

**RÉSUMÉ**

**DEA ÉTHIQUE BIOMÉDICALE ET  
SANTÉ PUBLIQUE**

**THÈME**

**SIDA ET RÉFLEXION ÉTHIQUE SUR LE DÉPISTAGE  
EN PRÉOPÉRATEUR**

**Soutenu par Mr A-M Mammeri le  
08/09/1998**

## INTRODUCTION

Depuis son apparition au début des années 80, le Sida est d'abord une maladie attachée à une population à risques, où les professionnels de santé ne se sentaient pas concernés par l'affection.

L'apparition, au début de l'année 1986, de cas de séroconversion chez des professionnels de santé et particulièrement la communauté des chirurgiens a déclenché une prise de conscience sur les risques professionnels d'exposition au VIH. Très vite s'est posée la question de la sécurité et des mesures de protection à prendre en conséquence.

La transmission du VIH en milieu de soins

Au cours de son activité professionnelle, le personnel de santé peut être exposé au sang ou à des liquides biologiques contaminés par le VIH. Il existe donc un risque réel pour le personnel soignant et plus particulièrement pour les chirurgiens.

Thérapeutique «sanglante » par définition, la chirurgie est la seule situation mettant en contact de façon permanente le sang du malade ou du blessé avec les mains de l'opérateur ou de ses collaborateurs (18).

La présence potentielle ou connue du VIH dans le sang suscite donc de façon privilégiée des situations à risque tant pour les malades que pour le personnel soignant.

Schématiquement, en milieu de soins, deux cas de figures de ce risque de transmission VIH peuvent se présenter:

a° le risque nosocomial

Dans ce cas de figure, la transmission s'effectue d'un soignant infecté à son malade. Des études épidémiologiques rétrospectives portant sur des patients opérés par un chirurgien orthopédiste, séropositif depuis environ 13 ans, ont montré que ce risque de transmission paraissait très faible, aucun des 1174 patients retrouvés et testés n'est devenu séropositif, aussi il y a un grand nombre de perdus de vue ou non testés. Les mêmes auteurs estiment le risque de transmission à 4/100 000 patients. D'une façon générale, il est très difficile de quantifier le risque de transmission du VIH d'un soignant à un patient, mais les experts estiment qu'il est raisonnable de penser que celui-ci doit être extrêmement faible (9).

b° le risque professionnel:

Ce deuxième cas de figure, est qui fait l'objet de notre enquête, correspond au cas où la transmission du virus se fait du malade infecté à un professionnel de santé. Les études épidémiologiques menées en ce sens ont montré que la grande majorité des cas de séroconversion professionnelle sont secondaires à une piqûre septique avec une aiguille creuse ayant contenu du sang contaminé (1). Pour le corps des chirurgien, les accidents septiques se font le plus souvent avec des aiguilles de sutures ou des objets tranchants à travers des gants. Ils sont à l'évidence beaucoup moins contaminants. L'analyse des cas de contamination professionnelle recensés montre que la profession la plus exposée est celle des infirmières. Si la fréquence des piqûres paraît plus élevée chez les chirurgiens, le risque de contamination y est beaucoup plus faible. Cela s'explique par la nature différente des piqûres et des expositions au sang dans ces deux professions (5).

### L'estimation du risque de contamination par le VIH

Le risque de contamination pour un chirurgien et son équipe est essentiellement lié aux circonstances d'exposition au sang, mais également à tout autre liquide physiologique.

Aucune spécialité n'échappe au risque de contamination du chirurgien ou de son équipe. Ce risque est estimé à 0.4% lors d'une exposition percutanée à du sang VIH positif. Cumulé sur 30 ans, il a été évalué à 8/1000 pour un chirurgien travaillant dans un hôpital où la prévalence de l'infection VIH serait de 5%. Sur la même période, le risque de décès par accident et par suicide est de l'ordre de 18/1000.

Des cas de transmission ont également été décrits à la suite du contact d'une muqueuse ou d'une peau non intacte avec du sang VIH positif. L'importance de ces derniers mécanismes paraît toutefois faible. Les mêmes mécanismes de transmission peuvent être à l'origine d'autres infections, telles que l'hépatite B et l'hépatite C. Dans ces cas, le risque de transmission oscille entre 6% à 30% pour le VHB (6).

### **Les circonstances à risque de contamination (CARC)**

Il est évident que des expositions à du sang ou d'autres liquides biologiques surviennent lors d'interventions chirurgicales. L'effraction percutanée par coupure est sans doute la principale pour les opérateurs.

Certains évaluent la probabilité de blessure par intervention et par chirurgien de 5 à 10%. Lowenfels, dans une enquête rétrospective au près de 202 chirurgiens américains, rapporte que 86% d'entre eux se sont piqués, en moyenne, 2 fois par an et que 72% ont eu au moins une fois les mains souillées en fin d'intervention.

Le pourcentage d'intervention avec (CARC) varie dans la littérature selon les circonstances, les spécialités et pour certains, l'expérience de l'opérateur, ou plutôt son inexpérience. Selon les estimations, les souillures de vêtements sont notées dans 30 à 60% des (CARC), les contacts avec une peau non protégée 25 à 30%, les expositions par gants troués dans 8 à 10%.

Les projections notamment sur le visage 10 à 15% particulièrement oculaires 5%. En fait, piqûres et coupures ne représentent que 5 à 10% des (CARC) (5, 6).

Certains travaux basés sur des simulations mathématiques ont permis d'évaluer ce risque de contamination de l'opérateur par le VIH, et ont conduit à des conclusions divergentes.

Selon les travaux d'Evard, dans une population asymptomatique à faible prévalence de la maladie, le risque de contamination pour un chirurgien tout au long de sa carrière serait de 1%, soit une infection tous les 40 ans pour 100 chirurgiens.

Pour Mouiel, qui considère qu'un chirurgien, même s'il est extrêmement adroit, se pique 10 fois par an au cours d'une vie professionnelle de 30 ans pour une prévalence du VIH de 0,1%, est estimé à 0,5% par accident. Ce pourcentage croît à 1,5% si la prévalence passe à 1%, ce qui est la situation fréquente dans des zones à risques en France, aux USA et en Afrique.

Des experts britanniques des infections hospitalières ont cherché à quantifier le risque de transmission du virus de l'hépatite B et de celui du Sida pour le personnel soignant des blocs opératoires, ainsi que pour les patients en contact avec un soignant infecté. On estime que 40% des chirurgiens américains ont été infectés durant leur vie professionnelle par le virus de l'hépatite B (6)

### **Revue de la Question**

Le risque de contamination VIH après une exposition professionnelle est faible, mais réel. Pour cette raison, presque tous les chirurgiens acceptent de prendre en charge les patients VIH positif, mais certains demandent que le risque soit connu, c'est-à-dire qu'on ait le droit de pratiquer le test de dépistage chez tous les opérés (10).

Cependant, ce droit, que réclament certains soignants avant toute intervention chirurgicale, soulève des problèmes d'ordre éthique et juridique sans précédent. Cette question d'un dépistage obligatoire étant fort complexe, les attitudes varient dans la pratique (9).

Déjà en 1985, les directives du Center of Disease Control (C.D.C) d'Atlanta avaient attiré l'attention des personnels de santé et des chirurgiens en particulier sur les risques de contamination par le VIH, tout en proposant des mesures de prévention (10).

Il s'agit de précautions "universelles" qui visent à créer une véritable barrière étanche entre l'opérateur et l'opéré, dont l'objectif est de faire adopter aux professionnels de santé des réflexes et une ligne de conduite à tenir devant chaque patient:

- Considérer que le sang et les sécrétions de tout patient sont potentiellement infectieux
- Éviter de se blesser ou de blesser autrui accidentellement avec du matériel souillé avec du sang ou des sécrétions d'un patient ; travailler avec calme et attention.

- Éviter un contact direct avec le sang ou autre liquide biologique.

- Désinfecter et/ou stériliser tout matériel pouvant être contaminé.

Etre vacciné contre l'hépatite B.

En plus de ces recommandations, et après anamnèse du patient, des mesures de protections additionnelles d'ordre technique sont envisagées lorsqu'une opération concerne un patient dit à risque ou séropositif connu.

En ce sens, la connaissance du statut sérologique devient une étape très décisive dans le choix du comportement à adopter face au patient, et des mesures additionnelles à opposer au risque de contamination VIH

Différents arguments ont été développés sur l'intérêt du dépistage systématique en pré-opératoire, tant au niveau du malade que pour celui de l'équipe chirurgicale (17).

D'un point de vue patient

a° les avantages:

- l'identification d'un séropositif asymptomatique, non diagnostiqué au préalable qui pourrait permettre une prise en charge plus précoce et adaptée,

- la connaissance du statut sérologique avant l'intervention dans l'éventualité où une transfusion serait nécessaire. On se situe ici dans le contexte médico-légal, dans l'éventualité d'une demande de réparation en cas de découverte ultérieure d'une séropositivité dont l'origine transfusionnelle devrait être ou non confirmée.

b° les inconvénients:

Nous ne pouvons pas, sous prétexte d'éthique et de défense des droits de l'homme, être opposés à toutes les obligations. Il n'est qu'à citer l'obligation vaccinale et le recul des maladies contagieuses qui en a résulté pour nous rassurer sur la légitimité d'imposer certaines mesures. L'obligation au dépistage VIH est pourtant critiquable du point de vue des droits individuels:

- liberté de subir un test ou non;

- liberté d'en connaître le résultat ou de l'ignorer;

- atteinte à la vie privée pour une maladie relevant le plus souvent de conduites personnelles et intimes;

- crainte de divulgation toujours possible de données confidentielles d'autant plus dangereuses dans le climat de suspicion qui entoure le Sida;

- la confidentialité non garantie avec possible conséquence sur la vie privée et professionnelle,

- la remise d'un résultat faussement positif des tests (confirmation, angoisse) (17).

D'un point de vue personnel du bloc

a° les avantages:

- l'éventualité de la survenue d'un accident exposant au sang : en effet, on peut supposer que la disponibilité immédiate de cette information après l'accident peut, en cas de séropositivité connue, permettre rapidement, une mise en route d'un éventuel traitement prophylactique.

- la nécessité de connaître le statut sérologique des patient à aussi été invoqué pour permettre de réserver certains matériels d'endoscopie difficiles à décontaminer lors de l'examen de personnes séropositives.

b° les inconvénients:

- La réalisation du test peut induire une fausse sécurité du personnel soignant face à un patient séronégatif, mais qui peut toutefois transmettre le virus pendant la période de fenêtre sérologique, voire d'autres agents infectieux (virus de l'hépatite ou virus non identifiés).

- On doit rappeler le cas particulier des interventions non programmées et urgentes pour lesquelles il est impossible de différer l'acte opératoire dans l'attente du résultat des tests (17).

## **La législation actuelle face au dépistage systématique obligatoire VIH**

À plusieurs reprises dans le passé, les assemblées parlementaires, l'administration de la santé, les instances consultatives comme le conseil national du Sida le CNE, ou le Haut Comité de la santé publique ont rendu des avis appuyés sur des arguments scientifiques et des principes éthiques qui ont conduit à renoncer à toute mesure à caractère systématique ou obligatoire.

Le Haut Comité de Santé publique écrit: "il n'y a pas d'obstacle éthique général à la pratique d'un dépistage obligatoire d'une maladie. La législation contient déjà de telles obligations. C'est la gravité de l'affection dépistée, les possibilités thérapeutiques, la démonstration objective du service rendu à l'individu et à la société qui permettent de conclure au caractère acceptable ou inacceptable sur le plan éthique d'une obligation".

a° le dépistage obligatoire:

Le dépistage est dit obligatoire lorsque sa prescription est assortie d'une contrainte légale de ce soumettre à un test dans des situations déterminées. Actuellement le test est obligatoire pour les dons de sang, de sperme, d'organes et de lait maternel.

Toutefois, la loi du 27 janvier 1993, dans son article 48, précise deux situations dans lesquelles le test est proposé par le médecin (code de la santé publique) à l'occasion du premier examen prénatal à l'examen médical prénuptial. La circulaire précise les conditions de réalisation et de remise du test:

- l'information préalable du malade et le recueil de son consentement doivent être assurés;
- la remise du résultat, quel qu'il soit, doit s'effectuer dans le cadre d'un entretien médical;
- l'entretien doit s'accompagner d'informations sur les possibilités de suivi médical et social.

b° le consentement:

Le test du dépistage ne devrait être pratiqué qu'avec le consentement éclairé du patient, c'est-à-dire avant d'être testé, le patient devra connaître:

- les risques de transmission;
- les raisons pour lesquelles le personnel soignant est mis au courant d'un test positif;
- les avantages qu'il en retire pour lui-même;
- l'éventualité de résultat douteux faussement négatif ou positif;
- la possibilité de refuser ce test.

Le test de dépistage effectué chez un malade sans son consentement préalable, soit dans un but de diagnostic, soit pour des raisons de protection du personnel soignant, constitue une pratique contraire aux textes en vigueur; en effet, les circulaires (DGS) n°395 du 26-07-85 et n° 684bis du 28-10-87 stipulent que la généralisation du test de détection des anticorps anti-VIH à l'ensemble des malades séjournant ou transitant par un établissement sanitaire public ou privé, doit être vigoureusement exclue.

Par ailleurs, cette circulaire conseille de proposer un test aux malades hospitalisés dans les services de chirurgie, de gynécologie et dans ceux pratiquant des explorations endoscopiques.

## **PROBLEMATIQUE**

Le débat sur le dépistage du Sida s'inscrit en toile de fond, dominé par la confusion des mots et le mélange des genres. Les termes « obligatoire » et « systématique » sont régulièrement confondus et utilisés l'un pour l'autre, ce qui interdit tout discours cohérent. De plus, le terme même d'obligatoire prête à confusion avec la déclaration obligatoire de la maladie (29).

Le CCNE avait précisé le 16 décembre 1988, après examen « j'estime pas souhaitable d'étendre à la séropositivité, l'obligation de déclarer les sujétions qu'impliquerait une telle obligation paraissant hors de proportion avec l'intérêt que présenteraient les informations recueillies pour les connaissances épidémiologiques comme pour l'action à entreprendre en vue de lutter contre la transmission du VIH »(7).

Aujourd'hui, l'efficacité supposée de certaines mesures thérapeutiques dans la prise en charge de l'infection, qui apporte des arguments d'intérêt médical à une prise en charge la plus précoce possible des personnes séropositives conduit à relancer le débat sur le dépistage systématique obligatoire du VIH, particulièrement en pré-opératoire, chez le patient, avant toute intervention à risque. Cette alternative est perçue par certains professionnels comme le seul moyen qui permettrait de mettre un terme à une situation qui, aujourd'hui encore, trop souvent, contraint le praticien à adopter des attitudes ambiguës ou à se satisfaire d'une insuffisance dangereuse.

Beaucoup d'ailleurs y ont recours, soit par nécessité légale pour la réalisation de greffes ou de dons d'organes, soit dans la détection des sujets dits à risque afin de prendre des mesures préventives nécessaires à opposer au risque de contamination.

De plus, la législation et la jurisprudence dans les affaires liées principalement aux contaminations post-transfusionnelles ou liées à l'administration de dérivés sanguins amènent une partie du corps médical à souhaiter un cadre légal qui affirme clairement les obligations des praticiens en terme de dépistage VIH (5).

Face à une loi qui interdit le dépistage systématique, face aux risques de contamination auxquels sont confrontés les soignants, en particulier en pré-opératoire, le chirurgien et son équipe se trouvent confrontés à des situations contradictoires. La question éthique que nous soulevons est:

« Doit-on légitimer ou pas la pratique du dépistage systématique obligatoire en pré-opératoire »

6

## **Objet et Méthodologie de Recherche**

Notre recherche touche de manière générale les précautions et les mesures préventives en pré-opératoire, tout en étant axée sur l'appréhension, et le comportement des professionnels face aux risques de contamination induits par le VIH.

### **1° Objectif**

L'objectif de notre recherche visait à connaître:

- L'évolution des positions, ainsi que les motivations des professionnels en matière de dépistage obligatoire VIH.
- Savoir dans quelle mesure cette pratique est intégrée par rapport aux risques de contamination professionnels.
- Connaître l'impact du dépistage VIH en pré-opératoire, et ses répercussions, d'une part, dans la prévention du risque de contamination professionnel, et d'autre part, comme outil de santé publique dans la lutte contre la maladie.

### **2° l'Hypothèse de travail**

Dans le cas du Sida où l'incertitude ne peut être réduite à un non et donc où les risques de contaminations ne peuvent être perçus de façon réaliste, comme dans le cas d'un risque connu (25, 8). L'intégration du risque de contamination professionnelle, par une conception purement technique et microbiologique, à travers le résultat d'un test sérologique, semble être une attitude qui s'inscrit dans une optique très réductrice de la prévention. Dans ce contexte, nous partons du principe que la

protection la plus efficace à opposer au risque de contamination professionnelle, en pré-opérateur, ne relève que de la responsabilité individuelle. C'est-à-dire que chaque individu, qu'il soit patient ou soignant, doit comprendre qu'il est d'abord et avant tout responsable de lui-même

### 3° Les hypothèses secondaires

- Le recours à une pratique de dépistage systématique obligatoire en préopérateur comme moyen de prévention des risques professionnels n'apporte aucune sécurité supplémentaire.

- Si l'objectif premier dans la lutte contre le Sida est de réduire le nombre de nouvelles infections, les complications graves et leurs conséquences sociales. Seul un dépistage à finalité préventive à visée individuelle est en mesure d'apporter une adoption de comportement de prévention afin de réduire le risque de contamination:

- L'utilisation du dépistage obligatoire systématique comme instrument de santé publique susceptible d'améliorer l'identification des personnes séropositives, ou séronégatives, en préopérateur n'est pas efficace.

- Le contexte pré-opérateur n'est pas le moment idéal pour un dépistage VIH.

- Le risque d'une dérive dans la pratique du dépistage, aussi bien dans son objectif, que dans ces finalités.

### 3° choix de l'outil de travail:

Pour le bon déroulement de l'enquête, et pour une durée de travail limitée par le temps, nous avons jugé que le questionnaire était l'outil d'investigation le plus en mesure d'apporter des réponses rapides, tout en touchant un nombre considérable de personnes, dans les différents services de chirurgie de la région parisienne.

A cet égard, nous avons établi un questionnaire comportant vingt questions, qui abordait les thèmes suivants:

Des questions concernant les professionnels et qui se rapportent à:

- l'importance accordée aux précautions de sécurité actuelle et la perception du degré de risque de contamination professionnelle en pré-opérateur.

- l'importance du dépistage VIH et son impact dans la prévention et la gestion du risque de contamination en pré-opérateur.

Des questions permettant d'évaluer l'efficacité du dépistage pour une pratique obligatoire du test et sa répercussion :

- d'une part et d'un point de vue santé publique, sur son efficacité dans la lutte contre le Sida

- d'autre part, d'un point de vue éthique sur le respect de la personne dans son intégrité et sa vie privée.

Une question ouverte, d'ordre personnel visant à connaître l'opinion et les motivations des professionnels sur le sujet en question.

### 5° Choix de la population:

La population qui se trouve impliquée par notre recherche correspond aux équipes de chirurgie en bloc opératoire. La diversité des professionnels de santé que nous retrouvons au sein d'une même équipe en bloc opératoire (chirurgiens, anesthésistes, paramédicaux, infirmiers) nous a posés des problèmes pour l'établissement et la rédaction d'un unique et même questionnaire.

Afin de palier ce biais, nous avons limité notre population uniquement aux chefs de services des différentes équipes de chirurgie, que nous jugeons comme le dénominateur commun et les personnes les plus représentatives de l'autorité décisionnelle de ces équipes chirurgicales.

6° Lieu et déroulement de l'enquête:

L'enquête a eu lieu uniquement au niveau des hôpitaux de Paris AP-HP. Pour chaque chef de service un questionnaire joint d'une enveloppe timbrée libellée à l'adresse du Laboratoire d'Éthique et de Santé Publique de la Faculté de médecine Necker enfants malades, à été envoyé par voie postale. L'enquête s'est déroulée uniquement au niveau des hôpitaux de Paris, étalée sur une période de deux mois, et à toucher 60 services de chirurgie répartis sur une quarantaine d'hôpitaux. Les différents services contactés sont la traumatologie, les urgences chirurgicales, gynéco-obstétrique, chirurgie digestive, chirurgie générale. Le choix des services a été fait au hasard à partir de l'annuaire de l'AP-HP.

En se voulant rassurant auprès de la population qui s'est prêtée à notre enquête, nous avons mentionné, en tout début de notre questionnaire, que l'enquête était strictement anonyme, et que ce travail entrerait dans la préparation d'un mémoire de DEA d'éthique biomédical et de santé publique.

## Résultats et Analyse

Sur les 60 questionnaires envoyés, 41 réponses ont été reçues, soit un taux de retour de 61,33%. Sur les 41 questionnaires répertoriés, 4 questionnaires étaient inexploitable (questionnaires incomplets ou non réponse), seulement 37 demeuraient exploitables.

La question n°19 : Dans quel service de chirurgie êtes-vous ? ; nous a permis de repérer les différentes spécialités de chirurgie ayant participé à notre enquête.

L'analyse des résultats obtenus touche globalement aux hypothèses secondaires initialement posées:

1° Sur l'importance accordée par les professionnels aux précautions de sécurité actuelle.

- 62% pensent que le risque de contamination est peu important.
- 65% pensent que les dispositifs actuels de sécurité mis en place en préopératoire sont satisfaisants, seulement 8% pensent le contraire.

2° Concernant l'impact du D.O.S VIH dans la prévention et la gestion du risque de contamination VIH.

Notre surprise a été de constater que, pour une grande majorité (72%), la prévention de ce risque de contamination VIH est étroitement liée à la connaissance du statut sérologique du patient. Les résultats sont frappants, puisque presque 80% des professionnels ne prennent des précautions de sécurité différentes que dans le cas où ils sont confrontés à un statut sérologique positif VIH.

Il est évident que la connaissance d'une séropositivité chez un patient peut être utile, elle permet d'appréhender mieux ce risque, surtout dans le cas où une éventuelle contamination, venait à se produire lors de l'acte chirurgical. Cette connaissance permettrait du moins la mise en route d'un traitement prophylactique AZT et par conséquent la surveillance de la sérologie du professionnel en cause, bien que l'efficacité de ce traitement ne soit pas à 100% démontrée.

En effet, l'efficacité de cette chimiothérapie par AZT n'est pas démontrée et on dénombre neuf cas de séroconversion post-accidentelles, chez des soignants ayant suivi un tel traitement (38).

Ce qui retient notre attention, c'est que 20% seulement des professionnels n'accordent aucune importance au statut sérologique du patient. Alors que le bon sens veut que l'on considère tout patient comme potentiellement contaminant et que l'interprétation d'un résultat sérologique peut être la source d'un piège (piège sérologique), tendu par une technique ELISA encore limitée par une fenêtre sérologique, durant laquelle aucun anticorps ne peut être détecté.

Cette situation pourrait faire croire à une fausse sécurité durant laquelle le chirurgien et son équipe seraient moins vigilants, alors que le sujet est en période de séroconversion. D'autant plus que c'est la phase où le sujet est le plus contaminant.



- 48% des professionnels, pensent que cette connaissance du statut sérologique permet un meilleur contrôle de ce risque et 38% pensent que ça leur permet d'être plus vigilant
- 75% affirme qu'un dépistage systématique obligatoire apporte une sécurité supplémentaire.

Cette analyse rend compte de l'influence du résultat sérologique du patient, sur le comportement quotidien du professionnel face aux risques de contamination.

Le Sida est une maladie létale. Le risque de contamination VIH en milieu de soin est réelle, bien que très minime. La recherche d'une garantie de sécurité par les professionnelles de santé est tout a fait légitime. Cependant ce qui devient invraisemblable dans ce mode de raisonnement; c'est cette acharnement à vouloir contourner un risque par des affirmation de contrainte et d'obligation à faire un test, dont l'interprétation du résultat est encore aléatoire.

Les questions qui se posent sont:

Cette confiance aveugle en un test encore limité par une fenêtre sérologique, ne serait elle pas en quelque sorte un deuxième risque de contamination, que les professionnels prennent ?

De plus, si nous considérons que cette connaissance du statut sérologique est indispensable pour la prise de précautions particulières face à ce risque, alors qu'en est-il des cas d'urgence, où 70% des professionnels répondent qu'ils n'ont pas le temps d'attendre le résultat sérologique du patient pour intervenir ?

La généralisation du test de dépistage à l'ensemble des virus de l'hépatite et du Sida est une alternative pour laquelle 86% ont dit oui. Ce qui nous a surpris encore, c'est surtout cette fixation faite sur l'infection VIH, puisque 56% sont particulièrement favorables pour un dépistage systématique obligatoire VIH.

La littérature montre bien qu'en milieu de soins, l'hépatite virale est beaucoup plus fréquente que dans la population générale 30%, ce qui a permis à cette pathologie d'être inscrite dans le tableau des maladies professionnelles.

Ce n'est pas le cas pour l'infection VIH pour laquelle les données épidémiologiques ne montrent pas de différence significative avec la population générale et dont le risque de contamination ne dépasse pas 0.5%. Nous pensons que cette fixation particulière à l'infection VIH par les professionnels de santé est surtout due à son caractère extramédicale (2).

La question que nous posons et d'un point de vue patient : la connaissance d'un statut sérologique positif ne pourrait elle pas conduire à une modification du geste chirurgical ?

### 3° L'Aspect Ethique

Une politique de santé publique se doit concilier le respect de la personne et l'intérêt général. Les résultats de notre enquête sont en total contradiction, puisque 67% pensent que le dépistage obligatoire VIH conduirait à faire un test à l'insu du patient, sans que le résultat sérologique ne soit rendu à l'intéressé. C'est-à-dire que le test est fait sans le consentement du patient. Il en résulte qu' il y a transgression du respect de la personne dans son autonomie et son intimité.

Le résultat de la sérologie n'est pas rendu au patient : quel est la valeur d'un test sans prévention ?

De plus les résultats montrent que lorsque le test est proposé, les patients sont à 65% consentent. Il convient en outre de s'interroger sur la légitimité d'un tel dépistage ; approuvant les avis des instances académiques, professionnelles et éthiques consultées, les différents gouvernements ont toujours exprimé leur volonté ferme de refuser tout dépistage obligatoire ou systématique. Le principe reconnu est celui du dépistage volontaire.

A ce titre, le consentement de la personne doit être recueilli dans les mêmes conditions que pour tout acte médical: il doit être libre et éclairé.

La violation de ce consentement constitue, outre une faute professionnelle, une infraction pénale.

La circulaire de la Direction Générale de la Santé, en date du 28 octobre 1987 et relative au dépistage du VIH auprès des malades, a rappelé l'exigence du consentement.

En effet, après avoir rappelé que la généralisation du dépistage doit être exclue à l'exception des dons de sang, d'organes, de tissus, de cellules et notamment de sperme, le directeur des hôpitaux et le directeur général de la santé admettent que le test puisse être proposé aux malades hospitalisés à condition de les informer préalablement et d'obtenir leur consentement éclairé.

Un rapport remis en 1995, en application de la loi n° 95-116, constatait qu'il subsistait des pratiques de tests réalisés à l'insu des patients, principalement dans les services de chirurgie et réaffirmait la nécessité des tests volontaires.

#### 4° L'impact D S O VIH comme instrument de Santé Publique

- Pour 62% le contexte pré-opératoire et peu ou non favorable à un conseil bien mené.
- Pour 51% le dépistage obligatoire peut conduire à ce que les tests négatifs ne soient pas rendus.
- Dans 46% des cas, les résultats sont remis après l'opération, et presque 30% avant l'opération.
- 40% pensent que la période pré-opératoire n'est pas le meilleur moment pour révéler un statut sérologique au patient, alors que 37% pensent que oui.

D'un point de vue santé publique: « l'objectif dans le domaine de la lutte contre l'infection par le VIH/Sida est de réduire le nombre de nouvelles infections les complications graves et leurs conséquences sociales » (Haut comité de santé publique, 1994). Dans ce contexte, l'intérêt du dépistage reste essentiellement au-delà de la connaissance du statut sérologique et devient par l'occasion le moment propice, pour conseiller et sensibiliser le sujet. D'une part, pour que les sujets séronégatifs puissent se protéger et surtout le restent, car une séronégativité n'est jamais définitive. D'autre part, pour que les sujets séropositifs puissent se protéger et protéger autrui.

L'analyse des ces résultats laisse à penser que l'efficacité du dépistage obligatoire, comme outil de santé publique, susceptible d'améliorer la prévention dans le domaine de la lutte contre le Sida est totalement insignifiant. Le dépistage de l'infection par le VIH est acte de prévention personnalisé, s'inscrivant dans une démarche de responsabilisation individuelle. Seul un dépistage volontaire est capable d'appuyer cette démarche.

La logique veut que, si l'on se donne la légitimité d'imposer un test de dépistage à un malade, la moindre des choses est de savoir ce qu'on est en mesure de proposer en cas de sérologie positive. L'obligation, comme ce fut le cas pour l'ensemble des maladies infectieuses contagieuses, se justifie par la présence d'un remède capable de guérir ou d'un vaccin capable de prévenir, comme pour la syphilis. Or, actuellement, pour le Sida, il n'existe ni l'un ni l'autre [29].

#### 5° Votre Opinion sur le sujet ?

Notre étonnement a été de constater que pour la question n° 20 (votre opinion sur le sujet ?), certaines réponses des professionnels sont plus des remarques concernant la qualité du questionnaire que des opinions sur le sujet lui-même.

Sur l'ensemble des 37 questionnaires répertoriés, 20 réponses, parmi lesquelles seulement 16 sont exploitables et se rapportent à notre enquête.

Pour la majorité, ces opinions nous viennent de la part de 13 services de gynéco-obstétrique. Les avis vont tous dans le même sens. Tous sont pour le dépistage systématique VIH, et affirment qu'en expliquant à la patiente les raisons de ce dépistage, le test n'est jamais refusé. Le test est à 100% accepté lorsqu'il est proposé ; Il n'y a pas lieu qu'il soit obligatoire.

Le test de dépistage VIH est plus efficace lorsqu'il est systématiquement proposé, qu'il soit séropositif ou séronégatif. Le consentement du sujet est une preuve de motivation, pour adopter des comportements de prévention. La connaissance du statut sérologique permet une intervention rapide dans la mise en route d'un traitement prophylactique. Les précautions de sécurité en préopératoire sont largement satisfaisantes, si elles sont respectées.

Concernant les autres opinions, elles concernent les services de chirurgie digestive. Cependant l'approche est totalement différente et les avis sont contradictoires d'un service à l'autre. Tous pensent que les précautions de sécurité sont satisfaisantes en pré-opératoire. Mais que de plus, la

connaissance de la sérologie apporte une garantie de sécurité supplémentaire, en pré-opératoire, préopératoire et postopératoire.

D'autres pensent qu'il doit être systématiquement proposé et que le résultat ne garantit aucune sécurité. Ce risque de contamination est augmenté surtout pour les opérateurs débutants dans les CHU.

La question de la légitimité d'une telle pratique a été soulevée, certains répondent qu'il faut respecter la loi. D'autres font signer, pour chaque patient, une autorisation permettant de réaliser cette sérologie.

## Conclusion et Perspectives

D'après l'analyse de nos résultats et compte tenu des connaissances scientifiques actuelles, il en résulte que la généralisation du dépistage VIH dans le cadre de mesures systématiques obligatoires en pré-opératoire est loin d'être efficace.

\* Pour les professionnels de santé : L'outil technique ne représente aucune garantie de sécurité. Bien au contraire, l'interprétation d'un résultat sérologique peut, dans certaines situations, tromper la vigilance du professionnel et par conséquent, lui procurer une sensation de fausse sécurité. Les études réalisées sur le terrain montrent qu'il faut favoriser la prévention en amont: considérer tout patient comme potentiellement contaminant, vacciner les chirurgiens contre l'hépatite B, améliorer les techniques et les pratiques opératoires, développer des matériels plus sûrs, utiliser des matériels de protection [21].

Il appartient donc à chacun de se protéger en réalisant que sa propre sécurité ne peut jamais dépendre de l'autre

\* Pour le patient: d'un point de vue santé publique, la période pré-opératoire ne représente ni la situation ni le moment propice à la remise des résultats sérologiques, qui seraient accompagnés de conseils préventifs.

Si une politique de dépistage est avant tout une politique de santé publique., sa mise en place doit, d'une part, tenir compte des valeurs sociales dans lesquelles elle est élaborée, d'autre part, se construire et se développer dans le respect de la dignité et des libertés fondamentales. - L'efficacité de l'acte du dépistage est conditionnée par la mise en application des bonnes pratiques médicales et éthiques

- Légitimer un dépistage obligatoire VIH en préopératoire ne peut que conduire à la violation de ces droits.

- L'utilisation du test comme acte biologique, à des fins de sécurisation personnelle et professionnelle, masquée par des affirmations de contrainte et d'obligation, est un signe révélateur de son éventuelle banalisation.

L'obligation spécifique à l'infection VIH d'obtenir le consentement du patient pour détecter sa sérologie VIH, alors que pour d'autres infections analogues, comme pour le virus de l'hépatite ayant une fréquence plus importante, personne ne s'y oppose, contribue à conserver à cette pathologie un particularisme qui amène certains professionnels à transgresser certaines règles éthique et juridique (9).

## Critique de la méthodologie et Perspective

Le taux de retour enregistré durant l'enquête (61%), montre bien l'importance et l'intérêt accordés à notre problématique.

Notre enquête fait ressortir un état général de la position actuelle des professionnels, vis-à-vis de la pratique du dépistage obligatoire VIH pré-opératoire.

Durant l'établissement de notre questionnaire, le choix des questions a été mûrement réfléchi, de façon à prendre en considération deux paramètres qui nous semblaient importants pour le bon déroulement de l'enquête:

- d'une part, que nos questions restent en rapport avec notre problématique;
- d'autre part, qu'elles soient le moins directes afin de ne pas heurter la sensibilité des professionnels, sur des réponses aussi personnelles et intimes, relevant d'un sujet aussi épineux et litigieux que le dépistage obligatoire VIH.

L'analyse de nos résultats a révélé des imperfections dans la formulation des questions, qui ont conduit à rendre l'interprétation de nos résultats difficile sur une si faible population. Certaines questions ont été mal comprises, notamment la question 9 pour laquelle un grand nombre a répondu par un point d'interrogation. D'autres, trop longues, comme la question 12 qui intègre en elle-même deux questions distinctes.

L'utilisation de questions types fermées a eu pour corollaire de ne laisser que peu de place au développement d'un discours permettant de connaître les vraies motivations qui ont conduit la majorité des professionnels à faire ce choix.

La seule question ouverte [20] qui pouvait apporter des éléments plus orientés sur des aspects liés à la subjectivité et aux valeurs sur le sujet, n'a pas été traitée dans ce sens. La minorité des professionnels ayant répondu s'est positionnée par rapport à une logique rationnelle et technique (sécurité, test et protection). Pour cela, une approche du sujet par des entretiens semi-directifs aurait été plus appropriée pour avoir accès à cette subjectivité.

Nous sommes conscients de l'importance de cet aspect subjectif qui n'a pas été traité dans notre recherche, qui aurait permis de déterminer la part réelle de ce qu'ils ont cru ou bien voulu entendre par « prendre moins de risque » et « être plus vigilant ».