



HAL
open science

AES : la question piquante de la sous-déclaration : étude descriptive rétrospective de la non-déclaration des Accidents d'Exposition au Sang et aux produits biologiques chez les sages-femmes et les étudiants sages-femmes du CHRU et de l'École de Brest

Honorine Morvan

► **To cite this version:**

Honorine Morvan. AES : la question piquante de la sous-déclaration : étude descriptive rétrospective de la non-déclaration des Accidents d'Exposition au Sang et aux produits biologiques chez les sages-femmes et les étudiants sages-femmes du CHRU et de l'École de Brest. Gynécologie et obstétrique. 2013. dumas-00862352

HAL Id: dumas-00862352

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00862352>

Submitted on 16 Sep 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

ECOLE DE SAGES-FEMMES
UFR de médecine et des sciences de la santé
BREST

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES
DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMMES
ANNEE 2013

Présenté et soutenu par :

Honorine Morvan
Née le 2 mai 1989

A.E.S : la question piquante de la sous-déclaration.

**Etude descriptive rétrospective de la non-déclaration des Accidents d'Exposition
au Sang et aux produits biologiques chez les sages-femmes et les étudiants sages-
femmes du C.H.R.U et de l'école de Brest.**

Président du jury : Monsieur le Professeur COLLET

Remerciements :

Je remercie,

Le docteur Anne Le Menn, médecin du travail sur le site de la Cavale Blanche au CHRU de Brest, directrice de mon mémoire, pour son aide, ses informations et le temps consacré à la relecture de mon travail.

Madame Béatrice Lebdiri, sage-femme et enseignante à l'école de Brest, pour m'avoir guidée et soutenue tout au long de la réalisation de ce mémoire.

Madame Claire Lietard, docteur en santé publique et épidémiologie, pour sa collaboration.

Madame Solène Carbon et Lénaïge Daniel, infirmières de l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière du CHRU de Brest, pour leur contribution à l'élaboration de mon questionnaire.

Ma famille et mes amis qui m'ont soutenue et accompagnée pendant ces cinq années.

Table des matières :

INTRODUCTION

1. L'ACCIDENT D'EXPOSITION AU SANG ET AUX PRODUITS BIOLOGIQUES

1.1. DEFINITIONS	5
1.1.1. L'accident d'exposition au sang	5
1.1.2. L'infection nosocomiale	5
1.1.3. L'accident du travail	6
1.1.4. L'infection présumée	6
1.1.5. La séroconversion professionnelle	6
1.2. ORGANISATION ET SURVEILLANCE	6
1.2.1. Au sein des établissements de santé	7
1.2.2. Au niveau régional	7
1.2.3. Au niveau national	7
1.3. LEGISLATION ET PREVENTION	8
1.3.1. La vaccination du personnel soignant	9
1.3.2. Le respect des précautions générales d'hygiène	9
1.3.3. L'utilisation d'un matériel adapté	9
1.3.4. La prévention d'exposition dans les blocs opératoires	10
1.3.5. La mise en place d'un dispositif de prise en charge des AES	10
1.3.6. L'interprétation des données de surveillance	11
1.3.7. L'information et la formation du personnel	11
1.3.8. L'évaluation des actions entreprises	11
1.4. EPIDEMIOLOGIE	12
1.4.1. Evaluation du risque	12
1.4.2. En France	13
a) Chez les sages-femmes	15
b) Chez les étudiants sages-femmes	16
1.4.3. Au CHRU de Brest	16
a) Chez les sages-femmes	16
b) Chez les étudiants sages-femmes	17
1.5. PROBLEMATIQUE	17
2. <u>ETUDE</u>	
2.1. Méthode	19
2.2. Critères d'exclusion/d'inclusion	19
2.3. Critères étudiés	19

3. RESULTATS ET ANALYSE

3.1. Chez les étudiants sages-femmes de Brest	21
a) Une sous déclaration	21
b) Les raisons évoquées	22
c) Les étudiants non déclarants	24
d) Les AES non déclarés	25
3.2. Chez les sages-femmes de Brest	26
a) Une sous déclaration	27
b) Les raisons invoquées	28
c) Les sages-femmes non déclarantes	29
d) Les AES non déclarés	32

4. DISCUSSION

4.1. Evaluation de la méthode	33
4.2. Limites de l'étude	33
4.3. Discussion des résultats, en rapport avec la littérature	34
4.4. Propositions	37

CONCLUSION

Références

Annexes

GLOSSAIRE :

AES : Accident d'Exposition au Sang

SF : Sage-femme

ESF : Etudiant sage-femme

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

PSPH : Participant au Service Public Hospitalier

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

IN : Infection Nosocomiale

LIN : Lutte contre les Infections Nosocomiales

GERES : Groupe d'Etude sur le Risque d'Exposition au Sang

CTIN : Comité Technique des Infections Nosocomiales

CSHPF : Conseil Supérieur d'hygiène Publique de France

CLIN : Centre de Lutte contre les Infections Nosocomiales

C-CLIN : Centre de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales

RAISIN : Réseau d'Alerte, d'Investigation et de Surveillance des Infections Nosocomiales

EOHH : Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière

DGS : Direction Générale de la Santé

ANRS : Agence Nationale de Recherche sur le SIDA

InVS : Institut National de Veille Sanitaire

INRS : Institut National Recherche et de la Sécurité

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de la Santé

CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

PSNPIAS : Plan Stratégique National de Prévention des Infections liées aux Soins

PROPIN : PROgramme de Prévention des Infections Nosocomiales

NosoBase: Base national d'information et de documentation pour la gestion du risque d'IN (en ligne)

DM : Dispositifs Médicaux

PS : Précaution standard

EPI : Equipement de Protection Individuel

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

IDE : Infirmières Diplômées d'Etat

IADE : Infirmière Anesthésiste Diplômée d'Etat

IBODE : Infirmière de Bloc Opératoire Diplômée d'Etat

SMa2 : Science de la Maïeutique 2^{ème} année

ESF 2 : Etudiant sage-femme 2^{ème} année

ESF 3 : Etudiant sage-femme 3^{ème} année

ESF 4 : Etudiant sage-femme 4^{ème} année

ESF 5 : Etudiant sage-femme 5^{ème} année

INTRODUCTION:

L'avancée de la science de ces dernières décennies a permis la découverte de nombreux virus et maladies induites, ainsi que leurs modes de transmission. Le « scandale » du sang contaminé en 1981, avec le virus du SIDA (Syndrome de l'ImmunoDéfiance Acquis), a entraîné une véritable prise de conscience du risque réel de transmission de pathogènes via le sang ou les produits biologiques.

Ce risque existe tant pour les patients que pour l'ensemble des professionnels de santé, davantage exposés à travers leurs pratiques quotidiennes. La notion « d'Accident d'Exposition au Sang et aux produits biologiques » (AES), a fait émerger des mesures de sensibilisation, de prévention et d'information.

La surveillance et l'analyse des AES a été mise en place en 1990 sur proposition d'un groupe de travail : Groupe d'Etude sur le Risque d'Exposition au Sang (GERES) [1] et accentuée en 1998 par la circulaire n°249 [2] par le Comité Technique National des Infections Nosocomiales (CTIN). Depuis, des moyens de lutte et de prévention ne cessent d'être mis en place et ont permis de diminuer sensiblement le nombre d'AES [3]. Mais une trop grande proportion d'AES évitables persiste encore et le phénomène serait plus important encore : la littérature évalue entre 50 et 90% le taux de non déclaration [4]. Une étude française réalisée dans un CHU Parisien en 2009 démontre aussi que « *plus on subit d'AES, moins on les déclare* » [4].

A travers leur activité, au bloc obstétrical comme en maternité ou encore en service de grossesses pathologiques, le risque d'AES est omniprésent pour les sages-femmes tout comme pour les étudiants. En effet les actes médicaux (poses de perfusions, prélèvements sanguins, soins) et chirurgicaux (accouchements, épisiotomies, sutures) ainsi que les contextes d'urgences font de l'obstétrique une des spécialités médicales les plus à risque [5].

La fréquence des AES chez les SF en ferait-elle un phénomène récurrent et familier, inhérent à la profession ? Amènerait-elle à une banalisation et donc à une non-déclaration de ces accidents ?

Ce mémoire a pour objectif de chercher à savoir si les sages-femmes et étudiants sages-femmes du CHRU et de l'école de Brest, déclarent la totalité de leurs AES. Dans l'hypothèse où tous les AES ne seraient pas déclarés : quelle pourrait être l'ampleur et les raisons de cette non-déclaration ?

1. L'ACCIDENT D'EXPOSITION AU SANG ET AUX PRODUITS BIOLOGIQUES :

1.1. DEFINITION :

1.1.1. L'accident d'exposition au sang :

L'accident d'exposition au sang et aux produits biologiques, plus connu sous le nom d'AES se définit par le GERES comme « tout contact percutané (piqûres, coupures) sur muqueuses (œil ou bouche) ou sur peau lésée (eczéma, coupure antérieure, plaie) avec du sang ou un liquide biologique contenant du sang » [2]

Le risque de transmission d'agents infectieux lors d'un AES concerne l'ensemble des germes (bactéries, virus, parasites et champignons) véhiculés par le sang ou les liquides biologiques. Entre vingt et cinquante maladies peuvent être transmises ainsi, incluant les infections aux pronostics et conséquences les plus sérieuses ou les plus néfastes, tel que le VIH, l'hépatite B ou encore l'hépatite C. [7]

On définit par liquides biologiques, « tous les éléments liquides issus du corps humain » : salive, sperme, urines, vomissures, liquide céphalo-rachidien, péricardique, péritonéale, synovial [8] Le sang frais est le liquide biologique le plus contaminant, plaçant les sages-femmes en première ligne lors de la réalisation des accouchements. Mais les sécrétions vaginales, le liquide amniotique et le lait maternel sont également vecteurs.

1.1.2. L'infection nosocomiale :

D'après le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France, une infection est dite nosocomiale (IN) si, étant absente à l'admission à l'hôpital chez un patient, elle apparaît au cours ou à la suite d'une hospitalisation dans un délai d'au moins 48 heures [9]. Les voies de transmissions d'une IN sont larges : personnels (visiteurs, professionnels, autres patients, personne elle-même), eau, air, surfaces, dispositifs médicaux, sang et liquides biologiques (AES).

Le champ des IN est vaste et est d'abord dominé par le problème des AES : c'est pourquoi les Centres de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales (C-CLIN) et le Réseau d'Alerte d'Investigation et de Surveillance des Infections Nosocomiales (RAISIN) ont fait du GERES un de leur partenaire principal concernant la lutte des IN et plus spécifiquement des AES.[10] [11]

1.1.3. L'accident de travail :

Le salarié peut bénéficier d'une protection et d'une indemnisation particulière si sa santé, du fait ou à l'occasion de son travail, se trouve altérée. L'AES chez le personnel soignant fait partie intégrante des accidents professionnels et il doit à ce titre faire l'objet d'une déclaration obligatoire auprès de la médecine du travail. [12] [13]

1.1.4. Infections présumées :

Une infection est dite présumée lorsqu'on retrouve chez le soignant ou la personne concernée par un AES, une sérologie positive après avoir exercé au contact de patients infectés par le VIH ; ce soignant n'ayant pas d'autre mode de contamination pour le VIH retrouvé [14]. Pour les hépatite virales, seules les dénominations de maladie/séroconversion professionnelle et d'accident du travail s'applique selon un tableau de classification et de référence précis. (tableaux n°45 selon l'INRS) [15].

1.1.5. Séroconversion professionnelle

Une séroconversion professionnelle chez un personnel de santé est définie par un ensemble de critères : un vecteur d'entrée via un AES potentiellement contaminant, un statut viral négatif (entre 8 jours avant et 4 semaines après l'exposition) puis une séroconversion (entre 4 semaines et 6 mois après l'exposition, avec apparition d'anticorps ou d'antigènes).

En l'absence d'une sérologie de base négative réalisée au moment de l'exposition, un profil d'infection récente dans les suites d'une exposition accidentelle permettra aussi de définir une séroconversion professionnelle. [14]

1.2. ORGANISATION ET SURVEILLANCE :

La lutte contre les infections nosocomiales, dont font partie les AES, n'ont pas toujours été une priorité pour les établissements de santé. Depuis plusieurs décennies, les dispositions législatives et réglementaires ont rappelé la nécessité pour tous les établissements de santé de développer des démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. La circulaire n°249 du 20 avril 1998 appuie ces démarches en positionnant la surveillance des AES comme « *le pivot de la prévention des risques professionnels.* » [2] [17]

1.2.1. Au sein des établissements de santé

Chaque établissement de santé constitue une Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière (EOHH) composée du personnel, (notamment médical ou pharmaceutique et infirmier), nécessaire à la mise en œuvre des actions de lutte contre les infections nosocomiales (LIN) en collaboration avec le médecin du travail.

C'est en 1988, pour les établissements publics et privés participant au service public (PSPH), puis en 1999 pour l'hospitalisation privée que fut créé le CLIN, ou Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales. Sa mission est de coordonner (organiser, planifier et animer) la lutte contre les infections nosocomiales au sein des établissements de soins dans le cadre de la gestion des risques, et de définir une politique mise en application par l'EOHH et l'ensemble des professionnels. [18]

Le CLIN est une instance d'Etat obligatoire depuis 1989, il travaille en collaboration étroite avec EOHH et est composé de plusieurs catégories de professionnels: des représentants des professions médicales et paramédicales (soin ou médico-techniques), des représentants des personnels administratifs, logistiques et techniques, l'EOHH, des représentants des usagers (à titre consultatif).

1.2.2. Au niveau régional

L'implantation du CLIN au niveau régional se fait à travers les C-CLIN (Centres de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales). Créés en 1992, il en existe 5: C-CLIN Ouest, Sud Ouest, Sud Est, Est et Paris Nord.

1.2.3. Au niveau national

Le GERES, réunit des compétences pluridisciplinaires (épidémiologistes, infectiologues, virologues, chirurgiens, médecins du travail, cadres hygiénistes, infirmiers, spécialistes en législation du travail et en prévention du risque professionnel).

Il s'est constitué en association loi 1901 en 1991 avec l'avènement des problèmes liés au VIH, pour étudier les risques de contamination liés aux AES et apporter des éléments de connaissance et de prévention au personnel soignant, particulièrement concerné par ce problème. Son objectif final est de réduire le nombre d'AES et donc le risque de contamination, en particulier par le VIH et par le VHC.

Le GERES est reconnu par son rôle d'expert dans le domaine des risques professionnels d'exposition au sang chez le personnel de santé et travaille en collaboration

avec de nombreux organismes: la Direction Générale de la Santé (DGS), l'Agence Nationale de Recherche sur le SIDA (ANRS), l'Institut Nationale de Veille Sanitaire (INVS), l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS), l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de la Santé (AFSSAPS). [19]

En mars 2001, devant la nécessité d'une surveillance nationale via une coordination des différentes instances préexistantes, un groupe de travail: le RAISIN, voit le jour.

C'est un réseau associant l'InVS, le CTIN, le CHSCT, les C-CLIN et, selon la thématique, des représentants de réseaux d'experts déjà présents en France. La mise en commun des données, en partenariat avec le GERES, va permettre l'élaboration d'une méthodologie de travail et de surveillance aboutissant en 2003 à une véritable harmonisation de ces réseaux pour une surveillance des AES sur le plan national.

1.3. LEGISLATION ET PREVENTION:

Parallèlement à la volonté de maîtrise des risques d'AES, afin de protéger les soignants dans le cadre de leur activité professionnelle, sont apparues bon nombre de lois, de recommandations et de mesures de précaution et de prévention. Ces dernières impliquent le directeur des établissements de santé vis-à-vis de ses employés mais également les soignants, eux-mêmes, comme le précisent les articles 230.2.1 et 230.2.2 du Code du travail [20] : *«il incombe à chaque travailleur de prendre soin de sa sécurité et de sa santé, en fonction de sa formation et de ses possibilités»*

Dès 1985, des mesures de prévention sont définies pour protéger le personnel soignant vis-à-vis du risque d'exposition au sang. La loi reconnaît en 1989 le caractère universel des règles d'hygiène à travers la publication *«Des précautions universelles»* Ces dernières sont à appliquer par tous les soignants, pour tous les patients, quel que soit leur statut sérologique, et lors de tout geste invasif. [21]

Selon la circulaire DGS/DH - N° 98/249 du 20 avril 1998, le chef d'établissement en concertation avec le CLIN, le médecin du travail et le CHSCT doit définir une stratégie de prévention [2]. Cette stratégie, intégrée dans une démarche d'amélioration des conditions de travail, doit tenir compte de l'impact des mesures préconisées sur la sécurité des patients et repose sur les dispositions suivantes:

1.3.1. La vaccination du personnel soignant

Pour toutes les personnes travaillant dans un établissement ou organisme (public ou privé) de prévention ou de soin, exposées à un risque de contamination, la loi de 1991 les oblige à la vaccination contre l'hépatite B. La vaccination contre la diphtérie et la poliomyélite est, quant à elle, de rigueur pour tout employé, exposé ou non. Ces obligations s'imposent également aux étudiants des filières de santé dont font partie les étudiants en maïeutique. [22] [23]

Le chef d'établissement est tenu de mettre à la disposition de son personnel les moyens nécessaires à sa vaccination et de s'assurer du respect de cette obligation. Depuis 2007, un contrôle obligatoire (selon la profession et la date de primo vaccination) des anticorps anti-Hbs post-vaccinaux a été instauré afin de dépister les « non-répondeurs » à la vaccination contre l'hépatite B. [24]

1.3.2. Le respect des précautions générales d'hygiène,

Les précautions standard sont à adopter par tous les soignants, auprès de tout patient quel que soit son statut infectieux et pour toute situation ou tout acte à risque (acte présentant un risque de contact et/ou de projection de sang ou d'autres produits biologiques sur peau lésée ou muqueuse). Elles permettent d'éviter la transmission croisée de micro-organismes : de patient à patient, de patient à soignant, de soignant à patient; assurant ainsi la sécurité de tous. [9] [2]

Les précautions standard portent sur 7 points essentiels, elles doivent être connues et respectées : le lavage et/ou désinfection des mains, le port de gants, tenue adéquate (lunettes, masques, surblouse), gestion du matériel souillé, nettoyage des surfaces souillées, transport des prélèvements biologiques, du linge et des matériels souillés. (annexe I)

1.3.3. L'utilisation d'un matériel adapté

Les dispositifs dits "de sécurité" sont apparus dans les établissements de santé vers 1992-1994. Ils permettent de diminuer le risque de survenue des AES en jouant un rôle barrière entre le produit à risque et le soignant. C'est un moyen de prévention complémentaire au respect des Précautions Standard d'hygiène.

Les dispositifs de sécurité rassemblent les dispositifs médicaux (DM), les Equipements de Protection Individuelle (EPI), ainsi que des dispositifs ne rentrant dans aucune de ces deux classes (collecteurs pour piquants/tranchants, destructeurs d'aiguilles).

Selon les recommandations du GERES, les dispositifs médicaux utilisés pour les actes invasifs doivent être choisis parmi ceux dont la sécurité a été démontrée.

D'après le décret du 4 mai 1994, il est de la responsabilité du directeur de chaque établissement de veiller à la mise en place des mesures de protection collective ou individuelle adaptées, en nombre et en qualité suffisantes. [25]

1.3.4. La prévention de l'exposition dans les blocs opératoires

Au bloc opératoire comme ailleurs, les règles d'hygiène de base sont de rigueur. Du fait de la spécificité du travail et de l'organisation, des mesures complémentaires doivent être envisagées en concertation avec les chirurgiens, les responsables paramédicaux du bloc opératoire, les personnels et le CLIN. Dans les locaux doit se trouver un cahier relevant précisément tous les AES survenus lors de chaque intervention (date, heure, nature et circonstance), ainsi que les règles d'hygiène et de prévention renforcées (tenue chirurgicale adaptée avec port de casaques ayant des propriétés barrière, port d'une double paire de gants, une protection large du visage avec visière).

1.3.5. La mise en place d'un dispositif de prise en charge des A.E.S

La loi oblige chaque directeur d'établissement de soins à avoir, au sein de ses services, un protocole clair et précis concernant la conduite à tenir après un AES [26]. La rapidité de la prise en charge post-AES permet la mise en place précoce d'un traitement prophylactique [27] (annexe II) en cas de contamination avérée du patient, conditionnant ainsi le pronostic; c'est donc une urgence médicale: le soin ou l'activité en cours doit être interrompue.

Le traitement post-exposition doit être réservé aux situations à risque identifiable de transmission VIH, il est à commencer dans les 4h suivant l'exposition (maximum 48h) et à prolonger pendant 28 jours. (Selon la circulaire du 13 mars 2008 relative aux recommandations de prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine). [28]

Afin d'agir au plus vite, tous les soignants doivent prendre connaissance de cette démarche lors de leur intégration : informations délivrées par le médecin du travail lors de l'embauche, explications par la cadre du service, lecture du protocole affiché en évidence dans le service. La conduite à tenir doit être adaptée en fonction des spécificités de chaque structure de soins, réactualisée si nécessaire, largement diffusée et affichée. (Annexe IV et V) [29]

Après la prise en charge rapide de l'AES, un médecin doit établir le certificat médical initial de constatation des blessures, qui sera ensuite transmis par l'agent au service administratif dans les 48h. Le médecin du travail doit également être contacté et informé de cet accident afin que soit rempli, si possible avec lui, un questionnaire anonyme détaillant les causes et les circonstances de l'accident. Selon l'évaluation du risque par le médecin, un traitement pourra être rapidement mis en place ainsi qu'un suivi sérologique (annexe III) dans les 8 jours, puis au 1^{er}, 3^{ème} et 6^{ème} mois post-accident. Protocole à suivre en cas d'AES, selon le C-CLIN du sud-ouest (annexe IV) et selon le CHRU de Brest (annexe V).

1.3.6. L'interprétation des données de la surveillance,

Il est important que le système de surveillance, de recensement et donc de déclaration des AES soit performant et correctement respecté afin que les analyses et les ajustements qui en découlent, soient les plus proches possible de la réalité du terrain. Elle repose sur une rétro-information par service des données et conditionne les prises de décisions futures permettant d'adapter la prévention des AES. Ce recueil permet également de suivre l'évolution du nombre d'AES et des circonstances de leur survenue, au sein de chaque service, de chaque établissement et au niveau national depuis 2003. [9]

1.3.7. L'information et la formation du personnel,

Pour lutter efficacement contre les AES, il est fondamental que le personnel soignant connaisse les risques encourus ainsi que les bonnes pratiques et les réflexes à adopter. Cette sensibilisation se fait via une formation initiale pour toutes les catégories professionnelles impliquées, mais également une information globale et régulière dans le cadre des formations continues (organisée en collaboration avec le CLIN, l'EOHH et le médecin du travail).

Dans ces démarches de prévention, l'implication et la collaboration des universités, des Instituts de Formation en Soins Infirmiers et des écoles est indispensable.

1.3.8. L'évaluation des actions entreprises.

La surveillance locale, comme nationale des AES, (possible grâce aux données annuelles rassemblées par chaque hôpital et transmis aux différents C-CLIN), permet de suivre leur évolution de façon précise et de connaître l'efficacité réelle des actions entreprises ainsi que les points de faiblesse à renforcer. Cette surveillance peut également

se faire à partir d'études de pratiques ou d'audits. Elle concerne alors les dispositifs médicaux de sécurité mis en place (utilisation et manipulation adéquates), le respect des précautions générales d'hygiène.

Le 19 août 2009 est parue une circulaire interministérielle (disponible sur NosoBase) concernant le Plan Stratégique National de Prévention des Infections Associées aux Soins (PSNPIAS) expliquant entre autre, le Programme national de Prévention des Infections Nosocomiales: le programme PROPIN. Ce programme national s'inscrit dans une volonté de poursuivre les progrès déjà effectués grâce au précédant programme de lutte contre les IN de 2005-2008. Le programme PROPIN, prévu sur cinq années (2009-2013), se décline à l'échelon national, régional et local par un renforcement des actions de prévention, de sensibilisation et de prise en charge des Infections Associées aux Soins et plus particulièrement des AES [30] [31]. Les objectifs de ce programme sont clairement posés afin de diminuer sensiblement l'incidence des AES et d'en améliorer la surveillance ainsi que la prise en charge:

«-En 2012, le taux d'incidence des AES pour 100 lits, aura diminué d'un quart globalement et par catégorie d'établissement [pour références: AES RAISIN 2008]

-En 2012, 100% des établissements assureront, avec la médecine du travail, la surveillance des AES survenant dans l'établissement et disposeront d'un protocole de prise en charge en urgence de personnels en cas d'AES.

-En 2012, 100% des établissements auront mis en place, avec la médecine du travail, une surveillance de la couverture vaccinale pour la grippe, la coqueluche, la rougeole et l'hépatite B.» [30]

Les objectifs quantifiés sont à atteindre pour 2012 et seront évalués en 2013.

1.4. EPIDEMIOLOGIE :

1.4.1. L'évaluation du risque:

Suite à un AES, le «médecin référent» recevant l'accidenté va définir et évaluer le risque réel encouru par la personne ainsi que les risques potentiels. Car si tout AES est potentiellement dangereux et à risque de transmission de pathogènes et donc de séroconversion professionnelle, plusieurs facteurs modulent ce risque : type d'exposition, profondeur de la blessure, volume de sang ou de produit inoculé, quantité de pathogènes présent chez le patient source, nature et caractère infectant du liquide biologique en cause,

virus incriminé [39] [15]. C'est en évaluant ce risque qu'un diagnostic pourra être avancé et qu'un traitement prophylactique pourra être mis en place (uniquement pour le VIH) ou un traitement antiviral. Seule la vaccination contre le virus de l'hépatite B existe à ce jour. Le risque de transmission concerne essentiellement le VIH, le VHB et le VHC mais d'autres transmissions de pathogènes tels que le paludisme, la syphilis, les fièvres hémorragiques ont également été documentés. [15]

Virus	Taux de transmission après un accident percutané	Taux de transmission après exposition cutanéomuqueuse	Nombre d'infection présumé chez les soignants	Nombre de séroconversion chez les soignants
VIH	0,3 %	0,03%	35	14
VHC	0,5-3%	?	/	65
VHB	30%	?	/	0

Tableau n°1 : Epidémiologie et évaluation des risques après un AES (selon les données au 31 décembre 2009 d'après l'InVs)

1.4.2. Au niveau national

Les données épidémiologiques nationales concernant le nombre d'AES ainsi que leur contexte de survenue, ne sont connues que depuis une dizaine d'année grâce à la méthodologie du RAISIN mis en place fin 2001 et validée en 2002.

Depuis 2003, chaque année, les résultats annuels provenant de la collecte des données des établissements de l'inter-région de chaque C-CLIN permettent un suivi de l'évolution des AES. Les dernières données nationales sont celles de 2009:

Entre le 1er janvier et le 31 décembre 2009, 16 472 AES ont été recensés en France dans 728 établissements de santé (336 publics, 116 PSPH et 276 privés), d'après les résultats du RAISIN, en collaboration avec le GERES et l'InVS [3].

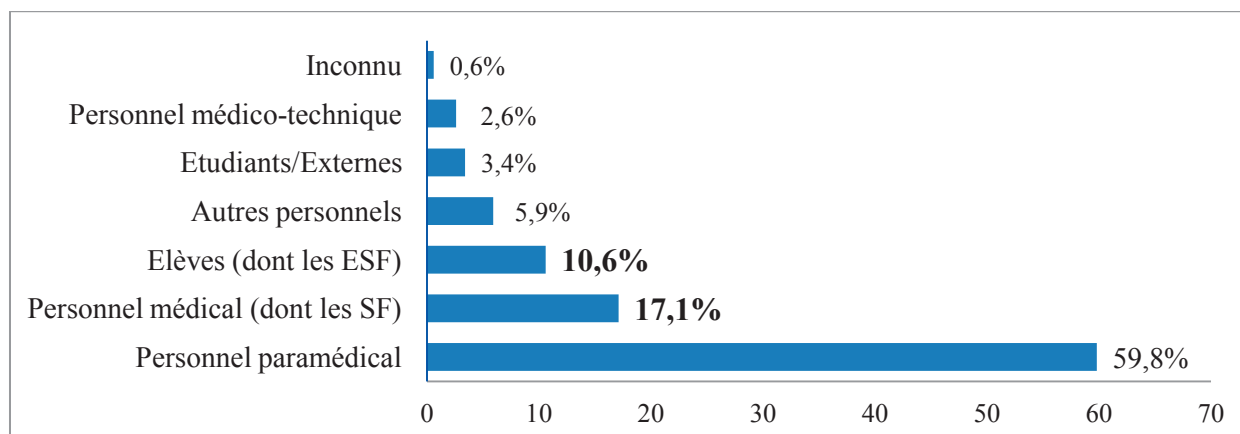


Figure n°2 : Répartitions par catégories professionnelles des AES nationaux de 2009.

Le risque d'AES concerne l'ensemble des soignants, cependant on observe d'après la figure 1 que le personnel paramédical rassemble 59,8% des AES à lui seul. Ce nombre important d'AES pourrait s'expliquer par une représentation importante des IDE dans le secteur hospitalier et par le nombre élevé de gestes techniques et à risque qu'ils réalisent au quotidien. Vient ensuite le personnel médical (médecins, chirurgiens, anesthésistes réanimateurs, internes, dentistes, biologistes, pharmaciens) dont font partie les SF avec 17,1% des AES annuels puis les élèves (infirmiers, manipulateurs radio, IADE, IBODE, laborantins) dont font partie les ESF avec 10,6% .

Parmi le personnel médical, 13,4% des AES sont déclarés par les SF, soit 2,3% de l'ensemble des AES déclarés durant cette année. En plus des actes médicaux et chirurgicaux, les SF effectuent beaucoup d'actes infirmiers.

Parmi l'ensemble des élèves (dont font partie les ESF), 6% de ces AES ont été déclarés par des ESF, soit 0,6% de l'ensemble des AES déclarés.

La spécialité de gynécologie-obstétrique dénombre 4,3% des AES annuels et se place, en 2009 à la 6^{ème} place derrière les services de médecine, le bloc chirurgical, la chirurgie, les urgences et la réanimation : services à risques accru d'AES également.

Concernant la fréquence des AES selon leur nature, plus des 3/4 surviennent par accident per cutané, c'est-à-dire par piqûres ou coupures (respectivement 69,6% et 10%), dont la plupart sont superficielles et ce quelle que soit la catégorie professionnelle.

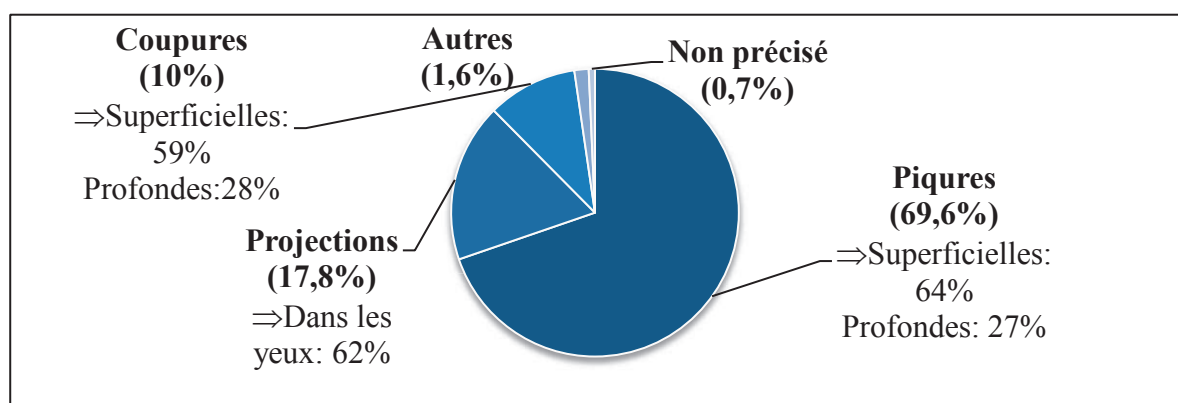


Figure n°3: Fréquence des AES nationaux de 2009 selon leur nature.

On peut noter également que dans 56,3% des cas, l'AES survient dans les deux premières années qui suivent la prise de fonction dans le service: le changement et/ou le manque d'expérience pourrait être un facteur de risque d'AES. [3]

a) **Chez les sages-femmes :**

Il n'y a que peu d'études spécifiques aux AES dans le milieu de l'obstétrique et plus particulièrement des risques auxquels sont exposés les SF et ESF. Il existe donc peu de données de surveillance «au long cours» mises à part les enquêtes ponctuelles via les observations et les questionnaires. En effet, de par leur activité mixte, chirurgicale (épisiotomies, sutures, accouchements) et médicale (pose de perfusions, injections, prélèvements), on ne peut comparer leur exposition ni à celle des chirurgiens, ni à celle des infirmières.

Une description plus ciblée des AES chez les SF et étudiants a cependant été menée en 2003 (publication en 2006) suite au recueil des données nationales par le RAISIN [5]. Sur l'ensemble des AES déclarés cette année-là, 1,6% concernait les SF soit 12,4% des AES des professions médicales.

La répartition des AES pour les SF se définit comme suit: 68% d'AES par piqûres, 6% par coupures et 26% par projections. Par rapport aux autres professions il y a significativement ($p < 0,001$) plus de projections: 26% vs 13,5% et moins de coupures 5,9% vs 10,6%, ainsi que de piqûres: 68% vs 75,9%. [5]

En effet les AES les plus fréquents chez les sages-femmes sont: les piqûres lors des réfections de déchirures périnéales ou épisiotomies, les projections de liquide biologique ou de sang lors de l'accouchement (55% sont des projections oculaires et 21% des projections au visage) et enfin les piqûres/coupures lors de manipulations d'objets souillés. Malgré une large diffusion des précautions standard auprès des équipes soignantes, l'étude rapporte qu'aucune SF ne portait de lunettes ou de masque avec visière lors de l'AES par projection pendant l'accouchement. [5]

La majorité des AES déclarés par les SF ont lieu en salle de travail (51%), dans la chambre de la patiente (21%), au bloc opératoire (11%), au poste de soins (6%) ou en consultations (3%)

L'âge moyen des SF accidentées semble être significativement ($p < 0,001$) inférieur à l'âge moyen des autres personnels accidentés. Les résultats montrent que 62% des AES signalés l'ont été par des SF ayant moins de 5 ans d'ancienneté, tendance retrouvée également dans l'étude de Kurumatani et al. où l'incidence des AES est multipliée par 2 ou 3 chez les sages-femmes travaillant depuis moins de cinq ans. [43]

b) **Chez les étudiants sages-femmes :**

Chez les ESF aussi le risque d'AES est une réalité. Une part importante des études étant consacrée aux stages, sur le terrain, le contexte d'urgence se rajoute souvent à l'inexpérience et aux difficultés d'apprentissage. En effet d'après l'étude de surveillance des AES en 2003 [5], sur l'ensemble des AES, ceux déclarés par les ESF représentaient 0,8% soit environ un tiers de la totalité des AES déclarés par les SF. Cette proportion est significativement plus importante ($p < 0,001$) que la proportion d'AES déclarés par les élèves infirmières parmi les infirmières (17%). [5]

Une étude plus récente du C-CLIN de l'ouest, en 2011 [33], rapporte qu'un AES sur 10 concerne un élève. Cependant même si depuis 2005, l'incidence des AES chez les élèves (2,5 pour 100 élèves en moyenne) a significativement diminué passant de 3,2% à 1,7% en 2011, le taux d'AES évitable reste important (40,9%). [33]

1.4.3. Au CHRU de Brest :

a) **Chez les sages-femmes :**

Sur le site de Brest, la médecine du travail assure le recueil et la surveillance des AES survenus chaque année au CHRU.

Pour l'année 2008, 276 AES ont été recensés, dont 44 concernant la profession médicale et plus précisément 6 pour les SF [34]. En 2009, 2010 et 2011 le nombre d'AES déclarés par les SF est respectivement de 3, 6 et 1.

Année	2008	2009	2010	2011
Profession médicale :				
Médecins	8	3	8	4
Chirurgiens	2	7	2	10
<u>sages-femmes</u>	<u>6</u>	<u>3</u>	<u>6</u>	<u>1</u>
Anesthésistes/Réanimateur	5	2	5	6
Biologistes	1	/	1	/
Internes	20	33	20	37
Dentistes	2	/	2	2
TOTAL	44/276	48/265	44/239	60/295

Figure n°4: Répartition et évolution par année des AES survenus au CHRU de Brest pour chaque profession médicale.

Malgré les risques inhérents à la profession de SF que nous avons évoqués, en 2011, seulement 1 accident d'exposition au sang a été déclaré par une des 44 SF travaillant au CHRU de Brest.

b) **Chez les étudiant(e)s sages-femmes :**

Concernant les ESF brestois, les chiffres semblent être relativement stables voire en légère baisse depuis 2008 : 2 AES ont été déclarés en 2011 contre 3 en 2010 et 4 en 2008 et 2009. L'école de sages-femmes de Brest compte 93 étudiants répartis en quatre promotions.

Année Étudiants/élèves :	2008	2009	2010	2011
Elèves infirmières	28	24	16	16
<u>Etudiants sages-femmes</u>	<u>4</u>	<u>4</u>	<u>3</u>	<u>2</u>
Elèves manipulatrice radio.	3	2	2	4
Elèves I.B.O.D.E	1	2	2	1
Elèves I.A.D.E.	0	0	0	1
Etudiants hospitalier	5	12	6	8
Etudiants en odontologie	6	4	7	12
<u>TOTAL</u>	47/276	48/265	36/239	44/295

Figure n°5: Répartition et évolution de la déclaration des AES chez les élèves et étudiants brestois.

1.5. PROBLEMATIQUE :

La majorité des études concerne les circonstances, la nature ou encore l'évolution des AES. Ces résultats reposent sur les AES déclarés officiellement à la médecine du travail par l'ensemble des professionnels de santé. Quelques études ont été menées plus précisément chez les sages-femmes, et bien qu'il soit largement admis que ces dernières soient particulièrement exposées au risque d'AES, la dernière étude nationale de 2009 concernant la surveillance des AES [3], révèle que seulement 2,3% des AES concerneraient les sages-femmes. Se pose alors la question de la sous déclaration.

La littérature dénonce en effet une sous déclaration générale des AES pour l'ensemble des professionnels de santé. Cette sous déclaration a même été évaluée en 2009 à près de 70% [4]; une étude du GERES avait déjà rapporté des tendances similaires en 1993 [35].

Concernant plus spécifiquement les SF, une étude rétrospective menée par Burk et al, auprès de 380 SF sur une période de six mois [36], a montré que 54% d'entre elles révélaient ne pas avoir déclaré leur(s) AES. La principale raison de cette non déclaration était « le sentiment d'inutilité » de cette démarche ainsi que « le temps nécessaire » à celle-ci. Malgré une bonne connaissance des démarches à entreprendre suite à un AES, 69% des SF sous-estimeraient le risque de transmission de l'hépatite B et 36% du VIH. [36]

Dans un premier temps, nous avons émis l'hypothèse que les AES des sages-femmes et des étudiants sages-femmes du CHRU et de l'école de Brest seraient également sous déclarés. Dans le cas où cette hypothèse serait confirmée, l'objectif de cette enquête est de dégager une tendance concernant les accidentés non déclarants (âge et ancienneté lors de l'accident, raisons de non déclaration, degrés d'utilisation des précautions standard, notion de risque, peur suite à un AES, connaissances personnelles) ainsi que les AES non déclarés (nature, année de survenue, contexte, raisons).

2. ETUDE

2.1. Méthode

C'est une étude descriptive rétrospective menée sur la population des SF et ESF du CHRU et de l'école de Brest. Les données concernant cette population ont été recueillies auprès de la médecine du travail et à partir d'un questionnaire anonyme. (Annexe VI).

Pour les étudiants, les questionnaires ont été distribués dans les promotions de deuxième année de première phase (SF3), de première et deuxième année de deuxième phase (SF4 et SF5) au mois de juin 2012.

Pour les sages-femmes, le questionnaire leur a été personnellement adressé dans chaque service. Le retour de ces questionnaires s'est fait par courrier interne à l'école de sages-femmes sur la période du 15 juin au 15 août 2012.

Les bilans de la surveillance annuelle des AES sur le site du de Brest allant de 2008 à 2011, nous ont été transmis par la médecine du travail afin que les chiffres puissent être comparés avec les résultats de l'enquête chez les sages-femmes.

Un questionnaire «test» a été distribué avant sa diffusion à deux SF, trois ESF et deux infirmières hygiénistes pour vérifier la pertinence et la compréhension des questions et réponses proposées. Aucune modification n'a été nécessaire.

2.2. Critères d'exclusion/d'inclusion

L'enquête concerne l'ensemble des étudiants sages-femmes de 3^{ème}, 4^{ème} et 5^{ème} années. Les étudiants en science de la maïeutique de 2^{ème} année (SMa2) ont été volontairement exclus de l'enquête du fait de la diminution importante de leur nombre de stage notamment dans les services d'obstétrique.

L'enquête concerne également l'ensemble des 44 sages-femmes du CHRU. Le questionnaire a été distribué à 41 sages-femmes, 3 SF étant indisponibles en congé maternité ou maladie prolongé.

Afin de différencier les SF des ESF, l'analyse des données s'est faite séparément.

2.3. Critères étudiés

A travers les dix questions de l'enquête nous avons tenté de documenter les AES eux-mêmes (nombre, nature, année, circonstances, lieu, contexte) ainsi que les accidentés (leurs connaissances, expérience/ancienneté, ressenti après l'AES, habitudes de travail, année d'étude/de diplôme) et surtout la démarche de déclaration de ces AES et les raisons d'une éventuelle non-déclaration. Les réponses ont été formulées sous forme de propositions avec la possibilité d'ajouts des commentaires ou de précisions. Les propositions de réponses ont été présentées selon une échelle croissante afin de moduler les réponses.

3. RESULTATS ET ANALYSE :

3.1. Chez les étudiants sages-femmes de Brest :

La participation à l'enquête est de 67/69 étudiants SF soit 97% de réponses.

29/67 ESF auraient présenté un ou plusieurs AES depuis le début de leurs études, soit environ 43% des étudiants interrogés. Dans la majorité des cas le nombre d'AES par personne accidentée se limite à un seul accident.

Le nombre total d'AES répertoriés par l'enquête est de 40 AES.

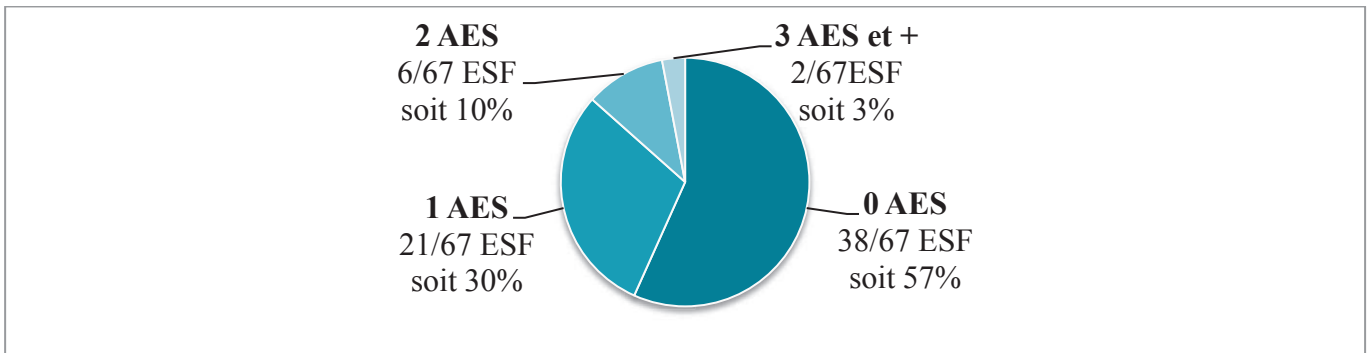


Figure n°6 : Fréquence des AES selon les ESF de Brest durant l'ensemble de leurs études.

a) Une sous-déclaration

Sur les 29 ESF accidentés, la plus grande majorité annonce n'avoir jamais déclaré leur(s) AES au cours de leurs études, soit 18/29 ESF accidentés non déclarants; contre 9/29 ESF annonçant le(s) avoir systématiquement déclaré(s).

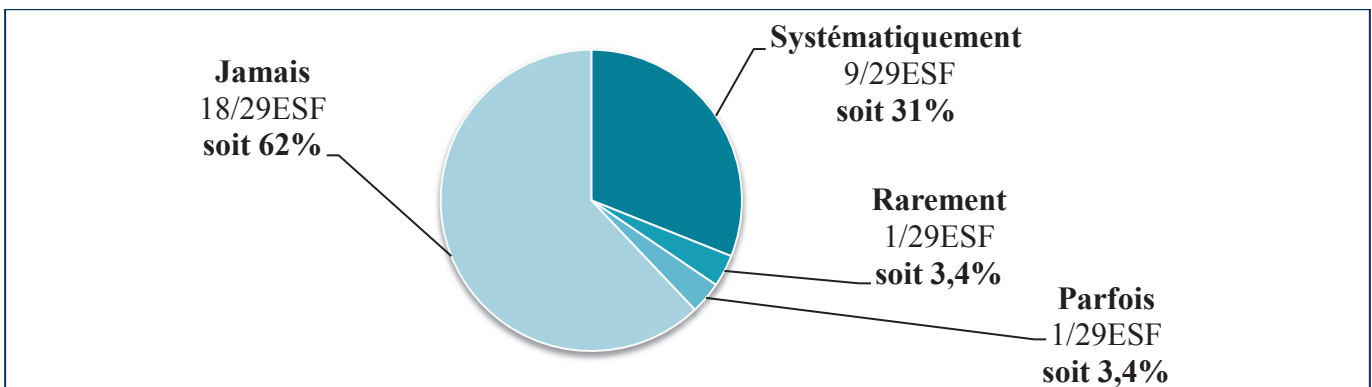


Figure n°7 : Fréquence de la déclaration des AES selon les ESF accidentés interrogés.

Voyons la répartition des 40 AES relevés par notre étude selon leur déclaration à la médecine du travail et selon leur année de survenue chez les ESF de Brest.

Année \ Nombre d'AES	Total	Déclarés	Non déclarés
2009	7/40	4	3
2010	10/40	3	7
2011	13/40	4	9
2012	8/40	1	7
Non renseigné	2/40	/	/

Figure n°8: AES déclarés/non-déclarés par année selon les ESF accidentés

D'après les réponses des ESF accidentés interrogés, en observant pour chaque année la répartition des AES selon leurs déclarations, il semble que le taux d'AES non déclarés pour les années 2010, 2011 et 2012 soit le plus important. Cette proportion est légèrement inversée en 2009.

Il y aurait donc une tendance à la sous-déclaration des AES chez les ESF de Brest entre 2010 et 2012.

b) Les raisons évoquées

Les deux raisons principales de non déclaration seraient pour 11 des 20 ESF accidentés non déclarants: «une procédure post-accident trop pénible, trop lourde à suivre» (sérologies à prélever sur plusieurs mois) et des «sérologies négatives» concernant la parturiente (renseignées dans le dossier médical).

Seraient évoqués ensuite, pour 8/20 ESF, «une démarche administrative de déclaration trop complexe» (médecin à contacter pour faire signer le certificat d'accident, fiche de déclaration d'accident à renseigner puis à transmettre à la médecine du travail) puis «une culpabilité professionnelle» face à ces AES pour 6/20 ESF ainsi qu'un «doute sur l'AES en lui-même». (exemple: les muqueuses ont-elles été contaminées par une projection de liquide amniotique lors de l'accouchement, ou encore l'aiguille a-t-elle perforé la peau?) «L'accident minimisé» ainsi que la «surcharge de travail» seraient évoqués par 4/20ESF. Pour 2/20 ESF, la non déclaration d'un AES serait en lien avec la «méconnaissance de la procédure à suivre en cas d'AES».

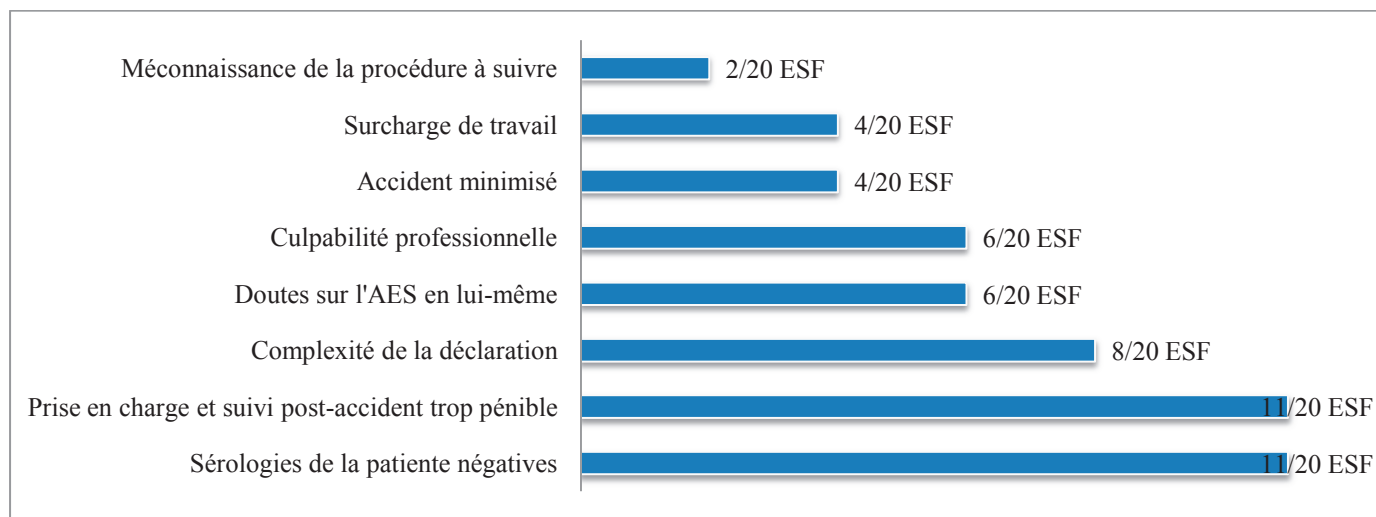


Figure n°9: Raisons de non déclaration évoquées par les ESF accidentés non déclarants.

D'autres raisons comme: « la méconnaissance des risques encourus suite à un AES » ou encore « l'oubli de déclaration » avaient été proposés comme réponses mais elles n'ont pas été retenues. Personne n'a rajouté ou complété les réponses proposées.

Nous nous sommes demandé si la notion de danger suite à un AES, pouvait influencer ou non la personne à déclarer son accident: les accidentés déclarent-ils plus leurs AES lorsqu'ils se sentent potentiellement en danger ?

Parmi les 5 ESF accidentés annonçant se sentir « souvent » en danger suite à un AES, 3 ne les auraient pas déclarés à la médecine du travail. De même 8 des 13 ESF accidentés se sentant « parfois » en danger après un AES ne les auraient pas déclarés, et 5 des 7 ESF accidentés se sentant « rarement » en danger. Enfin, parmi les 4 ESF annonçant ne « jamais » ressentir la sensation de danger après un AES, 1 personne n'aurait pas déclaré son AES. Personne n'a répondu se sentir « toujours/très souvent » en danger suite à un AES.

Sensation de danger \ Nombre d'ESF	Accidentés	Déclarants	Non déclarants
	Souvent	5/29	2
Parfois	13/29	5	8
Rarement	7/29	2	5
Jamais	4/29	3	1

Figure n°10 : ESF accidentés déclarants/non déclarants en fonction de la sensation de danger suite à un AES.

Il semble que l'attitude de non-déclaration soit majoritaire chez les ESF se sentant «souvent», «parfois» ou «rarement» en danger après un AES. Et de façon contradictoire, il semble que la déclaration soit majoritaire lorsque les ESF estiment ne «jamais» se sentir en danger après un AES.

La sensation de danger, indissociable de la notion de risque, semble donc être indépendante de la démarche de déclaration des AES chez les ESF.

c) Les étudiants non déclarants

12 des 40 AES relevés par l'étude auraient eu lieu lorsque l'étudiant(e) se trouvait en deuxième année, (première année de première phase : ESF2), 16 en troisième année (ESF3), 7 en quatrième année (ESF4) et 5 en dernière année (ESF5).

La déclaration de ces AES à la médecine du travail semble suivre cette même évolution : 4 des 12 AES de ESF2 n'auraient pas été déclarés, 10 des 16 AES de ESF3, 4 des 7 AES de ESF4 et 3 des 5 AES de ESF5.

Année de formation \ Nombre d'AES	Total	Déclarés	Non déclarés
SF2	12/40	8	4
SF3	16/40	6	10
SF4	7/40	3	4
SF5	5/40	2	3

Figure n°11: AES déclarés/non déclarés en fonction de l'année de formation au moment de l'accident, selon les ESF accidentés.

On observerait donc une tendance à la diminution du nombre global d'AES ainsi que du taux d'AES déclarés, chez les ESF du CHRU de Brest à partir de la troisième année d'étude. C'est en SF3 que commencent les nombreux stages en salles de naissances, maternité et autres lieux spécifiques de l'obstétrique (les stages de SF2 sont des stages infirmiers se déroulant, pour la grande majorité, dans les différents services des hôpitaux) de formation: l'apprentissage et l'inexpérience pourraient expliquer le nombre plus important d'AES concernant les ESF3.

La totalité des étudiants déclarent avoir été, au cours de leur formation initiale, sensibilisés et informés sur le problème des AES : déclaration, procédure, conduite à tenir. Une feuille récapitulant la bonne marche à suivre est présente dans chaque livret de stage (Annexe VII). 4/67 ESF auraient bénéficié d'une information orale complémentaire par un professionnel de santé (cadre de service, responsable d'hygiène, SF), 4/67 ESF auprès d'une campagne de prévention et 4/67 ESF à travers une formation spécifique.

Voyons maintenant si l'application des précautions standard (masque, gants, lunettes, collecteur à proximité, aiguilles sécurisées) pourrait se traduire par une meilleure déclaration. Un AES survenant en l'absence des précautions standard aurait-il plus tendance à être non déclaré?

Parmi les 16 ESF accidentés appliquant «la totalité des précautions standard» lors de l'AES, 9 d'entre eux ne les auraient pas déclarés à la médecine du travail. Pour les 9 ESF accidentés appliquant «partiellement les précautions standard» ce taux serait de 5/9 ESF. Et pour les 4 ESF accidentés n'appliquant «aucune précaution standard» lors de l'AES, aucun n'aurait été déclarant.

Nombre d'ESF Application des précautions standard	Accidentés	Déclarants	Non déclarants
Totale	16/29	7	9
Partielle	9/29	4	5
Absence	4/29	0	4

Figure n°12: ESF déclarants/non déclarants en fonction du degré d'application des précautions standard.

Les lunettes de protections ou visières étaient absentes dans tous les cas d'AES par projections lors d'un accouchement.

d) Les AES non déclarés

Les sages-femmes comme les étudiants effectuent des gardes de douze heures aussi bien de jour que de nuit. Voyons si les AES survenant la nuit auraient tendance à être moins déclarés que ceux survenant le jour.

21/40 AES auraient eu lieu de jour (soit 52%) tandis que 14/40AES auraient eu lieu de nuit (soit 35%), (5/40 AES non renseignés)

12/21 AES de jour n'auraient pas été déclarés à la médecine du travail contre 8/14 AES de nuit.

Nombre d'AES Période	Total	Déclarés	Non déclarés
Jour	21/40	9	12
Nuit	14/40	6	8
Non renseigné	5/40	/	/

Figure n°13: AES déclarés/non déclarés selon leur période de survenu, selon les ESF accidentés de Brest.

La proportion de déclaration et de non déclaration semble être identique pour les AES survenus de nuit comme de jour: le type de garde (jour ou nuit) n'influerait donc pas sur la déclaration des ESF brestois.

La majorité des 40 AES recensés chez les ESF semble être représentée par les piqûres avec 20/40AES puis par les projections (14/40AES) et les coupures (3/40AES).

Sur les 20 AES par piqûre, 12 n'auraient pas été déclarés à la médecine du travail; concernant les AES par projections ce taux serait de 10/14 et pour les coupures de 1/3.

Nombre d'AES Nature des AES	Total	Déclarés	Non déclarés	Non renseigné
Piqûres	20/40	8	12	/
Projections	14/40	2	10	2
Coupures	3/40	2	1	/
Non renseignés	3/40	/	/	/

Figure n°14 : Proportion des AES déclarés/non déclarés en fonction de leur nature selon les ESF accidentés

Les AES par piqûres semblent être majoritaires, toutefois le taux de non déclaration semble être plus important pour les AES par projections.

3.2. Chez les sages-femmes de Brest

La participation des SF du CHRU de Brest à l'enquête est de 33/41 SF: soit 80,5%. Le nombre total d'AES recensé par l'enquête pour les SF est de 48.

22 d'entre elles auraient déjà été accidentées une ou plusieurs fois depuis le début de leur carrière, à Brest ou ailleurs; soit 2/3 des SF interrogées. Pour la majorité des SF accidentées, le nombre d'AES est de 1 ou 2: respectivement pour 7/33 SF et 8/33 SF.

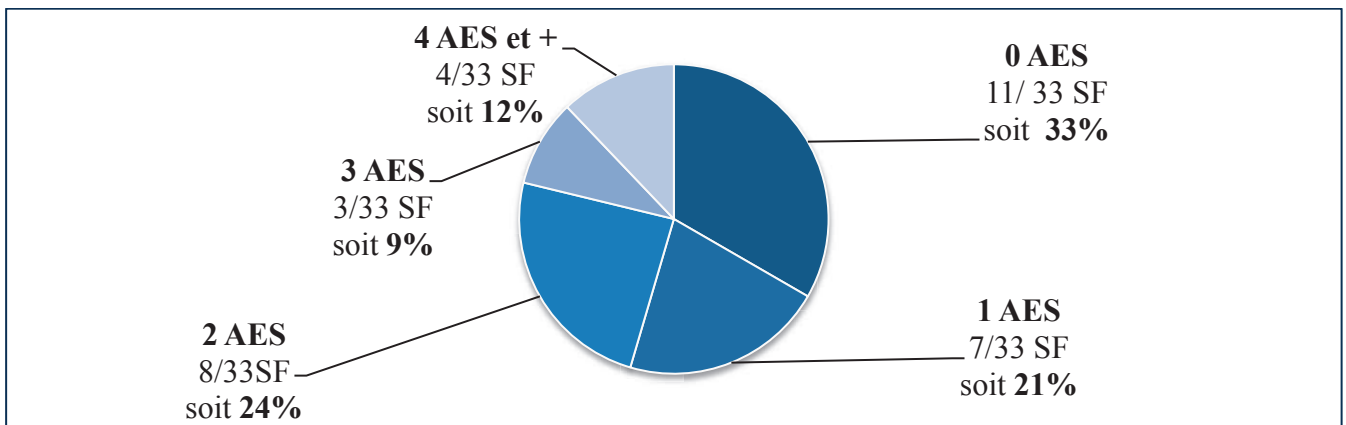


Figure n°15: Fréquence des AES selon les SF de Brest depuis le début de leur carrière, survenue à Brest ou ailleurs.

Selon le parcours professionnel et l'ancienneté de chaque SF, tous ces AES n'ont pas forcément eu lieu à l'hôpital Morvan: seuls les AES de 2008 à 2011, survenus au CHRU de Brest seront comparés aux chiffres de la médecine du travail.

a) Une sous déclaration

Sur les 22 SF accidentées, 10 d'entre elles auraient «systématiquement» déclaré leurs AES à la médecine du travail, contre 6/22 SF accidentées affirmant les avoir «parfois» déclarés, 4/22 SF «rarement» et 2/22 SF «jamais».

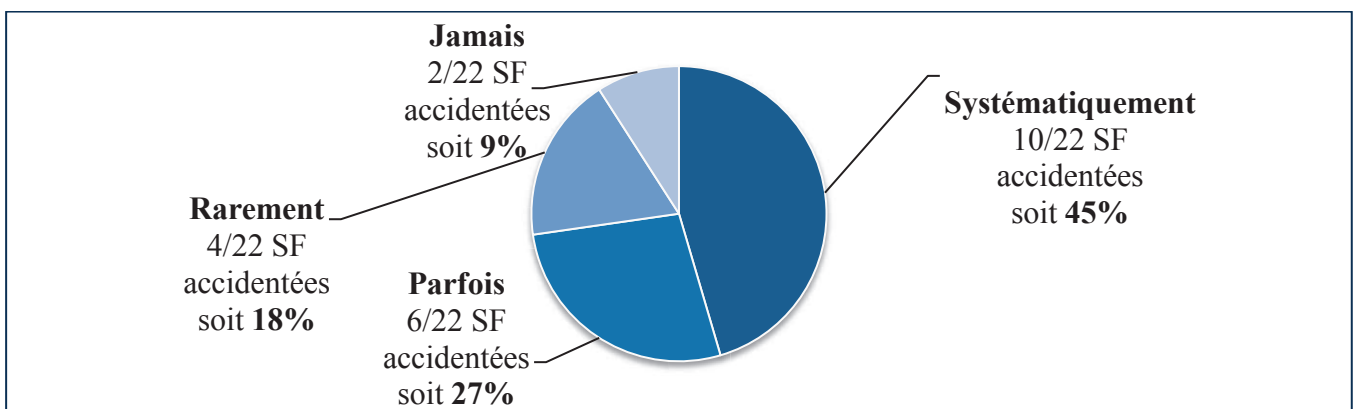


Figure n°16: Fréquence de la déclaration des AES selon les SF interrogées.

Contrairement aux étudiants, les SF auraient tendance à déclarer de façon plus systématique leurs AES. Tandis que les étudiants semblent à 62% ne jamais les déclarer, les sages-femmes ne seraient que 9% (et 18% que rarement).

Connaissant l'année de survenue des AES, ainsi que l'ancienneté de chaque SF au CHRU de Brest, comparons le nombre annuel d'AES qui seraient survenus au CHRU entre 2008 et 2011, avec les chiffres officiels de la médecine du travail.

Comme le montre le tableau n°17, en 2008 alors que la médecine du travail dénombre 6 AES chez les SF de Brest, l'enquête en aurait relevé 7 : 1 AES n'aurait donc pas été déclaré. En 2009, la non déclaration serait de 3/6 AES, en 2010 : 2/8 AES. Et enfin en 2011, la médecine du travail relève 1 AES et l'enquête 2, soit un AES qui n'aurait pas été déclarés.

Année	2008	2009	2010	2011
AES relevés par :				
La médecine du travail (déclaration officielle)	6	3	6	1
Questionnaires anonymes	7	6	8	2
AES non déclarés	<u>1</u>	<u>3</u>	<u>2</u>	<u>1</u>

Figure n°17: AES chez les SF, déclarés à la médecine du travail ou ceux relevés par l'enquête.

Il semble que depuis 2008, bien que la majorité des AES soit déclaré par les SF du CHRU de Brest, un petit nombre d'AES non déclarés persiste encore.

b) Les raisons évoquées

Sur les 12 SF accidentées non déclarantes, le plus grand nombre (8/12 d'entre elles) invoqueraient «la longueur et la pénibilité de la prise en charge post accident» puis pour 7/12 «la négativité des sérologies de la parturiente» et «la complexité de la déclaration en elle-même» (pour 5/12 SF accidentées). «La surcharge de travail» semble être également un frein à la déclaration pour 4/12 SF, et enfin l'accident serait «minimisé» et donc non déclaré pour 3/12 SF.

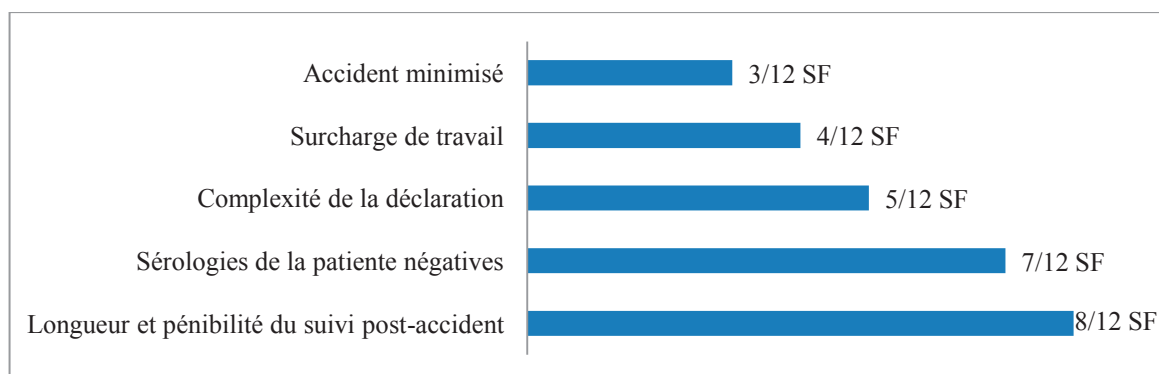


Figure n°18: Raisons de non déclaration des AES à la médecine du travail selon 12 SF accidentées non déclarantes.

Comme le montre le tableau n°19, les SF déclarant se sentir «rarement en danger» après un AES auraient plus tendance à ne pas les déclarer contrairement au SF se sentant «parfois en danger»: 5/8 SF contre 4/10 SF. Concernant les SF se sentant «souvent en danger» après un AES, la proportion de déclaration et de non déclaration semble être la même.

Aucune SF n'a répondu se sentir «toujours/très souvent» ou «jamais» en danger après un AES.

Nombre de SF Sensation de danger	Accidentées	Déclarantes	Non déclarantes
Rarement	8/22	3	5
Parfois	10/22	6	4
Souvent	4/22	2	2

Figure n°19: Proportion de SF accidentées déclarantes/non déclarantes en fonction de la sensation de danger ressentie suite à un AES.

Il semble donc que la sensation de danger suite à un AES n'influerait pas ou peu le taux de déclaration des sages-femmes de Brest interrogées.

c) Les sages-femmes non déclarantes

On observe d'après les résultats du tableau n°19, une tendance plus importante d'AES chez les SF diplômées depuis 1-2ans (10/48 AES recensés) et d'une manière plus générale depuis moins de 5ans: 19/48 AES recensés.

Ancienneté des SF lors de l'AES Nombre d' :	1-2 ans	3-5 ans	6-10 ans	11-15 ans	15-25 ans	26ans et +	Non renseigné	Total
AES	10	9	7	4	4	3	11	48

Figure n°20: Répartition des 48AES relevés par l'étude selon l'ancienneté des SF accidentées interrogées.

Voyons si l'ancienneté des SF accidentées pourrait influencer les démarches de déclarations.

Comme le montre le tableau n°21, sur les 5 SF accidentées diplômées depuis moins de 5ans, toutes annoncent avoir déclaré systématiquement leurs AES. Parmi les 7 SF accidentées diplômées depuis 6 à 15 ans, 6 d'entre elles n'auraient pas déclaré leurs AES ou très rarement. Et enfin pour les 7 SF accidentées diplômées depuis plus de 15 ans, 5 d'entre elles annoncent ne pas avoir déclaré leurs AES.

Nombre de SF Ancienneté des SF lors de l'AES	Accidentées	Déclarantes	Non déclarantes
< 5ans	5/22	5	0
6-15ans	7/22	1	6
15ans et +	7/22	2	5
Non renseigné	3/22	/	/

Figure n°21: SF accidentées déclarantes/ non déclarantes en fonction de leur ancienneté.

Ces résultats semblent montrer une tendance à la déclaration des AES plus importante chez les sages-femmes diplômées depuis moins de 5ans par rapport à celles, plus expérimentées ayant obtenu leur diplôme depuis plus de 5ans.

Parmi les 33 SF brestoises à avoir répondu, 26 d'entre elles déclarent avoir été sensibilisées à la réalité des AES (soit 78,8%):

Pour 18 SF cette information s'est faite, durant leur formation initiale (exclusivement pour 11 d'entre elles). 8 SF déclarent avoir été sensibilisées lors d'une formation continue, pour 5 SF lors de la diffusion d'une campagne de prévention et pour 3 SF par d'autres moyens non explicités. Pour 8 SF ayant été sensibilisé aux AES, cette prévention ne s'est pas faite dans le cadre de leur formation initiale mais plus tard par l'un des moyens cité ci-dessus. 4 SF déclarent ne jamais avoir été sensibilisées aux AES. (3 SF: non renseigné)

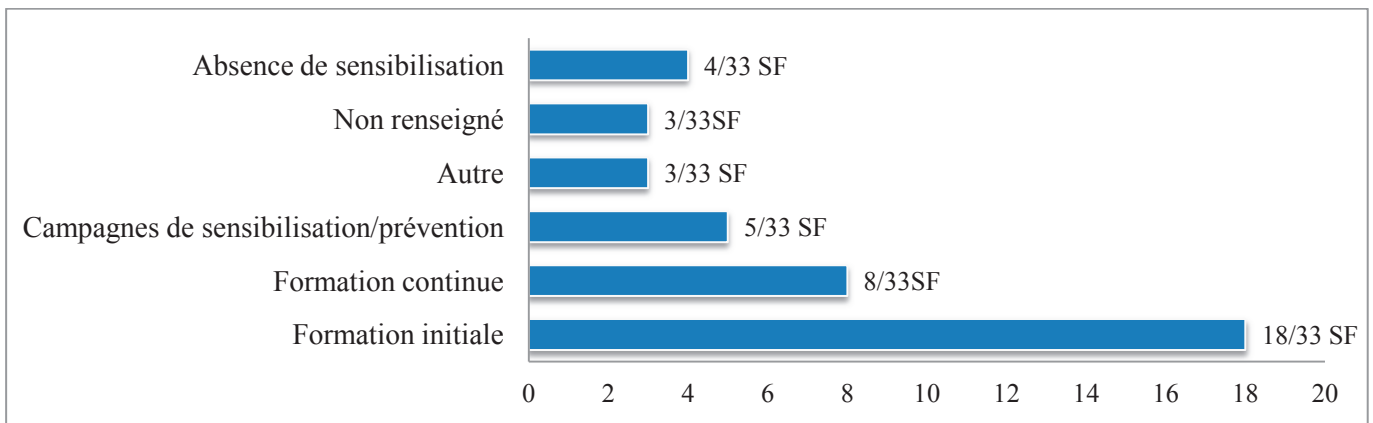


Figure n°22 : Moyens de sensibilisations aux AES selon les SF interrogées.

Sur les 8 SF accidentées annonçant appliquer «la totalité» des précautions standard (gants, lunettes de protections, masque, conteneur à proximité) lors de l’AES, 2 d’entre elles ne l’aurait pas déclaré. Cette proportion de non déclaration est de 6/10 SF pour celles utilisant seulement «en partie» le matériel de sécurité lors de l’AES et de 3/4 SF pour celles n’appliquant «pas du tout» les précautions standard.

Application des précaution standard \ Nombre de SF	Accidentées	Déclarantes	Non déclarantes
	Totale	8/22	6
En partie	10/22	4	6
Pas du tout	4/22	1	3

Figure n°23: Proportion de SF accidentées déclarantes/non déclarante en fonction du degré d’utilisation du matériel de sécurité.

Il semble que les SF accidentées, malgré l’application des précautions standard, auraient plus tendance à déclarer leurs AES que les SF n’utilisant qu’en partie ou pas du tout le matériel de sécurité.

d) Les AES non déclarés

Sur l'ensemble des AES des SF de Brest recensés par l'enquête, 21/48 AES auraient eu lieu de jour tandis que 17/48 AES auraient eu lieu de nuit, (10/48 AES non renseignés)

6/21 AES de jour n'auraient pas été déclarés à la médecine du travail contre 10/17 AES de nuit : il semble donc que les AES survenant la nuit auraient tendance à être moins déclarés par les SF que ceux survenus le jour.

Nombre d'AES Période	Total	Déclarés	Non déclarés
Jour	21/48	15	6
Nuit	17/48	7	10
Non renseigné	10/48	/	/

Figure n°24 : AES déclarés/non-déclarés en fonction de leurs période de survenue: jour vs nuit selon les SF accidentées.

Concernant la nature des AES, sur les 48 AES recensés chez les SF de Brest, la majorité semble être représentée par les piqûres avec 30/48AES (soit 62,5%) puis les projections: 16/48 AES (soit 33,3%) et les coupures: 2/48AES (soit 4%) (3/48 AES sont non renseignés soit 6,2%).

Sur les 30 AES par piqûres, 10 n'auraient pas été déclarés à la médecine du travail, pour les AES par projections le taux de non déclaration serait de: 11/16 AES et concernant les 2 AES par coupures, tous semble avoir été déclarés.

Nombre d'AES Nature des AES	Total	Déclarés	Non déclarés	Non renseigné
Piqûres	30/48	15	10	5
Projections	16/48	5	11	/
Coupures	2/48	2	0	/
Non renseignés	3/48	/	/	/

Figure n°25: Proportion des AES déclarés/non déclarés selon leur nature chez les SF accidentées.

Il semble donc, que le type d'AES le moins déclaré à la médecine du travail par les SF de Brest par rapport à sa fréquence de survenue, soit l'AES par projection.

4. DISCUSSION :

4.1. Evaluation de la méthode

Une enquête sous forme de questionnaires anonymes s'est avérée être la méthode la plus adéquate malgré les limites de cette approche. Le sujet traite des AES et plus spécifiquement de la non déclaration des AES, il aurait été plus difficile d'obtenir des réponses totalement fiables par le biais d'entretiens, même anonymes, directement auprès des professionnels encadrant au quotidien ma propre formation lors des stages au CHRU.

La distribution de questionnaires a permis d'interroger un plus grand nombre de personnes.

4.2. Limites de l'étude

L'ensemble des résultats de cette étude repose sur les réponses apportées par les sages-femmes et étudiants sages-femmes du CHRU de Brest dans un questionnaire anonyme. Cette méthode comporte, malgré tout, plusieurs limites :

Limite de la mémoire des personnes questionnées : l'étude ne s'est pas portée sur une période courte permettant une exploitation « quasi instantanée » des données mais sur plusieurs années (l'ensemble des études pour les ESF, 4 ans au maximum et l'ensemble de leur carrière pour les SF) faisant intervenir de ce fait les facteurs liés à la mémoire. Ce choix a été arrêté afin de rassembler un maximum de cas d'AES et de permettre ainsi une analyse la plus proche possible du comportement général des SF et ESF suite à un AES.

De plus la notion d'AES reste à l'appréciation de chacun.

Limite du volontarisme : il s'agit de la tendance des personnes interrogées à donner « les réponses attendues » de façon à plaire à l'enquêteur. Les réponses attendues peuvent être suggérées dans les propositions de réponses ou directement dans les questions.

Malgré une bonne participation, l'enquête concerne une faible population: les ESF et les SF accidentés du CHRU de Brest (soit 51 personnes : 29 ESF et 22SF). L'enquête concerne également un phénomène d'incidence relativement faible : les AES. De ce fait les petits chiffres obtenus ne permettent pas, à notre échelle, d'en tirer des conclusions fiables et générales mais seulement des tendances.

4.3. Discussion des résultats, en rapport avec la littérature.

Le résultat de ce travail met en lumière, une tendance à la sous déclaration des AES chez les sages-femmes ainsi que chez les étudiants sages-femmes du CHRU et de l'école de Brest ; confirmant ainsi notre hypothèse première.

Les AES par projections, plus spécifiques de l'obstétrique, seraient les plus sous déclarés : à 71,4% (10/14 AES) par les ESF et à 68,7% (11/16AES) par les SF ; devant les piqûres : non déclarées respectivement à 33% (10/30 AES) et 60% (12/20 AES) par les SF et ESF.

Ces résultats vont dans le sens de l'étude menée par M.A Denis et al sur la sous déclaration générale des AES dans les CHU par le personnel soignant, où il est estimé à 53,6% le taux de non déclaration des AES par projections et à 41,2% ceux par piqûres. Cette étude démontre également que les SF auraient plus tendance à sous déclarer les AES par projections que les autres catégories de soignants (OR=0,532) [37]. L'étude de Burk et al révèle quant à elle, un taux de non déclaration de 54% sur une période de 6 mois concernant les sages-femmes [36]. De façon plus générale, concernant l'ensemble du personnel soignant, l'étude de J. Perlarg trouve en 2009 un taux de non déclaration atteignant 70% et les accidentés non déclarants serait de 57% (75% du personnel médical, dont font partie les SF) [4].

Notre étude semble montrer qu'aucune des SF ou ESF ne portaient de protections (lunettes ou visières) lors des AES par projections. Rejoignant ainsi les résultats des mémoires de fin d'étude de M.Mussault [38] ou de L.Gasnier [39] où il avait été trouvé que la recommandation du port des lunettes de protection n'était respectée ni par les SF, ni par les ESF, ni même par les internes ou les médecins et que seulement 21% de ces professionnels de santé déclaraient en porter « souvent » ou « parfois » lorsque les sérologies de la patiente étaient connues positives à l'accouchement. Pourtant les AES par projections sont fréquents chez les SF; une étude menée en 2003 dans les maternités françaises a même retrouvé que 90% des SF interrogées avaient subi un AES par projection au cours des 10 derniers accouchements auxquels elles avaient assisté [5]. Dans notre étude, les AES par projections semblent représenter 35% des AES chez les ESF et un tiers des AES chez les SF interrogées.

Grâce à l'arrivée et à l'utilisation du matériel dit de sécurité dans les années 90, le taux d'AES a sensiblement chuté. Son utilisation est largement approuvée puisqu'il a permis de diviser par 4 le nombre d'AES en dix ans [40]. Notre étude, comme celle de M. Mussault [38], semble pourtant relever que les précautions standard, bien que connues de tous, ne sont pas toujours appliquées dans leur totalité et que les AES survenus dans ce contexte auraient tendance à être, de ce fait, moins déclarés par les SF et ESF. D'après notre enquête, les raisons évoquées par les SF et ESF n'utilisant pas, ou seulement en partie, les précautions standard lors de l'accident seraient «les habitudes de services» ou «les situations d'urgence», mais également «la priorité donnée à la relation soignant/soigné».

Concernant la prise en charge individuelle après un AES: les mesures immédiates sont connues et prises dans plus de 90% des cas [4] (désinfection de la zone lésée, vérification du statut sérologique du patient source) par les accidentés eux-mêmes; malheureusement cette prise en charge n'est pas systématiquement suivie d'une déclaration officielle auprès de la médecine du travail.

Notre étude rapporte que 100% des ESF et 78,8% des SF interrogés ont été sensibilisés aux AES, soit durant leur formation initiale, pour l'ensemble des ESF et pour 54,5% des SF, ou durant des formations continues ou spécifiques pour 5,9% des ESF et 33,3% des SF ou encore par des campagnes de sensibilisation. Les campagnes de prévention proposées et mises en place par le GERES, les différents C-CLIN, les médecins et infirmières de santé au travail auraient touché 5,9% des ESF interrogés et 15,1% des SF interrogées. Ainsi comme l'avait également montré M. Mussault dans ses travaux [38] ou encore les résultats de la surveillance des AES chez les SF dans les maternités françaises en 2003 [5]: les SF et ESF sont dans l'ensemble bien informées et ont des connaissances concernant les risques d'AES et de contaminations, ce n'est pas le défaut d'information qui pourrait expliquer principalement le taux de non-déclaration. Toutefois, malgré un risque de transmission virale prouvé lors des AES, principalement pour le VIH, l'hépatite B et l'hépatite C (et ce même pour les projections lors des accouchements), les professionnels accidentés ont encore tendance à sous estimer les risques encourus: *«l'impact potentiel d'un AES par projection, en terme de transmission d'agents infectieux est généralement sous estimé par les professionnels»* [41] [42] [14] [2].

Le sentiment de culpabilité et de faute professionnelle pourrait être une des raisons de la non déclaration : pourtant les SF et ESF accidentés non déclarants, expriment

d'avantage la pénibilité, la longueur et la complexité de la procédure de déclaration ainsi que du suivi sérologique post-accident, comme un frein à la déclaration.

La négativité des sérologies de la patiente présente dans le dossier, influencerait également beaucoup la démarche de déclaration : les sérologies, de la parturiente jugées « non à risques », datent pourtant dans la majorité des cas, de plusieurs mois avant l'accident. Le sentiment de sécurité serait donc faussement rassurant. Les sérologies de chaque patiente permettraient, pour l'accidenté du moins, une évaluation du risque encouru suite à un AES, pourtant de façon contradictoire notre étude semble montrer que les personnes se sentant le plus en danger suite à un AES seraient également les moins déclarantes. Ces trois principales raisons de non déclarations ont aussi été retrouvées dans différentes études : l'étude de M.A Denis, G. Poyard et al. concernant « la sous déclaration des accidents d'exposition au sang dans un CHU » [37] ou plus récemment en 2003 dans une étude des causes de non-déclaration des AES au CHU de Limoges [32] ou encore dans un mémoire de sage-femme au CHU de Nantes en 2010 [39].

« *Plus l'ancienneté est longue, moins les AES ont lieu* » [33]. La proportion d'agents confrontés à un AES diminue avec l'âge : les personnes ayant entre 20 et 30 ans, soit la population des ESF et des SF nouvellement diplômées, sont les plus à risques d'AES (44%) [33]. Les résultats de notre enquête semblent confirmer cette tendance et montrent également un taux de déclaration plus important pour ces SF et ESF ayant une faible ancienneté. Ceci pourrait confirmer le bénéfice des missions de préventions et d'informations faites (à l'école au début de la formation ou lors des entretiens d'embauche) afin de sensibiliser les étudiants et jeunes SF aux risques de transmission et surtout aux bonnes pratiques à adopter.

La plupart des études donnent un risque d'AES plus important la nuit (fatigue, inattention, absence de protections pour ne pas déranger) : pourtant la majorité des AES relevés par notre étude aurait eu lieu pour le SF comme pour les ESF lors d'une garde de jour. Chez les ESF, la proportion d'AES non déclarés est la même pour les AES survenus de jour comme de nuit, tandis que chez les SF le taux d'AES non déclarés est plus important pour les AES de nuit. Cette sous déclaration pourrait s'expliquer par des démarches plus délicates la nuit : les effectifs réduits obligeant l'accidenté à attendre la fin de garde pour solliciter un médecin ou à revenir à l'hôpital dans l'après-midi afin d'effectuer les démarches administratives

4.4. Propositions

Le meilleur moyen de ne pas avoir à déclarer un AES est tout d'abord de l'éviter. Il paraît nécessaire de poursuivre et de renforcer la lutte contre les AES par de la prévention dans les écoles et auprès des professionnels sur le terrain. L'utilisation d'un matériel suffisant et adapté permet aussi de réaliser des actions concrètes, simples et applicables. Ainsi, si le nombre global des AES diminue, les démarches de déclaration seront, sans doute, plus rares mais surtout plus rigoureuses.

Les résultats de notre enquête semblent montrer que les ESF et SF ayant une faible ancienneté ont une démarche de déclaration plus systématique. La portée de la prévention faite au début du cursus des ESF par les sages-femmes enseignantes n'est donc pas négligeable, mais ne pourrait-on pas aller plus loin, et renouveler ces campagnes d'information avec des professionnels de la santé et de l'hygiène au travail, à la fin des études mais également tout au long de la carrière des SF ? *«Savoir qu'ils existent permet de lutter contre les AES et leurs conséquences»* [4]: la prévention et l'information sont donc un des piliers importants de la lutte contre les AES.

De véritables progrès doivent être fournis afin que les SF et par extension les ESF se protègent davantage du risque d'AES, notamment des projections lors des accouchements. Le port de lunettes ou de visières de protection ou de masques à visière devrait être systématique et surtout intégré dans l'apprentissage des ESF. De la même manière que le professionnel porte un masque ou des gants pour l'accouchement, ces méthodes barrières devraient s'accompagner d'une protection oculaire: des masques à usage unique avec visière intégrée, transparente, anti-buée et anti-reflets existent déjà et sont utilisés dans certains blocs opératoires et obstétricaux. Limitant ainsi le nombre de protection (deux protections en une) ainsi que le nombre de gestes en cas d'urgence (car l'urgence n'exige pas forcément que l'on s'expose aux risques) La protection oculaire pourrait-elle être améliorée et limiter ainsi les AES par projections chez les SF? Selon les maternités, des stratégies de lutte différente sont adoptées: lunettes personnelles et nominatives distribuées à chaque SF, dispositifs de protection à usage unique, lunettes, masques, visières: l'essentiel est de choisir.

La médecine du travail de Brest, en collaboration avec l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière a mis au point un nouveau document rappelant l'existence du risque d'AES ainsi que les précautions standard à appliquer, le matériel de sécurité à utiliser, les réflexes à adopter et également la conduite à tenir en cas d'accident : sa prise

en charge et les démarche de déclaration. Ce document sera remis dès le début de l'année 2013 à chaque nouvel employé lors de sa visite médicale. Pour les autres employés déjà en poste dans l'établissement, le document sera envoyé simultanément à leur bulletin de salaire.

Les résultats de notre enquête permettent à petite échelle, de constater une tendance à la non déclaration des AES chez la faible population de soignant, que représente la population des sages-femmes. D'autres études concernant les AES ont déjà été menées sur cette population, mais jamais concernant leur non déclaration. Ce problème est pourtant reconnu et évoqué mais rarement évalué. La non déclaration est en lien avec des obstacles techniques, nous l'avons vu, mais aussi avec des obstacles psychologiques plus difficiles à aborder : reconnaître un AES n'est-ce pas aussi reconnaître une défaillance professionnelle pour les intéressés ?

La fin du programme de lutte contre les AES (programme PROPIN : 2009-2013) en 2013, ne serait-elle pas l'occasion d'évaluer cette sous déclaration, à plus grande échelle dans un cadre nationale ? Un audit sur ce sujet est-il envisageable?

CONCLUSION :

Les Accidents d'Exposition au Sang des professionnels de santé sont donc un véritable problème de santé publique. Leur non déclaration est également une réalité touchant l'ensemble des soignants et n'épargnant pas les sages-femmes et étudiants sages-femmes ; ces derniers se trouvant fortement confrontés aux risques d'AES, omniprésents en obstétrique.

Les ESF et les SF de l'école et du CHRU de Brest sont également concernés par cette sous-déclaration puisque 68,8% et 54% des ESF et SF interrogés ne déclareraient pas systématiquement leurs AES. Leurs principales raisons seraient la négativité des sérologies de la patiente, la complexité de la démarche de déclaration ainsi que la pénibilité et la longueur de la prise en charge post-accident.

Pourtant, la survenue d'un AES, quel qu'il soit, doit faire l'objet d'une prise en charge immédiate et d'une déclaration officielle à la médecine du travail. Grâce à l'exploitation de ces données et des études de surveillance, les autorités de santé peuvent ajuster, ou renforcer les actions de lutte contre les AES.

Seule une déclaration rigoureuse et systématique des AES permet : un suivi sérologique adapté des accidentés, un traitement prophylactique efficace, une reconnaissance médico-légale ainsi qu'une possible indemnisation en cas de maladie professionnelle. Une surveillance épidémiologique dans la durée est alors possible. Des campagnes de prévention ciblées auprès des étudiants comme des professionnels sont alors adaptées à la réalité du phénomène.

Il faut donc continuer les efforts déjà entrepris pour lutter à la fois contre les AES mais également contre leur sous déclaration, encore trop présente chez les sages-femmes et étudiants sages-femmes.

.....

Bibliographie:

- [1] Ciotti C. Piqûres et expositions cutanéomuqueuses en France : résultats de la surveillance 2008 des AES par le RAISIN en collaboration avec le GERES. 22^{ème} congrès national de la Société Française de l'Hygiène Hospitalière (SF2H); 2010. [En ligne] http://www.sf2h.net/congres-SF2H-productions-2011/securite-et-AES_piqures-et-exposition-cutaneo-muqueuses-en-France.pdf. Consulté le 20 février 2011.
- [2] Ministère de l'emploi et de la solidarité. Circulaire n°DGS/DH/98/249 du 20 avril 1998 relative à prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé. Bulletin officiel n°98/19SP 435: 153-167.
- [3] Réseau d'Alerte d'Investigation et de Surveillance des Infections Nosocomiales (RAISIN), Groupe d'Etude sur le Risque d'Exposition au Sang (GERES). Surveillance des accidents avec exposition au sang dans les établissements de santé français en 2009 - Résultats. 7^{ème} éd. Institut de veille sanitaire; 2012: 109 p.
- [4] Perlberg J, Huppert T, Seringe E, Astagneau P, Louet M. Evaluation du taux de sous-déclaration des accidents d'exposition au sang : résultats d'une enquête auprès des professionnels de santé d'un CHU parisien en 2009. 20^{ème} Journée annuelle du GERES; 2010 [En ligne] <http://www.geres.org/docpdf/j20JPerlarg%204.pdf>. Consulté le 7 janvier 2013.
- [5] Vincent A, Cohen M, Bernet C et al. Les accidents d'exposition au sang chez les sages-femmes dans les maternités françaises: résultats de la surveillance nationale de 2003. Paris : J.Gynécol Obst et Bio de la Repro 2006; 35 p247-256.
- [7] 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 2007. InVS, GERES; 2008 [En ligne] http://www.invs.sante.fr/publications/2010/vih_vhc_vhb_personnel_sante_2009/rapport_vih_vhc_vhb_personnel_sante_2009.pdf. Consulté le 27 avril 2012.
- [8] Abiteboul D, Adehossi E, et al. Prévention et prise en charge des AES : manuel pratique. Résultat d'un travail collectif du GERES et du GIP ESTHER. Masson 2008; 110: p7-8.
- [9] Couty E, Menard J, Comité technique national des infections nosocomiales. 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales. 2^{ème} Ed. 1999. [En ligne] <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/014000029/0000.pdf>. Consulté le 2 mai 2012.
- [10] Faure E, Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France et Comité des ministres du Conseil de l'Europe pour l'hygiène hospitalière. Les infections nosocomiales-caducée. 2002. [En ligne] <http://www.caducee.net/dossierspecialis>. Consulté le 10 septembre 2012.
- [11] Guyot JM. Les Infections nosocomiales, une histoire sans fin? Paris : Le Cherche midi, 2012; 200 p.

- [12] Art. L. 411-1 concernant les accidents du travail et accident de trajet, art. L. 461-1 R. 461-1 concernant les maladies professionnelles. C.séc. soc.[En ligne] www.Legifrance.gouv.fr. Consulté le 4 octobre 2012.
- [13] Catalina P. Médecine et risques au travail : guide du médecin en milieu de travail. 2ème éd. Paris: Masson; 2009, 209 p.
- [14] Lot F, Abiteboul D. Contamination professionnelle VIH/VHC chez le personnel de santé en France: surveillance nationale des maladies infectieuses 2001-2003. InVS et GERES. [En ligne] http://www.invs.sante.fr/publications/2005/snmi/pdf/personnel_sante.pdf. Consulté le 6 avril 2012.
- [15] Abadia G, Brisbart C, Cosset Y, Delépine D, Chapouthier A, Gorvel A. Les maladies professionnelles: guide d'accès aux tableaux du régime général et du régime agricole de la Sécurité Sociale. 9ème éd. Paris: INRS ed.; 2012, 349 p.
- [17] 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. Bull Off Solidar Santé. 2000. [En ligne] <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/1999/99-51/a0513420.htm>. Consulté le 8 juin 2012.
- [18] Hajjar J. Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière-PIN : la tentation du découragement. Bulletin de la SFHH; 2008, 10: 5-6.
- [19] Groupe d'Etude sur les Risques d'Exposition au Sang. Présentation, réseaux, activité. [En ligne] <http://www.geres.org>. Consulté le 4 avril 2012.
- [20] Loi n°91-1414 du 31 décembre 1991-Article L.230.2.1 et L.230.2.2. C. trav., hyg et sécu. [En ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072050&idArticle=LEGIARTI000006647505&dateTexte=20130117>. Consulté le 7 mars 2012
- [21] Direction générale de la santé. Circulaire DGS/DH N° 23 du 3 août 1989 relative à la prévention de la transmission du virus de l'immunodéficience humaine chez les personnels de santé: les précautions universelles. C. santé pub.
- [22] Article L.3111-4 modifié par Ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010 - art. 6 (V) C. san. pub. [En ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000021709132>. Consulté le 28 mai 2012.
- [23] Circulaire DGS/SD5C n° 2007-164 du 16 avril 2007 relative à l'entrée en vigueur et aux modalités d'application des deux arrêtés du 6 mars 2007 article L. 3111-4 et L. 3111-4. C.san pub. [En ligne] <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-05/a0050125.htm>. Consulté le 3 juin 2012.

[24] Commission nationale de pharmacovigilance. Vaccination contre le virus de l'hépatite B: résumé des débats du 30 septembre 2008. AFSSAPS; 2008. [En ligne] [http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Communiqués-Points-presse/Vaccination-contre-le-virus-de-l-hepatite-B-resume-des-debats-de-la-Commission-nationale-de-pharmacovigilance-du-30-septembre-2008/\(language\)/fre-FR](http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Communiqués-Points-presse/Vaccination-contre-le-virus-de-l-hepatite-B-resume-des-debats-de-la-Commission-nationale-de-pharmacovigilance-du-30-septembre-2008/(language)/fre-FR). Consulté le 11 janvier 2013.

[25] Article R. 231-62-3 du Décret n° 94-352 du 4 mai 1994 relatif à la protection des travailleurs contre les risques résultant de leur exposition à des agents biologiques et modifiant le code du travail. Deuxième partie: Décrets en Conseil d'Etat. C. trav. [En ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000713145&dateTexte=&categorieLien=id>. Consulté le 3 juin 2012.

[26] Circulaire DGS/DHOS/E2 – N° 645 du 29 décembre 2000, relative à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé. [En ligne] <http://www.unafam.info/87/img/circulaire%202000-645%20du%2029%20dec%202000.pdf>. Consulté le 27 juin 2012.

[27] Yéni P. Rapport 2010 sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH: recommandations du groupe d'expert. [En ligne] http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2010_sur_la_prise_en_charge_medicale_des_personnes_infectees_par_le_VIH_sous_la_direction_du_Pr-Patrick_Yeni.pdf. Consulté le 11 janvier 2013.

[28] Circulaire n° DGS/RI2/DHOS/DGT/DSS/2008/91 du 13 mars 2008 relative aux recommandations de prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité. [En ligne] <http://www.geres.org/docpdf/ci-VIH-13mars08.pdf>. Consulté le 24 novembre 2012.

[29] Robert O, Volckmann C. Prévention et prise en charge des accidents d'exposition au sang. 2009. [En ligne] http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/Doc_Reco/guides/FCPRI/Risques_professionnels/PERSONNEL_AES.pdf. Consulté le 23 Octobre 2012.

[30] Circulaire interministérielle N°DHOS/E2/DGS/RI/2009/272 du 26 août 2009 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009/2013. Selon le ministère de la santé et des sports et le ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville.

[31] Van Rosem V, Ministère de la santé et des sports. Programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013: de nouveaux objectifs pour les professionnels de santé. Qualité et sécurité des soins. 32ème journées régionales d'hygiène hospitalière. Bordeaux; 2010. [En ligne] <http://www.cclin-sudouest.com>. Consulté le 1^{er} Décembre 2012.

[32] Druet-Cabanac M, Szopinski D, Tibarbache H, Dumont D. Etude des causes de non-déclaration des accidents d'exposition au sang (AES) au CHU de Limoges. Arch. Mal Prof Env. 2003; 64(7-8): 453-459.

[33] Ingels A, Jarno P, Courgeon M, Vialard C, Neuveu C. Résultats de la surveillances des Accidents d'Exposition au Sang pour l'année 2011: étude menée par le C-CLIN de l'ouest sur l'année 2011. [En ligne]

http://www.cclinouest.com/PDF/Surveillance/AES/AES%20CCLINO/RapportCCLINAES2011_V2.pdf. Consulté le 11 Novembre 2012.

[34] Le Menn A. Résultats de la surveillance des Accidents d'Exposition au Sang et aux liquides biologiques pour le CHRU de Brest, 2008-2011. Institut QRS, Service de Santé au Travail du Personnel Hospitalier et des Maladies Liées.[Document Interne]

[35] Antona D, Abiteboul D, et al, GERES. Expositions accidentelles au sang. BEH 1993; 40: 183-185.

[36] Burke S, Madan I, et al. Contamination incidents among doctors and midwives: reasons for non reporting and knowledge of risks. Lond.: Occup Med.1997; 47: 60-357.

[37] Denis MA, Poyard G, et al. La sous déclaration des accidents d'exposition au sang dans un CHU. Arch. mal prof n°4. 1998; 4: 242-248.

[38] Mussault M. Vers une maîtrise du risque d'accident d'exposition au sang en salle de naissances. Mémoire de sage-femme : Université de Lyon. La revue Sage-femme. 2006 ; 5: 230-240.

[39] Gasnier-Bioteau L. Déclarations des gestes de prévention et de prise en charge des accidents d'exposition au sang à la maternité du CHU de Nantes. Mémoire de sage-femme: Université de Nantes. 2010. [En ligne] <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=bc9bdb47-aae7-431e-9a53-37af9906a8f0>. Consulté le 6 Septembre 2012.

[40] Abiteboul D, Lamontagne F, Lolom I, Tarantola A, Descamps JM, Bouvet E, GERES. Incidence des accidents exposant au sang chez le personnel infirmier en France métropolitaine, 1999-2000 : résultats d'une enquête multi centrique dans 32 hôpitaux. BEH 2002 ; 51 : 256-259.

[41] Meyer A. Les accidents d'exposition au sang: évaluation des connaissances et des pratiques de protection auprès du personnel d'un bloc opératoire. Inter Bloc. 2004; 23(3): 185-193.

[42] Tarantola A, GERES. Les risques infectieux après accidents exposant au sang ou aux liquides biologiques. Hygiène 2003; XI: 87-95. [En ligne] <http://www.geres.org/docpdf/hg03at.pdf>. Consulté le 24 Décembre 2012.

[43] Kurumatani N, Boku C, Matsukura K et al. Exposure to blood during midwifery procedures : blood contact events to midwives occurred in a delivery room. Nippon Koshu Eisei Zasshi 1995; 42: 330-377.

Liste des annexes :

Annexe I: Les Précautions générales d'hygiène ou Précautions "Standard".

Annexe II : Protocoles des traitements antirétroviraux en cas d'AES.

Annexe III : Suivi biologique de la personne exposée aux virus : VIH, VHC et VHB après un AES.

Annexe IV : Conduite à tenir en cas d'AES selon un protocole type du C-CLIN de l'ouest.

Annexe V : Conduite à tenir en cas d'AES selon le protocole du CHRU de Brest.

Annexe VI : Questionnaire anonyme pour enquête.

Annexe VII : Conduite à tenir pour la déclaration d'accident de travail avec exposition au sang selon l'école de sages-femmes de Brest.

Annexe I

Les Précautions générales d'hygiène ou Précautions "Standard" à respecter lors de soins à tout patient :

Recommandations	
Si contact avec du sang ou liquide biologique(*)	<ul style="list-style-type: none">- Après piqûre, blessure : lavage et antiseptie au niveau de la plaie.- Après projection sur muqueuse (conjonctive) : rinçage abondant
Lavage et/ou désinfection des mains	<ul style="list-style-type: none">- Après le retrait des gants, entre deux patients, deux activités.
Port de gants <u>Les gants doivent être changés entre deux patients, deux activités.</u>	<ul style="list-style-type: none">- Si risque de contact avec du sang, ou tout autre produit d'origine humaine, les muqueuses ou la peau lésée du patient, notamment à l'occasion de soins à risque de piqûre (hémoculture, pose et dépose de voie veineuse, chambres implantables, prélèvements sanguins...) et lors de la manipulation de tubes de prélèvements biologiques, linge et matériel souillés...OU- lors des soins, lorsque les mains du soignant comportent des lésions.
Port de surblouses, lunettes, masques	<ul style="list-style-type: none">- Si les soins ou manipulations exposent à un risque de projection ou d'aérosolisation de sang, ou tout autre produit d'origine humaine (aspiration, endoscopie, actes opératoires, autopsie, manipulation de matériel et linge souillés ...).
Matériel souillé	<ul style="list-style-type: none">- Matériel piquant tranchant à usage unique : ne pas recapuchonner les aiguilles, ne pas les désadapter à la main, déposer immédiatement après usage sans manipulation ce matériel dans un conteneur adapté, situé au plus près du soin et dont le niveau maximal de remplissage est vérifié.- Matériel réutilisable : manipuler avec précautions ce matériel souillé par du sang ou tout autre produit d'origine humaine.
	<ul style="list-style-type: none">- Vérifier que le matériel a subi une procédure d'entretien (stérilisation ou désinfection) appropriée avant d'être réutilisé.
Surfaces souillées	<ul style="list-style-type: none">- Nettoyer puis désinfecter avec de l'eau de Javel à 12° chl fraîchement diluée au 1/10 (ou tout autre désinfectant approprié) les surfaces souillées par des projections ou aérosolisation de sang, ou tout autre produit d'origine humaine.
Transport de prélèvements biologiques, linge et matériels souillés	<ul style="list-style-type: none">- Les prélèvements biologiques, le linge et les instruments souillés par du sang ou tout autre produit d'origine humaine doivent être évacués du service dans un emballage étanche, fermé.

* -Circulaire DGS/DH/DRT N°98-228 du 9 avril 1998 relative aux recommandations de mise en œuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH.

Annexe II :

Protocoles des traitements antirétroviraux en cas d'AES :

(selon le rapport 2010 sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH sous la direction du Pr. Patrick Yéni)

a) Chez l'adulte

Schémas de prophylaxie post-exposition en milieu professionnel (Adaptation posologique si insuffisance rénale et insuffisance hépatique.)

Schéma prophylactique à privilégier	Schémas prophylactiques alternatifs
zidovudine + lamivudine + lopinavir/ritonavir	Ténofovir + lamivudine + ritonavir/lopinavir Autres schémas si intolérance ou contre-indication Ténofovir + lamivudine + efavirenz Zidovudine + lamivudine + efavirenz Zidovudine + lamivudine + ténofovir*

* Zidovudine + lamivudine + ténofovir : seulement quand un INNRT et un IP ne peuvent être utilisés.

b) Chez l'enfant

Le protocole thérapeutique recommandé repose sur l'association :

AZT+3TC+Lopinavir/ritonavir (Forte recommandation, grade B).

Par ailleurs, un traitement « simplifié », consistant en une bithérapie :

(AZT+3TC) peut être proposé à l'enfant lorsque la trithérapie s'avère impossible ou difficile à mettre en place.

c) Femme enceinte

Le protocole thérapeutique recommandé repose sur l'association

AZT+3TC+LPV/r (Forte recommandation, grade B).

Durée de la prophylaxie post-exposition : la durée du traitement antirétroviral est de 28 jours. (Forte recommandation, grade B).

Annexe III :

Suivi biologique de la personne exposée aux virus : VIH, VHC et VHB après un AES :
(selon le rapport 2010 sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH sous la direction du Pr. Patrick Yéni)

	<u>AES traité</u>	<u>AES non traité</u>
J0	NFS, ALAT, créatinine, Test de grossesse Sérologie VIH, VHC, Ac anti Hbs si vacciné sans taux connu	Sérologie VIH Sérologie VHC + ALAT Ac anti Hbs si vacciné sans taux connu
J 15	NFS, ALAT Créatinine si ténofovir	Pas de bilan biologique
J 30	NFS, ALAT, Créatinine si ténofovir PCR-VHC si PCR-VHC + chez le patient source	Pas de bilan biologique
S 6	Pas de bilan biologique	Sérologie VIH PCR-VHC et ALAT si PCR-VHC + chez le patient source
M 2	Sérologie VIH	Pas de bilan biologique
M 3	Pas de bilan biologique	Sérologie VIH, Sérologie VHC et ALAT si risque VHC Anti-HBc si non répondeur ou non vacciné
M4	Sérologie VIH, Sérologie VHC et ALAT si risque VHC Anti-HBc si non répondeur ou non vacciné	Pas de bilan biologique
M 6	Sérologie VHC et ALAT si risque VHC Anti-HBc si non répondeur ou non vacciné	Sérologie VHC et ALAT si risque VHC Anti HBc si non répondeur ou non vacciné

Annexe IV:

Logo ou nom de l'établissement	CONDUITE A TENIR EN CAS D'ACCIDENT AVEC EXPOSITION AU SANG (AES)	Référence : DT-...
		Date : / /20
		Version : 1

1. OBJECTIFS

- Permettre une prise en charge rapide et efficace des professionnels en cas d'accident d'exposition au sang.
- Diminuer les risques de séroconversion aux virus des Hépatites B, C et du VIH.



2. PROFESSIONNEL CONCERNES

- Tous les professionnels de l'EHPAD salariés ou vacataires pouvant être victime d'un AES sur leur lieu de travail.
- Tous les étudiants en stage.
- Le médecin du travail.

3. REFERENCES ET DOCUMENTS LIES

- « **Surveiller et Prévenir les Infections liées aux soins** » – Haut Conseil de la Santé Publique, 2010
- « **Prévention des infections en EHPAD** ». Programme PRIAM. Consensus formalisé d'experts, juin 2009. Observatoire du risque infectieux en gériatrie (ORIG), Société Française d'Hygiène Hospitalière. HygièneS 2010 Volume XVIII N°1
- **Circulaire DGS/DHOS N° 91 du 13 mars 2008** relative aux recommandations de prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) Notion d'urgence dans la prise en charge, de médecins référents...
- **Circulaire DGS/VS2/DH/DRT n°99-680 du 08 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 (BO n°99-51).
- **Circulaire DGS/DH N°249 du 20 avril 1998** relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par du sang ou des liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé :
 - Politique de vaccination des professionnels
 - Les précautions dites « STANDARD »
 - Les dispositifs médicaux de sécurité
 - La prise en charge des AES
 - La surveillance des AES
 - L'information des professionnels
 - L'évaluation des actions entreprises.
- **Le code du travail : article R231-60 à R231-65-3** qui pose la responsabilité du chef d'établissement qui doit fournir aux travailleurs des moyens de protection individuelle et fournir des instructions écrites, le cas échéant, des affiches portant sur la procédure à suivre
- **Le code de la santé publique : article L 3111-4** qui rend obligatoire la vaccination contre l'hépatite B pour certaines catégories de professionnels

4. DEFINITION

On appelle AES ou accident avec exposition au sang, tout contact avec du sang ou un liquide biologique contaminé par du sang, survenant par effraction cutanée (piqûre, coupure) ou par projection sur une muqueuse (yeux, bouche) ou sur une peau lésée (plaie, excoriation, eczéma...).





5. DESCRIPTION DE LA CONDUITE À TENIR

Logo ou nom de l'établissement	CONDUITE A TENIR EN CAS D'ACCIDENT AVEC EXPOSITION AU SANG (AES)	Référence : DT-...
		Date : / /20
		Version : 1

Conduite à tenir IMMEDIATEMENT après l'AES

LIRE ET SUIVRE LE PROTOCOLE

↩ RÉALISER LES PREMIERS SOINS ↩

Piqûre accidentelle ou contact sur peau lésée NE PAS FAIRE SAIGNER		Projection oculaire avec du sang ou un liquide biologique
1^{ère} ÉTAPE		
<ul style="list-style-type: none"> - Nettoyer abondamment la plaie à l'eau et au savon doux - Rincer abondamment - Sécher 		<ul style="list-style-type: none"> - Rincer l'œil abondamment sous l'eau (ou avec du sérum physiologique) durant 5 à 10 minutes 
2^{ème} ÉTAPE		
 <ul style="list-style-type: none"> - Appliquer l'antiseptique, par trempage de la zone lésée (si le trempage de la zone piquée est possible, sinon appliquer un pansement imbibé de produit antiseptique) <p style="text-align: center;">Avec du DAKIN Cooper stabilisé® ou de la BETADINE dermique® Durant 5 à 10 minutes</p>		
3^{ème} ÉTAPE		
<p style="text-align: center;">Jour</p> <p>Prévenir le cadre de santé ou l'IDE coordinatrice ou une personne de la direction et le médecin coordonnateur s'il est présent.</p>		<p style="text-align: center;">Nuit, week-end et férié</p> <p>Prévenir la personne de garde administrative; en particulier si le remplacement du professionnel exposé est nécessaire.</p>
4^{ème} ÉTAPE		
<ul style="list-style-type: none"> - Rechercher le résident source si l'identification est possible - Rechercher dans son dossier des analyses précédentes permettant de connaître son statut sérologique vis-à-vis des Hépatite B, C et du VIH. - S'il n'existe pas de résultats, faire appel aux médecins référents AES régionaux indiqués sur la fiche 		

Logo ou nom de l'établissement	CONDUITE A TENIR EN CAS D'ACCIDENT AVEC EXPOSITION AU SANG (AES)	Référence : DT-...
		Date : / /20
		Version : 1

Piqûre accidentelle ou contact sur peau lésée

Projection oculaire avec du sang ou un liquide biologique

5^{ème} ETAPE

**CONSULTER PAR TÉLÉPHONE IMMÉDIATEMENT
DE NUIT COMME DE JOUR**

Le médecin référent AES de l'établissement de santé pourvu d'un service d'urgences le plus proche de l'EHPAD. Un médecin référent AES est toujours joignable dans les services d'urgences

Nom de l'établissement de soins :

..... Numéro ☎ des urgences : ___/___/___

Demander au médecin référent AES une évaluation téléphonique du risque :

- Le médecin référent confirmera ou infirmera le diagnostic d'AES
- Indiquera si des prélèvements sérologiques du résident sont nécessaires
- Indiquera si la victime doit se rendre ou non aux urgences

Si un traitement antirétroviral est à prendre, la première prise devrait avoir lieu
dans les 4 HEURES suivant l'AES

Remarque concernant les prélèvements :

- Les sérologies hépatites B et C et VIH du résident source peuvent être demandées par le médecin référent.
- Elles seront réalisées :
 - Avec **l'accord écrit du résident** (*prévoir un document modèle en annexes*) s'il est conscient, sans son accord s'il n'est pas conscient. La famille ou le tuteur seront avertis dans un second temps.
 - Les résultats lui seront communiqués (ou à la personne de confiance) et le cas échéant une prise en charge sera adaptée
 - Avec **la prescription médicale du médecin référent** faxée. Réaliser les prélèvements sanguins nécessaires :
Prélever : selon les modalités du laboratoire prestataire (à faire préciser)

Dans tous les cas, notifier la démarche dans le dossier du résident

Si prélèvements : prévenir le laboratoire choisi pour ce type d'analyse :

Nom du laboratoire :

☎ Heures ouvrables : 0 ___/___/___/___/___ ☎ Heures d'astreintes : 0 ___/___/___/___/___

Remarque : Le résultat du test du VIH réalisé par le laboratoire choisi, doit être disponible dans l'heure qui suit l'arrivée du prélèvement au laboratoire

Si déplacement aux urgences nécessaire

Si la victime doit être remplacée :

1. Organiser le remplacement par la Garde Administrative ou le Cadre de santé du service

2. **Appeler un taxi ou un VSL** : ☎ 0 ___/___/___/___/___

3. Ne pas oublier de **joindre flacons d'examen ou les résultats des prélèvements** éventuels

Logo ou nom de l'établissement	CONDUITE A TENIR EN CAS D'ACCIDENT AVEC EXPOSITION AU SANG (AES)	Référence : DT-...
		Date : / /20
		Version : 1

↩ **CONDUITE À TENIR DANS UN SECOND TEMPS** ↩

Piqûre accidentelle ou contact sur peau lésée

Projection oculaire avec du sang ou un liquide biologique

Un médecin établit le certificat médical initial **dans les 48h**.

L'agent déclare son accident de travail à la Direction ou au service administratif concerné.

La direction de l'EHPAD établira le certificat d'accident du travail.

Dans les 48 heures, le professionnel accidenté :

- Transmettra le certificat médical initial auprès des services administratifs
- Informera le médecin du travail
- Réalisera les sérologies demandées par le médecin du travail **dans les 8 jours suivant l'AES**
- Suivra les prescriptions du médecin du travail concernant le suivi sérologique éventuel au 1^{er}, 3^{ème}, mois.
- Remplira si possible avec le médecin du travail un questionnaire anonyme détaillant les causes de l'accident, afin d'améliorer la prévention.

Date de création : / / 20			
Rédigé par :	Vérifié par :	Approuvé par :	Date d'affichage du document :
Fonction :	Fonction :	Fonction :	
Visa :	Visa :	Visa :	

	MODE OPERATOIRE	Réf : HYG-ST RA -STRA /MOP-494
	CONDUITE A TENIR EN CAS D'ACCIDENT AVEC EXPOSITION AU SANG (AES)	Date : 19 /08 /2011
		Version : 01
Entité émettrice : Santé au travail ST RA		
Domaine d'application - Personnel concerné : Tous personnels du CHRU		
Référence du sommaire associé : INF-976 - GUIDE HYGIENE ET PREVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES		
A pprobation par : Dr Baron – Responsable de l'équipe opérationnelle en hygiène hospitalière		Signé le : 12 /08 /2011

<p>1 PREMIERS SOINS A FAIRE D' URGENCE :</p>	<p><u>PIQÛRES, COUPURES OU CONTACT SUR PEAU LESEE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> · Nettoyage de la zone lésée à l'eau et au savon, puis rinçage. · Désinfection 5 mn <li style="padding-left: 20px;">Soluté de Dakin <li style="padding-left: 20px;">Ou <li style="padding-left: 40px;">• Bétadine dermique <p><u>PROJECTION MUQUEUSE ET YEUX :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> · Rinçage abondant à l'eau courante, 5 mn.
<p>2 L'EVALUATION RISQUE INFECTIEUX :</p> <p>Dans tous les cas, contacter le plus tôt possible, et dans les 4 heures, un Médecin Référent, qui pourra prescrire un traitement :</p>	<p><u>ENTRE 9h00 et 17h00, du LUNDI AU VENDREDI :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Dermatologie (Morvan) ☎ 22256 - Médecine 1 (C.B.) ☎ 06.76.73.32.16. <li style="padding-left: 20px;">☎ 47340 (samedi matin) - Maladies infectieuses (C.B.) ☎ 47207 ou 7570 <p><u>LA NUIT, LE WEEK-END et JOURS FERIES :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Urgences médicales (C.B.) (47459 et 47460)
<p>3 PREVENIR LE MEDECIN DU TRAVAIL :</p> <p>(C.B. 47540) (MORVAN 23365)</p>	<p><u>POUR LE SUIVI SEROLOGIQUE (VIH, VHC, VHB,transaminases)</u></p> <p>1ère prise de sang à faire dans les 8 jours après l'accident</p> <p><u>POUR L'ANALYSE DE L'ACCIDENT</u></p>
<p>4 DECLARER L' A.T. dans les 24 H :</p>	<p>IMPRIME ACCIDENT DU TRAVAIL A REMPLIR ET A RENVOYER A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - D.R.H. à MORVAN pour personnel non médical. - Direction des Affaires Médicales à MORVAN pour personnel médical, internes et étudiants en médecine 4 et plus. - Ecoles et Facultés pour les étudiants et élèves, Sage femme, infirmiers, AS, MER et Médecine 2 et 3. <p>Accompagné d'un certificat médical précisant le risque éventuel de séro-conversion.</p>

Annexe VI:

Honorine-MORVAN
Etudiante SF4
Brest

Mémoire sages-femmes

→ Questionnaire anonyme pour enquête

Le sujet de mon mémoire de fin d'études porte sur les Accidents d'Exposition au Sang et aux produits biologiques (A.E.S) chez les sages-femmes et étudiants sages-femmes.

Votre participation est indispensable à ma recherche, je vous remercie donc d'avance du temps que vous consacrerez à ce questionnaire. Cette enquête est à remettre à l'école de sages-femmes par courrier interne avant le 15 août. Merci

On définit comme AES tout contact percutané (piqûre, coupure) ou muqueux (œil, bouche) ou sur peau lésée (eczéma, plaie) avec du sang ou un produit biologique contenant du sang (LA, salive, urines, vomissures ...)

1-Avez-vous déjà été victime d'un AES dans le cadre de votre activité de SF (déclaré ou non)?

- Oui non

Si oui : Combien ?.....

En quelle(s) année(s)(précisez à chaque fois).....
.....

2-Circonstance des AES (précisez leurs nombres):

- Piqûres Projections
 Coupures Autres.....
.....
- Jour Nuit

3-Quelle(s) était la/les causes de l'AES?(plusieurs réponses possibles)

- L'organisation/ergonomie du service Votre organisation personnelle
 Votre dextérité (apprentissage/complexité/urgences) Surcharge de travail
 Matériel déficient ou peu adapté Matériels insuffisants
 Autre.....
.....

4-Utilisez-vous les précautions standard (gants, masque, lunettes, collecteur à proximité) au moment de l'accident ?

- Oui Non En partie

Si non, pourquoi ? Ergonomie Habitudes du service
(précisez le/les dispositif(s) Manque de moyens matériels Matériel déficient/peu adapté
manquant(s))
 Manque de personnels/surcharge de travail
 Priorité à la relation soignant soigné
 Situation urgente Autre.....

5-Avez-vous déclaré vos AES? (précisez pour parfois/rarement)

- Systématiquement Parfois Rarement Jamais

DECLARATION D'ACCIDENT DE TRAVAIL AVEC EXPOSITION AU SANG (et produits biologiques)

ACCIDENT DE TRAVAIL OU DE TRAJET

Si l'accident du travail ou du trajet entraîne un arrêt, le Médecin doit établir un certificat médical

☒ *cerfa n° 11138*01*

Feuille d'accident du travail et maladie professionnelle

☒ *cerfa n° 11383*01*

ACCIDENT DE TRAVAIL AVEC EXPOSITION AU SANG

L'étudiant doit :

1. Prévenir l'Ecole de Sages-Femmes (02.98.01.71.65)

2. Compléter la fiche rose CHU : (Si AT arrivé au CHU, sinon formulaire de déclaration de l'établissement)

« **Déclaration d'accident de travail avec exposition au sang** (piqûre, coupure, projection) »

Cette **déclaration** doit être accompagnée d'un certificat médical initial de constatation des blessures (mentionnant le risque de séroconversion V.I.H)

3. Déposer dans les 24 heures ces deux documents au secrétariat de l'Ecole.

4. Prendre contact avec la médecine du travail du centre hospitalier de BREST, pour la première prise de sang (qui est à effectuer dans les 8 jours après l'accident).

4.1 La médecine du travail remettra à l'étudiant les ordonnances pour les prélèvements à effectuer à 1 mois, 3 mois et 6 mois.

5. L'imprimé de « Déclaration d'accident du travail » *cerfa n° 60-3682* de Sécurité Sociale est **complétée** par l'Ecole de Sages-Femmes puis transmis avec le certificat médical et la Déclaration d'accident de l'établissement, en Recommandé avec Accusé de Réception à la CPAM

6. Une photocopie du dossier transmis à la Caisse est transmise à :



Monsieur le Professeur DEWITTE,

- Médecine du Travail et Pathologies Professionnelles

- Service Universitaire de Médecine Préventive

DECLARATION D'ACCIDENT DE TRAVAIL AVEC EXPOSITION AU SANG
(et produits biologiques)

ACCIDENT DE TRAVAIL OU DE TRAJET

Si l'accident du travail ou du trajet entraîne un arrêt, le Médecin doit établir un certificat médical
☒ *cerfa n° 11138*01*

Feuille d'accident du travail et maladie professionnelle
☒ *cerfa n° 11383*01*

ACCIDENT DE TRAVAIL OU DE TRAJET

L'étudiant doit :

1. **Prévenir l'Ecole de Sages-Femmes** (02.98.01.71.65)
2. **Compléter la fiche blanche CHU** : (Si AT arrivé au CHU, sinon formulaire de déclaration de l'établissement)

« Déclaration d'accident de travail ou de trajet »



Cette **déclaration** doit être accompagnée d'un certificat médical initial de constatation des blessures.

3. L'imprimé de « Déclaration d'accident du travail » *cerfa n° 60-3682* de Sécurité Sociale est **complétée** par l'Ecole de Sages-Femmes puis transmis avec le certificat médical et la Déclaration d'accident de l'établissement, en Recommandé avec Accusé de Réception à la CPAM

4. Une photocopie du dossier transmis à la Caisse est transmise à :

↳ **Monsieur le Professeur DEWITTE,**
- Médecine du Travail et Pathologies Professionnelles
- Service Universitaire de Médecine Préventive

Résumé

Objectif : Evaluer la sous déclaration des Accidents d'Exposition au Sang et aux produits biologiques (AES) chez les sages-femmes (SF) et étudiants sages-femmes (ESF) du CHRU et de l'école de Brest, en essayant de dégager une tendance concernant les raisons de cette non déclaration, les accidentés non déclarants ainsi que les AES non déclarés.

Matériel et méthode : C'est une étude descriptive rétrospective menée sur la population des SF et ESF du CHRU et de l'école de Brest. Les données ont été recueillies à partir d'un questionnaire anonyme distribué à 69 ESF et 41 SF. Le taux de participation a été respectivement de 97% et 80,5%. Seuls les étudiants en Sciences Maïeutiques de 2^{ème} année (SMa2), ont été volontairement exclus de l'enquête, du fait de la diminution importante de leur nombre de stages notamment dans les services d'obstétrique.

Résultats : L'analyse des résultats a mis en évidence une tendance à la sous-déclaration des AES pour les ESF comme pour les professionnels de Brest. Bien que les AES par piqûres restent majoritaires, les AES par projections -très spécifiques des SF- représentent environ un tiers de ces AES et sont les moins déclarés. Les AES survenus la nuit seraient quand à eux moins déclarés que ceux survenus en journée. Les SF ayant plus de 5 ans d'ancienneté ainsi que les ESF en fin de formation auraient tendance à moins déclarer leurs AES ; de même que pour les personnes accidentées annonçant de pas appliquer, ou seulement en partie, les précautions standard au moment de l'accident. Les 3 principales raisons de cette non-déclaration sont: «la longueur et la pénibilité du suivi sérologique post accident», «la complexité des démarches de déclaration» et «la négativité des sérologies de la patiente».

Conclusion : Les actes médicaux et chirurgicaux ainsi que les nombreux contextes d'urgences font de l'obstétrique une des spécialités médicales les plus à risque d'AES. Leur sous déclaration est également une réalité à combattre au quotidien chez les ESF et les SF.

Mots-clés : AES, Sages-femmes, Etudiants sages-femmes, non-déclaration, Etude descriptive rétrospective.

Titre : A.E.S: la question piquante de la sous-déclaration. Etude descriptive rétrospective de la non-déclaration des Accidents d'Exposition au Sang et au produit biologique chez les sages-femmes et les étudiants sages-femmes du C.H.R.U et de l'école de Brest.

Auteur : Honorine Morvan, étudiante sage-femme 2^{ème} année de 2^{ème} phase.