus B.

La transmission du **virus C** se fait par voie sanguine ; en milieu professionnel, à l'occasion d'un accident d'exposition au sang (AES) ou aux produits biologiques. Le risque de contamination après piqûre avec une aiguille souillée à partir d'un patient infecté est de 3 % environ.

### Principales professions exposées et principales tâches concernées (Août 2011)

#### A - Hépatites A et E

- Personnels des stations d'épuration, égoutiers.
- Personnels en contact avec les eaux usées dans les cantines de restauration collective.

#### B - Hépatites B, C et D

- Personnels de soins : médecins, infirmiers, aide-soignants.
- Personnels d'entretien des établissements de santé et assimilés : agents hospitaliers, agents d'entretien, agents de maintenance (ingénieurs bio-médicaux, plombiers...).
- Techniciens ou aides de laboratoires d'analyses de biologie médicale, anatomie et cytologie pathologiques.
- Puéricultrices, auxiliaires de puériculture.
- Personnels des Institutions d'hébergement ou de cure : à côté de personnels de soins, éducateurs spécialisés, orthophonistes, psychomotriciens...
- Pompiers, secouristes, ambulanciers, policiers, personnels pénitentiaires.
- Personnels de la filière déchets mais aussi toute personne amenée à manipuler des déchets (gardien d'immeuble par exemple).
- Thanatopracteurs et personnels chargés des soins funéraires.

## Description clinique de la maladie indemnisable (Août 2011)

### I. Hépatite virale A

#### Définition de la maladie

La fréquence de l'hépatite A dans la population est liée aux conditions locales d'hygiène. L'incubation varie entre 2 semaines et 2 mois. L'hépatite virale A peut prendre plusieurs formes :

#### 1. Hépatite aiguë ou subaiguë

##### a) Forme ictérique

Elle est parfois précédée d'une phase pré-ictérique qui peut durer une à trois semaines. A ce stade les manifestations sont peu spécifiques : syndrome d'allure grippale, fatigue, anorexie, nausées, vomissements, fièvre, douleurs articulaires, urticaire.

L'ictère (ou "jaunisse") survient ensuite et s'accompagne d'une décoloration des selles et d'une coloration brun foncé des urines. Dans les formes modérées, l'ictère n'est visible qu'au niveau des conjonctives de l'œil.

L'évolution se fait dans la grande majorité des cas vers la guérison avec décoloration des urines, recoloration des selles, disparition de l'ictère.

##### b) Formes anictériques

Les formes anictériques sont fréquentes. L'ictère y est absent. Elles peuvent se résumer aux signes généraux (fièvre, anorexie, fatigue, douleurs articulaires, nausées, vomissements) ou être totalement inapparentes.

#### 2. Hépatite fulminante

Exceptionnellement (1 cas/10 000), l'hépatite peut évoluer vers une forme fulminante avec troubles de conscience et coma. Il peut alors y avoir un syndrome hémorragique par défaut des protéines de la coagulation normalement fabriquées par le foie. L'évolution de ces formes est souvent fatale.

#### 3. Formes à rechutes

Des rechutes peuvent survenir dans 1 à 2 % des cas après guérison apparente. Il n'y a, en général, qu'une rechute qui survient le plus souvent moins d'un mois après la guérison. L'évolution est très favorable.

#### Diagnostic

Le diagnostic d'hépatite se fait sur le dosage des transaminases du foie (ALAT ou SGPT, et ASAT ou SGOT) qui sont constamment élevées. La responsabilité du virus A est affirmée par la mise en évidence des anticorps spécifiques (anti-VHA) ; en particulier de type IgM qui permettent de différencier une infection aiguë d'une immunisation ancienne.

#### Traitement

Le traitement de l'hépatite A est symptomatique. En dehors de l'alcool, aucune restriction alimentaire n'est nécessaire.

### II. Hépatite virale E

#### Définition de la maladie

L'hépatite virale E peut prendre deux formes cliniques.

#### 1. Hépatite aiguë ou subaiguë

L'hépatite E aiguë se présente comme une hépatite A avec fièvre, fatigue, nausées, vomissements, anorexie, douleurs articulaires. Elle s'accompagne le plus souvent d'un ictère ("jaunisse").

#### 2. Hépatite fulminante

Exceptionnellement, l'hépatite E peut évoluer vers une forme fulminante avec encéphalopathie (troubles de conscience et coma). Il peut alors y avoir un syndrome hémorragique par défaut des protéines de la coagulation normalement fabriquées par le foie. L'évolution de ces formes est souvent fatale.

#### Diagnostic

Le diagnostic d'hépatite se fait sur le dosage des transaminases du foie (ALAT ou SGPT, et ASAT ou SGOT) qui sont constamment élevées. La responsabilité du virus E est affirmée par la mise en évidence des anticorps spécifiques (anti-VHE) ; en particulier de type IgM qui permettent de différencier une infection aiguë d'une immunisation ancienne.

#### Traitement

Le traitement de l'hépatite E est symptomatique. En dehors de l'alcool, aucune restriction alimentaire n'est nécessaire.

### III. Hépatite virale B (formes aiguës)



## Définition de la maladie

L'incubation est variable de 1 à 6 mois. L'expression clinique de la maladie est très variable.

### 1. Hépatite aiguë

Elle évolue vers la guérison habituellement en 6 semaines. Cette guérison est affirmée par la disparition de l'Ag HBs et l'apparition des anticorps (protecteurs) anti-HBs.

#### a) Forme asymptomatique

Dans 90 % des cas l'hépatite B aiguë est totalement asymptomatique. Elle reste alors méconnue en l'absence de bilan biologique hépatique. Elle peut évoluer vers la guérison ou vers une hépatite chronique.

#### b) Forme ictérique

Elle est rare (10 % des cas), parfois précédée d'une phase pré-ictérique qui associe des manifestations peu spécifiques : syndrome d'allure grippale, fatigue, anorexie, nausées, vomissements, fièvre, douleurs articulaires, urticaire.

L'ictère (ou "jaunisse") survient ensuite et s'accompagne d'une décoloration des selles et d'une coloration brun foncé des urines. Dans les formes modérées, l'ictère n'est visible qu'au niveau des conjonctives de l'œil.

L'évolution se fait dans 90 % des cas vers la guérison avec décoloration des urines, recoloration des selles, disparition de l'ictère en quelques semaines.

Le traitement des formes aiguës est symptomatique. En dehors de l'alcool, aucune restriction alimentaire n'est nécessaire.

### 2. Hépatite fulminante

Rarement (1 cas/1 000), l'hépatite peut évoluer vers une forme fulminante avec encéphalopathie (troubles de conscience et coma) et syndrome hémorragique par défaut des protéines de la coagulation normalement fabriquées par le foie (taux de prothrombine < 30 %). L'évolution de ces formes est souvent fatale en l'absence de transplantation hépatique.

### 3. Manifestations extra-hépatiques dues à l'infection aiguë par le virus B

#### Diagnostic

Le diagnostic d'hépatite se fait sur le dosage des transaminases hépatiques (ALAT ou SGPT, et ASAT ou SGOT) qui sont constamment élevées. La responsabilité du virus B est affirmée par la mise en évidence d'anticorps (non protecteurs) dirigés contre lui (anti-HBc) et de l'antigène du virus (Ag HBs).

L'évolution de ces marqueurs est différente selon la forme clinique de l'hépatite B.

#### Traitement

Le traitement de l'hépatite aiguë B est symptomatique. En dehors de l'alcool, aucune restriction alimentaire n'est nécessaire.

## IV. Hépatite virale B (formes chroniques)

### Définition de la maladie

#### 1. Hépatite chronique

Dans 10 % des cas l'infection persiste. L'hépatite chronique est définie par la persistance de l'Ag HBs plus de 6 mois après son apparition et une élévation des transaminases (ALAT et ASAT) pendant plus de 6 mois. Elle peut faire suite à une hépatite aiguë symptomatique ou non.

La biopsie du foie est indispensable. Elle permet, sur l'aspect des lésions, de faire la différence entre "hépatite chronique persistante" et "hépatite chronique active". Elle permet aussi de guider le traitement.

#### 2. Manifestations extra-hépatiques dues à l'infection chronique par le virus B

Au cours de l'hépatite chronique B des atteintes d'autres organes que le foie peuvent se manifester :

##### a) Vasculites (dont péri-artérite noueuse)

Les vasculites sont des atteintes d'origine immunologique des vaisseaux sanguins. Elles se manifestent par les lésions qu'elles provoquent dans les organes irrigués par ces vaisseaux. Parmi elles, la péri-artérite noueuse (PAN), touchant les vaisseaux de moyen calibre, est particulière par l'aspect des lésions et par son association avec l'infection chronique par le virus B. Ses manifestations peuvent être variables. Les signes les plus couramment présents sont l'altération de l'état général, l'amaigrissement, la fièvre, des douleurs diffuses musculaires ou articulaires.

On peut également observer des signes très variables en rapport avec l'atteinte des différents organes irrigués par les vaisseaux impliqués. Des lésions cutanées : nodules cutanés sur les membres inférieurs, petites taches rouges (purpura pétéchial) infiltrées à la palpation, ulcérations nécrotiques, ecchymoses spontanées, urticaire. Des atteintes neurologiques de type multinévrites : déficits moteurs ou sensitifs variables en fonction du (des) nerfs atteints. Des atteintes de la plèvre, du poumon, du cœur, du péricarde. Des atteintes digestives : syndrome douloureux abdominal aigu.

Le diagnostic se fait sur l'aspect spécifique des lésions à la biopsie musculaire.

##### b) Néphropathie glomérulaire membrano-proliférative

L'atteinte rénale peut se manifester par la présence de sang dans les urines : hématurie macroscopique, ou microscopique révélée par la bandelette ou l'examen des urines. Il peut s'y associer une protéinurie, détectée à la bandelette ou par dosage pondéral sur les urines de 24 heures. Quand elle est importante la protéinurie peut être responsable d'œdèmes. Le dosage de l'urée et de la créatinine peuvent montrer une insuffisance rénale. Le diagnostic est fait à la biopsie du rein qui montre une atteinte particulière des glomérules.

### 3. Cirrhose

L'hépatite chronique (active ou persistante) peut évoluer en plusieurs années vers la cirrhose du foie. L'infection chronique par le virus B peut parfois avoir été méconnue jusque là.

La cirrhose peut rester asymptomatique plusieurs années (on parle alors de cirrhose compensée). Elle peut être suspectée à l'examen clinique devant l'existence d'un gros foie ferme et indolore. D'autres signes sont souvent associés : une grosse rate, une circulation veineuse sous-cutanée abdominale, une érythrose des paumes.

Elle devient symptomatique quand elle est décompensée. Plusieurs manifestations peuvent attirer l'attention : ascite, hémorragie digestive (haute ou basse), encéphalopathie, ictère (qui est rarement isolé).

L'aspect du foie est modifié à l'échographie. Le diagnostic de cirrhose est affirmé par l'examen de la biopsie du foie.

### 4. Carcinome hépato-cellulaire

Chez environ 5 % de l'ensemble des patients infectés, l'hépatite B évolue vers le carcinome hépato-cellulaire (CHC) après 20 à 30 ans d'évolution d'hépatite chronique. Il apparaît généralement sur une cirrhose. Il s'agit d'un cancer du foie dont l'évolution est le plus souvent fatale. Méconnu quand il est de petite taille, il doit être dépisté par le dosage de l'alpha-fœtoprotéine et la surveillance de l'échographie abdominale chez les porteurs chroniques du virus B. Plus tardivement, il se manifeste par des douleurs abdominales et une altération de l'état général.

### Diagnostic

La responsabilité du virus B est affirmée par la positivité de l'antigène HBs dans ce contexte.

### Traitement

Le traitement de l'hépatite chronique repose sur l'interféron et des antiviraux.

## V. Hépatite D

### Définition de la maladie

#### 1. Hépatite aiguë

En cas de co-infection B-Delta, le tableau est celui d'une hépatite B aiguë.

Chez un porteur chronique du virus B (Ag HBs), la surinfection par le virus Delta provoque un tableau d'hépatite aiguë avec fièvre, signes généraux, ictère. L'évolution vers l'hépatite chronique est plus fréquente qu'en l'absence de surinfection.

#### 2. Hépatite fulminante

Le risque d'hépatite fulminante est 10 à 20 fois plus important en cas de co-infection avec le virus D, qu'en cas d'hépatite B seule. L'hépatite fulminante associe encéphalopathie (troubles de conscience et coma) et syndrome hémorragique.

#### 3. Hépatite chronique

Le tableau clinique de l'hépatite chronique D est le même que celui de l'hépatite B.

### Diagnostic

Le diagnostic d'hépatite D se fait par la mise en évidence chez un patient infecté par le virus B (Ag HBs) de l'antigène du virus D (Ag D).

### Traitement

Le traitement de l'hépatite aiguë est symptomatique. En dehors de l'alcool, aucune restriction alimentaire n'est nécessaire.

Le traitement de l'hépatite chronique est celui de l'hépatite B.

## VI. Hépatite C

### Définition de la maladie

L'incubation est habituellement de 6 à 8 semaines (avec des extrêmes de 2 à 26 semaines).

#### 1. Hépatite aiguë

L'hépatite C est asymptomatique dans plus de 90 % des cas. Elle passe le plus souvent inaperçue en l'absence de dosage des transaminases du foie. Elle peut se présenter comme une hépatite aiguë avec fièvre, signes généraux et ictère.

#### 2. Hépatite chronique

Dans 90 % des cas, l'hépatite C évolue vers la chronicité. L'hépatite chronique est le plus souvent asymptomatique. Elle se manifeste par la persistance du virus C dans le sang (détecté par PCR) ; le profil des anticorps anti-VHC ne permet pas de différencier les hépatites guéries des formes chroniques. Les transaminases peuvent rester élevées, être fluctuantes, ou redevenir normales. L'importance des lésions du foie peut être variable et ne peut pas être prédit par les variations des transaminases. La biopsie du foie est indispensable. Elle permet d'apprécier l'activité de l'hépatite et l'importance de la fibrose. Elle guide les indications du traitement.

### 3. Manifestations extra-hépatiques dues à l'infection chronique par le virus C

Au cours de l'infection chronique par le virus C peuvent apparaître diverses manifestations secondaires à l'atteinte d'autres organes que le foie. Elles sont très variées, en général de mécanisme immunologique. Certaines sont liées à la présence de cryoglobulines dans le sang. Ces anticorps (immunoglobulines ou Ig) irréguliers sont caractérisés par leur capacité à précipiter à des températures basses.

#### Manifestations associées à une cryoglobulinémie mixte essentielle

La cryoglobulinémie est mixte car elle est composée d'Ig polyclonales (plusieurs clones d'anticorps différents) ou de l'association d'Ig polyclonales et monoclonales. Cette cryoglobuline peut être mise en évidence dans le sang et caractérisée (monoclonale, polyclonale, ou l'association des deux). Des précautions sont nécessaires pour le prélèvement et le transport des tubes de sang (à cause de la précipitation au froid). Les manifestations liées à une cryoglobulinémie sont variables :

- Purpura : les lésions cutanées sont rougeâtres punctiformes ou de petite taille. Elles prédominent sur les membres inférieurs et les régions déclives. Elles ne s'effacent pas à la pression. Elles sont infiltrées à la palpation.
- Vascularite : les vascularites sont des atteintes d'origine immunologique des vaisseaux sanguins. Elles se manifestent par les lésions qu'elles provoquent dans les organes irrigués par ces vaisseaux. Il peut s'agir de lésions cutanées dont l'aspect est variable (purpura, ulcérations, nécrose...), d'atteintes articulaires, d'atteintes musculaires... Le diagnostic se fait sur la biopsie d'éventuelles lésions cutanées ou la biopsie neuro-musculaire.
- Neuropathie périphérique : l'atteinte des nerfs périphériques liée à une cryoglobulinémie est responsable de déficits moteurs ou sensitifs dont le territoire est variable en fonction des nerfs impliqués. Le contexte d'hépatite chronique C et la cryoglobulinémie orientent le diagnostic.
- Syndrome sec lié à une atteinte des glandes salivaires et lacrymales. Il se manifeste par une sensation de sécheresse de la bouche (parfois révélée par des mycoses buccales à répétition) et des yeux. Le test de Schirmer et surtout les biopsies de glandes salivaires confirment le diagnostic.
- Néphropathie membrano-proliférative : l'atteinte rénale peut se manifester par la présence de sang dans les urines : hématurie macroscopique, ou microscopique révélée par la bandelette ou l'examen cyto-bactériologique des urines. Il peut s'y associer une protéinurie, détectée à la bandelette ou par dosage pondéral sur urines de 24 heures. Quand elle est importante la protéinurie peut être responsable d'œdèmes. Le dosage de l'urée et de la créatinine peut montrer une insuffisance rénale. Le diagnostic est fait à la biopsie du rein qui montre une atteinte particulière des glomérules.

#### Manifestations sans cryoglobulinémie

Certaines manifestations satellites de l'infection chronique par le virus C peuvent se voir en l'absence de cryoglobulinémie :

- Porphyrie cutanée tardive : elle se manifeste par des signes d'hyperfragilité cutanée avec des lésions bulleuses parfois hémorragiques et des érosions cutanées sur les zones découvertes (visage et dos des mains notamment). Il existe aussi des lésions de dermatose actinique chronique : vieillissement prématuré de la peau, pigmentation brunâtre diffuse.
- Lichen plan : les lésions sont papuleuses (surélevées à la palpation) fermes, brillantes à jour frisant, de coloration rouge rosé ou violacée. Elles sont parfois parcourues de stries saillantes arborisées. Ces lésions sont isolées, ou confluent pour donner des formes polycycliques à contours irréguliers. Le lichen plan est souvent très prurigineux. Le grattage qui en résulte provoque l'éclosion de nouvelles lésions. Le diagnostic se fait sur l'aspect des lésions ou, dans les cas difficiles, sur la biopsie cutanée.
- Urticaire : des lésions d'urticaire chronique peuvent s'observer au cours d'une hépatite C chronique.

La responsabilité du virus C dans toutes ces manifestations est affirmée par la présence d'une hépatite C chronique dans ce contexte.

### 4. Cirrhose

Après 10 à 20 ans d'évolution d'une hépatite chronique active C, une cirrhose apparaît chez 20 % des malades. Ce risque est plus important en cas de consommation habituelle d'alcool.

La cirrhose peut rester asymptomatique plusieurs années (on parle alors de cirrhose compensée). Elle peut être suspectée à l'examen clinique devant l'existence d'un gros foie ferme et indolore. D'autres signes sont souvent associés : une grosse rate, une circulation veineuse sous-cutanée abdominale, une érythrose des paumes.

Elle devient symptomatique quand elle est décompensée. Plusieurs manifestations peuvent attirer l'attention : ascite, hémorragie digestive (haute ou basse), encéphalopathie, ictère (qui est rarement isolé).

L'aspect du foie est modifié à l'échographie. Le diagnostic de cirrhose est affirmé par l'examen de la biopsie du foie.

### 5. Carcinome hépato-cellulaire

Un carcinome hépato-cellulaire (CHC) apparaît chez 1 à 4 % des patients porteurs de cirrhose par an. Il s'agit d'un cancer du foie dont l'évolution est le plus souvent fatale. Méconnu quand il est de petite taille, il doit être dépisté par le dosage de l'alpha-fœto-protéine et la surveillance de l'échographie abdominale chez les patients ayant une hépatite chronique. Plus tardivement il se manifeste par des douleurs abdominales et une altération de l'état général.

### Diagnostic

Le diagnostic d'hépatite virale C se fait sur le dosage des transaminases hépatites (ALAT ou SGPT, et ASAT ou SGOT) qui sont modérément élevées. La responsabilité du virus C est affirmée par la mise en évidence des anticorps dirigés contre lui (anti-VHC) par les méthodes ELISA de troisième génération.

### Traitement

Le traitement de l'hépatite aiguë est symptomatique. En dehors de l'alcool, aucune restriction alimentaire n'est nécessaire. Il faut éviter tout médicament non indispensable.

Le traitement de l'hépatite chronique repose sur l'association d'interféron alpha sous-cutané et de ribavirine.

## Critères de reconnaissance (Août 2011)

### I. Prise en charge en AT de certaines affections dues à la nuisance

Un accident exposant au sang peut entraîner une contamination par le VHB, chez les non vaccinés ou non répondeurs à la vaccination, ou le VHC. Les suites d'une telle transmission seront alors pris en charge au titre des accidents de travail sous réserve que l'accident ait été déclaré selon les modalités légales et qu'une séroconversion puisse être identifiée (par exemple : anticorps VHC négatifs au moment de l'accident se positivant secondairement).

### II. Hépatite A

#### a) Critères médicaux

##### Intitulé de la maladie tel qu'il est mentionné dans le tableau

I - Hépatites virales transmises par voie orale

a) Hépatites à virus A :

- hépatite fulminante ;
- hépatite aiguë ou subaiguë ;
- formes à rechutes.

Ces pathologies et leur étiologie doivent être confirmées par des examens biochimiques et par une sérologie traduisant une infection en cours par le virus A.

##### Exigences légales associées à cet intitulé

La maladie doit être confirmée par une élévation des transaminases (ALAT-ASAT) et l'étiologie par la présence d'anticorps anti-VHA de type IgM.

#### b) Critères administratifs

##### Délai de prise en charge

- Hépatite fulminante : 40 jours.
- Hépatite aiguë ou subaiguë : 60 jours.
- Formes à rechutes : 60 jours.

##### Liste des travaux susceptibles de provoquer la maladie

Limitative.

### III. Hépatite E

#### a) Critères médicaux

##### Intitulé de la maladie tel qu'il est mentionné dans le tableau

I - Hépatites virales transmises par voie orale

(...) b) Hépatites à virus E :

- hépatite fulminante ;
- hépatite aiguë ou subaiguë.

Ces pathologies et leur étiologie doivent être confirmées par des examens biochimiques et par la détection du virus E traduisant une infection en cours.

##### Exigences légales associées à cet intitulé

La maladie doit être confirmée par une élévation des transaminases (ALAT-ASAT). Pour la recherche de l'étiologie, la recherche du virus ne s'effectue pas en routine. Seule peut être recherchée l'apparition des IgG. Cette apparition est tardive nécessitant une seconde sérologie à 15 jours.

#### b) Critères administratifs

##### Délai de prise en charge

- Hépatite fulminante : 40 jours.
- Hépatite aiguë ou subaiguë : 60 jours.

##### Liste des travaux susceptibles de provoquer la maladie

Limitative.

## IV. Hépatite B (manifestations aiguës, subaiguës et chroniques)

### a) Critères médicaux

#### Intitulé de la maladie tel qu'il est mentionné dans le tableau

II - Hépatites virales transmises par le sang, ses dérivés ou tout autre liquide biologique ou tissu humains

a) Hépatites à virus B (en dehors des cas qui auraient été pris en charge au titre d'un accident du travail) :

- hépatite fulminante ;
- hépatite aiguë avec ou sans manifestation ictérique ;
- manifestations extra-hépatiques dues à l'infection aiguë par le virus B : urticaire, érythème noueux, acrodermite papuleuse, syndrome de Raynaud, vascularites, polyarthrite, néphropathie glomérulaire, anémie hémolytique ;
- hépatite chronique active ou non.

Ces pathologies et leur étiologie doivent être confirmées par des examens biochimiques et par la présence de marqueurs du virus B témoignant d'une affection en cours.

#### Exigences légales associées à cet intitulé

L'hépatite aiguë peut être ictérique ou non.

La maladie doit être confirmée par une élévation des transaminases (ALAT-ASAT) et l'étiologie par la présence de marqueurs du VHB : antigène HBs, anticorps anti-HBc de type IgM. L'hépatite chronique active sera confirmée par la présence de l'ADN viral et/ou la présence de l'Ag Hbe.

### b) Critères administratifs

#### Délai de prise en charge

- Hépatite fulminante : 40 jours.
- Hépatite aiguë avec ou sans manifestations ictériques : 180 jours.
- Manifestations extra-hépatiques dues à l'infection aiguë par le virus B : urticaire, érythème noueux, acrodermite papuleuse, syndrome de Raynaud, vascularites, polyarthrite, néphropathie glomérulaire, anémie hémolytique : 180 jours.
- Hépatite chronique active ou non : 2 ans.

#### Liste des travaux susceptibles de provoquer la maladie

Limitative.

## V. Hépatite B (complications de l'infection chronique)

### a) Critères médicaux

#### Intitulé de la maladie tel qu'il est mentionné dans le tableau

II - Hépatites virales transmises par le sang, ses dérivés ou tout autre liquide biologique ou tissu humains

a) Hépatites à virus B (en dehors des cas qui auraient été pris en charge au titre d'un accident du travail) :

- (...) - manifestations extra-hépatiques dues à l'infection chronique par le virus B : vascularite dont périartérite noueuse, néphropathie glomérulaire membrano-proliférative ;
- cirrhose ;
  - carcinome hépato-cellulaire.

L'étiologie de ces pathologies : manifestations extra-hépatiques, cirrhose et carcinome hépato-cellulaire, doit être confirmée par la présence de marqueurs du virus témoignant d'une infection chronique à virus B ou un examen du tissu hépatique montrant les traces de ce virus.

#### Exigences légales associées à cet intitulé

La forme chronique de l'infection VHB est définie par la persistance au delà de 6 mois d'une élévation des transaminases et de la présence de l'Ag HBs. Le caractère actif ou non est déterminé par le taux de l'ADN viral et la présence de l'Ag Hbe.

Pour que des manifestations extra-hépatiques, une cirrhose ou un carcinome soient rattachés au VHB, il est nécessaire qu'existent des marqueurs témoins d'une hépatite B chronique ou un ADN viral hépato-cellulaire.

### b) Critères administratifs

#### Délai de prise en charge

- Manifestations extra-hépatiques dues à l'infection chronique par le virus B : vascularite dont périartérite noueuse, néphropathie glomérulaire membrano-proliférative : 10 ans.
- Cirrhose : 20 ans.
- Carcinome hépato-cellulaire : 30 ans.

## Liste des travaux susceptibles de provoquer la maladie

Limitative.

### VI. Co-infection d'une hépatite B par le virus D

#### a) Critères médicaux

##### Intitulé de la maladie tel qu'il est mentionné dans le tableau

II - Hépatites virales transmises par le sang, ses dérivés ou tout autre liquide biologique ou tissu humains

(...) b) Co-infection d'une hépatite B par le virus D :

- hépatite fulminante ;
- hépatite aiguë ;
- hépatite chronique active.

L'étiologie doit être confirmée par la présence de marqueurs traduisant une infection en cours par le virus D.

##### Exigences légales associées à cet intitulé

La maladie doit être confirmée par une élévation des transaminases (ALAT-ASAT) et l'étiologie par la présence de l'antigène du virus D.

#### b) Critères administratifs

##### Délai de prise en charge

- Hépatite fulminante : 40 jours.
- Hépatite aiguë : 180 jours.
- Hépatite chronique active : 2 ans.

## Liste des travaux susceptibles de provoquer la maladie

Limitative.

### VII. Hépatite C

#### a) Critères médicaux

##### Intitulé de la maladie tel qu'il est mentionné dans le tableau

II - Hépatites virales transmises par le sang, ses dérivés ou tout autre liquide biologique ou tissu humains

(...) c) Hépatites à virus C (en dehors des cas qui auraient été pris en charge au titre d'un accident du travail) :

- hépatite aiguë avec ou sans manifestations cliniques ;
- hépatite chronique active ou non.

Ces pathologies et leur étiologie doivent être confirmées par des examens biochimiques et par la présence de marqueurs du virus témoignant d'une infection en cours.

##### Exigences légales associées à cet intitulé

L'hépatite aiguë peut être ictérique ou non.

La maladie doit être confirmée par une élévation des transaminases (ALAT-ASAT) et l'étiologie par la présence de marqueurs du VHC : anticorps anti-VHC et PCR.

#### b) Critères administratifs

##### Délai de prise en charge

- Hépatite aiguë avec ou sans manifestation clinique : 180 jours.
- Hépatite chronique active ou non : 20 ans.

## Liste des travaux susceptibles de provoquer la maladie

Limitative.

### VIII. Manifestations extra-hépatiques et manifestations chroniques dues au virus C

#### a) Critères médicaux

**Intitulé de la maladie tel qu'il est mentionné dans le tableau**

II - Hépatites virales transmises par le sang, ses dérivés ou tout autre liquide biologique ou tissu humains

(...) c) Hépatites à virus C (en dehors des cas qui auraient été pris en charge au titre d'un accident du travail) :

(...) - manifestations extra-hépatiques dues à l'infection chronique par le virus C :

1. Associées à une cryo-globulinémie mixte essentielle : purpura, vascularites, neuropathies périphériques, syndrome sec, polyarthrite, néphropathie membrano-proliférative ;
2. hors de la présence d'une cryo-globulinémie : porphyrie cutanée tardive, lichen plan, urticaire.

- cirrhose.

- carcinome hépato-cellulaire.

L'étiologie de ces pathologies : manifestations extra-hépatiques, cirrhose et carcinome hépato-cellulaire, doit être confirmée par une sérologie traduisant une hépatite chronique à virus C ou un examen du tissu hépatique montrant les traces de ce virus.

**Exigences légales associées à cet intitulé**

L'hépatite aiguë peut être ictérique ou non.

La forme chronique de l'infection VHC est définie par la persistance au delà de 6 mois d'anticorps anti-VHC et/ou d'une PCR positive associés à des transaminases élevées souvent modérément et de façon fluctuante. Pour que des manifestations extra-hépatiques, une cirrhose ou un carcinome soient rattachés au VHC, il est nécessaire qu'existent des marqueurs témoins d'une hépatite C (anticorps anti-VHC et/ou PCR).

**b) Critères administratifs****Délai de prise en charge**

- Manifestations extra-hépatites dues à l'infection chronique par le virus C : 20 ans.
- Cirrhose : 20 ans.
- Carcinome hépato-cellulaire : 30 ans

**Liste des travaux susceptibles de provoquer la maladie**

Limitative.

## Éléments de prévention technique (Août 2011)

### A - Hépatites A et E

Comme pour toute maladie transmissible par voie orale, la prévention repose sur le respect strict des règles d'hygiène, au premier rang desquelles le lavage des mains. Le port de gants en cas de risque de contact avec des produits biologiques est recommandé mais il ne dispense pas du lavage des mains.

### B - Hépatites B et C

Face à ces virus transmissibles par le sang, la stratégie est la même que pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) : prévenir tout accident exposant au sang (AES) ou à des liquides biologiques. Les mêmes mesures de prévention doivent être appliquées vis-à-vis de tous les patients et de tous les prélèvements en laboratoire. Ces "précautions universelles" font partie des mesures standard à appliquer systématiquement dans un but de prévention mutuelle des infections entre soignant et soigné. Tout personnel de santé et assimilé doit être formé à leur application.

Des matériels de sécurité (dispositifs de prélèvement permettant la mise en sécurité immédiate de l'aiguille, cathéters protégés) complètent utilement ces mesures, sous réserve d'une formation à leur utilisation.

Les personnels en dehors du milieu de soins doivent également appliquer des mesures d'hygiène strictes. Les matériels de protection nécessaires doivent être mis à leur disposition : les salariés assurant le ramassage et le traitement de déchets seront dotés par exemple de gants résistant aux coupures, de pinces pour saisir des seringues traînantes... Pour les policiers, ambulanciers, secouristes, personnels des morgues les mesures recommandées dérivent des précautions universelles. L'information sur les risques et les moyens de les prévenir revêt une importance toute particulière pour ces travailleurs, peu familiers des risques biologiques.

Enfin, toute personne susceptible d'être exposée accidentellement au sang et aux liquides biologiques doit être informée de la conduite à tenir après accident :

- nettoyage immédiat de la plaie, rinçage puis antiseptique,
- évaluation des risques de transmission virale par un médecin immédiatement après l'AES, afin de bénéficier d'une éventuelle prophylaxie (un dispositif d'accueil et de prise en charge 24h/24 a été mis en place dans les services d'urgences hospitaliers, accessible à toute personne exposée, y compris celle ne travaillant pas en milieu de soin),
- déclaration d'accident de travail et signalement au médecin du travail afin que les circonstances de l'accident soient documentées. Rappelons que le médecin du travail de tout établissement de santé doit, en collaboration avec le Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) et le CHSCT, mettre en place une surveillance de ces AES afin de prendre les mesures correctrices qui s'imposent puis de les évaluer.



## Eléments de prévention médicale (Août 2014)

### I. Cadre légal

Les hépatites aiguës dues aux virus A ou B sont des maladies à déclaration obligatoire.

Il existe plusieurs centres nationaux de référence pour les virus des hépatites A et E :

- CNR-Laboratoire coordonnateur : laboratoire de virologie, Institut fédératif de biologie, centre hospitalier universitaire Purpan, Toulouse
- CNR-Laboratoire associé : laboratoire de virologie, hôpital Paul Brousse, AP-HP Villejuif (94),

Il existe plusieurs centres nationaux de référence pour les virus des hépatites B, C et delta

- CNR-Laboratoire coordonnateur : Laboratoire de virologie, groupe hospitalier Henri Mondor, AP-HP, Créteil (94)
- CNR-laboratoire associé : laboratoire de bactériologie-virologie-hygiène, Hôpital Avicenne, Hôpitaux universitaires de Paris-Seine-Saint-Denis, Bobigny (93).

### II. Examen médical initial

Outre l'examen clinique, il comprend :

- la recherche d'une exposition antérieure au risque pouvant justifier la pratique d'une sérologie virale ;
- la mise à jour des **vaccinations**<sup>1</sup> en fonction de l'évaluation des risques :

<sup>1</sup>[http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier\\_vaccinations\\_2017.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinations_2017.pdf)

- la vaccination contre l'hépatite B est obligatoire pour les personnels visés à l'art. L 3111-4 du Code de la Santé publique. La qualité de la réponse au vaccin doit être vérifiée (obligatoire chez les personnels primo-vaccinés après 25 ans). Un taux d'anticorps anti-HBs supérieur à 10 mUI/ml assure une immunité durable rendant inutiles les rappels ultérieurs (arrêté du 26 avril 1999). Le résultat doit être consigné dans le dossier et remis à l'intéressé afin qu'il puisse en faire état en cas d'accident exposant au sang. Cela est particulièrement important en cas de non réponse à la vaccination (taux d'anticorps anti-HBs <10 mUI/ml).

En ce qui concerne les salariés n'entrant pas dans le champ de l'obligation vaccinale, la vaccination peut être recommandée pour certains postes sur la base de l'évaluation des risques par le médecin du travail, en tenant compte notamment des travaux listés dans le tableau.

- La vaccination contre l'hépatite A peut être recommandée pour certains postes en se basant là aussi sur l'évaluation des risques. Le calendrier vaccinal de 2000 recommande cette vaccination pour les professions suivantes : personnels de crèche, d'internat des établissements pour enfants et jeunes handicapés, de traitement des eaux usées ;

- l'information du salarié sur la nécessité de respecter les précautions standard d'hygiène et de la conduite à tenir en cas d'AES

### III. Examen médical périodique

C'est l'occasion de rappeler l'importance du signalement des AES et des mesures de prévention. Des expositions accidentelles non signalées seront recherchées et des examens complémentaires (sérologie de l'hépatite C, transaminases...) éventuellement pratiqués.

Un dossier médical spécial doit être tenu pour chaque travailleur exposé et doit être conservé pendant 10 ans à compter de la cessation de l'exposition. En cas de pathologies à incubation longue comme par exemple les cirrhoses consécutives à des hépatites B et C, le dossier est conservé pendant une période plus longue.

En cas de départ du salarié, des informations doivent lui être données sur la surveillance médicale dont il devrait pouvoir bénéficier après la fin de l'exposition.

### IV. Cas particulier : maintien dans l'emploi du salarié porteur d'une maladie professionnelle

En cas de portage chronique des hépatites B et C, le maintien dans l'emploi est, dans la grande majorité des cas possible sous réserve d'un respect strict des précautions universelles. S'il s'agit d'un soignant réalisant des gestes invasifs, tels les chirurgiens, la situation doit alors être examinée au cas par cas en tenant compte à la fois de la contagiosité de la personne (importance de la virémie, effet d'un traitement éventuel) et du poste occupé : types de gestes réalisés.

### V. Conduite à tenir en cas de constatation d'un cas dans l'entreprise

En cas d'hépatite due au virus A ou E, le médecin du travail doit alors pratiquer un examen médical de tous les travailleurs susceptibles d'avoir été exposés sur le même lieu de travail.

## Références réglementaires (lois, décrets, arrêtés) (Octobre 2013)

**I. Reconnaissance des maladies professionnelles****a) Textes généraux****Code rural, Livre VII, titre V : Accidents du travail et maladies professionnelles**

## - Partie législative

- articles L. 751-1 à L. 751-49 et notamment L. 751-7 rendant applicable les dispositions du titre VI, livre IV du code de la sécurité sociale (Accidents du travail et maladies professionnelles).

## - Partie réglementaire

- R. 751-1 à R. 751-65, et notamment R. 751-17, rendant applicables les dispositions réglementaires du titre VI, livre IV du code de la sécurité sociale, et R. 751-25, renvoyant en annexe III du livre VII pour les tableaux de maladies professionnelles agricoles ;

- D. 751-2 à D. 751-140 : D. 751-33 à D. 751-39, rendant notamment applicables, sous réserve d'adaptation, les articles D. 461-26 à D. 461-30 du code de la sécurité sociale (modalités de reconnaissance des affections non inscrites aux tableaux).

**b) Liste des textes ayant porté création ou modification du tableau n° 33**

- Création : Décret n° 75-863 du 8 septembre 1975.

- Modifications :

- Décret n° 84-1299 du 31 décembre 1984,

- Décret n° 99-207 du 19 mars 1999.

**II. Prévention des maladies visées par le tableau n°33**

**NB :** La liste des textes ci-dessous proposée ne constitue pas une liste exhaustive des textes applicables. Sont seuls référencés les textes relatifs à la prévention des maladies visées au tableau n° 33, à l'exclusion des textes destinés à prévenir d'autres risques liés à ces travaux.

**a) Textes généraux****Code du travail, Partie IV, Santé et sécurité au travail, et notamment :**

## - Partie législative

- articles L. 4121-1 à L. 4121-5 : principes généraux de prévention,

- articles L. 4141-1 à L. 4141-4 : formation à la sécurité (principe général).

## - Partie réglementaire

- articles R. 4121-1 à R. 4121-4 : document unique et évaluation des risques,

- articles R. 4141-1 à R. 4141-10 : formation à la sécurité (objet et organisation de la formation),

- articles R. 4222-1 à R. 4222-26 : aération et assainissement des locaux de travail.

**Code rural, L. 751-7 et Code de la sécurité sociale, Livre IV, Titre VI :**

- partie législative, article L. 461-4 : déclaration par l'employeur des procédés de travail susceptibles de causer des maladies professionnelles prévues aux tableaux.

**b) Autres textes applicables à la prévention des maladies professionnelles visées au tableau n° 33****Code rural**

- article R 717-16 : surveillance médicale renforcée.

**Code du travail**

## - Prévention des risques biologiques

- articles R. 4421-1 à R. 4423-4 : dispositions générales, principes de prévention, évaluation des risques.

- articles R. 4424-1 à R. 4424-10 : mesures et moyens de prévention (dispositions communes à toutes les activités et dispositions particulières à certaines activités).

- articles R. 4425-1 à R. 4425-7 : information et formation des travailleurs.

- articles R. 4426-1 à R. 4426-13 : surveillance médicale (liste des travailleurs exposés, surveillance renforcée, dossier médical spécial, suivi des pathologies).

- articles R. 4427-1 à R. 4427-5 : déclaration administrative.

## - Utilisation des équipements de protection individuelle (EPI)

- articles R. 4321-1 à R4322-3 : règles générales d'utilisation des équipements de travail et moyens de protection, y compris les équipements de protection individuelle,

- articles R. 4323-91 à R. 4323-106 : dispositions particulières pour l'utilisation des équipements de protection individuelle.

- Travaux interdits aux jeunes travailleurs

- article D. 4153-19 : interdiction d'employer les jeunes travailleurs à des travaux les exposant à des agents biologiques du groupe 3 des agents biologiques pathogènes.

### Autres textes

- arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné.

- arrêté du 10 mai 1994, pris en application de l'article R. 237-8 [devenu l'article R. 4512-7] du code du travail : travaux dangereux pour lesquels un plan de prévention écrit est établi en cas de travaux réalisés par une entreprise extérieure : travaux exposant à des agents biologiques pathogènes.

- arrêté du 18 juillet 1994 modifié, fixant la liste des agents biologiques pathogènes.

- arrêté interministériel du 16 juillet 2007 fixant les mesures techniques de prévention, notamment de confinement, à mettre en œuvre dans les laboratoires de recherche, d'enseignement, d'analyses, d'anatomie et cytologie pathologiques, les salles d'autopsie et les établissements industriels et agricoles où les travailleurs sont susceptibles d'être exposés à des agents biologiques pathogènes.

- arrêté du 25 février 2003 pris pour l'application de l'article L. 235-6 [devenu l'article L. 4532-8] du code du travail fixant une liste de travaux comportant des risques particuliers pour lesquels un plan général simplifié de coordination en matière de sécurité et de protection de la santé est requis : travaux exposant les travailleurs à des substances chimiques ou à des agents biologiques nécessitant une surveillance médicale au sens de l'article R. 241-50 [devenu les articles R. 4624-19 et R. 4624-20].

### Circulaires

- Circulaire DGS/VS 2/DH/DRT n° 99-680 du 8 décembre 1999 relative aux recommandations à mettre en œuvre devant un risque de transmission du VHB et du VHC par le sang et les liquides biologiques.

- Circulaire DGS/SD5C/DHOS/E2/DRT/CT1/CT2 n° 2004-382 du 30 juillet 2004 relative aux précautions à observer dans les services d'anatomie et cytologie pathologiques, les salles d'autopsie, les chambres mortuaires et les laboratoires de biologie " spécialisés ATNC ", vis-à-vis du risque de transmission des agents transmissibles conventionnels (ATC) et non conventionnels (ATNC).

### Recommandations

- R 410 Risque biologique en milieu de soins.

- R 206 Traitement des ordures ménagères.

- R 340 Stations de traitement biologique des eaux usées de l'industrie chimique.

## Éléments de bibliographie scientifique (Décembre 2014)

## Documents communs à l'ensemble des risques biologiques

**BALTY I. ; BAYEUX-DUNGLAS M.C. ; CARON V. ; DAVID C. ; DELEPINE A. ; DUQUENNE P. ; LE BACLE C.** Les risques biologiques en milieu professionnel. Edition INRS ED 6034. INRS, 2008, 47 p., ill., bibliogr.

La prise en compte des risques biologiques en entreprise est entravée par plusieurs handicaps : un manque de visibilité ; un report permanent (il y a d'autres priorités) ; un manque de connaissances : les risques biologiques ne sont pas évoqués ou sont éludés faute de connaissance sur leur existence et surtout sur leur prévention. Cette brochure a pour objectif d'inciter l'ensemble des préventeurs à intégrer de façon systématique l'évaluation des risques biologiques dans leur démarche générale de prévention des risques en entreprise, quel que soit le secteur d'activité. Elle apporte en termes simples l'essentiel des connaissances sur les risques biologiques en milieu de travail (risques de type infectieux, allergique, toxinique ou cancérigène) et propose d'utiliser la chaîne de transmission comme fil rouge pour l'évaluation des risques, une chaîne dont il faudra rompre au moins un des cinq maillons pour assurer la protection des travailleurs.

**DAVID C.** Les agents biologiques. Fiche pratique de sécurité ED 117. INRS (30 rue Olivier Noyer, 75680 Paris Cedex 14), 2004, 4 p., ill., bibliogr.

Etre exposé à des agents biologiques sur le lieu de travail peut être source de risques lorsque ces agents sont pathogènes. Certains salariés connaissent les agents biologiques, les utilisant de façon délibérée (laboratoire de recherche biologique, industrie pharmaceutique, etc.) ; d'autres y sont potentiellement exposés sans vraiment les connaître (assainissement, déchetterie, milieux de soins, etc.). Dans les deux cas, l'évaluation et la prévention des risques biologiques passent par une meilleure connaissance de ces agents biologiques pathogènes et des dangers qu'ils représentent. Cette fiche décrit les différents agents biologiques (virus, bactéries, champignons ou mycètes, endoparasites), leur mode de vie, leur intérêt industriel et leur pouvoir pathogène possible.

**Risques biologiques. Suivez la chaîne de transmission !**

On ne les voit pas mais ils sont partout. Ils sont microscopiques mais peuvent provoquer des maladies. Ce sont les agents biologiques qui peuplent l'environnement, y compris l'environnement de travail. Les risques liés à ces agents biologiques doivent être évalués puis réduits voire supprimés. Et ce, grâce à des mesures de prévention spécifiques centrées sur la chaîne de transmission. <http://www.inrs.fr/accueil/risques/biologiques.html>

**MENARD A.** Les risques biologiques sur les lieux de travail. Mise à jour 1er avril 2010. Aide mémoire juridique 24. TJ 24. INRS, 2010, 43 p., ill., bibliogr.

Selon l'enquête SUMER de 2003, environ 2,6 millions de salariés en France s'estiment concernés par les risques biologiques, et ce dans de nombreux secteurs d'activité : agriculture, industrie agroalimentaire, services à la personne, santé, action sociale, recherche et développement. Les risques biologiques sont dus à l'action néfaste de certains agents biologiques : bactéries, virus, champignons microscopiques, divers parasites, à l'origine de risques infectieux, allergiques, toxiques et parfois de cancers en cas d'exposition chronique. Le présent aide-mémoire présente l'état de la réglementation applicable, à jour au 1er avril 2010 : cadre général ; évaluation des risques biologiques ; mesures de prévention techniques et organisationnelles, communes à tous les secteurs, et spécifiques à certaines activités (en cas de contact avec des personnes ou avec des animaux contaminés par des agents biologiques pathogènes ; laboratoires et certains procédés industriels et agricoles ; gestion des déchets d'activité de soins à risques infectieux (DASRI)) ; information et formation des travailleurs ; surveillance médicale. En annexe : rappel des textes applicables.

**LE BACLE C.** Les risques biologiques en milieu professionnel. Point de repère PR 28. Hygiène et sécurité du travail. Cahiers de notes documentaires, n° 207, 2e trimestre 2007, pp. 85-96, ill., bibliogr.

Synthèse sur la prise en compte du risque biologique au sein des entreprises : approche par type de dangers biologiques et approche par type d'activités concernées.

**LAFON D. (Ed) ; ABADIA G. ; BASILE S. ; BASTIDE J.C. ; BAYEUX-DUNGLAS M.C. ; CAMPO P. ; CARON V. ; FALCY M. ; GANEM Y. ; GAURON C. ; LE BACLE C. ; MEYER J.P. ; RADAUCEANU A. ; SAILLEFAIT A.M. ; SOUDRY C. ; BIJAOUI A. ; HEITZ C. ; PAYAN D. ; et coll.** Grossesse et travail. Quels sont les risques pour l'enfant à naître ? Avis d'experts. EDP Sciences (17 avenue du Hoggar, Parc d'activités de Courtaboeuf, BP 112, 91944 Les Ulis Cedex A), 2010, 561 p., ill., bibliogr.

Chaque année, près de 530 000 enfants naissent de mères ayant eu une activité professionnelle durant leur grossesse et la majorité d'entre eux sont en bonne santé. Cependant, malgré toutes les mesures prises, un certain nombre de grossesses présente des complications pouvant avoir des répercussions sur l'enfant : avortement, mort fœtale, naissance prématurée, retard de croissance intra-utérin, malformations congénitales, retard de développement psychomoteur. La part de responsabilité des expositions professionnelles sur ces issues défavorables suscite des interrogations fréquentes. Ce nouvel avis d'experts propose une mise au point sur les connaissances actuelles de l'impact potentiel des expositions professionnelles sur le déroulement de la grossesse, et plus particulièrement sur les effets pour l'enfant à naître. De nombreux risques sont ainsi abordés : chimiques, biologiques, rayonnements ionisants, ondes électromagnétiques, travail physique, bruit, stress, horaires irréguliers ou de nuit. L'ouvrage détaille également la réglementation en la matière, ainsi que les résultats des études épidémiologiques consacrées à diverses professions. Enfin, des recommandations sont émises avec pour objectif l'amélioration de la prise en charge de ces risques en milieu professionnel.

**TESTUD F. ; ABADIA-BENOIST G.** Risques professionnels chez la femme enceinte. Encyclopédie médico-chirurgicale. Pathologie professionnelle et de l'environnement 16-660-A-10. Elsevier Masson (62 rue Camille Desmoulins, 92130 Issy-les-Moulineaux), 2010, 11 p., ill, bibliogr.

Plus de 80 % des françaises en âge de procréer exercent une activité professionnelle : le retentissement de l'exposition maternelle (chimique, microbiologique et/ou physique) sur le produit de conception est de ce fait une préoccupation forte des salariées et du corps médical qui les suit. De très nombreuses études épidémiologiques ont été conduites pour mettre en évidence l'impact des nuisances du travail sur le déroulement et l'issue de la grossesse. Concernant le risque chimique, les expositions identifiées comme réellement à risque chez la femme enceinte sont les solvants organiques, certains métaux lourds, les antimétabolites, les anesthésiques gazeux et quelques pesticides, maintenant interdits. Une synthèse des études disponibles sur ces substances est présentée. Pour ce qui est du risque biologique, plusieurs micro-organismes peuvent interférer avec le déroulement de la grossesse, qu'ils entraînent des malformations de l'enfant (virus de la rubéole, toxoplasme, cytomégalovirus, etc), une issue défavorable de la grossesse (Listeria, Coxiella, etc) ou les deux. Les principales professions concernées sont les professions de santé, de l'enfance ou en contact avec des animaux. Dans le domaine des risques physiques, les rayonnements ionisants sont identifiés depuis longtemps comme responsables d'embryopathie ; les mesures de limitation et d'optimisation de la dose protègent la femme enceinte. Pour les rayonnements non ionisants, les données actuellement disponibles sont rassurantes mais les recherches doivent être poursuivies. Enfin, concernant les nuisances liées aux ambiances, à la charge ou à l'organisation du travail, c'est surtout leur cumul qui peut augmenter le risque de prématurité et éventuellement d'hypotrophie fœtale. Les salariées doivent être incitées à déclarer précocement leur grossesse, ou mieux leur projet de grossesse, au médecin du travail. Une caractérisation du risque fondée sur l'identification des dangers et l'évaluation quantifiée, météorologique et/ou biométabolique, de l'exposition est le plus souvent réalisable. Le praticien peut se faire aider par des organismes ressources, disposant des moyens documentaires et du savoir-faire nécessaires ; le médecin du travail juge alors de l'opportunité d'un maintien au poste, d'un aménagement ou d'une éviction. Un suivi systématique de l'issue des grossesses exposées en milieu de travail devrait être mis en place.

**SOUDRY C. Salariées en état de grossesse. Hygiène, sécurité, conditions de travail et surveillance médicale. 5e édition mise à jour novembre 2008. Aide-mémoire juridique 14. TJ 14. INRS (30 rue Olivier Noyer, 75680 Paris Cedex 14), 2008, 15 p.**

Cet aide-mémoire fournit les principales données légales et réglementaires d'hygiène et de sécurité ayant pour but de protéger les salariés en état de grossesse. Une liste des principaux textes complètent ce document. Au sommaire : 1. Hygiène et sécurité, emplois interdits ou réglementés (risques biologiques, risques chimiques, risques physiques). 2. Conditions de travail (rôle du CHSCT, charge physique, horaires de travail, confort du poste de travail, adaptation du travail, affectations temporaires et transformations de postes). 3. Surveillance médicale.

**GRILLET J.P. ; ABADIA G. ; BERNARD C. ; DUPUPET J.L. ; et coll. Pathologie en milieu professionnel agricole. Encyclopédie médico-chirurgicale. Pathologie professionnelle et de l'environnement 16-538-A-10. Elsevier Masson (62 rue Camille Desmoulins, 92130 Issy-les-Moulineaux), 2009, 10 p., ill, bibliogr.**

Les activités agricoles au sens de l'affiliation au régime de protection sociale agricole sont diverses : elles couvrent la production agricole, la coopération et donc une partie de l'industrie agroalimentaire et le secteur tertiaire (banque, assurance). Seules les activités comportant des risques spécifiques (polyculture, cultures spécialisées, élevage, forêt, coopératives, abattoirs, jardins espaces verts, viticulture) sont traitées ici, à l'exclusion du secteur tertiaire. Elles représentent plusieurs centaines de situations de travail et près d'un million de salariés, en majorité temporaires ou saisonniers. Pour les neuf situations retenues sur la base de leur spécificité et du nombre de personnes concernées, les principaux risques professionnels, les modalités de la prévention sont décrits. Les risques spécifiques à l'agriculture (phytosanitaire, biologique, machinisme) sont plus particulièrement abordés.

**DELEMOTTE B. ; CONSO F. (Ed) ; BERGERET A. (Ed). Santé au travail en milieu agricole. Collection Médecine du travail. Masson (21 rue Camille Desmoulins, 92789 Issy-les-Moulineaux Cedex 9), 2004, 205 p., ill., bibliogr.**

La santé au travail en milieu agricole a des caractères bien particuliers et sa spécificité est reconnue sur le plan législatif et réglementaire. En effet, les travailleurs de l'agriculture ne sont pas uniquement ceux qui travaillent dans les exploitations agricoles et forestières, mais également les salariés d'une partie des industries agroalimentaires (IAA) et des entreprises connexes ou liées à l'agriculture. Cet ouvrage aborde donc les différents aspects à la fois socio-démographiques, techniques, pathologiques et réglementaires de cette population. L'évolution des techniques de production, la spécialisation des élevages et des cultures ont conduit à l'apparition de nouvelles pathologies et à la nécessité d'adapter des stratégies de prévention impliquant tous les intervenants et à la révision périodique de la classification des maladies professionnelles du régime agricole. Les trois grandes parties de cet ouvrage portent sur les populations dites agricoles et leurs organisations, la réglementation spécifique en matière de santé et de sécurité au travail, les risques des métiers de l'agriculture et les politiques de prévention mises en place ces trente dernières années. La santé au travail en milieu agricole doit rester évolutive, prête à se remettre en cause. Les populations surveillées, les techniques et les modes opératoires changent. La surveillance médicale doit s'adapter à ces évolutions pour être efficace. S'appuyant comme par le passé sur les connaissances des chercheurs et des universitaires, les médecins du travail agricoles doivent être en éveil, à l'écoute des professionnels des métiers agricoles, au service de l'homme au travail.

**Zoonoses en milieu professionnel. INRS (30 rue Olivier Noyer, 75680 Paris, Cedex 14), 2009, 1 dossier, non paginé, ill.**

Les zoonoses sont des maladies infectieuses ou parasitaires des animaux transmissibles à l'homme, y compris lors d'activités professionnelles. Certaines de ces maladies peuvent être très graves. Au-delà des métiers de l'élevage, de nombreuses activités sont concernées : commerces d'animaux, parcs zoologiques, abattoirs, travaux en forêt, taxidermie, équarrissage, métiers de l'environnement. Ce dossier dresse un état des lieux et présente les notions fondamentales à connaître en matière de prévention des zoonoses en milieu professionnel. Des fiches pratiques sur les principales zoonoses rencontrées en milieu professionnel sont téléchargeables.

**ABADIA G. ; PICU C. Zoonoses d'origine professionnelle. Encyclopédie médico-chirurgicale. Toxicologie, pathologie professionnelle 16-100-A-10. Editions scientifiques et médicales Elsevier (23 rue Linois, 75724 Paris Cedex 15), 2005, 10 p., ill., bibliogr.**

Les zoonoses sont des maladies transmises à l'homme par les animaux, sauvages ou domestiques. Elles sont nombreuses, varient dans le temps et dans l'espace, et sont en constante évolution. Une surveillance accrue de ces maladies est donc nécessaire, d'autant que l'on constate l'émergence de nouvelles affections ou la réémergence d'autres que l'on croyait disparues. L'activité professionnelle et le contact avec les animaux sont des manières fréquentes de se contaminer. La connaissance de la chaîne épidémiologique de transmission, du réservoir à l'hôte, permet de se protéger en limitant le risque à sa source quand c'est possible (prévention vétérinaire et police sanitaire), en appliquant des mesures d'hygiène des locaux et individuelles strictes, et en portant des équipements de protection individuelle adaptés à la porte d'entrée du germe responsable. L'information des travailleurs sur le risque est une autre action fondamentale de prévention. Les principales zoonoses d'origine professionnelle sont présentées brièvement, ainsi que les moyens de prévention.

**ACHA P.N. ; SZYFRES B. Zoonoses et maladies transmissibles à l'homme et aux animaux. Volume 1 : bactérioses et mycoses. 3e édition. Office international des épizooties, Organisation mondiale de la santé animale (OIE, 12 rue de Prony, 75017 Paris), 2005, 382 p., ill., bibliogr.**

Cet ouvrage très populaire, qui présente un grand intérêt pour les écoles de santé publique, de médecine et de médecine vétérinaire, ainsi que pour les organisations de santé publique et de santé animale, dresse l'inventaire des dernières connaissances en matière de zoonoses et de maladies transmissibles communes à l'homme et aux animaux. Depuis la sortie de la première édition, en 1977, la maîtrise de ces maladies a enregistré des progrès considérables, grâce aux nouvelles technologies et aux avancées de l'épidémiologie, de l'écologie et des autres sciences biologiques et sociales. Cette nouvelle édition se présente pour la première fois en trois volumes dont le premier est consacré aux bactérioses et mycoses. Première partie : bactérioses (actinomycose, aëromonose, botulisme, brucellose, campylobactériose, colibacillose, corynébactériose, dermatophilose, entérocolite à *Clostridium difficile*, érysipèles animaux et érysipéloïde humaine, fièvre charbonneuse, fièvre due à la morsure de rat, fièvre récurrente transmise par les tiques, infection à *Capnocytophaga canimorsus* et à *C. cynodegmi*, infections clostridiennes des blessures, lèpre, leptospirose, listériose, maladie de Lyme, maladie due aux griffures de chat, maladies causées par des mycobactéries non tuberculeuses, mélioiïdose, nécrobacillose, nocardiose, pasteurellose, peste, pseudotuberculose à *Yersinia*, rhodococcose, salmonellose, shigellose, streptococcie, tétanos, toxi-infection alimentaire due à *Vibrio parahaemolyticus*, toxi-infections alimentaires à clostridies, toxi-infections alimentaires à staphylocoques, tuberculose zoonosique, tularémie, yersiniose entérocolitique (entérocolite à *Yersinia*)). Deuxième partie : mycoses (adiasporomycose, aspergillose, blastomycose, candidoses, coccidioidomycose, cryptococcose, dermatophytoses, histoplasmoses, infections d'origine phycée, mycétome, rhinosporidiose, sporotrichose, zygomycoses).

**ACHA P.N. ; SZYFRES B. Zoonoses et maladies transmissibles communes à l'homme et aux animaux. Volume 2 : chlamydioses, rickettsioses et viroses. 3e édition. Office international des épizooties (OIE, 12 rue de Prony, 75017 Paris), 2005, 405 p., ill., bibliogr.**

Cet ouvrage très populaire, qui présente un grand intérêt pour les écoles de santé publique, de médecine et de médecine vétérinaire, ainsi que pour les organisations de santé publique et de santé animale, dresse l'inventaire des dernières connaissances en matière de zoonoses et de maladies transmissibles communes à l'homme et aux animaux. Depuis la sortie de la première édition, en 1977, la maîtrise de ces maladies a enregistré des progrès considérables, grâce aux nouvelles technologies et aux avancées de l'épidémiologie, de l'écologie et des autres sciences biologiques et sociales. Cette nouvelle édition se présente pour la première fois en trois volumes dont le second est consacré aux chlamydioses, rickettsioses et viroses. Chlamydioses et rickettsioses : rickettsiaceae, chlamydie aviaire, fièvre boutonnière, fièvre pourprée des montagnes rocheuses, fièvre Q, infections causées par *Bartonella Henselae*, ixodo-rickettsiose asiatique, rickettsiose varicelliforme, typhus des broussailles, typhus murin, typhus à tiques du Queensland, typhus-zoonose causé par *Rickettsia prowazekii*. Viroses : chorioméningite lymphocytaire, dengue, échyma contagieux, encéphalite californienne, encéphalites équine de l'est, de l'ouest, vénézuélienne, encéphalites japonaise, de Powassan, de Rocio, de Saint-Louis, de la vallée de Murray, printemps-été de Russie et d'Europe centrale, encéphalomyélite ovine, encéphalomyocardite, encéphalopathies spongiformes de l'homme et des animaux, fièvres aphteuse, Chikungunya, due aux Bunyavirus du groupe C, fièvres hémorragiques argentine, bolivienne, brésilienne, de Crimée-Congo, d'Omsk, du Vénézuéla, fièvres d'Ilhéus, jaune, de Lassa, de Mayaro, du Nil occidental, d'Oropouche, d'Orungo, de Sindbis, fièvre à tiques du Colorado, fièvre de la vallée du Rift, gastro-entérite à rotavirus, grippe, hépatites virales de l'homme et des singes, herpès simplex (type 1), infection à *Herpesvirus simiae*, infection par le virus de la vaccine, maladies d'Ebola, de la forêt de Kyasanur, de Marburg, de Newcastle, maladie vésiculeuse du porc, maladie de Wesselsbron, maladies dues aux hantavirus, polyarthrite épidémique, pseudovarivole bovine, rage, rougeole, stomatite papuleuse bovine, stomatite vésiculeuse, variole bovine (cowpox), varioles des singes.

**ACHA P.N. ; SZYFRES B. Zoonoses et maladies transmissibles communes à l'homme et aux animaux. Volume 3 : zoonoses parasitaires. 3e édition. Office international des épizooties (OIE, 12 rue de Prony, 75017 Paris), 2005, 399 p., ill., bibliogr.**

Cet ouvrage très populaire, qui présente un grand intérêt pour les écoles de santé publique, de médecine et de médecine vétérinaire, ainsi que pour les organisations de santé publique et de santé animale, dresse l'inventaire des dernières connaissances en matière de zoonoses et de maladies transmissibles communes à l'homme et aux animaux. Depuis la sortie de la première édition, en 1977, la maîtrise de ces maladies a enregistré des progrès considérables, grâce aux nouvelles technologies et aux avancées de l'épidémiologie, de l'écologie et des autres sciences biologiques et sociales. Cette nouvelle édition se présente pour la première fois en trois volumes dont le troisième est consacré aux zoonoses parasitaires. Protozooses : amibiases, babésioses, balantidiose, cryptosporidiose, cyclosporose, giardiose, infections causées par les amibes libres, leishmanioses cutanées, viscérales, microsporidiose, paludisme chez les primates non humains, sarcocystose, toxoplasmose, trypanosomoses africaine, américaine. Helminthoses : trématodoses (clonorchiose, dermatite cercarienne, dicrocoélie, échinostomose, fasciolose, fasciolopsiase, gastrodiscoidoses, hétérophidioses, nanophyétéose, opisthorchiase, paragonimiase, schistosomiase) ; cestodoses (bertiellose, cénuroses, cysticercose, diphyllorhynchose, dipylidiose, hydatidose, hyménolepiose, inermicapsiférose, mésocestoidose, raillietinose, sparganose, ténia) ; acanthocéphaloses et nématodoses (acanthocéphalose, angiostrongylose, anisakiase, ankylostomose zoonotique, ascariadiase, baylisascariose, capillarose, diroctophymose, dracunculose, filarioses zoonotiques, gnathostomiase, gongylostrongylose, lagochilascarose, larva migrans cutanée, viscérale et toxocarose, mammomonogamose, micronéose, oesophagostomose et ternidensia, strongyloïdose, thélaziose, trichinellose, trichostrongylose, trichuriasose d'origine animale). Arthropodes : dermatose due à des acariens d'origine animale, gales zoonotiques, infestations par des tiques, myiases, pentastomoses, tungose.

**PIROTH L. (Ed) ; PULCINI C. (Ed) ; RAPP C. (Ed). E. Pilly. Maladies infectieuses et tropicales 2014. ECN. Pilly 2014. 24e édition. 3e édition. Alinéa Plus (8 rue Froidevaux, 75014 Paris), 2013, 623 p., 287 p., ill., bibliogr.**

Pour cette 24ème édition du PILLY, le Comité de rédaction représentant le Collège des Universitaires de Maladies Infectieuses et Tropicales (CMIT) a, une fois encore, effectué une mise à jour exhaustive de l'ouvrage portant notamment sur les nouvelles stratégies antibiotiques, antivirales, antiparasitaires ou vaccinales. Cette édition, dans la continuité des précédentes, reprend, actualise et incrémente les différents aspects épidémiologiques, physiopathologiques, cliniques, diagnostiques et thérapeutiques des pathologies infectieuses et tropicales. Outre la contribution essentielle des membres du CMIT, un nombre croissant d'auteurs appartenant à d'autres spécialités viennent apporter leur contribution à cet ouvrage. Au sommaire : anti-infectieux (antibiotiques, antiviraux), conduite à tenir devant (une fièvre, un choc septique, un purpura fébrile, etc.), infections selon le site, infections selon le pathogène (infections bactériennes, virales, parasitaires, fongiques), infections et situations particulières (voyage en pays tropical, chez les migrants, d'Outre-mer, infections et grossesse, néonatales, chez le sujet âgé, chez le neutropénique, infections et immunodépressions, chez l'usager de drogue intraveineuse), infections nosocomiales et hygiène hospitalière, prévention et santé publique (tests diagnostiques, surveillance des maladies infectieuses en France, déclaration obligatoire, éviction et prophylaxie collective, toxi-infections alimentaires et risques liés à l'eau et à l'alimentation, infection et travail, maladies professionnelles et accidents du travail, accidents exposant aux risques VIH, VHB et VHC, bioterrorisme, pandémie, vaccinations). L'ECN.Pilly (3e édition) entre dans une nouvelle phase, avec la réforme des études médicales et la mise en place du programme de deuxième cycle Master Médecine. Aussi, cette édition inclut-elle à la fois le programme et les objectifs du programme ECN 2007, et le nouveau programme détaillé dans l'arrêté d'avril 2013, de façon à ce que chacun puisse utiliser l'ouvrage en fonction de son cursus personnel. Afin de répondre aux objectifs du nouveau

programme, quatre nouveaux chapitres ont été ajoutés. Quinze dossiers cliniques ECN (examen classant national) inédits (selon le format ECN classique) couvrant les principaux items du programme ont été inclus. Les chapitres de l'ECN.Pilly (rédigés par les mêmes auteurs que ceux du E. Pilly correspondant), n'incluent bien évidemment pas toutes les données de ceux-ci. Les étudiants sont donc invités à se référer au E. Pilly pour parfaire leurs connaissances, notamment quant aux posologies des anti-infectieux. Les références données à titre indicatif à la fin de chaque chapitre E. Pilly sont une invitation à approfondir le sujet. Par ailleurs, de nouvelles recommandations sont susceptibles d'être publiées entre la date de mise à disposition des deux ouvrages et la date des ECN, et il est donc fortement conseillé aux étudiants de visiter régulièrement le site [www.infectiologie.com](http://www.infectiologie.com).

#### Atlas de dermatologie professionnelle

Cet atlas iconographique a pour objectif de contribuer à une meilleure prévention de dermatoses professionnelles en permettant de fiabiliser et d'uniformiser les diagnostics. En effet il apporte une aide pour les diagnostics positif, différentiel et étiologique.

<http://www.atlasdedermatologieprofessionnelle.com/index.php/Accueil>

#### CREPY M.N. ; NOSBAUM A. ; BENSEFA-COLAS L. **Dermatoses professionnelles. Encyclopédie médico-chirurgicale. Pathologie professionnelle et de l'environnement 16-533-A-10. Elsevier Masson (62 rue Camille Desmoulins, 92130 Issy-les-Moulineaux), 2013, 23 p., ill., bibliogr.**

Les dermatoses professionnelles sont la deuxième cause de maladies professionnelles dans de nombreux pays. Devant une éruption cutanée, surtout si elle siège aux mains, il faut rechercher un lien entre la dermatose et l'activité professionnelle en précisant la profession du patient, les produits manipulés et la rythmicité de l'éruption par rapport au travail. Les dermatoses professionnelles les plus fréquentes sont les dermatites de contact, surtout les dermatites de contact d'irritation et les dermatites de contact allergiques, plus rarement les urticaires de contact et les dermatites de contact aux protéines. Les causes de dermatites de contact professionnelles sont très souvent multifactorielles, associant facteurs environnementaux professionnels et parfois non professionnels (irritants chimiques, physiques, allergènes) et des facteurs endogènes (principalement la dermatite atopique). Le diagnostic d'une dermatite professionnelle doit être le plus précoce possible. Il nécessite un bilan allergologique en milieu spécialisé conduit à l'aide des compositions des produits professionnels obtenues auprès des médecins du travail (compositions qui permettent d'orienter le choix des batteries de tests et les dilutions des produits professionnels). Il permet de traiter plus rapidement le patient, d'améliorer son pronostic médical et de favoriser le maintien au poste de travail. Les deux facteurs essentiels à la prévention médicale sont la réduction maximale du contact cutané avec les irritants et l'éviction complète du contact cutané avec les allergènes auxquels le patient est sensibilisé. Les autres dermatoses professionnelles sont aussi abordées. Dans bon nombre de cas, une déclaration en vue d'une reconnaissance en maladie professionnelle peut être conseillée au patient souffrant d'une dermatose liée au travail. L'avis du médecin du travail ou d'un service de pathologie professionnelle est le plus souvent utile afin de caractériser la dermatose, son étiologie et d'aider le patient dans ses démarches.

#### LODDE B. ; ROGUEDAS A.M. **Dermatoses professionnelles. Encyclopédie médico-chirurgicale. Dermatologie 98-800-A-10. Elsevier Masson (62 rue Camille Desmoulins, 92130 Issy-les-Moulineaux), 2014, 14 p., ill., bibliogr.**

Les dermatoses professionnelles correspondent aux atteintes cutanées dont la cause peut résulter, en tout ou en partie, des conditions dans lesquelles le travail est exercé. Leur fréquence est élevée puisqu'on estime qu'elles représentent environ 10 % de la pathologie cutanée générale et que 1 % de l'ensemble des travailleurs français serait gêné par des dermatoses professionnelles chroniques. Le diagnostic est souvent difficile non seulement parce qu'il se révèle compliqué d'identifier avec certitude l'agent en cause sur le lieu de travail et qu'en plus, dans bon nombre de cas, les dermatoses professionnelles sont d'origine plurifactorielle, mais également parce que l'atteinte cutanée n'est pas toujours inscrite au cadre nosographique des tableaux de maladies professionnelles indemnisables, ce qui ne facilite pas leur repérage épidémiologique. Il existe des dermatoses provoquées par des agents physiques (gelures, radiodermite, etc.) ou chimiques (dermite d'irritation, eczéma, etc.) mais également des dermatoses provoquées par des agents biologiques (gale, maladie du Rouget de porc, etc.). Leur prise en charge médicoprofessionnelle (même tardive) peut passer par une éventuelle reconnaissance en maladie professionnelle et leur traitement principal consiste à supprimer le ou les facteurs à l'origine de la maladie imposant parfois un changement du procédé de travail ou de poste pour le travailleur atteint.

#### **Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2014. Mis à jour le 15/05/2014. Ministère des Affaires sociales et de la santé, Direction générale de la santé (14 avenue Duquesne, 75350 Paris 07 SP), 2014, 55 p., ill.**

*La politique de vaccination est élaborée par le ministre chargé de la santé qui fixe les conditions d'immunisation, énonce les recommandations nécessaires et rend public le calendrier des vaccinations après avis du Haut conseil de la santé publique (HCSP). Le calendrier vaccinal fixe les vaccinations applicables aux personnes résidant en France en fonction de leur âge, émet les recommandations vaccinales générales et des recommandations vaccinales particulières propres à des conditions spéciales (risques accrus de complications, d'exposition ou de transmission) ou à des expositions professionnelles. Les recommandations vaccinales liées à des voyages et séjours à l'étranger font l'objet d'un avis spécifique du HCSP actualisé chaque année. Ces recommandations sont publiées dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) "Recommandations sanitaires pour les voyageurs" : elles ne sont pas incluses dans le calendrier vaccinal. Par ailleurs, le calendrier insère des recommandations vaccinales spécifiques pour les personnes immunodéprimées ou aspléniques, leur entourage proche et les professionnels de santé à leur contact. Points-clés sur les nouvelles recommandations : générales et situations spécifiques. Recommandations : coqueluche, diphtérie, tétanos, poliomyélite, fièvre jaune, grippe saisonnière, hépatite A, hépatite B, leptospirose, méningocoques, papillomavirus humains, pneumocoque, rage, rougeole, oreillons, rubéole, tuberculose, typhoïde, varicelle. Calendrier des vaccinations : tableaux synoptiques (en particulier : tableau des vaccinations en milieu professionnel, en complément des vaccinations recommandées en population générale, à l'exclusion des voyageurs, des militaires ou autour de cas de maladies ; tableau de correspondances entre les valences vaccinales recommandées dans le calendrier vaccinal et les vaccins disponibles en France ; tableaux de transition entre ancien et nouveau calendrier vaccinal introduit en 2013 ; algorithme pour le contrôle de l'immunisation des professionnels de santé contre l'hépatite B ; prévention du tétanos, recommandations de prise en charge des plaies).*

#### **CAUMES E. **Recommandations sanitaires pour les voyageurs, 2014 (à l'attention des professionnels de santé). Avis du Haut Conseil de la santé publique du 28 avril 2014. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n° 16-17, 3 juin 2014, pp. 261-264, ill.****

Ces recommandations ont été élaborées par le Comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation (CMVI) et approuvées par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) lors de la séance du 28 avril 2014 de la Commission spécialisée maladies transmissibles. Elles tiennent compte des données du Centre national de référence (CNR) du paludisme, du CNR des arboviroses, de l'Institut de veille sanitaire (InVS), et de l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM) pour les vaccins et médicaments. Les recommandations figurant dans ce document ne peuvent prendre en compte l'évolution des risques et l'émergence de nouvelles maladies infectieuses, et sont donc susceptibles d'être modifiées en fonction de l'évolution de la situation internationale. Les voyageurs, quelles que soient leur destination et les conditions du voyage, sont fréquemment victimes de problèmes de santé. Le taux de voyageurs malades varie

de 15 % à 70 % selon les études, en fonction du type de voyageurs, des destinations et des conditions de séjour. La diarrhée est toujours le plus fréquent des problèmes de santé en voyage, avec les affections des voies aériennes supérieures, les dermatoses et la fièvre. Les études les plus récentes montrent aussi l'émergence de pathologies non infectieuses : mal d'altitude, mal des transports, traumatismes et blessures, d'origine accidentelle mais aussi intentionnelle. Si les étiologies infectieuses des décès ou des pathologies graves, imposant une évacuation sanitaire, sont peu fréquentes, c'est en grande partie parce que les recommandations qui suivent permettent de les éviter. Les voyageurs ayant été hospitalisés au cours de leur voyage ou rapatriés sanitaires présentent un risque de portage de bactéries multirésistantes (BMR) qui doit faire l'objet d'un dépistage en cas d'hospitalisation dans une structure de soins. Cette version 2014 se distingue des précédentes par la partie très importante consacrée à la prise en compte de maladies d'importation, souvent d'apparence banale au retour de voyages (pneumopathies, fièvre, dermatose), mais susceptibles de générer des problèmes de santé publique en France par leur capacité à s'y implanter. Pour le reste, ces recommandations sont dans la lignée de celles des années précédentes, plutôt focalisées sur la prévention des maladies infectieuses basée sur le triptyque vaccinations, chimioprophylaxie et règles hygiéno-diététiques. Cette année, l'actualisation des éléments de ce triptyque a surtout porté sur certaines nouvelles vaccinations (antiméningocoques par exemple) et sur les répulsifs, la disparition de quelques spécialités étant compensée par l'apparition de nouvelles.

## Documents plus spécifiques en lien avec le tableau et disponible à l'INRS

**BAYEUX-DUNGLAS M.C. ; CARON V. ; LE BACLE C. Place et limites de la vaccination en santé au travail. Audition d'experts. Dossier médico-technique TC 122. Documents pour le médecin du travail , n° 116, 4e trimestre 2008, pp. 491-511, ill.**

Une audition d'experts, organisée par l'INRS, a eu lieu à Paris le 10 janvier 2008. Cette réunion avait pour objectif de tenter de répondre à un certain nombre de questions relatives aux vaccinations en milieu de travail. Elle a réuni des experts de divers horizons tous concernés par la question des vaccinations. Cet article est une synthèse des différentes présentations ainsi que des échanges qui ont eu lieu lors de cette journée. Le cas particulier de la vaccination contre l'hépatite B fait l'objet d'une annexe. Les débats constants relatifs aux vaccinations en santé au travail ont été développés au cours de cette journée, devant un public réunissant des gestionnaires de la politique vaccinale en santé publique et en santé au travail, des spécialistes de la vaccination et des praticiens en santé au travail. Les différentes difficultés de la vaccination en santé au travail ont été abordées : évaluation de risque et décision d'une recommandation, réalisation pratique, imputation financière, refus de vaccination, etc, avant que des juristes ne s'expriment sur la responsabilité des différentes parties en cause, employeurs, médecins du travail et travailleurs.

**LOT F. Surveillance des contaminations professionnelles par le VIH, le VHC et le VHB chez le personnel de santé. Etudes et enquêtes 109 TF 158. Documents pour le médecin du travail , n° 109, 1er trimestre 2007, pp. 51-60, ill., bibliogr.**

La surveillance des contaminations professionnelles chez le personnel de santé est complémentaire à celle des AES, accidents d'exposition au sang. Elle permet de recenser les contaminations virales survenues chez des soignants dans les suites d'un AES et de caractériser ainsi les accidents à haut risque de transmission. Cet article propose une analyse des résultats du recensement des contaminations professionnelles par le VIH, VHC et VHB, réalisée par l'Institut de veille sanitaire (InVS). La surveillance des séroconversions professionnelles chez le personnel de santé existe pour le VIH depuis 1991, pour le VHC depuis 1997, et pour le VHB depuis 2005. Cette surveillance a pour but de participer à l'identification et à la prévention des accidents exposant au sang à haut risque de transmission virale. Les médecins du travail des établissements de soins, publics et privés, sont les principaux partenaires de cette surveillance. Un total de 14 séroconversions documentées pour le VIH ont été rapportées entre 1983 et 2005, la dernière séroconversion rapportée datant de 2004 et ayant fait suite à un contact cutanéomuqueux. Dans le cadre de cette surveillance, 34 infections VIH présumées ont aussi été déclarées. Concernant le VHC, entre 1991 et 2005, 55 séroconversions professionnelles ont été recensées, avec un nombre annuel compris entre 2 et 5 depuis 1997. Les séroconversions ont fait suite dans la quasi-totalité des cas à une blessure percutanée, mais dans 1 cas à un contact sanguin sur peau lésée. Près de la moitié des séroconversions VIH ou VHC sont liées à des AES survenus lors du rangement ou de l'élimination du matériel et auraient donc pu être évitées par le respect des précautions standard. À ce jour, aucune contamination professionnelle par le VHB n'a encore été déclarée, mais il est probable qu'il ne s'agit pas de la situation réelle, même dans le contexte particulier d'un virus contre lequel une vaccination efficace est obligatoire.

**AUSSEL H. ; LE BACLE C. ; DORNIER G. ; GALTIER Y. ; PUZIN M. (Ed). Le traitement des eaux usées. Le Point des connaissances sur... ED 5026. INRS (30 rue Olivier Noyer, 75680 Paris Cedex 14), 2004, 4 p., ill., bibliogr.**

En moyenne, chaque Français rejette 200 litres d'eaux usées par jour. Les activités d'assainissement sont appelées à se développer pour répondre à l'évolution en cours de la réglementation concernant la protection de l'eau en général et le traitement des eaux usées en particulier. Cette fiche a pour objectif de rappeler les différents risques auxquels sont exposés les travailleurs des usines de traitement des eaux usées et la démarche de prévention à mettre en oeuvre. Aspects traités dans cette fiche : fonctionnement d'une usine de traitement des eaux usées (prétraitement (dégrillage, dessablage, dégraissage-déhuilage), traitement primaire, traitement biologique (clarification et rejet des effluents), traitements complémentaires, traitement des boues, tâches effectuées) ; risques pour l'homme (chutes ou glissades, risques mécaniques, risques liés à la manutention, risques électriques, risque d'incendie, risque d'explosion, risques toxiques (produits réactifs, produits générés), risques biologiques (risques infectieux, risques toxiques, risques immunoallergiques), autres risques et nuisances) ; mesures de prévention pour protéger les hommes (par exemple, agir sur la source de danger, de pollution, de contaminant, pour réduire ou éliminer les émissions ; agir sur le milieu pour surveiller et maîtriser l'exposition ; agir sur l'homme au travail pour réduire le contact et surveiller l'exposition) ; réglementation et normalisation en vigueur ; travaux de l'INRS et de ses partenaires sur ce sujet.

**TOUCHE S. ; FLEURY L. ; BERLIE C. ; BONNET N. ; DOMART M. ; PERNET M. ; LEPRINCE A. Risques infectieux dans les laboratoires d'analyses médicales. Enquête d'évaluation et d'évolution des pratiques. Etudes et enquêtes 83 TF 93. Documents pour le médecin du travail , n° 83, 3e trimestre 2000, pp. 233-239, ill.**

Les données relatives aux risques infectieux dans les laboratoires d'analyses médicales sont encore limitées, alors qu'y sont manipulés quotidiennement de nombreux échantillons biologiques potentiellement contaminants. Une première étude a été menée, en 1996, en collaboration par l'INRS et le GERES (Groupe d'étude sur le risque d'exposition au sang), afin de disposer de données chiffrées, première étape d'une démarche cohérente d'évaluation et de maîtrise des risques. Après une réunion de restitution des résultats dans chaque hôpital participant, cette étude a été publiée, en particulier dans les Documents pour le médecin du travail (référence 72 TF 78). Deux ans plus tard, une nouvelle étude auprès des mêmes laboratoires a permis d'apprécier l'évolution des pratiques et de la perception des risques.



**CHAUSSADE H. ; CHOUTET P. ; COURSAGET P. ; DELZESCAUX D. ; et coll. Etude de séroprévalence de l'hépatite E. Professionnels forestiers et éleveurs de porcs (données 2011 - 2012). Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA, Les Mercuriales, 40 rue Jean Jaurès, 93547 Bagnolet Cedex), 2014, 36 p., ill., bibliogr.**

Le virus de l'hépatite E est un virus à tropisme hépatique dont la distribution est mondiale. Ce virus a été isolé chez plusieurs espèces animales mais le porc, les sangliers et les cerfs sont considérés comme de réels réservoirs qui peuvent être responsables de contaminations humaines. Cette étude a pour objectifs d'estimer la séroprévalence de l'hépatite E dans deux populations professionnelles potentiellement exposées à ce virus (les professionnels forestiers et les éleveurs de porcs), ainsi que de chercher les facteurs de risque de transmission, et de confirmer l'existence en France de variations géographiques.

**HARF-CHERBIT M. ; ROSA I. Portage chronique de l'antigène HBs chez un chirurgien : conduite à tenir et enjeux en médecine du travail. Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, vol. 75, n° 1, février 2014, pp. 64-71, ill., bibliogr.**

Sur le plan professionnel, la situation était la suivante : un soignant en cours d'activité et porteur chronique du VHB a présenté une charge virale détectable alors qu'il réalisait des gestes invasifs. Ce cas clinique pose la question du positionnement du médecin du travail en cas de découverte d'un agent infectieux viral à transmission hémotogène chez un soignant en cours d'activité ou postulant pour un emploi, réalisant ou susceptible de réaliser des actes invasifs à risque de transmission. Quelles sont les limites réglementaires de son champ de compétence dans la prévention de la transmission soignant-soigné des virus hémotogènes ? Après un rappel sur l'hépatite B, les réservoirs et mode de transmission, les formes cliniques, les conséquences chez le soignant d'une évolution vers la chronicité, le traitement de l'hépatite chronique, cet article traite de la gestion du risque de transmission soignant-soigné des virus hémotogènes.

**CHEVILLOTTE J. La prise en charge d'un accident d'exposition virale chez le soignant. Revue de l'infirmière, n° 187, janvier 2013, pp. 53-54, ill., bibliogr.**

L'accident d'exposition virale (AEV), anciennement appelé accident d'exposition au sang, survient lors du contact avec du sang ou un liquide biologique contaminé (par voie percutanée, cutanée ou contact avec les muqueuses). Cette fiche résume les risques encourus (VIH, VHB, VHC), la conduite à tenir immédiatement et dans les 4 heures après l'exposition, le dépistage du patient source, le dépistage et la mise en place d'un traitement pour le soignant, le suivi médical, les démarches administratives et les mesures de prévention. Un tableau rappelle la prophylaxie recommandée suite à un AEV en fonction de la nature de l'exposition.

**GAUVIN C. ; LARA J. Gants résistant aux piqûres d'aiguilles. Evaluation de la dextérité manuelle, de la sensibilité tactile et du confort pour les travailleurs. Etude exploratoire. Etudes et recherches. Rapport R-783. Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST, 505 boulevard de Maisonneuve Ouest, Montréal, Québec H3A 3C2, Canada), 2013, 58 p., ill., bibliogr.**

Les policiers, les éboueurs et les horticulteurs sont très préoccupés par les risques de piqûre avec des aiguilles hypodermiques. Ces piqûres les exposent à du sang potentiellement contaminé et au risque de contracter des maladies transmissibles par le sang telles que le VIH et les hépatites B et C. Les travailleurs de ces milieux ont besoin de porter des gants résistant aux piqûres d'aiguilles tout en conservant une dextérité manuelle et une sensibilité tactile adéquates. Le choix de gants de protection pour ces travailleurs est limité puisqu'il y a relativement peu de modèles de gants disponibles sur le marché qui offrent une résistance aux piqûres d'aiguilles. L'objectif de cette étude est d'évaluer, de manière exploratoire, la dextérité manuelle, la sensibilité tactile et le confort lorsque des gants résistant aux piqûres d'aiguilles sont portés dans un contexte de travail. Des modèles de gants ont été testés chez trois groupes de travailleurs, soit les policiers, les éboueurs et les horticulteurs. Pour chaque groupe, des sujets volontaires ont réalisé des tâches liées à leur travail et ont répondu à un questionnaire de perception pour faire connaître leur opinion sur la dextérité, la sensibilité tactile et le confort ressentis lorsqu'ils portaient ces modèles de gants. Six sujets policiers (trois pour le tir au pistolet et trois pour la défense et le contrôle d'individus) ont testé cinq modèles de gants, deux sujets éboueurs ont testé quatre modèles de gants et deux sujets horticulteurs ont testé trois modèles de gants. La portée de cette étude est relativement limitée étant donné le nombre restreint de sujets ayant participé. De manière générale, ce sont les modèles les plus souples qui ont été les plus appréciés et perçus comme étant ceux offrant le meilleur confort et permettant la meilleure dextérité manuelle et la meilleure sensibilité tactile. En contrepartie, ces modèles sont également ceux qui offrent une résistance moins élevée aux piqûres d'aiguilles. De plus, la majorité des modèles de gants testés forment des replis dans la paume lorsqu'on referme les mains. Ces replis, en plus de nuire à la réalisation de tâches manuelles, causent l'irritation de la peau et un inconfort. Par ailleurs, les coutures des gants sont très inconfortables et diminuent la sensibilité tactile.

**LE DU D. ; MARIGOT-OUTTANDY D. ; PIERRE I. ; ROUZAUD C. ; et coll. Accidents d'exposition aux liquides biologiques. Contact et urgences, n° 190, mai-juin 2013, pp. 4-16, ill., bibliogr.**

Cet article fait le point sur les accidents d'exposition au sang : risque de transmission ; prise en charge immédiate (soins, mesures administratives, enquête sur le patient source, risque lié au VIH et traitement post-exposition, risque lié aux hépatites virales C et B) ; organisation et modalités du suivi. Il traite également des accidents d'exposition sexuelle au sang.

**JOST M. ; MERZ B. ; COLOMBO C. ; FRANCIOLI P. ; et coll. Prévention des maladies infectieuses transmises par voie sanguine dans le secteur sanitaire. 16e édition. 2869/30.f. SUVA - Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, Division Médecine du travail (Case postale, 6002 Lucerne, Suisse), 2013, 103 p., ill., bibliogr.**

Le but de cette publication est de présenter l'état actuel des connaissances sur le risque constitué par les infections transmissibles par voie sanguine pour le personnel de santé, de délivrer des recommandations pratiques sur la prévention en matière de technique, d'organisation et de comportement, et d'expliquer divers aspects de médecine du travail et des assurances en Suisse. Au sommaire : risque pour le personnel de santé d'être atteint d'une infection transmise par voie sanguine ; stratégie de prévention des infections transmissibles par voie sanguine au sein du personnel de santé ; mesures techniques, organisationnelles et personnelles ; recommandations complémentaires pour certains postes de travail ; prévention primaire au niveau de la médecine du personnel : vaccination contre l'hépatite B ; prévention secondaire : médecine du personnel ; élimination du matériel potentiellement infectieux ; aspects du droit des assurances ; bibliographie.

**KRIEF P. ; PEYRETHON C. ; CAUSSE E. ; BENSEFA-COLAS L. ; et coll. Aptitude médicale du personnel soignant présentant une infection chronique par le virus de l'hépatite B. Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, vol. 73, n° 2, avril 2012, pp. 141-151, ill., bibliogr.**

Même si les modalités et la quantification du risque de transmission du VHB du soignant au soigné restent imprécises, celui-ci est actuellement démontré de façon certaine et est devenu une préoccupation croissante pour le public et les autorités sanitaires. A l'occasion du cas d'une étudiante en médecine, porteuse d'une hépatite B chronique répliquante, qui consulte dans le service de pathologie professionnelle pour une orientation professionnelle, cet article pose et discute le problème de l'orientation professionnelle du fait d'un risque de contamination soignant - soigné. Les recommandations professionnelles contre le risque de transmission du VHB de soignant à soigné soulèvent nombre de questions. Sur le plan éthique, les principes de proportionnalité, d'équité et de précaution doivent être respectés tout en préservant le secret médical et en évitant toute discrimination et stigmatisation. A retenir également les difficultés de la décision thérapeutique pour des soignants immunotolérants.

**Recommandations pour les conditions d'exercice de la thanatopraxie. Rapport. Avis. Collection Avis et Rapports. Haut Conseil de la santé publique (HCSP, 14 avenue Duquesne, 75350 Paris 07 SP), 2012, 52 p., 4 p., ill., bibliogr.**

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a été saisi par la Direction générale de la santé et la Direction générale du travail sur les risques liés aux pratiques de thanatopraxie et sur la possibilité de lever l'interdiction des soins de thanatopraxie pour les personnes décédées d'une des pathologies infectieuses mentionnées dans l'arrêté du 20 juillet 1998 (maladies contagieuses portant interdiction de certaines opérations funéraires, parmi lesquelles le VIH et les hépatites virales). Dans son rapport et son avis, le Haut Conseil de la santé publique rappelle que les soins de thanatopraxie sont des actes invasifs, nécessitant l'utilisation de produits toxiques voire cancérogènes. Quelles que soient les conditions dans lesquels ils sont réalisés, ils génèrent des risques pour le thanatopracteur. L'objectif du HCSP est de proposer un encadrement des conditions de travail des thanatopracteurs tel que ces risques soient réduits à un niveau aussi faible que possible. L'acceptabilité du risque résiduel devrait être analysée dans une perspective bénéfice-risque, qui nécessite un débat sociétal. Le HCSP recommande : qu'une bonne information des familles de défunts sur la réalité des soins de thanatopraxie soit délivrée ; que les actes soient réalisés exclusivement dans des locaux dédiés, spécifiques, et dans des conditions qui permettent de réduire les risques ; que les thanatopracteurs soient correctement formés à l'hygiène et à la sécurité. Il recommande, sous ces conditions, la levée de l'interdiction des soins de corps pour les personnes décédées des infections par le VIH et les virus de l'hépatite B ou C. Le texte de l'avis est joint en annexe du rapport.

**JOST M. ; MERZ B. ; COLOMBO C. ; FRANCIOLI P. ; et coll. Prévention des infections transmises par voie sanguine dans les laboratoires médicaux. 6e édition. 2869/19.f. SUVA - Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, Division médecine du travail (Case postale, 6002 Lucerne, Suisse), 2012, 11 p.**

De nombreuses maladies infectieuses peuvent être transmises par le sang et d'autres liquides biologiques. Il s'agit surtout des infections causées par le virus de l'immunodéficience humaine ou VIH, les hépatites B et C et par les virus responsables de fièvres hémorragiques. Dans le domaine professionnel, ces transmissions surviennent avant tout lors de blessures ou de piqûres, très rarement par contamination de la peau déjà lésée ou par projection sur les muqueuses ou sur les conjonctives. Cette brochure présente toutes les mesures de prévention à mettre en place pour protéger le personnel des laboratoires médicaux.

**JOST M. ; MERZ B. ; COLOMBO C. ; FRANCIOLI P. ; et coll. Prévention des infections transmises par voie sanguine lors de soins aux patients. 8e édition. 2869/20.f. SUVA - Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, Division médecine du travail (Case postale, 6002 Lucerne, Suisse), 2012, 11 p.**

De nombreuses maladies infectieuses peuvent être transmises par le sang et d'autres liquides biologiques. Il s'agit surtout des infections causées par le virus de l'immunodéficience humaine ou VIH, les hépatites B et C et par les virus responsables de fièvres hémorragiques. Dans le domaine professionnel, ces transmissions surviennent avant tout lors de blessures ou de piqûres, très rarement par contamination de la peau déjà lésée ou par projection sur les muqueuses ou sur les conjonctives. Cette brochure présente toutes les mesures de prévention à mettre en place pour protéger les personnels soignants de ces infections lors des soins apportés aux patients.

**JOST M. ; MERZ B. ; COLOMBO C. ; FRANCIOLI P. ; et coll. Prévention des infections transmises par voie sanguine. Recommandations pour les groupes de professions extérieures au secteur sanitaire : police, douanes, personnel des établissements pénitentiaires, entreprises de nettoyage, d'entretien, voiries et autres. 7e édition. 2869/31.f. SUVA - Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, Division Médecine du travail (Case postale, 6002 Lucerne, Suisse), 2012, 45 p., ill., bibliogr.**

Brochure d'information, destinée aux employeurs, aux cadres et aux fonctionnels de sécurité, sur les situations à risque et sur les principes de prévention des infections transmises par voie sanguine (du type VIH et hépatites). Elle contient des recommandations spécifiques à certaines catégories professionnelles n'appartenant pas au secteur santé : policiers, personnel douanier, personnel des établissements pénitentiaires, personnel des services de nettoyage, d'entretien et de voiries, services de premiers secours, employés des entreprises de pompes funèbres, sportifs professionnels. Points abordés dans cette brochure : infections transmises par voie sanguine et risques de transmission, mesures générales de prévention des infections transmises par voie sanguine au poste de travail, recommandations complémentaires pour certains groupes professionnels, risques et mesures de protection en cas de premiers secours donnés au poste de travail, recommandations pour la vaccination contre l'hépatite B, marche à suivre au cours d'événements comportant un risque d'infection (accidents exposant au sang ou AES), aspects relatifs à l'assurance.

**DUONG M. ; MAHY S. ; BINOIS R. ; BUISSON M. ; et coll. Couverture vaccinale des professionnels de santé dans un service d'infectiologie. Médecine et maladies infectieuses, vol. 41, n° 3, mars 2011, pp. 135-139, bibliogr.**

L'objectif de cette enquête était d'évaluer par un questionnaire les connaissances des immunisations des professionnels de santé (PDS) du département d'infectiologie du Centre hospitalier universitaire de Dijon concernant les vaccinations professionnelles et d'apprécier leur couverture vaccinale. Une étude transversale a été menée auprès des PDS du service d'infectiologie du centre hospitalier universitaire de Dijon. Cinquante-sept PDS ont été interrogés ce qui correspond à 93 % du personnel du service. La vaccination contre le VHB était la vaccination la plus citée (79 %) suivie du BCG (66 %) et du DTP (66 %). Parmi les vaccinations recommandées, la grippe était la plus souvent citée (70 %), suivie de la rougeole (61 %), de la coqueluche (39 %) et de la varicelle (14 %). Le nombre de bonnes réponses était significativement corrélé à l'âge des participants, au fait d'être médecin et d'avoir eu des formations sur la vaccination. Pratiquement tous les PDS étaient à jour des vaccinations obligatoires. Pour 2009-2010, les taux de vaccination contre la grippe saisonnière et contre la grippe H1N1 étaient de 88 %. Seulement 52 % des PDS se savaient à jour de leur rappel anticoquelucheux et seulement un tiers des PDS nés avant 1980 avait réalisé une sérologie de la rougeole. Les connaissances des PDS concernant les vaccinations obligatoires sont correctes mais plus limitées et inégales pour les vaccinations recommandées. L'information sur la vaccination contre la grippe a permis d'en améliorer très nettement la perception avec une meilleure adhésion à la vaccination.

**LAJOIE E. (Ed) ; DUPONT M. ; PELLETIER P. ; PORTIER M. ; et coll. Guide de prévention des risques chimiques et infectieux chez les travailleurs du domaine funéraire. Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Direction de santé publique (1255, rue Beauregard, Longueuil (Québec) J4K 2M3, Canada), 2011, 210 p., ill., bibliogr.**

Les travailleurs du domaine funéraire sont en contact avec des personnes décédées, parfois atteintes d'une infection encore transmissible en post mortem. De plus, certains d'entre eux utilisent quotidiennement des produits chimiques pour exécuter leurs tâches. Ce guide s'adresse aux enseignants et responsables de formation continue en thanatologie ainsi qu'aux professionnels et médecins en santé publique. L'analyse des risques montre que le processus d'embaumement (thanatopraxie) représente la tâche à plus haut risque d'acquisition d'infections, ainsi que d'effets néfastes pour la santé causés par l'utilisation de produits chimiques. Les mesures de prévention visant à briser la chaîne de transmission des infections et à réduire l'exposition aux produits chimiques sont présentées.

**GUTHMANN J.P. (Ed) ; ABITEBOUL D. (Ed). Vaccinations chez les soignants des établissements de soins de France, 2009. Couverture vaccinale, connaissances et perceptions vis-à-vis des vaccinations. Rapport final. Institut de veille sanitaire (InVS, 12 rue du Val d'Osne, 94415 Saint-Maurice Cedex) ; Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants aux agents infectieux (GERES, Université Paris Diderot Paris 7, UFR de médecine, site Bichat, 16 rue Henri Huchard, 75890 Paris Cedex 18), 2011, 76 p., ill., bibliogr.**

Bien que les professionnels de santé de France fassent l'objet de recommandations vaccinales, il n'existe pas de données nationales de couverture vaccinale (CV) dans cette population. Une enquête a été menée afin de mesurer ces couvertures et les connaissances sur ces vaccinations chez les principaux professionnels de santé exerçant dans des établissements de soins de France métropolitaine. Il s'agissait d'une enquête transversale par sondage aléatoire à deux degrés, stratifié. Au premier degré, 35 établissements ont été sélectionnés dans 5 strates définies par le type d'établissement. Au deuxième degré, 1 127 personnes ont été sélectionnées dans quatre professions et trois secteurs d'activité. Le recueil de données a été fait par un entretien en face-à-face, complété par des données recueillies auprès du médecin du travail. Au total, 183 médecins, 110 infirmiers, 58 sages-femmes et 101 aides-soignants ont été inclus. Les CV pour les vaccinations obligatoires étaient de 91,7 % pour l'hépatite B, 95,5 % pour le rappel DTP (diphtérie, tétanos, poliomyélite), 94,9 % pour le BCG. Pour les vaccinations recommandées, la couverture vaccinale était de 11,4 % pour le rappel décennal DTP associant la valence coqueluche, 49,7 % pour au moins une dose de vaccin rougeole, 29,9 % pour la varicelle et 25,6 % pour la grippe. La CV hépatite B n'était pas différente en chirurgie comparée aux autres secteurs et chez les chirurgiens et les anesthésistes comparée aux médecins. Les soignants plus jeunes étaient mieux vaccinés par les vaccins coqueluche et rougeole, ceux travaillant en pédiatrie-maternité étaient mieux vaccinés contre la grippe et la coqueluche. Concernant les connaissances sur ces vaccinations, une faible proportion de professionnels (<10 %, sauf pour la grippe : 29,8 %) était en mesure de mentionner les vaccinations recommandées et de les classer comme telles. Sauf pour la grippe (<5 %), ces professionnels ne connaissaient généralement pas leur statut vaccinal (coqueluche : 21,3 % ; rougeole : 37,4 % ; varicelle : 61,4 %). Plus de la moitié (57 à 62,1 % selon le vaccin) croyait que les vaccinations recommandées étaient spécifiquement justifiées pour les professionnels de santé. Les maladies couvertes par ces vaccins étaient généralement considérées comme bénignes ou pas très graves (contre 55,5 % pour la coqueluche à 73,3 % pour la grippe). Les soignants sont globalement bien couverts par les vaccinations obligatoires, mais très insuffisamment par les vaccinations recommandées. Il est nécessaire de renforcer la politique vaccinale pour ces dernières afin d'améliorer la couverture et les connaissances des professionnels de santé concernant les vaccinations recommandées.

**BRUNEAU A. ; BARIL J.G. ; DUPONT M. ; FORTIN C. ; et coll. Guide pour la prophylaxie post-exposition (PPE) à des liquides biologiques dans le contexte du travail. Résumé. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 800 place d'Youville, 20e étage, Québec, Québec G1R 3P4, Canada), 2011, 56 p., 17 p., ill., bibliogr.**

À la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, un groupe de travail a procédé à la révision des recommandations sur la prise en charge des personnes exposées accidentellement à du sang et à d'autres liquides biologiques susceptibles de transmettre des infections à diffusion hématogène publiées en 2006. Ces recommandations visent à améliorer l'évaluation et le suivi des personnes exposées et à uniformiser les approches dans ce domaine. Ce guide présente la chaîne de transmission des virus hématogènes chez les travailleurs de la santé, les soins immédiats à apporter à la personne exposée, le suivi post-exposition, ainsi que les aspects psychologiques, juridiques, éthiques et organisationnels de la prise en charge des personnes exposées. Un deuxième document résume, sous forme de tableaux, ces recommandations.

**CREVIER H. ; VILLENEUVE M. PII Risques biologiques Phase 2. Rapport final d'évaluation pour les travailleurs des eaux usées et des éboueurs municipaux. Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Direction de santé publique (1255, rue Beauregard, Longueuil (Québec) J4K 2M3, Canada), 2011, 102 p., ill., bibliogr.**

Ce document présente les résultats d'une intervention (Programme d'intervention intégré (PII) Risques biologiques) réalisée en 2006 au Canada pour prévenir les risques biologiques chez les travailleurs municipaux du secteur des eaux usées et chez les éboueurs municipaux. Ce programme comprenait une première phase d'information auprès des travailleurs, la présentation d'un guide de gestion sur la prévention des risques biologiques incluant une vérification de sa mise en application, un programme de vaccination contre l'hépatite A et le tétanos, et un programme de protection respiratoire.

**Zoonoses : pour une approche intégrée de la santé à l'interface Homme-Animal. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n° hors série, 14 septembre 2010, pp. 1-27, ill., bibliogr. ; erratum, 1 p., ill.**

Ce numéro a pour ambition de contribuer au partage des connaissances sur les caractéristiques des zoonoses et des agents zoonotiques sur les plans clinique, diagnostique, épidémiologique, etc, à partir d'exemples d'actualité sur les zoonoses vectorielles, professionnelles, alimentaires ou en lien avec la faune sauvage, en France métropolitaine. Au sommaire : de l'agent zoonotique aux zoonoses, diversité et unicité d'un concept en pleine évolution ; borréliose de Lyme, situation générale et conséquences de l'introduction en Ile-de-France d'un nouvel hôte, le tania de Sibérie ; les leishmanioses en France métropolitaine ; la psittacose, évolution actuelle, surveillance et investigations en France ; la fièvre charbonneuse en France, épisodes de l'été 2009 et foyers enregistrés sur la dernière décennie (1999-2009) ; le charbon chez l'Homme, bilan des cas et des personnes exposées prises en charge à l'occasion des foyers animaux récents en France ; l'hépatite E, synthèse de l'épidémiologie humaine ; hépatite E, nouvelles connaissances du côté animal ; Echinococcus multilocularis chez le renard et les carnivores domestiques, vers une nouvelle donne épidémiologique ; l'échinococose alvéolaire humaine en France en 2010 ; la tuberculose bovine dans la faune sauvage en France ; la tuberculose humaine à Mycobacterium bovis en France

**LHULLIER D. ; AMADO S. ; BRUGELLES F. ; DIALLO M. ; et coll. Le travail et l'emploi à l'épreuve du VIH/VHC : régulations des systèmes d'activités et réévaluation du modèle de vie. Activités, (e-revue), vol. 7, n° 2, octobre 2010, pp. 2-26, ill., bibliogr.**

La problématique santé et travail est le plus souvent traitée à travers les effets potentiellement délétères du travail pour la santé somato-psychique. La recherche présentée ici a pour objet l'expérience du travail à l'épreuve de la maladie chronique et la centralité de l'activité dans la résistance à l'emprise de la maladie. Inscrite

dans le champ de la psychologie sociale clinique du travail, l'investigation qualitative a privilégié une approche diachronique : trois entretiens semi-directifs avec chacune des 64 personnes rencontrées (aux situations d'emploi, catégories socioprofessionnelles, âges et sexes diversifiés) et conduite de réunions répétées de groupes en milieu associatif. Les personnes vivant avec le VIH et/ou le VHC sont actives dans l'organisation de leur vie et ce dans plusieurs sphères privées et publiques. Le décloisonnement des activités professionnelles des autres sphères d'activités engagées permet de repérer les régulations, arbitrages, compromis réalisés mais aussi les ressources et les compétences accumulées et leur usage d'une sphère à l'autre. Sont mis en perspective ici le travail de santé, le travail de recherche d'emploi, le travail professionnel et le travail associatif.

**LOT F. ; ABITEBOUL D. Surveillance des contaminations professionnelles par le VIH, le VHC, et le VHB chez le personnel de santé. Situation au 31 décembre 2009. Institut de veille sanitaire (InVS, 12 rue Val d'Osne, 94415 Saint-Maurice Cedex), 2010, 8 p., ill., bibliogr.**

La transmission possible du VIH aux professionnels de santé lors des accidents exposant au sang (AES) a constitué dans les années 1990 un élément essentiel de réflexion pour analyser les facteurs de risque de ces accidents et développer des stratégies de prévention pour améliorer la sécurité des soignants. L'application des précautions standards ainsi que l'utilisation de matériels de sécurité a notamment permis de diminuer la fréquence des AES. L'évitabilité de ces accidents n'est cependant pas absolue, d'où l'importance d'une surveillance des AES, mise en place au sein de chaque établissement de soins par le médecin du travail, afin de suivre leurs circonstances de survenue, qui peuvent varier en fonction de modifications dans l'organisation du travail, la formation des personnels, le choix de matériels. Un certain nombre d'établissements participent à la surveillance AES, coordonnée au niveau national par le Raisin (Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales), et dans chaque inter-région par le CClin (Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales). Parallèlement à la surveillance des AES, a été mise en place une surveillance nationale des contaminations professionnelles, qui permet de recenser les contaminations virales survenues chez des soignants dans les suites d'un AES et de caractériser ainsi les accidents à haut risque de transmission. Cette surveillance a été initiée, par le Réseau national de santé publique (ex-InVS), en 1991 pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et en 1997 pour le virus de l'hépatite C (VHC). En 2005, l'Institut de veille sanitaire (InVS) a souhaité élargir cette surveillance aux contaminations professionnelles par le virus de l'hépatite B (VHB). L'importance de cette surveillance a été rappelée dans plusieurs circulaires. Au 31 décembre 2009, le nombre de séroconversion VIH chez le personnel de santé s'élevait à 14, et le nombre d'infections présumées à 35, soit un total de 49. Les AES étaient essentiellement des accidents percutanés, de type piqûres et coupures. Le nombre de séroconversion VHC s'élevait à 65, dont 50 au contact d'un patient source connu comme infecté par le VHC. Les piqûres étaient les accidents les plus à risque de séroconversions VHC. Aucune séroconversion VHB n'a été déclarée à l'InVS depuis 2005, ce qui pourrait s'expliquer par l'existence d'une vaccination qui est obligatoire chez les soignants depuis 1991. Ce document est disponible en version pdf sur le site internet de l'InVS ([www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)).

**ABITEBOUL D. ; PELLISSIER G. ; TOSINI W. ; BOUVET E. Risques infectieux et prévention des accidents exposant au sang et aux liquides biologiques. Revue francophone des laboratoires, n° 426, novembre 2010, pp. 71-77, ill., bibliogr.**

Les professionnels de soins et les personnels de laboratoire sont exposés à des risques infectieux variables selon l'activité. Les germes potentiellement transmissibles à l'occasion d'un accident exposant au sang (AES) y sont nombreux, même si dominant les trois virus VIH, VHC et VHB. L'activité de prélèvement est particulièrement à risque. Les données disponibles concernent essentiellement les établissements de santé. Une étude a cependant été conduite en laboratoires de biologie médicale pour évaluer l'activité de prélèvement, connaître les matériels utilisés pour ce geste et estimer le niveau de risque d'exposition au sang. Les études réalisées montrent que la prise en compte du risque lié au sang a conduit à une diminution significative des AES dans les établissements de santé. La prise en compte de ce risque est plus récente dans les laboratoires et les AES restent plus fréquents chez les personnels de laboratoires que chez les infirmières des établissements de soins. Les efforts doivent être poursuivis dans le sens de la prévention et de la prise en charge des AES : formation et information des personnels, généralisation de l'utilisation des systèmes de prélèvement sous vide qui cohabitent encore trop souvent avec des matériels inadaptés, protocole écrit de conduite à tenir en cas d'AES.

**MERZ B. ; ITEN A. ; BOFFI E. ; SACROUG T. ; et coll. Exposition au VIH, VHB, VCH. Premières mesures. 2869/36.f. SUVA - Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, Division Médecine du travail (Case postale, 6002 Lucerne, Suisse), 2010, 14 p., ill.**

Le but de cette publication est de présenter l'état actuel des connaissances sur le risque constitué par les infections transmissibles par voie sanguine pour le personnel de santé, de délivrer des recommandations pratiques sur la prévention en matière de technique, d'organisation et de comportement, et d'explicitier divers aspects de médecine du travail et des assurances en Suisse. Au sommaire : sang et liquides biologiques doivent toujours être considérés comme potentiellement infectieux ; mesures immédiates en cas d'exposition ; évaluation d'une exposition potentielle au VIH ; évaluation d'une exposition potentielle au VHB ; évaluation d'une exposition potentielle au VHC ; mesures supplémentaires ; informations supplémentaires.

**HAUS-CHEYMOL R. ; KRAEMER P. ; SIMON F. Les risques infectieux en opérations extérieures. Médecine et armées, vol. 37, n° 5, décembre 2009, pp. 435-452, ill., bibliogr.**

Sur les théâtres d'opérations extérieures (OPEX), les maladies transmissibles sont nombreuses (infections à méningocoques, en céphalites à tiques, hépatites, maladies infantiles, infections digestives, respiratoires et cutanées, infections circonstancielles, etc.) et leurs facteurs favorisants multiples. Le service de santé des armées (SSA) joue un rôle essentiel dans la capacité de projection des forces armées. La formation initiale et continue des personnels du SSA, la détection clinique et la surveillance épidémiologique des événements de santé en OPEX sont des éléments fondamentaux pour s'adapter à l'évolution des risques, notamment infectieux. La fréquence et la gravité des infections, les contraintes opérationnelles pesant sur la prévention et l'observance sont autant d'éléments à prendre en compte dans une stratégie globale visant à mieux protéger les forces en OPEX.

**PICHENOT O. ; BARBE A. ; THIRIET S. ; BENHASSINE R. ; et coll. Evaluation des risques biologiques professionnels du technicien de dialyse. Hygiène, vol. 16, n° 5, décembre 2008, pp. 407-415, ill., bibliogr.**

Les techniciens biomédicaux travaillant en unité de dialyse (TBD) sont quotidiennement exposés à des situations à risque de contamination microbiologique, du fait de la prise en charge pour maintenance ou réparation de matériel potentiellement contaminé. L'objectif de cette étude était donc d'identifier et de hiérarchiser ces risques biologiques dans le cadre du service d'hémodialyse du centre hospitalier Manchester (Charleville-Mézières), afin de mettre en place un plan de prévention adapté. Une analyse a priori des risques a été effectuée. Les situations dangereuses identifiées ont été analysées selon des critères de fréquence d'exposition, de gravité des dommages potentiels et d'efficacité des moyens de prévention mis en place, puis ont été hiérarchisées en fonction de leur criticité. Cette analyse a permis de mettre en évidence de nombreuses situations dangereuses. Le plan d'action développé a prévu la rédaction de procédures de désinfection des dispositifs

médicaux, la mise en place d'un système de traçabilité de la désinfection, l'optimisation de la couverture vaccinale contre l'hépatite B, la formation des TBD dans différents domaines : respect des précautions standard, sensibilisation au port des équipements de protection individuelle et formation en hygiène. La modification des locaux du service biomédical avec la création d'une zone de lavage des dispositifs médicaux a également été envisagée. Un audit des pratiques pourra compléter cette approche a priori des risques, afin d'évaluer l'application et l'efficacité des mesures de prévention initiales et de celles complémentaires issues du plan de prévention.

**BOUVET E. (Ed) ; EHUI E. (Ed) ; ABITEBOUL D. ; ADEHOSSI E. ; et coll. Prévention et prise en charge des AES. Manuel pratique. GIP Esther (36 rue de Charenton, 75012 Paris) ; GERES (Faculté de médecine Xavier Bichat, 16 rue Henri Huchard, BP 416, 75890 Paris Cedex 18), 2008, 110 p., ill. + 1 CD-ROM**

Le GIP ESTHER (Groupement d'intérêt public - Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau) et le GERES (Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants) ont uni leurs efforts pour que ce manuel soit conçu, publié et largement diffusé et devienne "une boîte à outils" pratique et accessible aux responsables des structures de soins, en particulier à l'attention des établissements de soins d'Afrique francophone. Au sommaire : accidents d'exposition au sang (AES), définition et données épidémiologiques ; mise en place d'une politique de prévention des AES dans un établissement ; évaluation d'un programme de prévention des AES, outils d'évaluation et surveillance ; la prévention des AES lors des soins et des prélèvements ; choix des collecteurs pour matériels piquants / tranchants et gestion des déchets médicaux ; vaccination contre le VHB ; prise en charge des victimes ; approche pédagogique pour la formation de personnels de santé sur les AES. En annexe : exemples de grille d'audit (évaluation des pratiques liées aux actes invasifs dans un service de soins, évaluation de la disponibilité du matériel de prévention des AES au bloc opératoire), outils d'évaluation des mesures de prévention des AES et des situations à risque d'AES (indications, avantages et inconvénients), exemple de questionnaire de recueil des circonstances des AES, registre des AES (recueil des accidents exposant au sang), exemples de grille (audit des pratiques en anesthésie face au risque d'AES au bloc opératoire, audit des pratiques en chirurgie face au risque d'AES au bloc opératoire), exemple de grille d'évaluation d'un matériel, exemple de module de formation d'une journée combinant apports théoriques et travail en ateliers, exemple de programme de formation de relais AES (sur 3 jours en Côte d'Ivoire, 2004), exemples de questionnaire pré-test / post-test de formation.

**POL S. ; MALLET V. ; DHALLUIN V. ; FONTAINE H. Hépatites virales. Encyclopédie médico-chirurgicale. Maladies infectieuses 8-065-F-10. Elsevier Masson (62 rue Camille Desmoulins, 92130 Issy-les-Moulineaux), 2007, 32 p., ill., bibliogr.**

En 20 ans, les progrès dans la connaissance des hépatites virales ont été considérables. L'alphabet des virus hépatotropes s'est élargi, et aux virus A et B se sont ajoutés les virus C, D, E et G dont les génomes ont été caractérisés, permettant de définir différents types, sous-types ou isolats, dont l'importance en termes de physiopathologie et de réponse aux traitements antiviraux a été récemment établie. Cette liste n'est pas exhaustive puisqu'il existe des virus non-A, non-B, non-C, non-D, non-E, non-G responsables d'hépatites aiguës ou chroniques pour lesquelles il n'existe pas de marqueur en routine. Les techniques sensibles d'amplification génomique permettent d'identifier de nouveaux virus, appelés transfusion-transmitted virus (TTV) ou SEN-virus dont l'importance physiopathologique est modeste, voire nulle. Les connaissances épidémiologiques, virologiques et thérapeutiques en matière d'hépatites virales n'ont cessé de croître, permettant aujourd'hui de mieux prendre en charge de manière diagnostique et thérapeutique des sujets ayant une hépatite aiguë ou chronique. L'identification de marqueurs chronologiques des infections virales hépatotropes permet d'informer mieux les patients en termes non seulement pronostiques, mais aussi en terme de réponse thérapeutique, si un traitement antiviral est indiqué. Enfin, l'identification des facteurs associés à la progression de la fibrose jusqu'à la cirrhose dans les infections chroniques hépatotropes permet de mettre en place les meilleurs traitements prophylactiques (abstinence d'alcool, correction des déficits immunitaires) et d'anticiper les traitements antiviraux. Les progrès en matière de transplantation hépatique et de thérapeutiques antivirales pour limiter l'impact de la récurrence virale sur le greffon devraient permettre d'optimiser le pronostic médiocre des cirrhoses virales actives et du carcinome hépatocellulaire.

**ANTONA D. ; LETORT M.J. ; LE STRAT Y. ; PIOCHE C. ; et coll. Surveillance des hépatites B aiguës par la déclaration obligatoire, France, 2004-2006. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n° 51-52, 25 décembre 2007, pp. 425-428, ill., bibliogr.**

Depuis mars 2003, la surveillance des infections aiguës par le virus de l'hépatite B repose sur la déclaration obligatoire (DO) des cas. Les résultats de cette surveillance de 2004 à 2006 sont présentés dans cet article. Biologistes et cliniciens déclarent auprès de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales les cas d'hépatite B aiguë définie ainsi : toute personne chez qui des immunoglobulines M anti-HBc sont détectées pour la première fois ; à défaut, toute première détection d'antigène HBs et d'anticorps anti-HBc totaux dans un contexte d'hépatite aiguë. Une enquête rétrospective nationale a été réalisée en 2006 afin d'évaluer l'exhaustivité de la DO et d'estimer l'incidence, en réalisant un tirage au sort des laboratoires d'analyses médicales selon un plan de sondage aléatoire stratifié, puis en s'intéressant aux tests effectués par ces laboratoires. 469 cas correspondant aux critères de notification ont été retenus comme des hépatites B aiguës, avec une prédominance chez les hommes et chez les 30-49 ans. On ne retrouve pas d'expositions à risque dans 28,9 % des cas. Les expositions les plus souvent documentées sont : les comportements sexuels à risque (35,5 %), les voyages en pays de moyenne ou forte endémie (22,6 %), l'exposition familiale (8,3 %), la vie en institution (5,3 %). L'exposition professionnelle est retrouvée dans 3,3 % des cas, et l'usage de drogues dans un peu plus de 2 %. La moitié des cas notifiés auraient pu être évités si les recommandations de vaccination en vigueur avaient été respectées. L'enquête d'exhaustivité montre que le nombre de cas en 2005 peut être estimé à 628 [IC95 % : 564-694], soit une incidence d'1 cas pour 100 000 habitants [IC95 % : 0,92-1,14]. Il apparaît impératif, en France, d'améliorer l'application des recommandations vaccinales et des mesures de prévention autour des cas, avec un dépistage renforcé pour les personnes à risque.

**YAZDANPANAH Y. ; DE CARLI G. ; MIGUERES B. ; LOT F. ; et coll. Facteurs de risque de transmission accidentelle du VHC au personnel soignant au décours d'un accident exposant au sang : une étude cas-témoins européenne. Revue d'épidémiologie et de santé publique, vol. 54, n° hors-série 1, juillet 2006, pp. 1523-1531, ill., bibliogr.**

Aucune étude sur les facteurs de risque de transmission du virus de l'hépatite C (VHC) au personnel soignant n'a été recensée à ce jour. L'objectif de cette étude était de déterminer les facteurs de risque de transmission accidentelle du VHC au personnel de santé au décours d'un accident exposant au sang (AES). La recherche a reposé sur la réalisation d'une enquête cas-témoins européenne. Les cas étaient les personnels soignants non infectés par le VHC, contractant un AES dans la période du 01/01/1993 au 31/12/2002 avec un patient source infecté par le VHC et présentant une séroconversion au virus de l'hépatite C. Les témoins étaient les personnels soignants non infectés par le VHC contractant un AES avec un patient source infecté par le VHC et ne présentant pas de séroconversion au VHC dans les 6 mois suivant l'accident. Les cas et les témoins ont été appariés sur le centre et sur la période de survenue d'un AES. Soixante cas et 204 témoins ont été inclus. L'ensemble des cas était contaminé à la suite d'un accident percutané. 37 des 60 cas pour lesquels les données étaient disponibles étaient exposés à des patients sources virémiques. Dans l'analyse multivariée, les facteurs de risque de la transmission accidentelle du VHC au personnel soignant étaient : procédure

intraveineuse, intra-artérielle (Odds Ratio [OR] = 100,1 ; intervalle de confiance [IC]95 % = 7,3-1365,7), piqûre profonde (OR = 155,2 ; IC95 % = 7,1-3 417,2), et le sexe (soignant homme vs femme : OR = 3,1 ; IC95 % = 1,0-10,0). La charge virale du patient source n'était pas introduite dans le modèle multivarié compte tenu des données manquantes. Dans l'analyse univariée non appariée, le risque de transmission du VHC était multiplié par 11 chez les soignants exposés à des patients sources ayant une charge virale > 6 log<sub>10</sub> copies/mL (IC95 % = 1,1-114,1) par rapport à ceux exposés à des patients ayant une charge virale < 4 log<sub>10</sub> copies/mL. En conclusion, le risque de transmission du virus de l'hépatite C après un accident percutané est lié à la tache en cours, la profondeur de la blessure et la charge virale chez le patient source. Les résultats de cette étude vont nous permettre d'élaborer des recommandations adaptées en terme de suivi après un AES.

**BEAULIEU C. ; BERTRAND C. ; MARIEN C. ; TREMBLAY M. La protection contre les risques biologiques pour les policiers, les pompiers et les agents des services correctionnels. DC 200-352-1 (06-10). Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec (CSST, 1199 rue de Bleury, 4e étage, Montréal, Québec H3B 3H1, Canada), 2006, non paginé (31 p.), ill.**

Cette brochure présente les principaux microbes auxquels les policiers, les pompiers et les agents des services correctionnels peuvent être exposés. Ces microbes sont transmissibles par le sang (virus de l'hépatite B, de l'hépatite C, de l'immunodéficience humaine), par les sécrétions respiratoires (bacille de la tuberculose), par la terre (bactérie du tétanos) ou par la salive d'animaux sauvages (virus de la rage). Les mesures les plus efficaces pour se protéger de ces microbes sont présentées. Il s'agit notamment du port de gants, du lavage des mains, de la désinfection des objets, vêtements ou surfaces souillés de sang, du respect de la procédure pour le prélèvement d'échantillons de sang et de la vaccination lorsque le vaccin existe. Ce document est disponible en version PDF sur le site internet de la CSST ([www.csst.qc.ca](http://www.csst.qc.ca)).

**ABITEBOUL D. Risques infectieux professionnels pour le personnel de santé. Encyclopédie médico-chirurgicale. Toxicologie, pathologie professionnelle 16-546-A-10. Editions scientifiques et médicales Elsevier (23 rue Linois, 75724 Paris Cedex 15), 2006, 13 p., ill., bibliogr.**

Si les accidents exposant au sang ont été beaucoup étudiés et ont été à l'origine des précautions dites universelles, base de la prévention des risques infectieux professionnels chez les personnels de santé, d'autres modes de contamination existent. Les agents pathogènes potentiellement responsables sont nombreux, mais les données épidémiologiques manquent pour quantifier le risque. Ils sont souvent aussi responsables d'infections nosocomiales : la protection du personnel et celle du malade sont donc étroitement liées, justifiant l'application de précautions standards systématiques auxquelles s'ajoutent, si nécessaire, des mesures spécifiques aux différents modes de transmission par aérosol, par gouttelettes ou par contact. À ces mesures techniques doit s'associer une prévention médicale adaptée (vaccinations, prise en charge après exposition, surveillance médicale).

**Vaccination contre le virus de l'hépatite B et sclérose en plaques : état des lieux. Rapport d'orientation de la commission d'audition (finalisé et rendu public le 24 novembre 2004). Lettre de l'infectiologue, vol. 20, n° 1, janvier-février 2005, pp. 16-21, ill.**

Une audition publique d'experts sur le thème de la vaccination contre le virus de l'hépatite B (VHB) et la sclérose en plaques a été organisée le 9 novembre 2004 à la demande du ministre de la Santé et de la Protection sociale. Elle faisait suite à la réunion de consensus organisée par l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) et l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) sur le thème "Vaccination contre le virus de l'hépatite B", les 10 et 11 septembre 2003. Cette audition publique avait pour but de réexaminer les recommandations émises en septembre 2003 en faisant l'état des lieux des dernières données disponibles concernant les études épidémiologiques et les données de pharmacovigilance sur la vaccination contre le VHB et la sclérose en plaques, les données cliniques sur les atteintes démyélinisantes centrales, les données physiopathologiques sur la vaccination et l'auto-immunité, les données cliniques et épidémiologiques sur l'hépatite B.

**BUFFET C. Hépatite virale B. Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, vol. 66, n° 3, juin 2005, pp. 254-262, ill., bibliogr.**

Dans le monde, 350 millions de personnes sont infectées par le virus de l'hépatite B (VHB) et 25 % d'entre elles meurent de cirrhose ou de carcinome hépatocellulaire. En France, la prévalence de l'infection chronique est comprise entre 0,2 et 0,5 %. L'hépatite chronique B est due à un virus de type sauvage dans 40 % des cas et à un mutant pré-C dans 60 %. L'histoire naturelle de l'infection à VHB présente 3 phases successives : une phase d'immunotolérance, une phase immunoréactive avec une rupture de cette immunotolérance et une phase où la réplication virale s'éteint. Au cours de la phase d'immunotolérance, les taux sériques de l'ADN viral sont élevés et les transaminases normales. Au cours de la phase d'immunoréactivité, les taux sériques de l'ADN viral diminuent et les valeurs des transaminases s'élèvent. A la dernière phase, la réplication persiste à des taux très faibles. L'état de porteur inactif se caractérise par la présence dans le sérum d'anticorps anti-HBe, de taux sériques d'ADN du VHB indétectables et des transaminases normales. Les traitements actuellement disponibles sont l'interféron alpha, la lamivudine et l'adéfovir. L'interféron a une action antivirale et immunomodulatrice, mais a de nombreux effets secondaires. La lamivudine, analogue nucléosidique, est bien tolérée mais induit des mutations au niveau de la polymérase de l'ADN qui apparaissent au bout d'un an d'utilisation, rendant le traitement inactif. L'adéfovir est un analogue nucléotidique, efficace sur les virus ayant muté lors de l'utilisation de la lamivudine et aussi sur les virus non mutés. La survenue de mutations avec l'adéfovir est rare. Les marqueurs utilisés pour apprécier l'efficacité des traitements sont la disparition de l'Ag HBe, la séroconversion avec l'apparition d'anticorps anti-HBe et la diminution de la charge virale. La véritable guérison de l'hépatite chronique B, caractérisée par la négativation de l'Ag HBs et la disparition complète de la virémie, est rare. Le vaccin contre l'hépatite B est sûr et efficace. La vaccination universelle de tous les nouveau-nés devrait être mise en œuvre dans tous les pays.

**PEYRETHON C. Hépatite B : prévention, réparation. Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, vol. 66, n° 3, juin 2005, pp. 263-273, ill., bibliogr.**

Le virus de l'hépatite B est un virus ubiquitaire qui pose un sérieux problème de santé publique à l'échelle mondiale. Son problème majeur réside dans ses complications tardives et sévères (cirrhose, cancer hépato-cellulaire). Les populations à risque doivent être identifiées, les professions de santé sont les plus exposées. Le risque de développer une hépatite virale après accident exposant au sang est estimée à 30 % en milieu de soins. Des moyens de prévention adaptés doivent être mis en place : respect des règles d'hygiène, vaccination, surveillance médicale. La vaccination contre l'hépatite B est la mesure de prévention la plus efficace, elle est obligatoire en France pour toutes les professions de santé exposées à un risque de contamination. Lorsque la vaccination est pratiquée chez une personne âgée de 25 ans ou plus, ou appartenant à une population à haut risque d'exposition, il est recommandé de pratiquer un dosage des anticorps anti-HBs

---

un à deux mois après la dernière injection vaccinale afin de documenter son statut immunitaire : répondeur ou non. Tout accident exposant au sang doit être pris en charge immédiatement afin d'évaluer le risque de contamination par le virus de l'hépatite B et de proposer, si besoin, un traitement préventif et/ou un suivi sérologique. Le médecin du travail analyse les circonstances de cet accident dans une perspective de prévention. Les pathologies liées au virus de l'hépatite B peuvent être réparées soit comme complication d'un accident du travail, soit comme maladie professionnelle par le système des tableaux. L'obligation vaccinale chez tous les soignants depuis 1991 s'accompagne d'une très nette diminution du nombre de pathologies reconnues.