



HAL
open science

Prise en charge des accidents d'exposition au sang au Centre Hospitalier de Libourne : une évaluation des pratiques professionnelles

Cécile Lebrun

► **To cite this version:**

Cécile Lebrun. Prise en charge des accidents d'exposition au sang au Centre Hospitalier de Libourne : une évaluation des pratiques professionnelles. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01665292

HAL Id: dumas-01665292

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01665292>

Submitted on 15 Dec 2017

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.

Université de Bordeaux
U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année: 2017

N°: 159

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par **Cécile LEBRUN**

Née le 05/09/1990 à Saint Germain en Laye

Le 24 octobre 2017

**PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS D'EXPOSITION AU SANG
AU CENTRE HOSPITALIER DE LIBOURNE: UNE EVALUATION
DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES**

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Dimitri ROGER

Jury

Monsieur le Professeur Patrick BROCHARD

Président – Membre du jury

Madame le Professeur Anne-Marie ROGUES

Rapporteur – Membre du jury

Monsieur le Professeur Michel DUPON

Membre du jury

Madame le Docteur Carmen ROCA-GUIMARD

Membre du jury

Monsieur le Docteur Dimitri ROGER

Directeur – Membre du jury

Remerciements

Au Jury

Monsieur le Professeur Patrick BROCHARD,

Vous me faites l'honneur de bien vouloir assurer la présidence de cette thèse.

Soyez assuré de mon profond respect.

Madame le Professeur Anne-Marie ROGUES,

Vous avez accepté d'évaluer l'intérêt scientifique de ce travail.

Veillez accepter mes sincères remerciements pour l'aide dont vous m'avez apportée et soyez assuré de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Michel DUPON,

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse.

Je tiens à vous exprimer ma sincère gratitude pour votre disponibilité et pour vos enseignements lors de ma première année d'internat.

Je vous prie de croire en mes sentiments respectueux.

Madame le Docteur Carmen ROCA-GUIMARD,

Je suis honorée de vous compter parmi les membres de mon jury.

Veillez recevoir mes sincères remerciements pour votre aide à la réalisation de ce travail.

Je vous prie de croire en mes sentiments respectueux.

Monsieur le Docteur Dimitri ROGER,

Je suis heureuse d'avoir réalisé ce travail avec toi.

Merci pour tes conseils, pour ta disponibilité malgré la distance, pour ton coaching, pour tes encouragements et pour ton soutien.

Merci également d'avoir fait susciter en moi l'envie d'exercer la médecine d'urgence.

Sois assuré de ma sincère et immense reconnaissance.

A mes proches

A ma famille, qui m'a soutenue toutes ces années, depuis la P1 jusqu'à aujourd'hui.

Merci d'avoir été présente.

Ca y est... j'entrevois le bout du tunnel!

A Adrien, avec qui j'ai partagé ces années de fac, le stress des exams et des choix de stage. A tous ces moments passés ensemble, aux rires et aux pleurs. Merci d'être là, toi qui illumine mes journées et avec qui j'ai choisi de construire ma vie.

A Solène, qui me supporte depuis presque 27 ans!

A Sarah et Tomo, restés sur Paris. J'espère que nous pourrons bientôt utiliser votre carnet d'adresse et avoir la joie de rencontrer Oleg!

A mes nouvelles rencontres sur Bordeaux, Priscilla, Lucie et tant d'autres...

Aux médecins

A tous les médecins que j'ai pu rencontrer au cours de mon internat qui m'ont transmis la rigueur et la passion de la médecine.

Aux médecins du Centre Hospitalier de Libourne m'ayant aidé dans la réalisation de ce travail.

Table des matières

Abréviations	6
I. INTRODUCTION.....	7
II. MATERIELS ET METHODES.....	11
1. Type d'étude.....	11
2. Population de l'étude et critères d'inclusion / exclusion	11
3. Période d'inclusion	11
4. Description du circuit de prise en charge préexistant pour les professionnels consultant pour AES au CHL.....	12
5. Recueil de données	12
6. L'audit clinique	13
6.1. Référentiel.....	13
6.2. Critères d'évaluation	13
7. Améliorations apportées après les résultats de l'audit clinique.....	15
8. Réévaluation.....	15
9. Critère de jugement principal.....	15
10. Critères de jugements secondaires	16
11. Analyse des données.....	16
III. RESULTATS.....	17
1. Résultats de l'audit clinique initial	17
2. Mise en place du nouveau protocole.....	21
3. 2 ^{ème} audit clinique	25
4. Evaluation des pratiques avant et après la mise en place du nouveau protocole.....	30
IV. DISCUSSION	33
V. CONCLUSION	40
Références bibliographiques.....	41
Annexes	44
Serment d'Hippocrate	74
Résumé.....	75
Abstract	76

Abréviations

AES: Accident d'Exposition au Sang

AEV: Accident d'Exposition au risque Viral

CHL: Centre Hospitalier de Libourne

CMI : Certificat Médical Initial

EPP: Evaluation des Pratiques Professionnelles

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat

SAU: Service d'Accueil des Urgences

TPE: Traitement Post-Exposition.

TROD: Test Rapide d'Orientation Diagnostique

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

I. INTRODUCTION

Un accident d'exposition au sang (AES) ou accident d'exposition à un risque viral (AEV) est défini comme tout contact avec du sang ou un liquide biologique contenant du sang et comportant soit une effraction cutanée (piqûre ou coupure) soit une projection sur une muqueuse (œil, bouche) ou sur une peau lésée (eczéma ou plaie). Sont assimilés à des AES les accidents survenus dans les mêmes circonstances avec d'autres liquides biologiques tels que sécrétions génitales, liquide cérébro-spinal (LCS), synovial, pleural, péritonéal, péricardique, amniotique... Ils doivent être considérés comme potentiellement contaminants même s'ils ne sont pas visiblement souillés de sang (1–3)

Le risque de transmission d'agents infectieux lors d'un AES concerne l'ensemble des germes véhiculés par le sang ou les liquides biologiques (bactéries, virus, parasites et champignons). En pratique, on redoute surtout le VHB, le VHC et le VIH, en France, du fait de leur prévalence, de l'existence d'une virémie chronique et de la gravité de l'infection engendrée. Lors des soins, ces accidents exposent les professionnels à un risque de transmission du VIH et aux virus des hépatites B et C. (2) Le risque moyen de transmission après une exposition percutanée au sang d'un patient infecté est de 0,3% pour le VIH, entre 0,5 et 3% pour le VHC et entre 2 et 40% pour le VHB en l'absence de vaccination ou d'immunisation antérieure. (2) Le risque de contamination varie en fonction de la gravité de l'AES et notamment de l'importance de l'inoculum viral et de sa prise en charge. (3) En pratique, les accidents les plus graves sont ceux où la blessure est profonde, la virémie du patient source est élevée, l'aiguille est utilisée pour un geste intraveineux ou intra-artériel, l'aiguille est visiblement souillée ou en encore lorsque l'aiguille est de gros calibre. Les accidents causés par une tierce personne peuvent également être graves car le mouvement de retrait de l'objet vulnérant est moins immédiat. (3)

L'évaluation médicale initiale après un AES est essentiel et doit être la plus précoce possible, car c'est cette évaluation qui oriente ou non vers l'administration d'un traitement post-exposition (TPE) vis-à-vis du VIH. L'indication du TPE est posée en prenant en compte le rapport entre le bénéfice escompté et le risque d'effets indésirables liés au traitement, ainsi

que les coûts induits par le TPE (traitement en lui-même, examens biologiques, temps médical et paramédical).(2) Le TPE est d'autant plus efficace que son délai d'initiation est court. Il faut s'efforcer de raccourcir au maximum ce délai et de débiter le traitement dans les quatre premières heures qui suivent l'exposition. Il peut être initié au plus tard jusqu'à 48 heures après l'exposition. (2-6) Les études chez les modèles animaux montrent une phase de réplication au sein des cellules dendritiques de la peau et des muqueuses avant de se propager dans le système lymphatique. C'est ce délai qui laisse entrevoir une opportunité pour la prophylaxie post-exposition. (7)

Le type de molécule préféré pour la prophylaxie post-exposition au VIH repose principalement sur la sécurité et la tolérance car il est administré à des personnes immunocompétentes sans infection par le VIH pendant un temps limité (28 jours). (2,3,8)

Comme vu précédemment, le risque de transmission du VHB est nettement supérieur à celui du VIH. En cas de sujet victime d'un AES non immunisé contre le VHB, ce qui est rare dans le cas d'AES professionnels, la vaccination anti-VHB doit être débutée au mieux dans les 72h suivant l'exposition, éventuellement jusqu'à J7. Les immunoglobulines spécifiques doivent être administrées dans les 72h suivant l'AES. Leur délivrance est exclusivement hospitalière. L'association de la vaccination et des immunoglobulines spécifiques a une efficacité préventive contre le VHB supérieure à celle du vaccin seul. (2,6,9)

Enfin, concernant une exposition professionnelle au VHC, aucun traitement préventif anti-VHC n'est recommandé à ce jour. (2)

La prise en charge des AES et l'accès au traitement post-exposition restent à ce jour exclusivement hospitaliers, impliquant les services spécialisés pour le VIH, les services de médecine du travail et les services d'accueil des urgences. (4)

Elle est régie par les recommandations émises par le rapport Morlat et la circulaire interministérielle de 2008.

Le dispositif d'accueil des agents victimes d'AES doit permettre une analyse précoce du risque d'infection, l'administration rapide d'un éventuel traitement et de son suivi, le soutien dans l'observance du traitement par la personne exposée, le conseil dans le domaine de la prévention et le recueil de données pour une évaluation des causes de l'accident. (2-4,10)

La surveillance des AES en France réalisée par le RAISIN (Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales) et le GERES (Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants aux agents infectieux) a permis de guider les stratégies de prévention par une meilleure connaissance de ces AES. (11)

Les données de plus de 14 années de surveillance des AES par le réseau RAISIN et le dernier rapport de 2015 (11) ont montré une diminution de l'incidence des AES dans les établissements de santé. Néanmoins une part non négligeable des AES rapportés (33%) était toujours imputable à un non-respect des précautions standard. Il s'agit notamment du recapuchonnage ou de la manipulation d'objet piquant/coupant/tranchant (OPCT). En 2014, le recapuchonnage représentait encore 5,2% des AES et le fait de désadapter l'aiguille à la main 4,1%. De plus, bien que cette prévalence soit en amélioration, la présence d'un conteneur situé à proximité n'était rapportée que dans 75 % des AES. Le même taux de conformité (75%) était retrouvé pour le port de gants, alors que par effet d'essuyage, les gants peuvent réduire l'inoculum viral, facteur de risque de séroconversion.

Il existe une sous-déclaration importante des AES par les professionnels de santé. En effet, différentes études évaluent cette sous-déclaration entre 20 et 50% (2,12–15). Les principaux motifs de non-déclaration identifiés sont les suivants : le manque de temps, des procédures trop compliquées ou la méconnaissance des procédures, la non gravité de l'accident et l'ennui de devoir déclarer (12–16).

Le dispositif permettant une prise en charge des personnes victimes d'AES et une évaluation du risque de transmission virale nécessite donc d'être optimisé afin d'en faciliter l'accès.

Le Centre Hospitalier de Libourne (CHL) de par sa taille, le territoire qu'il couvre et la population qu'il accueille, est l'un des établissements les plus importants d'Aquitaine. En effet, il comptabilise 1260 lits et places et draine un bassin de population allant de l'est du bordelais jusqu'aux limites de la Dordogne et des Charentes. Son service d'accueil des urgences compte plus de 45 000 passages par an.

L'accueil des AES sur le CHL ne se faisait jusqu'alors qu'au service des urgences, cependant le médecin n'était pas toujours disponible immédiatement, notamment en cas de forte affluence, ce qui pouvait entraîner un retard de prise en charge des victimes d'un AES. De plus, le protocole de prise en charge de ces AES aux urgences n'avait pas été mis à jour depuis plusieurs années. Enfin les prises en charge de ces AES étaient très hétérogènes, ce qui laisse penser que les équipes médicales et paramédicales des urgences n'avaient probablement pas reçu une information suffisante quant à cette prise en charge spécifique. Sur ces cinq dernières années, le CHL compte entre 70 et 80 déclarations d'AES par an.

Nous avons réalisé ce travail de thèse afin d'évaluer les pratiques de prise en charge des AES professionnels du CHL et de les optimiser.

Pour ce travail nous avons réalisé une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) à l'aide des méthodes de l'audit clinique et du chemin clinique. Nous avons fait le choix de ces méthodes car celles – ci sont centrées sur la pratique des soins car elles permettent d'évaluer les pratiques professionnelles et organisationnelles. De plus, elles permettent de planifier, rationaliser et standardiser une prise en charge multidisciplinaire. (17,18)

L'objectif principal était d'améliorer la prise en charge initiale des AES professionnels des agents du CHL.

II. MATERIELS ET METHODES

1. Type d'étude

Il s'agit d'une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Elle a débuté par un audit clinique dont l'objectif était de définir les points conformes aux critères de bonne pratique et d'identifier les besoins d'améliorations.

Nous avons ensuite réalisé le chemin clinique permettant de programmer et d'organiser les différentes étapes de la prise en charge et permettant de réduire la variabilité non justifiée de la prise en charge. Ce travail s'est poursuivi par l'élaboration d'un nouveau protocole de prise en charge des AES au sein de l'établissement.

Enfin, un deuxième audit clinique a été réalisé après la mise en place du protocole afin d'évaluer ces nouvelles pratiques.

2. Population de l'étude et critères d'inclusion / exclusion

La population de l'étude comprenait les membres du personnel du CHL consultant dans le service des urgences ou auprès d'un des médecins infectiologues référents pour un AES professionnel.

La sélection des dossiers a été faite par le biais du laboratoire d'analyse virologique du CHL grâce au nombre de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) VIH réalisés dans le cadre des AES professionnels et grâce aux fichiers de la médecine du travail.

Les patients victimes d'un AES non professionnel n'ont pas été inclus. De même, les patients n'ayant pas consulté dans les suites de l'AES n'ont pas été inclus dans l'étude. En effet, certaines personnes victimes d'AES font envoyer les prélèvements du patient source mais ne se présentent pas auprès d'un médecin référent pour une évaluation médicale du risque.

3. Période d'inclusion

L'inclusion s'est faite en 2 temps, couvrant chacun une période de 6 mois. La première s'est déroulée du 1^{er} janvier au 31 mai 2016 et correspond à l'audit clinique initial. La deuxième période, de janvier à juin 2017, correspond au deuxième audit clinique faisant suite aux améliorations mises en place après le premier audit clinique.

4. Description du circuit de prise en charge préexistant pour les professionnels consultant pour AES au CHL.

Jusqu'au 5 janvier 2017 (date de la mise en place du nouveau protocole), les agents du CHL victime d'un AES devaient se présenter à l'accueil des urgences de l'hôpital de Libourne afin d'être pris en charge en urgence par l'un des 23 médecins pour évaluer le risque infectieux lié à l'AES et organiser la prise en charge initiale.

Un document était affiché dans chacun des postes de soins mentionnant les gestes immédiats à réaliser après l'accident. Ces soins devaient être réalisés immédiatement.

Ensuite, l'agent devait se munir des tubes de prélèvements du patient source afin que ceux-ci soient acheminés via les urgences au laboratoire accompagné d'une feuille de liaison. Le consentement du patient source devait systématiquement être recueilli lorsqu'il était en état de l'exprimer. Cette fiche devait faire mention du nom de la victime et du patient source, de la date et l'heure de l'accident, ainsi que du nom et des coordonnées du médecin urgentiste à joindre pour la communication des résultats.

Après obtention des résultats du TROD pour le VIH, le médecin urgentiste décidait ou non d'introduire un traitement post-exposition (TPE).

En cas d'introduction d'un TPE ou en cas de doute, le médecin des urgences pouvait solliciter l'avis d'un infectiologue référent aux heures ouvrables ou adresser la victime de l'AES en consultation auprès des infectiologues référents en cas de prise en charge initiale aux heures non ouvrables.

A l'issue de cette consultation initiale, un certificat médical initial ou la déclaration initiale d'accident du travail (formulaire CERFA 14463*02) était remis au patient.

Enfin, le sujet devait effectuer la déclaration d'AES auprès du CHL dans les 48h et prendre rendez-vous au service de la médecine du travail dans un délai maximum de 7 jours.

5. Recueil de données

Le recueil de données a été réalisé par l'auteur de cette thèse à partir d'une grille détaillée en annexe. Les dossiers médicaux ont été consultés sur le logiciel de gestion des données Crossway utilisé au CHL et sur les dossiers papiers conservés par le service de santé au travail et du laboratoire de virologie.

Par ailleurs, cette étude a bénéficié de l'accord de la CNIL.

6. L'audit clinique

6.1. Référentiel

Pour définir les paramètres et critères de conformité de la prise en charge des AES, nous avons utilisé le Référentiel de l'évaluation des pratiques professionnelles AES édité en 2013 par la Société Française de Lutte contre le Sida, ainsi que la circulaire interministérielle de 2008 relative aux recommandations de prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du VIH. (4,19)

6.2. Critères d'évaluation

Les critères d'évaluation ont été rassemblés en une grille de recueil, élaborée à l'aide des référentiels mentionnés ci-dessus.

Données épidémiologiques :

- Age de la victime
- Profession

Données de la consultation initiale :

- Existence d'un dossier permettant de tracer la prise en charge.
- Mention de l'heure de l'AES.
- Trace de l'existence ou de l'absence d'une vaccination efficace contre l'hépatite B.
- Trace de l'existence d'antécédents médicaux
- Délais entre l'AES et la consultation médicale initiale
- Délais entre inscription aux urgences et contact médical le cas échéant.
- Mention du type d'AES (piqûre, coupure, projection).
- Mention de la profondeur de la plaie le cas échéant.
- Mention du type de matériel en cause ou du liquide biologique en cas de projection.
- Mention du port d'équipement de protection individuel (gants, lunettes le cas échéant).
- Mention de l'existence d'un saignement spontané.
- Mention de l'existence d'un lavage et d'une désinfection adaptée.

- Mention du statut à risque ou non du patient source (toxicomane, piercing, partenaires multiples).
- Trace du statut sérologique du sujet source (VIH, VHB, VHC).
- Trace de la prescription initiale du TROD VIH.
- Trace d'un résultat biologique validé pour le TROD VIH.
- Trace de la prescription initiale de la sérologie VHB du patient source.
- Trace de la prescription initiale de la sérologie VHC du patient source.
- Mention de la prescription d'un TPE ou non.
- Trace de la prescription d'un bilan pré-thérapeutique (NFS, ionogramme sanguin, transaminase) en cas d'initiation d'un TPE.
- Trace de prescription du taux de Beta-HCG chez les femmes en âge de procréer en cas d'initiation d'un TPE.
- Mention de la prescription d'une vaccination ou d'immunoglobuline contre le VHB ou non.
- Trace de la délivrance d'informations de prévention au patient.

Données sur le suivi de la victime :

- Trace de la réalisation des sérologies virales VIH, VHB, VHC.
- Suivi de la victime effectué et conforme (*ie* : pas de suivi nécessaire en cas de patient source séronégatif pour le VIH et surveillance sérologique jusqu'au 4^{ème} mois en cas de patient source séropositif ou inconnu).

Autres données recueillies :

- Certificat d'accident de travail réalisé et remis au patient lors de la consultation médicale initiale.
- Nécessité d'une consultation ou d'un avis auprès de l'infectiologue référent.
- Utilisation de la fiche de liaison AES avec le laboratoire.
- Délais entre l'AES et la réception du bilan du patient source par le laboratoire.
- Délais entre la réception du TROD VIH et la transmission des résultats au médecin référent.

7. Améliorations apportées après les résultats de l'audit clinique

Suite à la réalisation de cet audit clinique, nous nous sommes inspirées de la méthode du chemin clinique pour réaliser un nouveau protocole de prise en charge des AES au sein du CHL à l'aide du rapport Morlat de 2013 et de la circulaire interministérielle de 2008 relative aux recommandations de prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du VIH. (2,4)

Ce chemin clinique a été élaboré par un groupe de travail composé de médecins urgentistes, d'un infectiologue, d'un biologiste, d'un médecin de santé au travail ainsi que d'une infirmière du service de santé au travail (soit 6 professionnels de santé).

Une fois le protocole réalisé par le groupe de travail et validé par le chef de service des urgences, le médecin responsable de la gestion des risques et la directrice des soins, sa diffusion s'est faite par courriel à l'ensemble des médecins susceptible de prendre en charge des personnes victimes d'un AES professionnel (urgentistes, infectiologues et de médecine du travail). Une information a également été faite directement auprès des médecins urgentistes lors de leurs réunions de service.

Ces informations ont été réalisées dans la semaine suivant la mise en application du protocole (soit du 5 au 13 janvier 2017).

8. Réévaluation

Après actualisation du protocole de prise en charge des AES, une réévaluation a été réalisée selon les mêmes modalités sur une seconde période de 6 mois.

9. Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal était l'existence d'une consultation médicale initiale pour l'évaluation du risque de transmission virale après réalisation du chemin clinique, en comparaison des données de l'audit clinique initial.

10. Critères de jugements secondaires

Les critères de jugements secondaires évalués étaient :

- La présence des informations nécessaires à l'évaluation du risque de transmission virale dans le dossier.
- L'utilisation de l'observation type pour la consultation initiale.
- Le délai de prise en charge initial.
- Le nombre de déclaration des AES.
- La présence de la fiche de laboratoire de liaison.

11. Analyse des données

Pour les deux audits cliniques, le calcul de pourcentage de conformité par rapport au référentiel a été pratiqué concernant les différentes variables d'évaluation.

Ces tests statistiques ont été réalisés à l'aide du logiciel Epi Info version 7.2.

Une analyse par test du Chi 2 (ou par le test exact de Fisher lorsque les effectifs étaient insuffisants) a été réalisée pour:

- Comparer les résultats de l'audit clinique aux données observées après amélioration de la prise en charge et du parcours de soin.
- Mesurer l'association statistique en fonction de l'utilisation ou non de l'observation-type.

Ces tests statistiques ont été réalisés à l'aide du logiciel R version 3.4.0.

III. RESULTATS

1. Résultats de l'audit clinique initial

Du 1^{er} janvier 2016 au 30 juin 2016, il existait 48 cas d'AES professionnel au CHL.

37 patients ont bénéficié d'une consultation médicale initiale auprès d'un médecin référent.

Pour l'analyse de la qualité de l'évaluation médicale initiale, seuls ces 37 patients étaient inclus. En revanche, pour les éléments non liés directement au contenu du dossier médical, la totalité des dossiers était analysés.

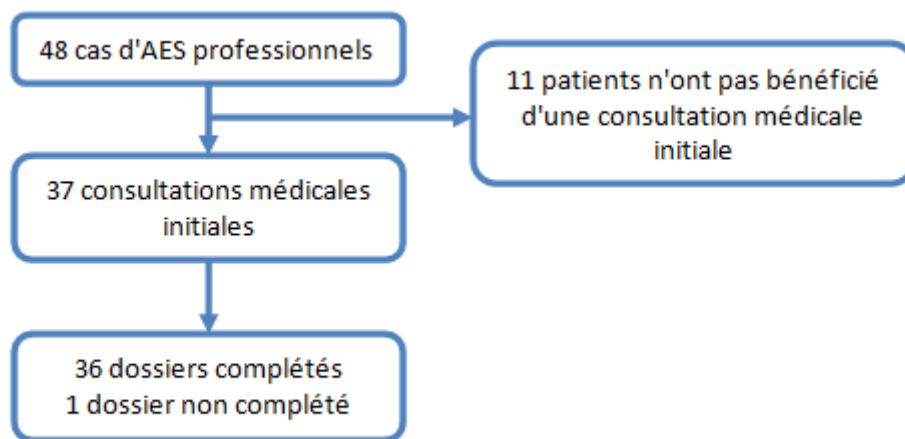


Figure 1: Diagramme des flux (1^{er} audit clinique).

Sur les 11 personnes n'ayant pas bénéficié d'une consultation médicale initiale, seulement 4 ont consultés auprès du service de la médecine du travail. Il s'agissait d'une aide-soignante et de 3 médecins. Aucune information n'était disponible sur leur service d'origine.

- Population

Sur les 40 dossiers où la profession était connue, la population étudiée comprenait 13 (32,5%) médecins ou internes, 14 (35%) infirmières ou élèves infirmières, 10 (25%) aides-soignantes et 3 (7,5%) agents des services hospitaliers. L'âge moyen était de 37 ans.

- Informations relatives à la consultation médicale initiale

Il existait 48 cas d'AES dans cet audit clinique correspondant au nombre de TROD VIH réalisés par le laboratoire. Seules 37 personnes victimes d'AES avaient bénéficié d'une

consultation médicale initiale, soit 77,1%, et 1 dossier médical n'a pas été rempli. En cas d'absence de dossier, les réponses aux questions relatives à la traçabilité des données dans le dossier étaient considérées comme négatives. Ces consultations initiales ont été réalisées dans le service d'accueil des urgences (SAU) du CHL pour 35 patients, les 2 autres directement auprès d'un médecin infectiologue référent. Un avis auprès du médecin infectiologue référent a été sollicité par un médecin urgentiste pour 7 patients. Le certificat médical initial ou le document CERFA d'accident du travail était remis à 27 des 37 victimes d'AES ayant bénéficié d'une consultation médicale initiale, soit 73%.

Il n'existait aucune trace dans les dossiers de la délivrance d'une information orale ou écrite de prévention suite à cet AES.

Les délais entre l'AES et la consultation initiale et entre l'inscription au SAU et cette consultation sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1: Prévalence des différents délais de prise en charge et intervalle de temps médian (phase 1):

	n	%	Médiane
Délais entre AES et consultation initiale			
0 - 1 h	15	40,5	1-2 h
1 - 2 h	10	27,0	
2 - 4 h	3	8,1	
4 - 8 h	3	8,1	
8 - 12 h	1	2,7	
> 12h	3	8,1	
Valeurs manquantes	2	5,4	
Délais entre inscription au SAU et consultation initiale*			
< 15 min	6	17,1	15 - 30 mn
15 - 30 min	11	31,4	
30 mn - 1 h	9	25,7	
1 - 2 h	6	17,1	
2 - 3 h	2	5,8	
Valeurs manquantes	1	2,9	

* : 35 consultations aux urgences

- Informations relatives aux victimes

La profession de la victime était précisée dans 51,4% des cas et l'âge de la victime l'a été dans 97,3% des dossiers.

En revanche, l'existence d'une vaccination contre l'hépatite B et la présence d'antécédents médicaux n'étaient mentionnés que dans 16,2% et 43,2% des dossiers respectivement.

- Informations relatives à l'AES

Le type d'AES est mentionné dans 91,9% des dossiers et le matériel en cause dans 81,1%.

L'ensemble des données relatives à l'AES en lui-même est retranscrit dans le tableau 3.

Tableau 2: Prévalences des informations présentes dans les dossiers relatives à l'AES (phase 1):

		n	%
Date de l'AES	oui	19	51,4
	non	18	48,6
Heure de l'AES	oui	9	24,3
	non	28	75,7
Type d'AES	oui	34	91,9
	non	3	8,1
Profondeur	oui	15	40,5
	non	17	45,9
	non applicable	5	13,5
Matériel en cause	oui	30	81,1
	non	7	18,9
Port d'équipement de protection individuel	oui	8	21,6
	non	29	78,4
Saignement spontané	oui	1	2,7
	non	31	83,8
	non applicable	5	13,5
Nettoyage eau/savon	oui	12	32,4
	non	25	67,6
Désinfection Dakin®	oui	22	59,5
	non	10	27,0
	non applicable	5	13,5

La mention non applicable aux items "profondeur", "saignement spontané" et "désinfection Dakin®" correspond aux AES par projection de liquide biologique sur les muqueuses.

- Informations relatives au patient source et à la prescription d'une biologie

La connaissance ou non du statut sérologique du patient source vis-à-vis du VIH n'était mentionné que dans 16,2% des dossiers, et celles du statut sérologique vis-à-vis du VHB et du VHC l'étaient dans 5,4% et 8,1% des dossiers.

La mention de la réalisation d'un TROD VIH était présente dans 83,8% des cas, elle n'était pas réalisable dans 13,5% car le sujet source était inconnu. Le résultat de ce TROD n'était présent que dans 51,4% des dossiers. Les demandes de réalisation de sérologie VHB et VHC étaient présente dans 35,1% et 37,8% des dossiers. L'existence ou non de facteur de risque d'infection virale à risque de transmission du patient source était absente dans 81,1% dossiers.

La fiche de liaison avec le laboratoire obligatoire permettant la liaison du patient source à la victime était présente dans 70,8% des cas et non applicable dans 12,5% des cas (patient source inconnu ou non prélevé après avis infectieux).

Le délai entre l'AES et la réception du TROD par le laboratoire et celui entre la réception et la communication du résultat sont résumés dans le tableau suivant.

Tableau 3: Prévalence des délais de traitement et communication des résultats du TROD et intervalle de temps médian (phase 1):

	n	%	Médiane
Délais AES / réception TROD			
0 - 1 h	11	22,9	1 - 2 h
1 - 2 h	8	16,7	
2 - 4 h	4	8,3	
4 - 8 h	3	6,3	
> 8 h	2	4,2	
Valeurs manquantes	20	41,7	
Délais réception TROD / tel résultats			
0 - 1 h	22	45,8	0 - 1 h
1 - 1h30	2	4,2	
Valeurs manquantes	24	50,0	

Ces données étaient recueillies directement sur la fiche de liaison avec le laboratoire. La mention "valeurs manquantes" correspond aux dossiers où la fiche liaison n'était pas présente ou à ceux dont l'information n'avait par été retranscrite.

- Informations relatives à la décision médicale

La prescription ou non d'un TPE était mentionnée dans 6 dossiers et celle d'une sérovaccination VHB dans 1 dossier soit 16,2% et 2,7% des dossiers.

Uniquement 2 TPE ont été prescrits. La réalisation du bilan biologique (NFS, ionogramme sanguin, fonction rénale et bilan hépatique) de la victime avant introduction du TPE l'a été dans les 2 cas. En revanche, la recherche de beta-HCG était absente dans les 2 cas.

La prescription du premier TPE a été faite dans les 4h suivant l'AES et le deuxième plus de 8h suivant l'AES.

- Information relatives au suivi de la victime

Sur les 48 victimes d'AES, 40 avaient déclaré cet AES et avaient bénéficié d'un suivi sérologique conforme aux recommandations auprès de la médecine du travail, soit 83,3%.

2. Mise en place du nouveau protocole

Le nouveau protocole disponible en annexe expose le déroulement de la procédure globale en différentes étapes. Il prend en compte les AES professionnels et non professionnels (que nous ne détaillerons pas ici).

Il a été mis en place le 5 janvier 2017. Une information sur ce protocole a été délivrée à l'ensemble des cadres de santé par le médecin référent du service de santé au travail qui devaient eux-mêmes diffuser l'information auprès des agents de leur service, et auprès des médecins du services d'accueil des urgences par les 2 médecins urgentistes ayant participé au groupe de travail. Enfin, une information globale concernant les AES a été ajoutée à la réunion d'accueil des nouveaux internes se déroulant en novembre et mai.

Il existe toujours un affichage rappelant les gestes immédiats dans chaque poste de soin.

La prise en charge initiale se fait dorénavant au plus près de l'accident dans les services, grâce à la mise à disposition d'un kit AES dans chaque unité de soins, ainsi qu'au bloc opératoire et dans les unités logistiques. Ils se situent soit dans les postes de soins, soit dans le bureau des cadres de santé.

Cette mallette contient :

- Un guide pratique rapide.
- Le nécessaire aux premiers soins (en dehors du savon doux présent dans chaque unité) :
 - o Le Dakin®: 125 ml.
 - o Le sérum physiologique (NaCl 9%O) en 250 ml avec tubulure pour facilité le rinçage.
 - o Un pot permettant de tremper le doigt avec le Dakin® (cas le plus fréquent d'AES par pique au niveau du doigt).
- Le nécessaire au prélèvement du patient source :
 - o 1 paire de gants non stériles.
 - o 1 tube sérologique bouchon marron.
 - o 1 sachet de compresses stériles.
 - o La fiche navette pour le laboratoire.
 - o La poche rouge urgente pour transport du tube.
- Les 3 documents nécessaires à la déclaration de l'accident de travail :
 - o Déclaration d'accident de service.
 - o Certificat du responsable de service.
 - o Déclaration par tout témoin.
- Le certificat médical initial (CMI) CERFA 11138*02
- La feuille de consentement du patient source.

Le protocole est résumé dans le « guide pratique rapide » disponible sur chaque kit de prise en charge des AES.

GUIDE PRATIQUE RAPIDE

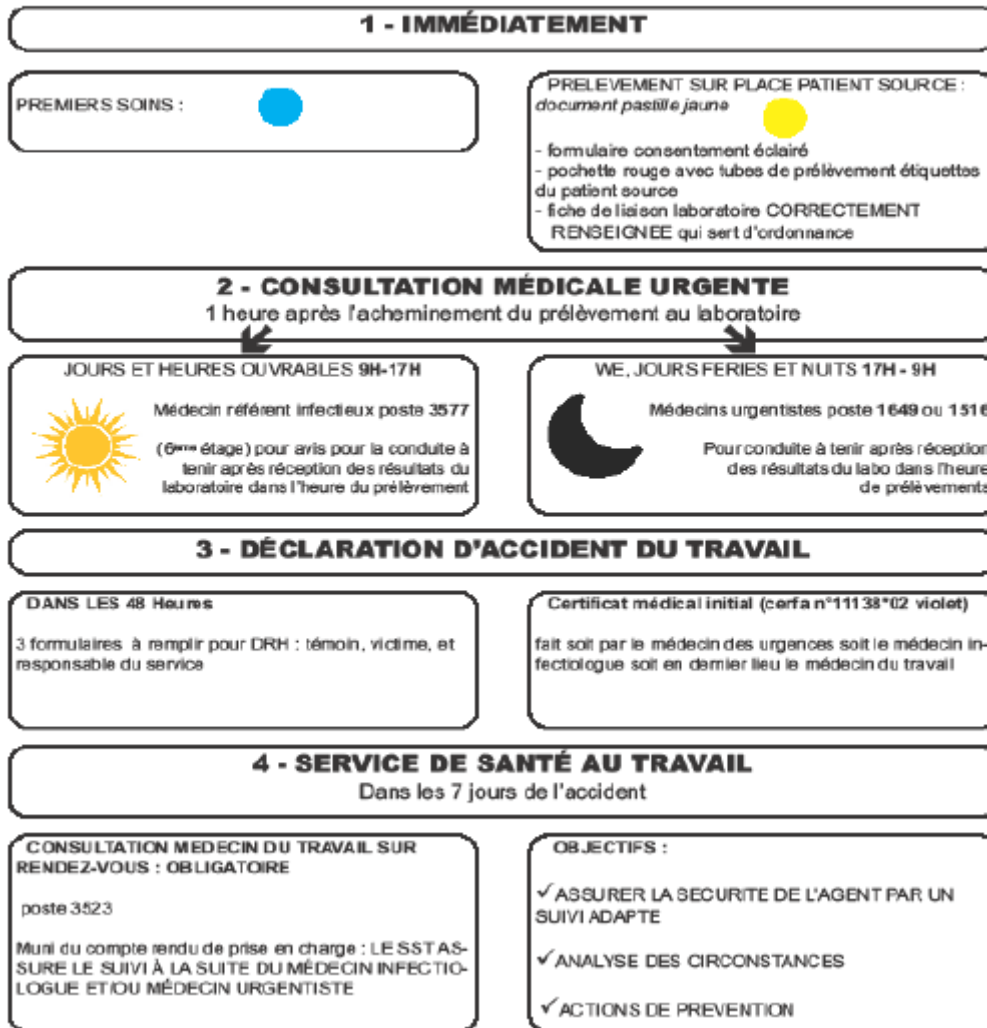


Figure 2 : Guide pratique rapide de prise en charge des AES

La première étape du protocole mentionne les dispositions immédiates à prendre en cas d'AES, à savoir les premiers soins : ne pas faire saigner la plaie, réalisation d'un nettoyage immédiat à l'eau et au savon et une désinfection au Dakin® pendant 5 min. En cas projection sur des muqueuses, il est demandé de rincer abondamment au sérum physiologique pendant 10 min, d'ôter les lentilles de contact et de les rincer abondamment le cas échéant. Une fois ces premiers gestes réalisés, il est nécessaire de contacter l'encadrement paramédical (cadre de santé de jour ou de nuit).

La deuxième étape indique les modalités de prélèvement du patient source et les conditions d'acheminement au laboratoire.

La troisième étape précise le lieu de consultation et le délai de consultation auprès d'un médecin référent pour la prise en charge des AES. Il s'agit de l'un des deux infectiologues de l'hôpital, de 9h à 17h du lundi au vendredi, et du médecin urgentiste sur place de 17h à 9h ainsi que les week-ends et jours fériés.

Lors de cette consultation initiale, le médecin devra utiliser une observation-type disponible sur le réseau intranet du CHL par les différents intervenants de la prise en charge (à savoir les urgentistes, les infectiologues et les médecins du service de santé au travail).

Pour des raisons d'ordre technique, la mise en place de ce fichier sur une interface commune n'a pu se faire que début juillet 2017. Jusque là, ce modèle type n'était disponible en version papier qu'aux urgences.

La quatrième étape mentionne la nécessité de remplir les formulaires présents dans la mallette, à savoir la feuille d'accident de service, la feuille de déclaration du témoin et la feuille de déclaration du responsable de service. Le CMI sera à remplir par le premier médecin prenant en charge l'AES.

Il est précisé que pour tout les cas d'AES professionnel au sein de l'établissement, la victime devra être adressée au médecin du travail dans un délai maximum de 7 jours après l'AES.

Le médecin du travail assure le suivi après l'accident en cas d'absence de prescription d'un TPE et prescrit donc le bilan sérologique initial de la victime. Il a connaissance de la totalité des résultats du bilan du patients source (VIH, VHB, VHC) et assurera le suivi en conséquence. Il fera également une analyse des causes de l'accident.

Le protocole fait mention de la procédure à suivre pour les agents présents en EHPAD la nuit (hors présence des IDE).

Une mallette a également été créée pour le service des urgences afin de guider le clinicien dans ses décisions et de faciliter la prise en charge. Celle –ci contient :

- Un exemplaire papier de l'observation médicale initiale type.
- Des tableaux d'évaluation du risque en fonction du type d'AES et du résultat du TROD VIH du patient source.
- La fiche de liaison avec le laboratoire (dans le cas où le prélèvement n'aurait pas été envoyé par la victime).
- Une fiche d'information à remettre à l'agent victime de l'AES.
- Une fiche indiquant le bilan biologique à réaliser chez la victime en cas d'indication de mise en route d'un TPE.
- Différentes ordonnances avec le TPE à prescrire en fonction de la fonction rénale du patient.

3. 2^{ème} audit clinique

Du 1^{er} janvier 2017 au 30 juin 2017, il existait 36 cas d'AES professionnel au CHL.

27 patients ont bénéficié une consultation médicale initiale auprès d'un médecin référent.

Pour l'analyse de la qualité de l'évaluation médicale initiale, seuls ces 27 patients étaient inclus. En revanche, pour les éléments non liés directement au contenu du dossier médical, la totalité des dossiers était analysés.

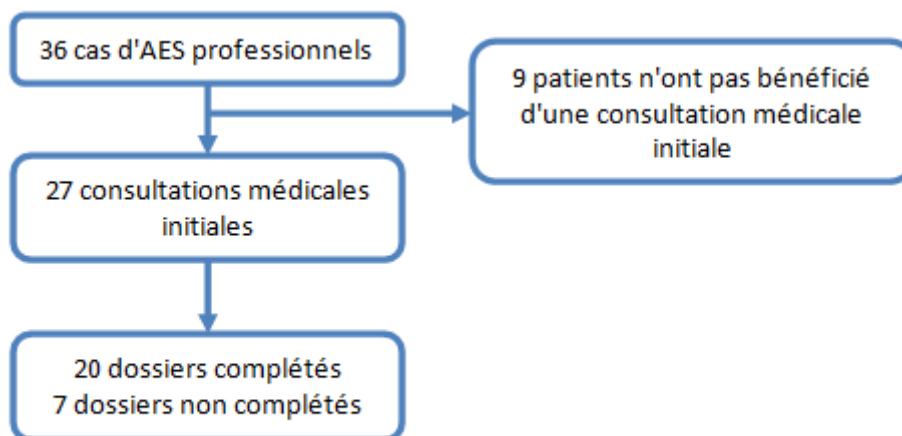


Figure 4: Diagramme des flux (2^{ème} audit clinique)

Sur les 9 personnes n'ayant pas bénéficié d'une consultation médicale initiale, 5 ont consultés auprès du service de la médecine du travail. Il s'agissait d'une aide-soignante et de 3 infirmières et d'un médecin. Aucune information n'était disponible sur leur service d'origine.

- Population

Sur les 26 dossiers où la profession était connue, la population étudiée comprenait 3 (11,55%) médecins ou internes, 18 (69,2%) infirmières ou élèves infirmières, 2 (7,7%) aides-soignantes, 0 agent des services hospitaliers et 3 (1,55%) agents autres (2 laborantins, 1 brancardier). L'âge moyen était de 36 ans.

- Informations relatives à la consultation médicale initiale

Il existait 36 cas d'AES dans ce deuxième audit clinique.

Sur ces 36 cas d'AES professionnels, 27, soit 75%, ont bénéficié d'une évaluation médicale initiale qui n'a été tracée que pour 21 patients. Comme pour l'audit clinique initial, en cas d'absence de dossier, les réponses aux questions relatives à la traçabilité des données dans le dossier étaient considérées comme négatives.

Ces consultations médicales initiales ont été réalisées dans le service des urgences pour 18 (66,7%) d'entre elles et directement auprès d'un infectiologue référent dans 9 (33,3%) cas.

Sur les 9 consultations qui ont eu lieu avec l'un des infectiologues, 5 n'ont pas donné lieu à un dossier médical écrit.

Il n'existait aucune trace dans les dossiers de la délivrance d'une information orale ou écrite de prévention suite à cet AES.

Le tableau suivant rassemble les prévalences et les médianes relatives aux délais de prise en charge entre l'AES et la consultation initiale ainsi que les délais entre inscription au SAU et la consultation initiale (le cas échéant).

Tableau 4: Prévalence des différents délais de prise en charge et intervalle de temps médian (phase 2):

	n	%	Médiane
Délais entre AES et consultation initiale			
0 - 1 h	10	37,0	0-1 h
1 - 2 h	4	14,8	
2 - 4 h	3	11,1	
valeurs manquantes	10	37,0	
Délais entre inscription au SAU et consultation initiale*			
< 15 min	8	44,4	< 15 mn
15 - 30 min	5	27,8	
30 mn - 1 h	1	5,6	
1 - 2 h	1	5,6	
2 - 3 h	1	5,6	
valeur manquante	2	11,0	

* : 18 dossiers au total

L'observation-type n'a été utilisée que dans 4 cas (14,8%), uniquement dans le service des urgences.

Le certificat médical initial ou le formulaire CERFA 11138*02 d'accident du travail a été remis à l'issue de la consultation médicale initiale dans 88,9% des cas.

- Informations relatives aux victimes

La profession et l'âge de la victime étaient mentionnés dans 33,3% et 81,5% des cas. L'existence d'une vaccination vis-à-vis de l'hépatite B était présente dans 25,9% des dossiers et celle des antécédents médicaux dans 22,2% des cas.

- Informations relatives à l'AES

Les prévalences des informations dans les dossiers relatives à l'AES en lui-même sont réunies dans le tableau 5.

Le type d'AES est mentionné dans 81,5% des dossiers et le matériel en cause dans 74,1%.

Tableau 5: Prévalences des informations présentes dans les dossiers relatives à l'AES (phase 2):

		n	%
Date de l'AES	oui	15	55,6
	non	12	44,4
Heure de l'AES	oui	9	33,3
	non	18	66,7
Type d'AES	oui	22	81,5
	non	5	18,5
Profondeur	oui	16	59,3
	non	5	18,5
	non applicable	6	22,2
Matériel en cause	oui	20	74,1
	non	7	25,9
Port d'équipement de protection individuel	oui	7	25,9
	non	20	74,1
Saignement	oui	4	14,8
	non	17	63,0
	non applicable	6	22,2
Nettoyage eau/savon	oui	15	55,6
	non	12	44,4
Désinfection Dakin®	oui	14	51,9
	non	7	25,9
	non applicable	6	22,2

La mention non applicable aux items "profondeur", "saignement spontané" et "désinfection Dakin®" correspond aux AES par projection de liquide biologique sur les muqueuses.

- Informations relatives au patient source et à la prescription d'une biologie

La mention du statut sérologique vis-à-vis du VIH, qu'il soit connu ou non, était présente dans 48,1% des dossiers, et celles du statut sérologique vis-à-vis du VHB et du VHC l'étaient dans 33,3% et 37% des cas.

La réalisation du TROD VIH était notée dans 51,9% des dossiers et son résultat dans 37%. La réalisation des sérologies VHB et VHC était mentionnée dans 55,6% des cas.

En revanche, l'existence ou non de facteur de risque d'infection virale à risque de transmission du patient source était absente de 85,2% des dossiers.

Pour ce qui est du lien avec le laboratoire d'analyse, la fiche de liaison laboratoire était présente pour 86,1% des demandes de TROD VIH (soit 36 au total).

Les délais entre l'AES et la réception du TROD par le laboratoire et celui entre la réception et la communication du résultat sont résumés dans le tableau suivant.

Tableau 6: Prévalence des délais de traitement et communication des résultats du TROD et intervalle de temps médian (phase 2):

	n	%	Médiane
Délais AES / réception TROD			
0 - 1 h	13	36,1	0 - 1 h
1 - 2 h	10	27,8	
2 - 4 h	2	5,6	
4 - 8 h	1	2,8	
> 8 h	0	0	
Valeurs manquantes	10	27,8	
Délais réception TROD / tel résultats			
0 - 1 h	22	61,1	0 - 1 h
1 - 1h30	4	11,1	
Valeurs manquantes	10	27,8	

Comme pour le 1^{er} audit clinique, ces données étaient recueillies directement sur la fiche de liaison avec le laboratoire. La mention "valeurs manquantes" correspond aux dossiers où la fiche liaison n'était pas présente ou à ceux dont l'information n'avait pas été retranscrite.

- Informations relatives à la décision médicale

La prescription ou non d'un TPE était présente dans 9 dossiers, soit 33,3%, et celle de la sérovaccination ou non pour le VHB l'était dans 6 dossiers, soit 22,2%.

Un seul TPE a été prescrit. Le bilan biologique de la victime (NFS, ionogramme sanguin, fonction rénale et bilan hépatique) avait bien été réalisé, et la réalisation du dosage des beta-HCG était non applicable. Le TPE a été prescrit dans les 4h suivant l'accident.

- Information relatives au suivi de la victime

Sur les 36 cas d'AES sur cette deuxième période d'analyse, 72,2% des victimes avaient déclaré cet accident et avaient bénéficié d'un suivi adapté avec la médecine du travail où les sérologies VIH, VHB et VHC avaient été réalisées.

4. Evaluation des pratiques avant et après la mise en place du nouveau protocole

- Comparaison phase 1 et 2

Il n'existait pas de différence significative pour ce qui est de l'existence d'une consultation médicale initiale.

Les prévalences du report du statut sérologique du patient source étaient significativement différentes entre les deux audits cliniques ($p < 0,01$) avec une augmentation de la prévalence.

Les prévalences de la mention d'une sérovaccination ou non du la victime étaient également significativement différentes ($p=0,036$) avec une augmentation de la prévalence.

En revanche, il n'a pas été montré de différence significative entre les prévalences de l'existence de la fiche de liaison laboratoire et sur le nombre de déclaration des AES.

Il n'a pas été possible de comparer les différents délais de prise en charge et ceux relatifs à la réception du TROD par le laboratoire et la communication des résultats en raison d'effectif trop réduit, tout comme pour la réalisation du bilan biologique en cas de prescription de TPE.

L'ensemble des résultats est rassemblé dans le tableau suivant.

Tableau 7 : Comparaison des prévalences des réponses "oui" entre le premier et le second audit clinique

	Audit clinique		p
	1 N (%)	2 N (%)	
Consultation médicale initiale : oui	37 (77,1)	27 (75,0)	NS ^{ff}
Dossier de la consultation initiale : oui	36 (97,3)	21 (77,8)	0,036^f
Consultation initiale ou avis infectio : oui	9 (24,3)	9 (33,3)	NS ^{ff}
CMI remis à la consultation initiale : oui	27 (73,0)	24 (88,9)	0,12 ^{ff}
Profession : oui	19 (51,4)	9 (33,3)	NS ^{ff}
Age : oui	36 (97,3)	22 (81,5)	0,07 ^f
Vaccination VHB : oui	6 (16,2)	7 (25,9)	NS ^{ff}
Antécédents médicaux : oui	16 (43,2)	6 (22,2)	0,098 ^{ff}
Date de l'AES : oui	19 (51,4)	15 (55,6)	NS ^{ff}
Heure de l'AES : oui	9 (24,3)	9 (33,3)	NS ^{ff}
Type d'AES : oui	34 (91,9)	22 (81,5)	NS ^f
Profondeur : oui	15 (40,5)	16 (59,3)	0,094 ^{ff}
Matériel en cause : oui	30 (81,1)	20 (74,1)	NS ^{ff}
Port d'équipement de protection individuel : oui	8 (21,6)	7 (25,9)	NS ^{ff}
Saignement : oui	1 (2,7)	4 (14,8)	NS ^f
Nettoyage eau/savon : oui	12 (32,4)	15 (55,6)	0,064 ^{ff}
Désinfection Dakin® : oui	22 (59,5)	14 (51,9)	NS ^{ff}
Statut séro VIH patient : oui	6 (16,2)	13 (48,1)	0,009^{ff}
Réalisation TROD : oui	31 (83,8)	14 (51,9)	<10⁻³^{ff}
Résultat TROD dans dossier : oui	19 (51,4)	10 (37,0)	NS ^{ff}
Statut séro VHC patient : oui	3 (8,1)	10 (37,0)	0,008^{ff}
Réalisation séro VHC : oui	14 (37,8)	15 (55,6)	NS ^{ff}
Statut séro VHB patient : oui	2 (5,4)	9 (33,3)	0,008^f
Réalisation séro VHB : oui	13 (35,1)	15 (55,6)	NS ^{ff}
FDR patient : oui	2 (5,4)	3 (11,1)	NS ^f
Présence fiche labo : oui	34 (70,8)	31 (86,1)	0,17 ^f
Prescription TPE : oui	6 (16,2)	9 (33,3)	0,11 ^{ff}
Sérovaccination VHB : oui	1 (2,7)	6 (22,2)	0,036^f
Séro VIH victime : oui	40 (83,3)	26 (72,2)	NS ^{ff}
Séro VHC victime : oui	40 (83,3)	26 (72,2)	NS ^{ff}
Séro VHB victime : oui	40 (83,3)	26 (72,2)	NS ^{ff}
Suivi de la victime conforme : oui	40 (83,3)	26 (72,2)	NS ^{ff}

^f : test exact de Fisher

^{ff}: test du Chi 2.

NS: non significatif

- Association avec l'utilisation de l'observation-type

Une observation-type était mise en place à la suite de la diffusion du protocole.

75 % de ceux qui utilisent l'observation-type reportent une vaccination VHB, contre seulement 17 % parmi ceux qui ne l'utilisent pas (p = 0,042).

De même l'utilisation de l'observation type est significativement associée à la mention de la prescription du TPE ou non, tous ceux qui utilisent l'observation type reportent une mention

de cette prescription ou non prescription, contre seulement 22 % parmi ceux qui ne l'utilisent pas.

Enfin, l'utilisation de l'observation type est significativement associée à la mention d'une sérovaccination VHB ou non, tous ceux qui utilisent l'observation type reportent cette information, contre moins de 9 % parmi ceux qui n'utilisent pas d'observation type.

L'ensemble des mesures de l'association entre l'utilisation de l'observation type et le contenu du dossier est rassemblé dans le tableau suivant.

Tableau 8 : Prévalences des réponses oui sur les accidents d'exposition au sang suivant l'utilisation de l'observation type:

	Utilisation de l'observation type		p ^f
	Non N (%)	Oui N (%)	
Profession : oui	8 (34,8)	1 (25,0)	NS
Age : oui	18 (78,3)	4 (100)	NS
Vaccination VHB : oui	4 (17,4)	3 (75,0)	0,042
Date de l'AES : oui	12 (52,2)	3 (75,0)	NS
Heure de l'AES : oui	6 (26,1)	3 (75,0)	0,093
Type d'AES : oui	18 (78,3)	4 (100)	NS
Profondeur : oui	15 (65,2)	4 (100)	NS
Matériel en cause : oui	16 (69,6)	4 (100)	NS
Port d'équipement de protection individuel : oui	5 (21,7)	2 (50,0)	0,19
Saignement : oui	2 (8,7)	2 (50,0)	0,106
Nettoyage eau/savon : oui	13 (56,5)	2 (50,0)	NS
Désinfection Dakin® : oui	13 (56,5)	1 (25,0)	NS
Prescription TPE : oui	5 (21,7)	4 (100)	0,007
Sérovaccination VHB : oui	2 (8,7)	4 (100)	< 0,001
Consultation initiale ou avis infectio : oui	9 (39,1)	0	NS

f : test exact de Fisher

NS: non significatif

IV. DISCUSSION

L'objectif de notre travail était d'améliorer la prise en charge initiale des AES professionnels au CHL en mettant en œuvre une EPP.

Dans un premier temps, nous avons réalisé un audit clinique sur 6 mois permettant de faire un état des lieux. Pour cela, nous avons fait une analyse de la traçabilité du contenu de la consultation médicale initiale. Nous avons également analysé quelques paramètres portant sur l'organisation de la prise en charge et la communication entre les différents intervenants. Ensuite, nous en avons extrait des pistes d'amélioration et nous sommes inspirés de la méthode du chemin clinique afin de mettre en place un nouveau protocole. Enfin, un nouvel audit clinique a été effectué pour évaluer la pertinence et les améliorations suite à la mise en place de ce nouveau protocole.

L'audit clinique est la méthode la plus utilisée dans le domaine de la santé dans l'objectif de l'évaluation de la qualité des soins. Bien que cela soit possible, il est moins adapté à l'analyse de l'organisation d'une prise en charge spécifique. (17,20)

Le chemin clinique quand à lui est une méthode moins utilisée en pratique courante, mais favorise la coordination et la communication entre les acteurs de la prise en charge et permet une approche globale de la prise en charge. (17,18,20)

La consultation initiale lors d'un AES permet l'évaluation du risque de transmission virale, de rassurer les victimes et de délivrer les premiers conseils de prévention. Plusieurs études montrent qu'il existe une anxiété importante au décours immédiat d'un AES. (21,22)

Dans notre étude il n'a pas été observé de différence significative sur le nombre de consultations médicales initiales entre l'audit clinique initial et le deuxième audit clinique réalisé.

De la même manière, il n'a pas été observé de différence significative quant au nombre de victimes ayant déclaré l'AES, ainsi que sur l'utilisation de la fiche de liaison avec le laboratoire. En revanche, pour ce qui est de l'évaluation du risque de transmission et des informations présentes dans les dossiers, on constate une augmentation des prévalences du report du statut sérologique du patient source vis-à-vis du VIH, du VHB et du VHC significativement différentes entre les deux audits cliniques avec un $p < 0,01$.

Un délai d'appropriation insuffisant du nouveau protocole de prise en charge des AES sur le CHL, ainsi que les faibles effectifs peuvent expliquer en partie la non significativité des résultats observés. En effet ce nouveau protocole a été officiellement mis en place début janvier 2017 et le deuxième recueil de données a lui aussi débuté début janvier 2017.

Les périodes de recueils avaient été décidées a priori avant le début de l'étude afin d'assurer la comparabilité des populations et des AES et d'éviter le biais de recrutement.

De plus, il peut exister un biais de diffusion du protocole, d'une part vis-à-vis des médecins amenés à prendre en charge ces AES, d'autre part vis-à-vis des agents paramédicaux. En effet, au vu du nombre important de médecins au sein du service d'accueil des urgences, il était difficile d'organiser une séance d'information permettant à tous d'être présent. Elle s'est donc faite de façon moins formelle sur une semaine, auprès de chacun des urgentistes présents. Pour ce qui est de la diffusion de l'information au sein des différents services, l'information initiale a été réalisée par le médecin de santé au travail auprès des différents cadres de santé qui étaient eux même chargés de diffuser l'information dans leur service. Nous n'avons pas de données sur la façon dont s'est faite cette information auprès des agents.

L'un des autres biais cette étude que l'on peut noter, est le biais de déclaration. En effet, il s'agit en grande partie d'une analyse du contenu des dossiers médicaux. L'évaluation initiale pouvait être de bonne qualité, sans que toutes les informations n'aient été retranscrites.

Enfin, le biais de diffusion du protocole a pu entraîner un biais d'information. Cela a pu retentir sur la prise immédiate après l'accident, les personnes victimes d'AES ne sachant pas que le protocole avait changé et également sur la consultation médicale initiale où certains médecins ont pu être moins sensibilisés aux nouvelles modalités de prise en charge et l'existence d'aide à la prise de décision.

Les résultats obtenus lors de notre audit clinique initial sont comparables à ceux obtenus lors de l'audit clinique réalisé par le Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux en 2016, en dehors des prévalences concernant la mention de l'existence ou non d'une vaccination VHB de la victime de l'AES (rapporté dans près de 96% dans l'EPP de Bordeaux versus 16,2% dans notre audit clinique initial), du port d'équipement de protection individuel (51% versus

21,6%) et du statut sérologique du patient source (91,5% versus 16,2%) où nos prévalences sont moins importantes. (23)

Dans l'EPP réalisé par le CHU de Bordeaux, dans la partie concernant les AES professionnels, 47 personnes victimes d'AES avaient été inclus et tout professionnel ayant consulté pour un AES sur la période de recueil de données était inclus. Nous avons volontairement choisi une autre méthode pour l'inclusion de nos dossiers, car nous souhaitons également analyser le pourcentage de personne victime d'AES consultant au décours de cet accident, ainsi que ceux déclarant ou non cet AES.

Le nombre de personnes victimes d'AES sur la période de janvier à juin 2017 était moins important par rapport à la période de janvier à juin 2016. De même, lors de cette deuxième période d'analyse, il existait une proportion nettement moins importante de médecins et d'internes victimes d'un AES. Cela peut être en partie expliqué par la prévention réalisée à l'occasion de la diffusion du protocole. De plus, lors des réunions du groupe de travail autour de ce projet, il avait été décidé d'ajouter une session d'information relative à la prise en charge des AES et à leurs préventions lors de la réunion d'accueil des nouveaux internes en novembre et en mai.

On peut tout de même noter que les proportions de médecins victimes d'un AES observées dans le deuxième audit clinique rentrent plus dans la tendance des chiffres observés par une étude menée aux hospices civils de Lyon. (24) En effet, dans l'étude menée par Lyon le personnel paramédical représente plus de 50% des déclarations d'AES (dont 40% d'infirmières), les médecins seniors quant à eux représentent 9% des déclarations d'AES. Cette proportion de médecins victimes d'AES (13%) est également retrouvée dans une étude menée aux Etats-Unis entre 1995 et 2001. (25)

Les données relatives à la profession et à l'âge des sujets victimes d'AES n'ont pas d'intérêt quant à l'évaluation de la qualité de la prise en charge médicale initiale, mais donnent des éléments épidémiologiques pouvant permettre de cibler plus spécifiquement les personnes devant être de nouveau sensibilisées aux AES et leur prise en charge.

On peut constater sur la période de janvier à juin 2017, 9 personnes victimes d'AES ont consultés directement un infectiologue référent.

Le fait que ces consultations n'aient, pour la plupart, pas abouti à la réalisation d'un dossier médical de la consultation (5 consultations /9) peut s'expliquer par le fait qu'il n'y avait pas d'enregistrement de la victime d'un point de vue administratif, ce qui peut par ailleurs poser des problèmes médico-légaux en cas de séroconversion. Il n'y avait donc pas de création possible d'un dossier de consultation permettant la traçabilité dans le logiciel de gestion des données Crossway.

Un courriel était parfois envoyé au médecin référent des AES du service de médecine du travail afin de transmettre certaines informations relatives à l'accident (2 courriels échangés).

Ces courriels ne permettant pas une traçabilité de la consultation dans le dossier de la victime, lorsqu'une consultation avait eu lieu avec l'un des médecins infectiologues et qu'il n'existait pas de dossier informatique, les réponses aux questions relatives à la mention ou non dans le dossier des informations concernant l'AES ont été considérées comme négatives.

Si l'on s'intéresse au délai entre l'AES et la consultation initiale, on remarque que le temps médian passe de "1 – 2h" dans le premier audit clinique à "0 – 1h" dans le second. De même, le délai entre l'inscription au SAU et la consultation médicale est de "15 – 30 min" initialement versus "< 15 min". Cette notion de délai est importante, car il a été montré dans différentes études qu'il fallait, autant que faire se peut, administrer le TPE dans les 4h suivant l'AES afin d'optimiser son efficacité.(2,3,10,26) En effet, même si l'administration du TPE est possible dans les 48h, 2 cas de séroconversion ont été rapportés en France et aux Etats-Unis malgré un TPE adapté et débuté dans les 4h suivant l'accident, ce qui témoigne d'une protection incomplète.(26)

A noter que l'information concernant le délai entre l'AES et la consultation médicale initiale n'était pas disponible lorsque la consultation était réalisée par les médecins infectiologues.

Ces résultats sont encourageants et peuvent être la conséquence de l'information globale qui a été faite autour de la prise en charge des AES du fait de la diffusion du nouveau protocole.

Ce ne sont que des résultats précoces par rapport à la mise en place du nouveau protocole, mais l'on peut penser que cette rapidité de prise en charge pourra inciter à un recours plus

important à la consultation initiale et donc la déclaration des AES car l'un des freins à la déclaration des AES étaient une procédure trop compliquée et trop longue. (12–15)

Aucune différence significative n'a été observée lors de la comparaison des éléments du dossier médical relatif à l'AES en lui-même. Comme mentionné ci-dessus, cela peut être la conséquence d'une puissance insuffisante ou d'un deuxième audit clinique trop précoce. Cependant, on peut supposer pour certains éléments tels le type d'AES et le matériel en cause, que cette évaluation avant la mise en place du nouveau protocole était de bonne qualité.

Ce n'était pas le cas pour l'évaluation du statut sérologique du patient source vis-à-vis du VHB et du VHC où la prévalence du report dans le dossier de ces sérologies était insuffisante et nettement inférieure à celle observée dans l'audit clinique sur les AES du CHU de Bordeaux. (23)

On peut imaginer que ce peu d'intérêt pour le statut sérologique VHB et VHC résulte du fait qu'il y a moins d'enjeu thérapeutique. La question pourrait se poser d'une éventuelle sérovaccination contre l'hépatite B, mais la vaccination contre l'hépatite B est obligatoire pour tout professionnel de santé, et le statut vaccinal n'était que peu demandé lors de l'interrogatoire.

Le délai médian entre l'AES et la réception du TROD VIH par le laboratoire lors de l'audit clinique initial était de "1 – 2h" versus "0 – 1h". Ces résultats sont concordants avec ceux mettant en évidence une rapidité de prise en charge initiale aux urgences lors du deuxième audit clinique.

En revanche, le délai de communication des résultats du TROD par le laboratoire après sa réception est superposable entre les deux audits cliniques avec une médiane entre 0 et 1h. Ces données sont néanmoins à interpréter avec prudence car il existe beaucoup de données manquantes.

D'après les données de la Haute Autorité de Santé, la réalisation du TROD VIH permet d'obtenir un résultat en moins de 30 minutes généralement. (27) Les résultats observés sont donc tout à fait satisfaisants, si l'on rajoute à la durée technique de réalisation du TROD le délai d'acheminement du test et l'enregistrement de celui-ci au laboratoire d'analyse biologique.

Chacune des victimes s'étant présentées en consultation de médecine du travail a pu bénéficier d'un suivi conforme aux recommandations du rapport Morlat de 2013 et du guide pour la conduite à tenir en cas d'AES professionnel édité par le COREVIH d'Aquitaine. (2,28) Malheureusement, le taux de non déclaration des AES (correspondant ici aux patients n'ayant pas eu de suivi par la médecine du travail) est resté stable entre les deux périodes. Celui correspond à la fourchette basse du taux de non déclaration retrouvé dans les différentes études (12–15). Néanmoins, notre taux de sous-déclaration ne tient pas compte des victimes d'AES n'ayant ni bénéficiées d'une consultation médicale initiale, ni fait réaliser un TROD VIH sur le patient source.

Nous rappelons que l'un des enjeux de la prise en charge des AES est d'aboutir à une déclaration de celui-ci. Car en cas de contamination virale, la victime pourra demander réparation au titre d'un accident de travail et non d'une maladie professionnelle. (29) La déclaration d'un AES est donc un préalable indispensable pour une prise en charge ultérieure.

Une des améliorations mise en place suite à l'audit clinique initial a été l'observation médicale type afin de guider le clinicien dans la consultation afin de ne pas omettre certaines informations nécessaires à la bonne évaluation du risque de transmission virale.

L'utilisation de cette observation-type ne l'a été qu'à 4 reprises.

Une mesure de l'association entre l'évaluation médicale initiale et l'utilisation de l'observation type mise en place a été réalisée. Il en ressort que l'utilisation de l'observation type est significativement associé à un meilleur report du statut vaccinale du VHB de la victime et d'un meilleur report de la mise en place ou non d'un traitement post-exposition pour le VIH ou d'une sérovaccination VHB.

Les autres résultats observés ne sont pas significatifs, mais on peut remarquer une tendance à une meilleure évaluation initiale globale.

Pour des raisons d'ordre technique, la mise en place de l'observation type sur le réseau informatique et accessible à tous les médecins intervenant dans la prise en charge des AES n'a pu se faire que début juillet 2017. Lors du recueil de données de notre 2^{ème} audit clinique,

seul des versions papiers de cette observation étaient disponible, et elles ne l'étaient qu'aux urgences. C'est cela qui explique probablement le peu d'utilisation de cette observation.

Enfin, le choix des molécules pour le TPE, à savoir le Stribild[®] (association de : elvitegravir, cobicistat, emtricitabine, et fumarate de ténofovir) en première intention, est conforme aux données actuelles de la science. (8,30)

V. CONCLUSION

Au total, notre travail a permis d'améliorer partiellement la prise en charge des AES avec notamment la mise en place de kit AES disponible dans chaque service et une filière de soin plus adapté à la structure du CHL.

Les prévalences relatives au nombre de consultations médicales initiales sont inchangées entre l'audit clinique initial et le second audit clinique, tout comme le nombre de déclaration de ces AES.

L'utilisation de la fiche de liaison de laboratoire est stable.

Les mesures de l'association entre les informations recueillies lors de la consultation médicale initiale et l'utilisation de l'observation-type sont encourageantes. Elles montrent une tendance à une meilleure évaluation initiale du risque de transmission virale.

On peut espérer que la généralisation de cette observation-type et sa mise sur le réseau confirmeront cette tendance.

De nouvelles réunions d'informations pourraient être organisées afin de sensibiliser d'avantage les soignants sur les AES et l'intérêt d'une prise en charge adaptée.

Un nouvel audit clinique à un an de la mise en place du nouveau protocole serait intéressant afin d'analyser la qualité de la prise en charge une fois le protocole correctement pris en main par les différents médecins intervenant dans la prise en charge des AES, et les problèmes techniques corrigés.

Des indicateurs de suivi tel le nombre d'AES déclarés ou encore le nombre de consultations médicales initiales pourrait être instaurés pour poursuivre la surveillance des AES sur le Centre Hospitalier de Libourne.

Références bibliographiques

1. Ministère de l'emploi de la solidarité et de la santé. Circulaire n° DGS/DH/98/249 du 20 avril 1998 relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé.
2. Morlat P. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH: recommandations du groupe d'experts : rapport 2013. 391-408 p.
3. GERES. AES et risques [Internet]. [cité 6 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.geres.org/aes-et-risques/>
4. Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. Circulaire interministérielle 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).
5. Young TN, Arens FJ, Kennedy GE, et al. Antiretroviral post-exposure prophylaxis (PEP) for occupational HIV exposure. *Cochrane Database Syst Rev.* 24 janv 2007;(1):CD002835.
6. Deuffic-Burban S, Delarocque-Astagneau E, Abiteboul D, Bouvet E, Yazdanpanah Y. Blood-borne viruses in health care workers: prevention and management. *J Clin Virol Off Publ Pan Am Soc Clin Virol.* sept 2011;52(1):4-10.
7. U.S. Public Health Service. Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. *MMWR Recomm Rep Morb Mortal Wkly Rep Recomm Rep.* 29 juin 2001;50(RR-11):1-52.
8. Valin N, Fonquernie L, Dagueneil A, et al. Evaluation of tolerability with the co-formulation elvitegravir, cobicistat, emtricitabine, and tenofovir disoproxil fumarate for post-HIV exposure prophylaxis. *BMC Infect Dis.* 29 nov 2016;16(1):718.
9. Lee C, Gong Y, Brok J, Boxall EH, Gluud C. Effect of hepatitis B immunisation in newborn infants of mothers positive for hepatitis B surface antigen: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 11 févr 2006;332(7537):328-36.
10. COREVIH Haute normandie. Prise en charge d'un Accident d'Exposition au risque Viral - protocole AEV. 2012 [Internet]. [cité 5 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.corevih-haute-normandie.fr/medias/File/commission%20de%20travail/documents%20information/protocole%20AEV%20document%20final%20site%20internet%20mise%20C3%A0%20jour%20le%2020%2004%202012.pdf>
11. Raisin. Surveillance des accidents avec exposition au sang dans les établissements de santé français . Réseau AES-Raisin, France - Résultats 2015 [Internet]. [cité 14 juin 2017]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et->

12. Rabaud C, Lepori ML, Vignaud MC, et al. Accidents avec exposition au sang (AES) au CHU de Nancy : enquête sur le comportement du personnel vis-à-vis du risque de contamination par le VIH. *Médecine Mal Infect.* 1 mars 1996;26(3):327-31.
13. Letonturier P. Sous-déclaration des accidents d'exposition au sang. *Presse Médicale.* 1 mars 2004;33(5):357.
14. Boal WL, Leiss JK, Sousa S, Lyden JT, Li J, Jagger J. The National study to prevent blood exposure in paramedics: Exposure reporting. *Am J Ind Med.* 1 mars 2008;51(3):213-22.
15. Kessler CS, McGuinn M, Spec A, Christensen J, Baragi R, Hershow RC. Underreporting of blood and body fluid exposures among health care students and trainees in the acute care setting: a 2007 survey. *Am J Infect Control.* mars 2011;39(2):129-34.
16. Koehler N, Vujovic O, Dendle C, McMenemy C. Medical graduates' knowledge of bloodborne viruses and occupational exposures. *Am J Infect Control.* févr 2014;42(2):203-5.
17. Haute Autorité de Santé. L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé. Juin 2005 [Internet]. [cité 6 sept 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_epp_juin_2005.pdf
18. Haute Autorité de Santé. Chemin clinique. Juin 2017 [Internet]. [cité 6 sept 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/chemin_clinique_fiche_technique_2013_01_31.pdf
19. Société Française de Lutte contre le Sida. Référentiel EPP AES. 2013 [Internet]. [cité 6 sept 2017]. Disponible sur: http://www.sfls.aei.fr/ckfinder/userfiles/files/DPC/Referentiels-criteres/referentiels_epp_aes.pdf
20. Vergnenègre A. Les outils de l'évaluation des soins. [Httpwwwem-Premiumcomdocelec-Bordeauxfrdatarevues076184250023SUP147](http://www.em-premium.com.docelec.u-bordeaux.fr/data/revues/076184250023SUP147) [Internet]. 18 avr 2008 [cité 1 oct 2017]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.docelec.u-bordeaux.fr/article/146267/resultatrecherche/1>
21. Wicker S, Stirn AV, Rabenau HF et al. Needlestick injuries: causes, preventability and psychological impact. *Infection.* 1 juin 2014;42(3):549-52.
22. Wicker S, Stirn AV, Rabenau HF, von Gierke L, Wutzler S, Stephan C. Needlestick injuries: causes, preventability and psychological impact. *Infection.* juin 2014;42(3):549-52.
23. Evaluation des pratiques professionnelles - Accidents d'exposition au sang au CHU de Bordeaux. Martin A. Merhi A. Saillour F. COREVIH Aquitaine [Internet]. [cité 16 août

- 2017]. Disponible sur: <http://www.corevih-aquitaine.org/sites/corevih.cpm.aquisante.priv/files/u25/RapportEPPAES.pdf>
24. Denis M-A, Fort E, Massardier-Pilonchery A. Efficacité d'un système sentinelle pour détecter les fluctuations du nombre d'accidents d'exposition au sang en relation avec certains gestes dans une population hospitalière de 24 000 personnes pendant 20 ans. *Arch Mal Prof Environ*. 1 juin 2016;77(3):431.
 25. Merchant RC, Becker BM, Mayer KH, Fuerch J, Schreck B. Emergency department blood or body fluid exposure evaluations and HIV postexposure prophylaxis usage. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med*. déc 2003;10(12):1345-53.
 26. Bouvet E, Casalino E. Chimio prophylaxie des maladies infectieuses. *Rev Mal Inf*. 24 août 2009. 8-002-D10
 27. Haute Autorité de Santé - Questions générales sur le dépistage du VIH. Avril 2015 [Internet]. [cité 7 sept 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2023281/fr/questions-generales-sur-le-depistage-du-vih#toc_3
 28. Conduite à tenir après accident exposant aux virus transmissibles d'origine professionnelle - Guide pour les médecins référents et les médecins urgentistes. Janvier 2014 [Internet]. [cité 22 août 2017]. Disponible sur: http://www.corevih-aquitaine.org/sites/corevih.cpm.aquisante.priv/files/u25/Guide%20AES%20PROF%202014_0.pdf
 29. Institut national de recherche et de sécurité (INRS). Tableaux des maladies professionnelles [Internet]. INRS et maladies professionnelles. 2017 [cité 16 juin 2017]. Disponible sur: http://www.inrs-mp.fr/mp/cgi-bin/mppage.pl?state=10&doc=3&pn=6:7:8!113:122&key=INF_MP10
 30. Mayer KH, Jones D, Oldenburg C, Jain S, Gelman M, Zaslow S, et al. Optimal HIV Postexposure Prophylaxis Regimen Completion With Single Tablet Daily Elvitegravir/Cobicistat/Tenofovir Disoproxil Fumarate/Emtricitabine Compared With More Frequent Dosing Regimens. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1999. 15 août 2017;75(5):535-9.

Annexes

Annexe 1: Questionnaire pour le recueil de données

Annexe 2: Protocole de prise en charge des AES du Centre Hospitalier de Libourne.

Annexe 3: Observation type

Annexe 4: Contenu de la mallette AES des urgences

Annexe 1: Questionnaire pour le recueil de données

Grille de recueil

Consultation médicale initiale

Existence d'une consultation médicale initiale :

- Oui
- Non

Existence d'un dossier permettant de tracer la prise en charge initiale:

- Oui
- Non

Trace de la délivrance d'informations de prévention au patient :

- Oui
- Non

Certificat d'accident de travail réalisé et remis au patient lors de la consultation médicale initiale:

- Oui
- Non

Nécessité d'un avis ou consultation médicale initiale auprès de l'infectiologue référent :

- Oui
- Non

Délais entre l'AES et la consultation médicale initiale :

- 0-1h
- 1-2h
- 2-4h
- 4h-8h
- 8h-12h
- > 12h

Délais entre inscription aux urgences et contact médical le cas échéant :

- <15 min
- 15-30 min
- 30 min-1h
- 1-2h
- 2-3h

Informations relatives à la victime

Mention de la profession de la victime :

- Oui
- Non

Mention de l'âge de la victime :

- Oui
- Non

Trace de l'existence d'antécédents médicaux :

- Oui
- Non

Trace de l'existence ou de l'absence d'une vaccination efficace contre l'hépatite B :

- Oui
- Non

Informations relatives à l'AES

Mention de la date de l'AES :

- Oui
- Non

Mention de l'heure de l'AES :

- Oui
- Non

Mention du type d'AES (piqûre, coupure, projection):

- Oui
- Non

Mention profondeur de la plaie :

- Oui
- Non
- Non applicable

Mention du type de matériel en cause ou du liquide biologique en cas de projection :

- Oui
- Non

Mention du port d'équipement de protection individuel (gants, lunettes le cas échéant) :

- Oui
- Non

Mention de l'existence d'un saignement spontané :

- Oui
- Non
- Non applicable

Mention de l'existence d'un lavage à l'eau et au savon :

- Oui
- Non

Mention de l'existence d'une désinfection au dakin:

- Oui
- Non
- Non applicable

Information relative au patient source et aux prescriptions biologiques

Mention du statut à risque ou non du patient source (toxicomane, piercing, partenaires multiples) :

- Oui
- Non

Mention du statut sérologique VIH du sujet source :

- Oui
- Non

Trace de la prescription initiale du TROD VIH :

- Oui
- Non

Trace d'un résultat biologique validé pour le TROD VIH :

- Oui
- Non

Mention du statut sérologique VHB du sujet source :

- Oui
- Non

Trace de la prescription initiale de la sérologie VHB du sujet source :

- Oui
- Non

Mention du statut sérologique VHC du sujet source :

- Oui
- Non

Trace de la prescription initiale de la sérologie VHC du patient source :

- Oui
- Non

Information sur la décision médicale

Mention de la prescription ou non d'un TPE :

- Oui
- Non

Trace de la prescription d'un bilan pré-thérapeutique (NFS, ionogramme sanguin, Transaminase) en cas d'initiation d'un TPE :

- Oui
- Non

Trace de prescription du taux de Beta-HCG chez les femmes en âge de procréer en cas d'initiation d'un TPE :

- Oui
- Non

Mention de la prescription ou non d'une vaccination ou d'immunoglobuline contre le VHB :

- Oui
- Non

Liaison laboratoire

Utilisation de la fiche de liaison AES avec le laboratoire :

- Oui
- Non

Délais entre l'AES et la réception du bilan du patient source par le laboratoire :

- 0-1h
- 1-2h
- 2-4h
- 4-8h
- >8h

Délais entre la réception du TROD VIH et la transmission des résultats au médecin référent :

- 0-1h
- 1-2h

Suivi de la victime

Trace de la réalisation des sérologies virales VIH :

- Oui
- Non

Trace de la réalisation des sérologies virales VHB :

- Oui
- Non


Trace de la réalisation des sérologies virales VHC :

- Oui
- Non

Suivi de la victime effectué et conforme (jg : pas de suivi nécessaire en cas de patient source séronégatif pour le VIH et surveillance sérologique jusqu'au 4^{ème} mois en cas de patient source séropositif ou inconnu) :

- Oui
- Non

Annexe 2: Protocole de prise en charge des AES du Centre Hospitalier de Libourne.

	PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS D'EXPOSITION VIRALE (AEV) AU CENTRE HOSPITALIER DE LIBOURNE PROFESSIONNELS (AGENTS HOSPITALIERS) ET NON PROFESSIONNELS (PERSONNES HORS ETABLISSEMENT).		
	DOC-191_ Version 6	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Applicable à partir du : 05/01/2017
			Revu le

OBJET : Cette procédure décrit :

- les modalités à suivre pour la prise en charge d'un agent hospitalier du centre hospitalier Robert Boulin-Garderosé-Sabatié, victime d'un AES professionnel (accident d'exposition au sang et liquides biologiques)
- et les modalités, depuis le service des urgences, de la prise en charge d'une victime hors établissement qu'elle soit professionnelle (infirmière libérale par exemple) et non professionnelle.

MODIFICATIONS PAR RAPPORT AUX DEUX PRECEDENTES VERSIONS :

- Rajout du chef de service des urgences dans le circuit de signature.
- **Personnels hospitaliers de l'établissement :**
 - La prise en charge se fait au plus près de l'accident : dans le service avec mise à disposition d'une trousse AES dans chaque unité de soin, bloc opératoire, logistique, EHPAD...
 - Puis orientation en fonction des horaires :
 - heures ouvrables du lundi au vendredi (9H-17H), vers les médecins référents infectiologues ;
 - la nuit (17H-9H), samedi, dimanche et jours fériés, vers le service des urgences
- **Pour les victimes hors établissement :**
 - De 9h à 16h : les victimes hors établissement doivent être adressées au CeGIDD pavillon 20
 - En dehors de ces horaires prise en charge systématique aux urgences

A – DEROULEMENT DE LA PROCEDURE

I- AES PROFESSIONNEL DE L'ETABLISSEMENT :

ETAPE 1 :

Lorsqu'un agent de l'hôpital, quel que soit sa fonction et quel que soit le lieu de l'accident, est victime d'un accident d'exposition au sang par piqûre, coupure, griffure ou par projection, il doit appliquer les premiers soins :

- Ne pas faire saigner
- Nettoyage immédiat (eau+savon)
- Rinçage
- Désinfection au dakin 5 minutes
- En cas de projection sur les muqueuses rincer abondamment au sérum physiologique (10 minutes)
- Si lentilles de contact, les ôter et rincer abondamment

	PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS D'EXPOSITION VIRALE (AEV) AU CENTRE HOSPITALIER DE LIBOURNE PROFESSIONNELS (AGENTS HOSPITALIERS) ET NON PROFESSIONNELS (PERSONNES HORS ETABLISSEMENT).		
	DOC-191_ Version 6	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Applicable à partir du : 05/01/2017

Prévenir l'encadrement (cadre de jour ou de nuit)

ETAPE 2 :

Si le patient source est connu :

Récupérer son consentement éclairé de prélèvement sanguin (annexe 3 : référencée MedTrav16)

Prélever le patient source avec le tube mis à disposition dans la mallette AES et l'ETIQUETER

Remplir la Fiche de liaison : « DEMANDE DE TESTS SUR PATIENT SOURCE D'UN AEV » (annexe 4 : référencée Labo037) pour le laboratoire qui permettra de bien faire le lien entre la victime et le patient source, fiche de liaison qui sert d'ordonnance pour la réalisation du bilan suivant du patient source :

- HIV rapide
- Sérologies HIV, hépatite C et hépatite B (Ag HBs)

Le prélèvement du patient source accompagné de la fiche de liaison est placé dans la pochette rouge (prélèvement à traiter en urgences bien identifiable par le laboratoire). Il doit être acheminé le plus rapidement possible au laboratoire.

ETAPE 3 :

Au bout d'une heure après l'acheminement du prélèvement (temps nécessaire pour avoir le test HIV rapide), la victime :

- Aux heures ouvrables (9h-17H) du lundi au vendredi : après appel du secrétariat du Gême au poste 3577 demande à rencontrer en urgences un médecin référent infectiologue (Docteurs Hélène FERRAND ou Olivier CAUBET) pour évaluation du risque infectieux en lien avec l'AES et pour conduite à tenir pour la victime, au vu des premiers résultats HIV rapide transmis par le laboratoire : mise en place ou non d'un TPE (traitement post exposition).

Le bilan sanguin nécessaire de la victime, avant la mise en route du TPE, sera prescrit par le médecin infectiologue et prendra le circuit « bilan urgent ».

- De 17H à 9H du matin, week-end et jours fériés, la victime doit se rendre aux urgences en disant qu'il s'agit d'un AES pour évaluation du risque infectieux en lien avec l'AES et pour la conduite à tenir pour la victime au vu des premiers résultats du laboratoire. Sur ces horaires le laboratoire transmet les résultats du HIV rapide du patient source aux postes 1649 ou 1516 (médecin urgentiste).

De la même manière, si le médecin urgentiste juge nécessaire d'instaurer un TPE il prescrira et réalisera le bilan nécessaire avant la mise en route du traitement.

L'infectiologue ou le médecin urgentiste transmet à la victime une feuille d'observation clinique (Annexe 9) que la victime **transmettra secondairement à son médecin traitant OU à son médecin du travail** en fonction de sa situation, agent hospitalier professionnel interne à l'établissement, extérieur ou patient. Cette observation clinique **n'est absolument pas** à envoyer à l'administration.



PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS D'EXPOSITION VIRALE (AEV) AU CENTRE HOSPITALIER DE LIBOURNE PROFESSIONNELS (AGENTS HOSPITALIERS) ET NON PROFESSIONNELS (PERSONNES HORS ETABLISSEMENT).

DOC-191_ Version 6

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL

Applicable à partir du : 05/01/2017

Revu le

Un dossier médical partagé a été mis en place entre les infectiologues, les médecins du travail et les urgentistes pour que l'observation clinique soit plus facilement disponible et accessible. Ce partage de données informatiques ne concerne qu'un nombre limité de personnes bien défini. Les personnes du groupe se portent garantes de mettre à disposition les informations nécessaires à la bonne prise en charge des victimes. Disponible sur : poste de travail / bureautique (R)/ groupe de travail /AES

Si le patient source est inconnu :

Passer directement à l'étape 3 dans l'heure qui suit l'accident selon les mêmes modalités horaires.

ETAPE 4 :

Dans la mallette AES présente dans chaque service, sont mis à disposition les 3 documents pour réaliser correctement la déclaration d'accident de travail :

- feuille d'accident de service (annexe 5 référencée stock 032)
- feuille de déclaration du témoin (annexe 6 référencée stock 034)
- et feuille de déclaration du responsable du service (Annexe 7 référencée stock 035)

Est à disposition également le CMI (Certificat médical initial) qui doit être rempli par le premier médecin qui prend en charge l'AEV (Annexe 10 : cerfa 11138-02), et complété par la victime (identité, adresse, numéro de sécurité sociale).

DANS TOUS LES CAS D'AES PROFESSIONNEL DE L'ETABLISSEMENT, LE MEDECIN DES URGENCES OU L'INFECTIOLOGUE ADRESSENT LA VICTIME AU MEDECIN DU TRAVAIL DANS UN DELAI MAXIMUM DE 7 JOURS APRES L'AES.

La victime est chargée de prendre rendez-vous au secrétariat de la santé au travail aux postes 3523 ou 1512.

Lors de la consultation de la victime auprès du service santé travail, ce dernier suit les consignes du protocole prise en charge des AES à la Médecine du Travail (MTRAV/PRO/001) disponible sur KALIWEB.

Le médecin du travail :

- assure le suivi après un mois de traitement post exposition,
- assure le suivi en l'absence de traitement et prescrit donc le bilan sérologique initial,
- a connaissance de la totalité des résultats du bilan du patient source (hépatite C, HIV et hépatite B) et assurera le suivi en conséquence,
- fera une analyse de l'accident.

II - CAS PARTICULIERS :

En cas d'AES au niveau d'une EHPAD sur le site de Robert Boulin mais également à distance (Garderoze, Saint-Denis de Pile à venir...), où seuls des AS et ASH sont présents, l'agent victime contacte le médecin sénior des urgences par téléphone. Ce dernier fera une évaluation clinique de l'accident

	PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS D'EXPOSITION VIRALE (AEV) AU CENTRE HOSPITALIER DE LIBOURNE PROFESSIONNELS (AGENTS HOSPITALIERS) ET NON PROFESSIONNELS (PERSONNES HORS ETABLISSEMENT).		
	DOC-191_ Version 6	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Applicable à partir du : 05/01/2017

(projection, piqûre superficielle ou profonde, avec quel matériel etc...), et une évaluation du risque lié au patient source.
A la suite de cette évaluation, il décidera de la possibilité de décaler au plus tôt le prélèvement du patient source, à l'arrivée du personnel infirmier ou médical.
Dans tous les cas l'encadrement de nuit devra être prévenu.

III- AEV HORS ETABLISSEMENT D'UN PROFESSIONNEL OU NON :

La victime est adressée au CeGIDD de 9H à 16H pavillon 20
En dehors de ces horaires, la victime est prise en charge aux urgences.
Le médecin urgentiste évalue le risque infectieux.

B- GUIDE PRATIQUE RAPIDE

GUIDE PRATIQUE RAPIDE

1 - IMMEDIATEMENT

PREMIERS SOINS :



PRELEVEMENT SUR PLACE PATIENT SOURCE :
document pastille jaune



- formulaire consentement éclairé
- pochette rouge avec tubes de prélèvement étiquettes du patient source
- fiche de liaison laboratoire CORRECTEMENT RENSEIGNEE qui sort d'ordonnance

2 - CONSULTATION MEDICALE URGENTE

1 heure après l'acheminement du prélèvement au laboratoire

JOURS ET HEURES OUVRABLES 9H-17H



Médecin référent infectieux poste 3577
(9^{ème} étage) pour avis pour la conduite à tenir après réception des résultats du laboratoire dans l'heure du prélèvement

WE, JOURS FERIES ET NUITS 17H - 9H



Médecins urgentistes poste 1649 ou 1516
Pour conduite à tenir après réception des résultats du labo dans l'heure de prélèvements

3 - DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

DANS LES 48 Heures

3 formulaires à remplir pour DRH : témoin, victime, et responsable du service

Certificat médical initial (cerfa n°11138*02 violet)

fait soit par le médecin des urgences soit le médecin infectiologue soit en dernier lieu le médecin du travail

4 - SERVICE DE SANTÉ AU TRAVAIL

Dans les 7 jours de l'accident

CONSULTATION MEDECIN DU TRAVAIL SUR RENDEZ-VOUS : OBLIGATOIRE

poste 3523

Muni du compte rendu de prise en charge : LE SST ASSURE LE SUIVI À LA SUITE DU MÉDECIN INFECTIOLOGUE ET/OU MÉDECIN URGENTISTE

OBJECTIFS :

- ✓ ASSURER LA SECURITE DE L'AGENT PAR UN SUIVI ADAPTE
- ✓ ANALYSE DES CIRCONSTANCES
- ✓ ACTIONS DE PREVENTION

MedTrav 18

C- CONTENU DE LA MALLETTE :

Sur l'avant de la mallette, la fiche de vérification hebdomadaire du contenu (annexe 1 référencée MedTrav18)

La mallette contient :



PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS D'EXPOSITION VIRALE (AEV) AU CENTRE HOSPITALIER DE LIBOURNE PROFESSIONNELS (AGENTS HOSPITALIERS) ET NON PROFESSIONNELS (PERSONNES HORS ETABLISSEMENT).

DOC-191_ Version 6

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL

Applicable à partir du : 05/01/2017

Revu le

Le guide pratique rapide

Le nécessaire aux premiers soins en dehors du savon doux présent sur chaque unité

- le dakin 125 ml
- le sérum physiologique (NaCl 9‰) en 250 ml avec tubulure pour faciliter le rinçage
- le pot permettant de tremper largement le doigt avec le dakin (cas le plus fréquent d'AES par piqûre au niveau du doigt)
- 1 sachet de compresses

Le nécessaire au prélèvement du patient source

- 1 paire de gants latex non stériles
- 1 tube sérologique bouchon marron
- 1 sachet de compresses stériles
- la fiche navette pour le laboratoire
- la pochette rouge urgente pour transport du tube

Les 3 documents nécessaires à la déclaration d'AT accident de travail (déclaration d'accident de service, certificat du responsable du service, déclaration par tout témoin)

Le CMI certificat médical initial cerfa 11138*02

La feuille de consentement du patient source

ANNEXES :

Annexe 1 : Fiche de vérification de la mallette AES

Annexe 2 : Liste des médecins référents VIH

Annexe 3 : Consentement éclairé du patient source

Annexe 4 : Demande de tests sur patient source d'un AEV

Annexe 5 : Déclaration d'accident de service

Annexe 6 : Déclaration du témoin

Annexe 7 : Déclaration du responsable du service, cadre du service ou de nuit

Annexe 8 : Certificat médical initial cerfa numéro 11138*02 certificat médical initial

Annexe 9 : Fiche médicale d'observation clinique

	PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS D'EXPOSITION VIRALE (AEV) AU CENTRE HOSPITALIER DE LIBOURNE PROFESSIONNELS (AGENTS HOSPITALIERS) ET NON PROFESSIONNELS (PERSONNES HORS ETABLISSEMENT).			
	DOC-191_ Version 6	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Applicable à partir du : 05/01/2017	Revu le

Annexe 1 : Fiche de vérification de la mallette AES



Santé au Travail
Mise à jour septembre 2016

FICHE DE VERIFICATION DE LA MALLETTE AEV

SERVICE :		Vérifié le :	Vérifié le :	Vérifié le :	Vérifié le :	Vérifié le :	Vérifié le :
Rappel → La mallette AEV doit être vérifiée après chaque utilisation → Les dates de péremption sont vérifiées à chaque contrôle → La fiche de traçabilité de la mallette doit être datée et signée		Par :	Par :	Par :	Par :	Par :	Par :
		Contenu	Quantité	Matériel présent	Matériel présent	Matériel présent	Matériel présent
NECESSAIRE AUX PREMIERS SOINS							
DAKIN 60ml	1 Flacon						
SOLLUTE NACL 9 90	1 poche de 250 ml						
TUBULURE POUR RINCAGE	1						
RECEPTACLE STERILE a défaut (POT ECBU)	1						
COMPRESSES STERILES	1 sachet						
NECESSAIRE PRELEVEMENT PATIENT SOURCE							
GANTS LATEX NON STERILES	1 paire						
TUBE MARRON DE SEROLOGIES	1 tube						
POCHETTE ROUGE URGENTE POUR TRANSPORT TUBE	1						
COMPRESSES STERILES	1 sachet						
DOCUMENTS NECESSAIRES A LA DECLARATION D'ACCIDENT (AT)							
LA FEUILLE DE CONSENTEMENT DU PATIENT SOURCE (réf MédTrav16)	1						
DEMANDE DE TESTS SUR PATIENT SOURCE D'UN AEV (réf Labo 37)	1						
DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE (réf stock 032)	1						
CERTIFICAT DU RESPONSABLE DU SERVICE (réf stock 035)	1						
DECLARATION POUR TOUT TEMOIN (réf stock 034)	1						
CERTIFICAT MEDICAL INITIAL FORMULAIRE CERFA 11133*02	1						

Ce document est la propriété exclusive du Centre Hospitalier de Libourne. Il ne peut être communiqué ou divulgué à des tiers sans l'autorisation préalable de la Direction qualité et gestion des risques. Les impressions papiers des documents qualité sont gérées par le cadre du service

Page 7/16



PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS D'EXPOSITION VIRALE (AEV) AU CENTRE HOSPITALIER DE LIBOURNE PROFESSIONNELS (AGENTS HOSPITALIERS) ET NON PROFESSIONNELS (PERSONNES HORS ETABLISSEMENT).

DOC-191_ Version 6

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL

Applicable à partir du : 05/01/2017

Revu le

Annexe 2 : Liste des médecins référents VIH

Dr Hélène FERRAND médecine 6^{ème} Est poste 3577
Dr Olivier CAUBET médecine 6^{ème} Ouest poste 3577

Annexe 3 : Consentement éclairé du patient source



Santé au Travail

CONSENTEMENT DE PRELEVEMENT SANGUIN DU PATIENT SOURCE DANS UN CONTEXTE D'AEV

Pour le personnel hospitalier :

Pour toute autre situation :

Médecin du travail
Coordonnateur, référent AES
Dr Murielle DESPAGNE
murielle.despaigne@ch-libourne.fr

Tampon médecin prenant en charge

Je soussigné(e),

Nom : _____ Prénom : _____ né(e) le : __/__/____

ou son représentant légal (tuteur/custodeur) et/ou personne de confiance et/ou référent familial :

autorise le prélèvement sanguin pour la réalisation des sérologies VIH, VHC et VHB en cas d'accident d'exposition au sang du personnel de l'établissement.

autorise la transmission en urgence des résultats sérologiques à la victime.

Le __/__/____ à _____

Signature

Contexte réglementaire :

* Circulaire interministérielle DGS/R02/DHOS/DGT/DSS n°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) : « Il est essentiel d'essayer d'obtenir des informations concernant le statut sérologique VIH du sujet source ». [...] Si cela-ci n'est pas connu, il faut demander en urgence une sérologie VIH à la personne source avec son accord (sauf dans les cas où le consentement ne peut être exprimé). »

* Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : « Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne, celui-ci pouvant être retiré à tout moment. Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée sans que la personne de confiance désignée par le patient ou la famille, ou à défaut, un de ses proches, n'ait été prévenue (sauf urgence ou impossibilité). »

Annexe 15



PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS D'EXPOSITION VIRALE (AEV) AU CENTRE HOSPITALIER DE LIBOURNE PROFESSIONNELS (AGENTS HOSPITALIERS) ET NON PROFESSIONNELS (PERSONNES HORS ETABLISSEMENT).

DOC-191_ Version 6

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL

Applicable à partir du : 05/01/2017

Revu le

Annexe 4 : Demande de tests sur patient source d'un AEV



Laboratoire de Biochimie-Sérologie

☎ 05 57 55 34 50

Dr C. BRACHET-CASTANG

Poste 2611

Dr K. REDJAI

Poste 3451

AEV URGENT

Un tube sec



DEMANDE DE TESTS SUR PATIENT SOURCE D'UN AEV
(accident d'exposition au sang et sexuel avec risque viral)

Le test HIV rapide est réalisé immédiatement. Le résultat est téléphoné au médecin des urgences de 17h à 9h le matin au poste 1649, WE et jours fériés et au médecin infectiologue au poste 3577 de 9 à 17h les jours ouvrables.

Date de l'accident :

Heure :

Sujet accidenté :	<input type="checkbox"/> Agent hospitalier
Nom :	<input type="checkbox"/> Agent autre établissement santé
Prénom :	Lequel :
Date de naissance :	Service de santé du travail à préciser :
Service :	<input type="checkbox"/> Pompier
Poste ou téléphone :	<input type="checkbox"/> Police
	<input type="checkbox"/> Gendarmerie
	<input type="checkbox"/> AUTRE

Patient source :	Résultats à adresser au médecin :
Nom :	<input type="checkbox"/> Médecin du travail Dr Murielle Despagne ou Dr Céline Cayrouse, systématique si agent hospitalier
Prénom :	
Date de naissance :	<input type="checkbox"/> Médecin des Urgences
Service :	Docteur : tampon
Téléphone du patient si externe	<input type="checkbox"/> Médecins infectiologues référents
	Dr Hélène Ferrand, Dr Olivier Caubet

Heure réception laboratoire :

Heure résultat téléphoné :

RESULTAT du TEST HIV rapide	<input type="checkbox"/> Test positif	<input type="checkbox"/> Test négatif
-----------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Les résultats des sérologies (HIV, Ag HBs et HCV) seront communiqués par courrier en jour ouvrable du lundi au vendredi au médecin infectiologue et au médecin du travail.

Lacc 37


Annexe 5 : déclaration d'accident de service



Déclaration d'accident de service ou de trajet

Utilisez un stylo bille en appuyant fort pour remplir cette déclaration

Il est recommandé aux agents stagiaires ou titulaires, victimes d'un accident de service ou de trajet d'en faire la déclaration à la Direction des Ressources Humaines dans les 48 heures. Le délai de 48 heures est impératif pour les agents contractuels.

Je, soussigné(e)	
Nom :	Prénom :
Date de naissance :	
Domicile :	
Grade :	Service :
Déclare avoir été victime	
<input type="checkbox"/> d'un accident de service	<input type="checkbox"/> d'un accident de trajet
le	à (date et heure de l'accident)
Horaires de travail le jour de l'accident :	
Circonstances détaillées de l'accident	
	Indiquer par une flèche le siège des lésions
	Préciser le lieu précis de l'accident, vos tâches au moment de l'accident, ce qui s'est passé...
Portiez-vous des chaussures adaptées ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> sans objet <input type="checkbox"/>	
Portiez-vous les équipements de protection adaptés (lunettes, gants, masque...) ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> sans objet <input type="checkbox"/>	
Témoin (préciser nom, prénom, service)	
A compléter seulement en cas d'accident de trajet	
<input type="checkbox"/> Il n'y a pas eu de constat de police ou de gendarmerie	
<input type="checkbox"/> Un constat a été effectué	
Indiquer l'adresse de la gendarmerie ou du commissariat de police qui a procédé au constat :	
Adresse de votre compagnie d'assurances et numéro de police :	
Dans le cas d'un accident causé par un tiers	
Nom :	Prénom :
Domicile :	
Adresse de la compagnie d'assurances et numéro de police :	

Certifié exact,

A

le

Signature de l'accidenté(e)

Volet à transmettre à la Direction des Ressources Humaines





PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS D'EXPOSITION VIRALE (AEV) AU CENTRE HOSPITALIER DE LIBOURNE PROFESSIONNELS (AGENTS HOSPITALIERS) ET NON PROFESSIONNELS (PERSONNES HORS ETABLISSEMENT).

DOC-191_Version 6

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL

Applicable à partir du : 05/01/2017

Revu le

Annexe 8 : certificat médical initial cerfa numéro 11138*02 certificat médical initial

cerfa n°11138*02 **certificat médical** (ne cocher qu'une seule case)
accident du travail initial de prolongation
maladie professionnelle final de rechute

Volonté à adresser par le praticien à l'organisme dans les 24 heures

(articles L. 441-6, L. 461-5, L. 433-1, L. 323-6, R. 433-15, R. 323-11-1 du Code de la sécurité sociale)

L'assuré(e)
 régime : général agricole autre lequel ? :
 numéro d'immatriculation :
 nom (suivi s'il y a lieu du nom d'époux(se)) :
 prénom :
 adresse où la victime peut être visitée (si différente de votre adresse habituelle) (1) :
 code postal : ville : n° téléphone :
 bâtiment : escalier : étage : appartement : code d'accès de la résidence :
 (1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence
 s'agit-il d'un accident du travail ? d'une maladie professionnelle ?
 date de l'accident ou de la 1^{re} constatation médicale de la maladie professionnelle : (voir notice ④)
 présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle : oui non (2)
 (2) en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)

L'employeur
 nom, prénom ou dénomination sociale :
 adresse :
 n° téléphone :
 courriel :

les renseignements médicaux
 • constatations détaillées (siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles) (voir notice ④)

• conséquences
 soins sans arrêt de travail jusqu'au :
 arrêt de travail jusqu'au (en toutes lettres) inclus
 sorties autorisées : oui à partir du non
 (l'autorisation doit être présentée) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice ④
 par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :
 non oui à partir du (voir notice ④)

reprise de travail le (voir notice ④)
 reprise d'un travail léger pour raison médicale à partir du
 (art. L.433-1 du Code sécurité sociale. Voir notice ④)
 éléments d'ordre médical justifiant, le cas échéant, les sorties sans restriction d'horaire ou la reprise d'un travail léger (voir notice ④)

• conclusions (à remplir seulement en cas de certificat final) (voir notice ④)
 guérison avec retour à l'état antérieur date :
 guérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure date :
 consolidation avec séquelles date :
 certificat établi le : identification du praticien et, le cas échéant, de l'établissement
 à :
 signature du praticien

S 6909b
 Le 31 76 17 46 6 1 79 modifié relatif à l'orthographe, aux lettres et aux chiffres s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.
 La loi vous garantit d'accéder à vos données, d'impressionner, qu'importe ce sont considérées de données personnelles (art. L.114-12 du Code de la sécurité sociale, 441-1 du Code pénal).

MINI-COÛTE ALBESMAS 41 71 81 43

	PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS D'EXPOSITION VIRALE (AEV) AU CENTRE HOSPITALIER DE LIBOURNE PROFESSIONNELS (AGENTS HOSPITALIERS) ET NON PROFESSIONNELS (PERSONNES HORS ETABLISSEMENT).		
	DOC-191_ Version 6	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Applicable à partir du : 05/01/2017

D - INFORMATIONS EN LIEN AVEC LE DOCUMENT

DÉFINITIONS ET ABRÉVIATIONS :

AEV : Accident d'Exposition Virale (sexuelle et sanguine)
AES : Accident d'Exposition au Sang
IAO : Infirmière d'Accueil et d'Orientation
Médecin référent : médecin désigné par les services hospitaliers qui assurent la prise en charge des personnes infectées par le VIH.
S.A.U : Service d'Accueil des Urgences
TPE : Traitement post exposition
VHB : Virus de l'Hépatite B
VHC : Virus de l'hépatite C
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

MOTS CLES :

SANS OBJET

DOCUMENTS DE REFERENCE :

- Circulaire DGS/VS2/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
- Arrêté du 1^{er} août 2007 fixant les modalités de suivi des personnes victimes d'accidents du travail entraînant un risque de contamination par le virus de l'immunodéficience humaine
- Circulaire DGS/R12/DHOS/DGT/DSS n°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)
- Arrêté du 10 juillet 2013 relatif à la prévention des risques biologiques auxquels sont soumis certains travailleurs susceptibles d'être en contact avec des objets perforants.
- Rapport de prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH Recommandations du groupe d'experts. Rapport 2013 sous la direction du Pr P.Morlat et sous l'égide CNS et de l'ANRS.

LIENS DOCUMENTAIRE :

DOC-1423 FICHE DE VERIFICATION DE LA MALLETTE AEV

C - ELABORATION

	NOM, FONCTION	DATE, SIGNATURE
Rédacteur(s)	Docteur Walid BOUDICHE, Médecin urgentiste	signé le 04/01/2017
	Docteur Murielle DESPAGNE, Médecin du travail	signé le 04/01/2017
	Docteur Hélène FERRAND, Médecin infectiologue	signé le 04/01/2017
	Sylvie RAMIREZ IDE santé travail	signé le 04/01/2017
Valideur(s)	Docteur Pascal BISSOLOKELE, Chef de service des urgences	signé le 05/01/2017
	Docteur Céline BRACHET-CASTANG, biologiste	signé le 04/01/2017
	Docteur Carmen ROCA-GUIMARD, gestion des risques	signé le 04/01/2017
	Monique TRANQUARD directrice des soins	signé le 04/01/2017
Approbateur	Mélanie BONATI, Ingénieur qualité	signé le 05/01/2017

Annexe 3: Observation type



Observation Médicale

**OBSERVATION MÉDICALE
DOSSIER AEV**

Etiquettes patient

MÉDECIN prenant en charge l'AEV :
DATE de la consultation : ... / ... / ... HEURE : ... h ...

MÉDECIN TRAITANT :
(spécifier si le patient accepte de lui communiquer des renseignements)

ANTÉCÉDENTS :

- Insuffisance rénale :
- Allergies

TRAITEMENTS :

- Diurétique :
- IEC :
- AINS :
- SARTAN :
- Autres :

Contraception :

VACCINATION HÉPATITE B :

- NON OUI Ne sait pas

Attention, si sujet non immunisé ou ne connaissant pas son statut vaccinal et haut risque : penser aux immunoglobulines ± vaccination

DATE ET HEURE DE L'EXPOSITION : le ... / ... / ... à ... h ...

SI ACCIDENT DE TRAVAIL : Service :
Établissement :

Tél SUJET EXPOSE : ... / ... / ... / ... / ...

ANAMNÈSE :

EXPOSITION SANGUINE :

Accident du travail : OUI NON

Geste en cause :

Piqûre Type aiguille : IM IV SC pleine
 profonde superficielle

Saignement : OUI NON

Autre matériel :

Coupure Matériel en cause :

profonde superficielle

Projection peau lésée/muqueuse :Durée d'exposition :

Autres : Aiguille abandonnée Morsure : superficielle profonde

Équipement(s) de protection avant l'AEV : Port de gants
 Port de lunettes de protection

Gestes immédiats :

USAGER DE DROGUE :

Partage seringue/aiguille/produit préparé
Penser au risque sexuel !

EXPOSITION SEXUELLE :

Type de rapport :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vaginal | <input type="checkbox"/> Rapport non protégé |
| <input type="checkbox"/> Anal | <input type="checkbox"/> Rupture de préservatif |
| <input type="checkbox"/> Oral | <input type="checkbox"/> Partenaires sexuels multiples |
| <input type="checkbox"/> Insertif (actif) | <input type="checkbox"/> Contexte d'agression sexuelle |
| <input type="checkbox"/> Réceptif (passif) | <input type="checkbox"/> Infection/ulcération génitale/saignement pendant rapport |
| <input type="checkbox"/> Éjaculation | <input type="checkbox"/> Lésion buccale |

Description des circonstances :

.....
.....
.....

ÉVALUATION DU RISQUE VIH :

- Indication à un traitement post-exposition
 Pas d'indication à un traitement post-exposition

PRESCRIPTION DE TRAITEMENT PAR ANTIRÉTROVIRAUX :

- Non Refus
 Oui :
 TRUVADA® + PREZISTA® - NORVIR®
 EPIVIR® + RETROVIR® + PREZISTA® - NORVIR®
 AUTRE :

SÉROVACCINATION HÉPATITE B (vaccin + immunoglobulines) :

- Indication : Non Oui
Réalisée : Non Oui : Immunoglobulines : date : / /
Vaccin (1^{ère} injection) : date : / /

Femme et AEV sexuel, proposer pilule du lendemain (NORLEVO®)

- Prescrit Administré

**RENDEZ VOUS DE CONSULTATION AVEC UN MÉDECIN RÉFÉRENT :
à prendre au 1^{er} jour ouvrable après l'AEV**

- Coordonnées remises

SUIVI :

Résultat VIH rapide sujet source :

Sérologies J0

Sujet exposé :

Sérologie VIH :

Sérologie VHB :

Ac Anti HBs : Ag HBs : Ac anti-HBc :

Sérologie VHC :

Sujet source :

Sérologie VIH :

Si VIH + connu, charge virale de contrôle :date :

Ag HBs :

Sérologie VHC :

Si VHC+ connu, charge virale de contrôle :date :

Annexe 4: Contenu de la mallette AES des urgences (en dehors de l'observation type)



Tableau 1 : Évaluation du risque et indications du traitement post-exposition vis-à-vis du VIH après exposition au sang et aux liquides biologiques

Exposition au sang et aux liquides biologiques				
Risque et nature de l'exposition	Statut VIH du sujet source			
	VIH positif		VIH inconnu	
	CV détectable	CV indétectable ⁽¹⁾	Groupe à prévalence élevée ⁽²⁾	Groupe à prévalence faible
Important : - piqûre profonde, aiguille creuse, aiguille intra vasculaire (IV, IA)	TPE recommandé	TPE recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Intermédiaire : - coupure avec un bistouri - piqûre avec aiguille IM ou SC - piqûre avec aiguille pleine - exposition cutanéomuqueuse avec temps de contact > 15 mn	TPE recommandé	TPE non recommandé ⁽³⁾	TPE recommandé	TPE non recommandé
Minime : - piqûre avec seringue abandonnée - crachats, morsure ou griffures - autres cas	TPE non recommandé			

⁽¹⁾ Charge virale indétectable au seuil utilisé par le laboratoire qui traite l'examen.

⁽²⁾ Notion de sujet source à risque/groupe à prévalence élevée : sujet source ayant des partenaires sexuels multiples, usager de drogue, personne originaire d'une région dans laquelle la prévalence de l'infection à VIH est élevée (>1%) : [cf. carte](#).

⁽³⁾ Dans le cas d'un sujet source connu comme étant infecté par le VIH, suivi et traité, dont la charge virale plasmatique est indétectable depuis au moins 6 mois, les experts (rapport Mortat) considèrent qu'il est légitime de ne pas traiter. Si un TPE était instauré, il pourrait être interrompu lors de la réévaluation avec le résultat de la charge virale de contrôle, si celle-ci s'avère toujours indétectable au moment de l'AEV.

Tableau 2 : Évaluation du risque et indications du traitement post-exposition vis-à-vis du VIH après exposition sexuelle

Exposition sexuelle				
Risque et nature de l'exposition	Statut VIH du sujet source			
	VIH positif		VIH inconnu	
	CV détectable	CV indétectable ⁽¹⁾	Groupe à prévalence élevée ⁽²⁾	Groupe à prévalence faible
Rapport anal réceptif (passif)	TPE recommandé		TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport anal insertif (actif)	TPE recommandé	TPE non recommandé ^(3, 4)	TPE recommandé	TPE non recommandé
Rapport vaginal	TPE recommandé	TPE non recommandé ^(3, 4)	TPE recommandé	TPE non recommandé
Fellation réceptive	TPE recommandé	TPE non recommandé ^(3, 4)	TPE recommandé	TPE non recommandé
Agression sexuelle	TPE recommandé			

⁽¹⁾ Charge virale indétectable au seuil utilisé par le laboratoire qui traite l'examen.

⁽²⁾ Groupe à prévalence élevée : personne source ayant des partenaires sexuels multiples, usager de drogue, personne originaire d'une région dans laquelle la prévalence de l'infection à VIH est élevée (>1%) : cf. [carte](#).
Notion de situation à risque : prise de substances psychoactives (amnésie des circonstances) ; facteurs physiques augmentant le risque de transmission chez la personne exposée (viol, ulcération génitale ou anale, IST associée, saignement).

⁽³⁾ Dans le cas d'un sujet source connu comme étant infecté par le VIH, suivi et traité, dont la charge virale plasmatique est indétectable depuis plusieurs mois, les experts (rapport Morlat) considèrent qu'il est légitime de ne pas traiter. Si un TPE était instauré, il pourrait être interrompu lors de la réévaluation avec le résultat de la charge virale de contrôle si celle-ci s'avère toujours indétectable au moment de l'AEV.

Tableau 3 : Évaluation du risque et indications du traitement post-exposition vis-à-vis du VIH après exposition chez les usagers de drogue

Exposition chez les usagers de drogue			
Risque et nature de l'exposition	Statut VIH du sujet source		
	VIH positif		VIH inconnu
	CV détectable	CV indétectable ⁽¹⁾	
Important : - partage de l'aiguille, de la seringue et/ou de la préparation	TPE recommandé	TPE non recommandé	TPE recommandé
Intermédiaire : - partage du récipient, de la cuiller, du filtre ou de l'eau de rinçage	TPE non recommandé		TPE non recommandé

⁽¹⁾ Charge virale indétectable au seuil utilisé par le laboratoire qui traite l'examen.

Service d'Accueil des Urgences – SMUR
Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (U.H.C.D.)
Unité de Surveillance Rapprochée (U.S.R.)
Réseau Inter-Hospitalier Libourne – Ste Foy La Grande

Fiche d'information à remettre au patient

Vous avez été victime d'un **accident exposant au risque viral**.

Dans tous les cas, une réévaluation avec un médecin est nécessaire dès que possible et au plus tard dans les trois jours ouvrables **muni de votre carnet de vaccination (ou de santé)**.

Si un traitement post exposition vous a été prescrit, veuillez contacter le secrétariat de médecine au 6eme étage au 0557553577 ou 0557551618 pour prendre un **RDV** avec un médecin **référent AEV**.

- Selon sa réévaluation, ce traitement pourra être poursuivi pour une durée totale de 28 jours.

- Ce traitement a une efficacité démontrée en prévention de la transmission du VIH mais il peut persister un faible risque d'échec.

- Chez la femme enceinte, il existe encore des incertitudes concernant de potentiels effets secondaires du traitement sur la grossesse. Néanmoins, ces traitements peuvent être rendus nécessaires après évaluation du risque de transmission du VIH.

- Ces traitements peuvent avoir des effets secondaires cliniques et/ou biologiques ; par conséquent ils nécessitent un suivi très régulier qui sera organisé lors de la visite de réévaluation.

Dans tous les cas, après un accident exposant au risque viral, des précautions doivent être prises :

- Un suivi sérologique pour le VIH et les virus des hépatites B et C (par des bilans sanguins) sera nécessaire pendant une durée de 3 mois en l'absence de traitement, et 4 mois si vous avez reçu un traitement préventif.

- Les rapports sexuels seront protégés pendant une durée de 3 à 4 mois, qui sera réévaluée lors des consultations médicales. L'allaitement est contre-indiqué.

- Le don de sang, d'organes, de tissus humains et de lait est contre-indiqué sur la même durée.

S'il s'agit d'un accident de travail, vous devez faire une déclaration d'accident de travail auprès de votre employeur dans les 48 heures ouvrables et prendre contact avec votre service de médecine du travail muni votre observation médicale.

En cas de non traitement, veuillez revoir votre médecin traitant.

Le / /

Traitement post exposition
Si clairance de la créatinine > 70 ml/min

**STRIBILD: 1 comprimé à prendre une fois par jour en mangeant
Pendant 3 jours.**

ETIQUETTE
PATIENT

Coller ici votre étiquette
FINESS et RPPS

Hôpital Robert Boulin
112 rue de la Marne – B.P. 199 – 33505 Libourne Cedex
☎ Standard : 05 57 55 34 34

Le / /

Traitement post exposition
Si clairance de la créatinine entre 50 et 70 ml/min

**TRUVADA: 1 comprimé une fois par jour
NORVIR 100 mg: 1 comprimé une fois par jour
PREZISTA 800 mg: 1 comprimé une fois par jour**

Traitement à prendre **en une seule prise par jour** en mangeant
Pendant 3 jours

ETIQUETTE
PATIENT

Coller ici votre étiquette
FINESS et RPPS

Hôpital Robert Boulin
112 rue de la Marne – B.P. 199 – 33505 Libourne Cedex
☎ Standard : 05 57 55 34 34

Le / /

Traitement post exposition

Si clairance de la créatinine entre 30 et 50 ml/min

EPIVIR 150 mg: 1 comprimé une fois par jour
RETROVIR 250 mg: 1 comprimé **2 fois par jour**
NORVIR 100 mg: 1 comprimé une fois par jour
PREZISTA 800 mg: 1 comprimé une fois par jour

Traitement à prendre en mangeant

Pendant 3 jours



Hôpital Robert Boulin
112 rue de la Marne – B.P. 199 – 33505 Libourne Cedex
☎ Standard : 05 57 55 34 34

Le / /

Traitement post exposition

Si clairance de la créatinine entre < 30 ml/min

EPIVIR : 150 mg le premier jour puis 50 mg par jour en solution buvable
RETROVIR : 150 mg **2 fois par jour** en solution buvable
NORVIR 100 mg: 1 comprimé une fois par jour
PREZISTA 800 mg: 1 comprimé une fois par jour

Traitement à prendre en mangeant

Pendant 3 jours



Hôpital Robert Boulin
112 rue de la Marne – B.P. 199 – 33505 Libourne Cedex
☎ Standard : 05 57 55 34 34

Le / /

Lévonorgestrel (NORLEVO®) : 1 comprimé 1,5 mg en une prise unique

En cas de vomissements survenant dans les trois heures suivant la prise du comprimé, un autre comprimé doit être pris immédiatement.

Après utilisation de la contraception d'urgence, il est recommandé d'utiliser un moyen contraceptif local (préservatif, spermicide, cape cervicale) jusqu'au retour des règles suivantes. L'utilisation de Norlevo® ne contre-indique pas la poursuite d'une contraception hormonale régulière (pilule).

Cette méthode ne permet pas d'éviter une grossesse dans tous les cas, surtout si la date du rapport non protégé est incertaine. En cas de doute (plus de cinq jours de retard de règles ou saignements anormaux à la date prévue des règles, symptômes de grossesse), il est impératif de pratiquer un test de grossesse.



Hôpital Robert Boulin
112 rue de la Mame – B.P. 199 – 33505 Libourne Cedex
☎ Standard : 05 57 55 34 34

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Résumé

Prise en charge des accidents d'exposition au sang au Centre Hospitalier de Libourne: Une évaluation des pratiques professionnelles.

Introduction: Les accidents d'exposition au sang (AES), représentent un risque de transmission virale pour les professionnels de la santé; il existe une sous-déclaration importante de ces accidents. L'objectif principal de cette étude était d'améliorer la prise en charge initiale des AES professionnels des agents du Centre Hospitalier de Libourne (CHL).

Matériel et méthode: Il s'agit d'une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles réalisée au CHL utilisant la méthode de l'audit clinique et du chemin clinique. Les patients inclus étaient ceux ayant présenté un AES sur la période janvier à juin 2016 et de janvier à juin 2017.

La méthode du chemin clinique a abouti à la réalisation d'un nouveau protocole de prise en charge des AES. Une analyse était ensuite menée pour observer les bénéfices du nouveau protocole.

Le critère de jugement principal était l'existence d'une consultation médicale initiale pour l'évaluation du risque de transmission virale.

Résultats: 48 cas d'AES professionnels étaient inclus entre janvier et juin 2016 (phase 1) et 36 entre janvier et juin 2017 (phase 2). Seulement 37 dossiers étaient analysés dans la phase 1 contre 27 dans la phase 2.

Il n'était pas observé de différence significative sur le nombre de consultation médicale initiale entre la phase 1 et 2. Cependant, on peut observer une évaluation plus efficace du statut sérologique du patient source ($p < 0,05$). De plus, l'observation type mise en place semble montrer une meilleure évaluation globale du risque.

Conclusion: Cette étude montre une tendance à l'amélioration des pratiques suite à la mise en place du nouveau protocole. Un suivi sur une plus longue période ainsi que de nouvelles réunions d'information seront nécessaires afin de confirmer cette tendance.

Abstract

Management of accidents of exposure to blood at the Libourne's Hospital: An assessment of professional practices

Introduction: Blood exposure represents a risk of blood-borne viruses transmission to health care workers (HCW); there is a significant under-reporting of these accidents.

The main objective of this study was to improve the initial management of the occupational exposure of the HCW of Libourne's Hospital.

Materials and methods: This is an approach of occupational practices assessment carried out at the Libourne's Hospital using the clinical audit and the clinical pathway method. Patients included were those with occupational blood exposure from January to June 2016 and from January to June 2017.

The clinical pathway method resulted in the realization of a new protocol for the management of occupational blood exposure. An analysis was then conducted to observe the benefits of the new protocol.

The primary endpoint was the existence of an initial medical consultation for the assessment of the risk of blood-borne viruses transmission.

Results: 48 cases of occupational blood exposure were included between January and June 2016 (phase 1) and 36 between January and June 2017 (phase 2). Only 37 files were analyzed in phase 1 versus 27 in phase 2.

There was no significant difference in the number of initial medical consultations between phase 1 and 2. However, a more effective evaluation of the source patient's serological status can be observed ($p < 0.05$). In addition, the standard observation set up in the phase 2 suggests a better overall risk assessment.

Conclusion: This study shows a trend towards improved practices following the set up of the new protocol. Longer follow-up and further information meetings will be needed to confirm this trend.