



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Médecin Inspecteur de Santé Publique

Promotion - 2004

Les Accidents d'exposition au sang des paramédicaux non infirmiers :

**Etude à partir de la commission de réforme du
département de la Haute-Marne.**

Yann DEMARS

Remerciements

A Johanne, la femme de ma vie, mon bonheur et le plus beau cadeau que la vie pouvait me donner,

A mes enfants, ma fierté et ma joie,

A Mme le Dr MURE, Médecin Inspecteur Régional adjoint à la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de la Champagne-Ardenne, pour m'avoir fait découvrir le métier de Médecin Inspecteur de Santé Publique et me l'avoir fait apprécier,

A M. BRUGGEMAN, Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales de la Haute-Marne, pour l'aide qu'il m'a apporté,

A M. le Docteur RAIMONDEAU, pour son aide et son écoute lors de cette année de formation.

Sommaire

1	INTRODUCTION :	1
2	CONTEXTE :	4
2.1	DEFINITIONS :	4
2.1.1	<i>Accident d'exposition au sang :</i>	4
2.1.2	<i>Les professions paramédicales non infirmières :</i>	4
2.1.3	<i>Commission de réforme :</i>	5
2.1.4	<i>Notion de risque d'AES :</i>	5
2.1.5	<i>Accident du travail et maladie professionnelle :</i>	6
2.2	LES DONNEES DE LA LITTERATURE :	7
2.2.1	<i>Données épidémiologiques nationales :</i>	7
2.2.2	<i>Etudes nationales :</i>	7
2.2.3	<i>Etudes internationales :</i>	8
2.3	LA PREVENTION DES AES :	9
2.3.1	<i>La vaccination :</i>	9
2.3.2	<i>Respect des précautions standard :</i>	10
2.3.3	<i>Utilisation de dispositifs de sécurité :</i>	10
2.3.4	<i>Elimination des déchets :</i>	12
2.3.5	<i>Formation, information des personnels et respect des protocoles :</i>	12
2.3.6	<i>Actions internes à l'établissement des praticiens hygiénistes et des médecins du travail :</i>	13
2.4	PRISE EN CHARGE ET CONSEQUENCE DES AES :	14
2.4.1	<i>Prise en charge des AES :</i>	14
2.4.2	<i>Conséquences des AES :</i>	16
3	METHODOLOGIE ET METHODE :	17
3.1	ETABLISSEMENTS RETENUS POUR L'ETUDE :	17
3.2	ENTRETIENS AU SEIN DES HOPITAUX :	18
3.2.1	<i>Entretiens avec les médecins du travail :</i>	18
3.2.2	<i>Entretiens avec les praticiens hygiénistes :</i>	19
3.2.3	<i>Entretiens avec les directeurs des hôpitaux :</i>	19
3.3	RECHERCHE DES PROTOCOLES AU SEIN DES HOPITAUX :	20
3.4	ETUDE DES CAS DE LA COMMISSION DE REFORME :	20
3.4.1	<i>Etude des dossiers :</i>	20
3.4.2	<i>Entretiens avec quelques victimes d'AES :</i>	20
3.5	ENTRETIENS AU NIVEAU DES ECOLES PARAMEDICALES :	21
4	RESULTATS :	22
4.1	ENTRETIENS AU SEIN DES HOPITAUX :	22
4.1.1	<i>Entretiens avec les médecins du travail :</i>	22

A)	Nombre de déclaration d'AES :	22
B)	Efficacité de la déclaration :	22
C)	Actions de prévention :	23
D)	Les partenaires :	24
E)	Avis sur les causes des AES chez les paramédicaux non infirmiers :	25
4.1.2	<i>Entretiens avec les directeurs de soins ou les praticiens hygiénistes</i> :	26
A)	Nombre de déclaration d'AES :	26
B)	Efficacité de la déclaration :	26
C)	Actions de prévention :	27
D)	Les partenaires :	28
E)	Avis sur les causes des AES chez les paramédicaux non infirmiers :	28
4.1.3	<i>Entretiens avec les directeurs des hôpitaux</i> :	29
A)	Statistiques sur les AES dans les établissements:	29
B)	Plan de formation interne:	30
C)	Surcoût des AES:	31
D)	Priorité de la lutte contre les AES au sein des établissements :	31
4.2	RECHERCHE DES PROTOCOLES AU SEIN DES HOPITAUX :	32
4.3	ETUDE DES CAS DE LA COMMISSION DE REFORME :	33
4.3.1	<i>Etude sur dossiers</i> :	33
4.3.2	<i>Entretiens avec quelques victimes d'AES</i>	35
4.4	ENTRETIENS AU NIVEAU DES ECOLES PARAMEDICALES :	36
5	DISCUSSION ET PROPOSITIONS :	37
5.1	DISCUSSION :	37
5.1.1	<i>Sur la réalisation de l'étude</i> :	37
5.1.2	<i>Sur la déclaration des accidents d'exposition au sang</i> :	38
5.1.3	<i>Sur la présence de protocoles et leur application au sein des services</i>	40
5.1.4	<i>Sur les dérogations infirmières aux paramédicaux non infirmiers</i>	42
5.1.5	<i>Sur la formation des paramédicaux non infirmiers</i>	45
5.1.6	<i>D'autres pistes</i> :	46
5.2	PROPOSITIONS :	47
5.2.1	<i>La mobilisation des différents acteurs</i> :	47
5.2.2	<i>La lutte contre les délégations de tâches</i> :	48
5.2.3	<i>L'amélioration des protocoles, de leur diffusion et de leur explication</i> :	48
5.2.4	<i>La formation continue des professionnels paramédicaux non infirmiers</i> :	49
5.2.5	<i>La lutte contre les négligences au sein des services</i> :	50
	CONCLUSION	51
	Bibliographie	53
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AES: Accident d'exposition au sang.

ASH: Agent de service hospitalier.

CLIN: Comité de lutte contre les infections nosocomiales.

DDASS: Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales.

GERES: Groupe d'étude sur le risque d'exposition au sang.

IFSI: Institut de formation en soins infirmiers

MISP: Médecin inspecteur de santé publique.

VIH: Virus de l'Immunodéficience Humaine.

1 INTRODUCTION :

Les Accidents d'Exposition au Sang (AES) représentent un important problème d'accident du travail en milieu hospitalier, souvent décrit dans la littérature. Depuis 1990, date des premières études sur le sujet, ce problème est régulièrement évalué et des actions de lutte ont été mises en place.

Ces études ont tout d'abord montré l'importance de la sous déclaration de ces AES notamment pour les professions médicales (1, 2, 3, 10, 11, 13, 23, 24). D'autres études ont montré l'intérêt et la pertinence de lutter contre ces AES (15, 16, 17, 21, 22, 25), en établissant des protocoles et en instaurant une réelle considération de ces accidents.

Ces AES sont aussi la cause de nombreux arrêts de travail. Il peut en résulter de graves conséquences, notamment la contamination par les virus des hépatites B et C, ainsi que par le virus de l'Immunodéficience humaine (VIH).

A l'arrivée dans le département de la Haute-Marne, au cours d'une commission de Réforme, nous nous sommes aperçus d'une importance relative des accidents d'exposition au sang pour les personnels paramédicaux non infirmiers du département, à savoir les aides-soignants, les auxiliaires de puériculture et les agents de service hospitalier.

Une observation plus approfondie des dossiers a révélé sur une période de mai 2002 à septembre 2003, pour l'ensemble des établissements hospitaliers publics du département, un nombre d'AES de 22 alors que dans le même temps, les AES déclarés pour les infirmières et les puéricultrices étaient de 20.

Ce nombre important de déclaration nous a interpellé au regard du travail de ces personnels paramédicaux non infirmiers considéré comme non-dangereux et ayant peu de relation avec des soins techniques pouvant conduire à ces AES.

Une importante question s'est alors posée à nous : pourquoi y a-t-il un nombre d'AES élevé chez les personnels paramédicaux non infirmiers déclarés à la commission de réforme pour les établissements sanitaires publics de la Haute-Marne ?

Plusieurs hypothèses ont alors été évoquées. Une première hypothèse consiste à se demander si les AES ont été fortement déclarés chez les paramédicaux non infirmiers au cours de la période envisagée du fait d'une meilleure déclaration globale des AES par cette catégorie de personnels. Si les AES des paramédicaux non infirmiers sont plus déclarés que les paramédicaux infirmiers, nous serions en présence d'un artéfact. Nous pourrions alors nous poser la question du pourquoi de cette meilleure déclaration des paramédicaux non infirmiers par rapport aux paramédicaux infirmiers.

Une seconde hypothèse consiste à se demander si nous ne sommes pas en présence d'accidents élevés du fait de l'absence de protocoles concernant les objets souillés dans les établissements ou d'une mauvaise application de ces derniers. L'importance de ces accidents pourrait alors être expliquée par une carence de procédure, ou l'application de mauvaises techniques.

Des dérogations de fonctions infirmières trop importantes à ces personnels non techniques formeraient une troisième hypothèse. Nous serions alors en présence d'un exercice illégal pouvant être la conséquence de causes diverses, que ce soit un problème de volonté des personnels soignants, un nombre insuffisant de personnel dédié à chaque patient ou encore une inadéquation entre la proportion de personnels infirmiers et non infirmiers.

Enfin une dernière hypothèse consiste à se poser la question de la formation de ces personnels paramédicaux non infirmiers et de savoir si ils sont correctement ou suffisamment formés à l'exposition accidentelle aux déchets de soins souillés. En effet, une formation aux risques liés aux accidents d'exposition au sang peut être préalablement dispensée avant la vie professionnelle comme dans les écoles d'aides-soignantes. Ces formations peuvent aussi être internes à l'établissement sanitaire où travaille le professionnel.

Il n'existe que très peu d'articles concernant les accidents d'exposition au sang chez les personnels paramédicaux non infirmiers (23). Tous les éléments bibliographiques ne concernent que les accidents d'exposition au sang des personnels paramédicaux infirmiers.

L'intérêt du MISP semble réel car cela concerne une population qui normalement, de par ses fonctions, n'a que peu de raison d'être victime d'accidents d'exposition au sang. Il existe ainsi une possibilité de découvrir des problèmes de fonctionnement au sein

des services hospitaliers, des problèmes de pratiques non autorisées, qui aboutissent in fine à des conséquences dommageables graves pour la santé des soignants.

Il est important d'étudier ces accidents car il est possible de découvrir des problèmes de protocoles, d'organisation des services, pouvant être délétères pour les soignants, mais aussi aux patients. En ce qui concerne les soignants, il est important qu'il existe peu d'absentéisme dans les établissements sanitaires. Par ailleurs, un soignant contaminé par un AES peut être source de contamination envers un patient. Enfin, s'il existe de mauvaises applications des protocoles ou des procédures, il est légitime de s'interroger sur l'application de l'ensemble de ceux-ci. En outre, le MISp est assez souvent le représentant du DDASS dans les conseils techniques des écoles paramédicales du département et, à ce titre, peut demander une réorganisation des enseignements afin d'intégrer les insuffisances pouvant être retrouvées dans l'étude.

Un intérêt important serait, après l'étude, de réaliser avec le praticien hygiéniste et le médecin du travail des établissements concernés un travail avec pour objectif de diminuer ce nombre élevé. Un travail supplémentaire au sein des écoles d'aides-soignantes pourrait en plus être envisagé.

Nous aborderons dans un premier temps les définitions ainsi que le contexte de la réalisation de ce mémoire. Nous envisagerons dans une seconde partie, la méthodologie de cette étude et les hypothèses retenues ayant conduit à celle-ci. Dans une troisième partie, nous énoncerons les résultats obtenus. Enfin, une dernière partie sera consacrée à une discussion des résultats obtenus en fonction des hypothèses posées puis à des propositions d'actions ou des voies de réflexion afin de tenter de résoudre le problème initial.

2 CONTEXTE :

2.1 Définitions :

2.1.1 Accident d'exposition au sang :

Un accident d'exposition au sang est défini par toute exposition avec du sang ou du liquide biologique contaminé par du sang suite à une effraction cutanée (piqûre, coupure ou égratignure), une projection sur une muqueuse (conjonctive, bouche, etc.) ou une projection sur une peau lésée (dermatose, plaie ou autres). (15, 23)

Cela ne consiste pas seulement dans l'exposition au sang par piqûres accidentelles. La définition est bien plus large. Elle englobe tous les incidents pouvant conduire à une infection accidentelle liée à un contact avec le sang d'un autre individu. On y retrouvera ainsi une importance pour notre étude qui ne concerne que des personnels paramédicaux non infirmiers. En effet, dans leur attribution, ces personnels n'ont pas ou peu à réaliser des injections par piqûre, mais sont beaucoup plus sollicités pour des soins pouvant être en contact avec d'autres types d'accident d'exposition au sang, telles que les coupures, les projections sur muqueuse ou sur peau lésée.

2.1.2 Les professions paramédicales non infirmières :

On entend par profession paramédicale non infirmière les personnels paramédicaux suivants : aides-soignants, auxiliaires de puériculture, agents de service hospitalier. Ces personnels réalisent des travaux de ménage, rangement, des soins de nursing, nettoyage, aide de toute sorte envers les patients (mobilité, alimentation, etc.).

Ces personnels ne sont pas en relation étroite avec des gestes techniques pratiqués avec des objets tranchants ou piquants. En revanche, les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture peuvent avoir à réaliser des gestes de rasage pouvant occasionner des coupures. Ils peuvent aussi rentrer en contact avec des liquides biologiques pouvant contenir du sang (urines, vomissements, hémoptysies).

Tous ces professionnels ont des relations avec l'élimination des déchets, mais les précautions standard indiquent que les objets coupant ou piquant sont évacués dans des containers spéciaux.

Il n'existe pas de texte établissant les fonctions de ces diverses professions. Seule la fonction d'infirmière dispose d'un tel texte¹. On retrouve souvent dans divers établissements où il existe un déficit de personnel une délégation de certains petits gestes infirmiers (comme les injections sous-cutanées par exemple) aux aides-soignants.

2.1.3 Commission de réforme :

La commission de réforme est une émanation du comité médical, qui traite des dossiers d'accidents du travail et des maladies professionnelles des agents de l'Etat. Elle est régie par le décret n° 59-310 du 14 février 1959 relatif aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics, à l'organisation des comités médicaux et au régime des congés des fonctionnaires et par le décret n° 86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réformes, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires. Il existe une commission de réforme par département gérée par les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS). Un Médecin Inspecteur de Santé Publique (MISP) en est le secrétaire et le coordonnateur.

Cette commission réunit des médecins, un représentant des personnels, un représentant de l'institution employeur. Elle est présidée par un cadre de catégorie A pouvant être un personnel administratif ou un médecin Inspecteur de Santé Publique (MISP). Dans le département de la Haute-Marne, cette commission se réunit une fois par mois.

2.1.4 Notion de risque d'AES :

Les AES constituent l'un des plus importants risques professionnels pour un personnel soignant dans un établissement de soins (3, 8, 12, 19). Depuis 1991, une surveillance des séroconversions au Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) a été instaurée en France (14). Cette surveillance a été complétée par la surveillance des séroconversions à l'hépatite C en 1997 (14).

¹ Décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières ; JO n° 41 du 18 février 1993.

Les infirmiers constituent le groupe des professionnels de santé le plus exposé au risque d'AES (3, 22). Mais il existe un fort taux de sous-déclarations de ce type d'accident dans certaines catégories de professionnels ou certaines catégories d'AES (23).

Ces AES peuvent être consécutifs à de nombreux gestes techniques de soins par piqûres ou coupures accidentelles lors du geste ou consécutifs à des morsures. Mais Il existe aussi des AES hors des activités de soins qui peuvent toucher toutes les catégories de personnel d'un établissement (jardinier, personnel technique, lingerie, personnels de soins) par piqûres et coupures avec des objets oubliés ou jetés dans une poubelle non prévue à cet effet par exemple.

2.1.5 Accident du travail et maladie professionnelle :

Selon les termes de l'article L.411-1 du Code de la Sécurité Sociale, *est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise.* Cette définition a été complétée par la cour de cassation par la phrase suivante : « Constitue un accident du travail tout fait précis survenu soudainement au cours ou à l'occasion du travail et qui est à l'origine d'une lésion corporelle ».

L'article L.411-2 du Code de la Sécurité Sociale complète encore la définition en ajoutant à l'accident de travail, les accidents de trajets.

Selon les termes de l'article L.461-1 du Code de la Sécurité Sociale, *est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau.* Ces maladies professionnelles doivent correspondre à des critères entrant dans des tableaux, différents selon les régimes de sécurité sociale. La liste de ces maladies professionnelles est établie par décret.

2.2 Les données de la littérature :

2.2.1 Données épidémiologiques nationales :

Il existe très peu d'études pouvant nous donner des données épidémiologiques sur les AES des personnels paramédicaux non infirmier. On peut toutefois citer l'étude du GERES publiée en 1999 traitant des AES par type de personnel soignant sur 3 ans, de 1995 à 1997, et déclarés en médecine du travail sur 54 hôpitaux (23). On observe dans cette étude que sur 6037 déclarations d'AES, 994 l'ont été par des personnels paramédicaux non infirmier, soit 18% des déclarations totales. Les personnels paramédicaux infirmiers représentent quant à eux 48,8% des déclarations.

Cette étude importante montre que la proportion d'AES chez les paramédicaux non infirmiers est loin d'être négligeable. On peut même dire que ce nombre important d'AES retrouvé est paradoxal si on le compare avec le risque normalement beaucoup moins important de réaliser un AES du fait des fonctions de ces personnels, très éloignées des gestes techniques réalisés avec des objets piquants ou tranchants.

D'autres études ne font référence qu'au risque des paramédicaux non infirmiers, sans chiffre concret.

2.2.2 Etudes nationales :

De nombreuses études traitent du sujet des AES en France depuis les années 90, car ces accidents constituent un problème important à la fois de santé publique et de médecine du travail.

La principale profession de soins exposée est de loin la profession infirmière avec des proportions allant jusqu'à 50 % des déclarations d'AES (3, 11, 22, 23, 24). Les professions paramédicales non infirmières ont des déclarations variant entre 15 et 20% selon les études.

Toutes les études retrouvées s'attachent à démontrer l'apport de la prévention, mais aucune n'a vraiment étudié les professions paramédicales elles-mêmes, si elles ont un mode de survenue d'accidents différent des autres professions médicales et paramédicales, si il existe des relations entre la réalisation de certains soins non autorisés et les accidents.

On retrouve en revanche dans de nombreuses études une part non négligeable, toutes professions de soins confondues, d'AES consécutifs à des rangements de matériels souillés traïnants (3, 18, 23). Dans une étude, plus de 50% des AES auraient pu être évités par le respect des précautions standard internationales, mais, là encore, aucune distinction n'est réalisée en fonction du type de personnel soignant (18).

De nombreuses actions de prévention ont été instaurées suite aux études précédant l'année 1990. Celles-ci ont permis en 10 ans de diminuer la proportion de ces AES ou d'en modifier les étiologies (10, 23, 24). Elles ont consisté tout d'abord dans une recherche de mobilisation afin de permettre une prise de conscience de ce risque par les professions soignantes. Elles ont ensuite reposé sur l'instauration d'un suivi des séroconversions. Enfin les dernières ont consisté en l'incitation du développement de matériels techniques particuliers, de l'application de précautions standard internationales et des protocoles propres à chaque service, en fonction de ses besoins et de la pratique technique usuelle.

2.2.3 Etudes internationales :

Les études internationales reprennent les données des études réalisées au niveau national (4, 5, 20). On ne retrouve pas d'étude particulièrement centrée sur les professions paramédicales non infirmières. Les professions médicales et infirmières restent la cible privilégiée de ces dernières.

Les proportions d'AES chez les professions infirmières sont là aussi les plus importantes. De même, il est retrouvé une importante sous-déclaration des AES (4) et de nombreux AES liés à des objets souillés traïnants.

Les nouveaux matériels techniques, les précautions universelles et les protocoles, ont là aussi contribué à la diminution de ces AES au cours du temps (5, 20).

2.3 La prévention des AES :

La prévention des AES a débuté dans les années 1990 par la création et l'application des règles universelles de précaution standard. Ces règles ont été créées suite à la découverte d'importantes séroconversions chez le personnel soignant, notamment celles liées au VIH et à l'hépatite B et C.

Une circulaire² précise les grands axes de la prévention de ces AES. Ces axes sont :

- la vaccination
- le respect des règles de précautions standard d'hygiène
- l'utilisation rationnelle de matériels adaptés et l'élimination des déchets d'activité de soins
- l'information et la formation du personnel
- l'évaluation des actions entreprises

Nous envisagerons successivement ces différents items.

2.3.1 La vaccination :

La vaccination contre l'hépatite B a été rendue obligatoire pour tous les personnels de santé par la loi 91-73 du 18 janvier 1991 (article L.3111-4 du Code de la Santé Publique) et par l'ordonnance du 15 juin 2000 (article L.3111-9 du Code de la Santé Publique).

Cette vaccination a permis de stopper les séroconversions à l'hépatite B chez les personnels de santé. Elle est réalisée par trois injections à un mois d'intervalle et des rappels. Actuellement, ces rappels sont effectués en fonction des sérologies.

Cette vaccination, bien que controversée, est le seul moyen de prévention existant à ce jour.

² Circulaire DGS/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.

2.3.2 Respect des précautions standard :

Ces règles standard (2, 18) sont applicables à tout le personnel soignant et concernent toute la préparation des gestes techniques impliquant les objets coupants et piquants, ainsi que l'acte en lui-même et l'élimination des objets souillés. Elles sont reportées au tableau 1.

2.3.3 Utilisation de dispositifs de sécurité :

Des dispositifs de sécurité existent et sont de plus en plus utilisés depuis les premières études sur les accidents d'exposition au sang et la création d'un groupe d'étude sur leur évolution, le GERES (groupe d'étude sur le risque d'exposition au sang) (23, 24). Ces études ont par la suite montré l'efficacité de ces dispositifs, qui ont pour but la diminution des AES en augmentant leur prévention par des moyens mécaniques, simples, pouvant être facilement répétés et à faible coût (15, 16, 17, 23, 24). Ces dispositifs servent notamment à éviter les piqûres accidentelles en évitant le recapuchonnage. Ce sont aussi les containers qui reçoivent les objets piquants ou tranchants souillés afin de diminuer les manipulations de ces derniers, tout en étant des réceptacles légers pouvant être emmenés auprès du malade et en étant assez résistants pour éviter leur perforation.

Les établissements sanitaires ont développé l'utilisation en leur sein de ces types de matériels depuis 1994, conformément au décret n° 94-352 du 4 mai 1994 relatif à la protection des travailleurs contre les risques résultant de leur exposition à des agents biologiques (25, 26). Malgré cette politique, le GERES a montré que certains établissements n'ont pas encore toujours recours à ces dispositifs (23, 24).

Tableau 1 : Précautions universelles en cas de contact avec des produits biologiques :

- 1- **Porter des gants** : pour tout risque de contact avec un liquide biologique contenant du sang, une lésion cutanée, des muqueuses, du matériel souillé et systématiquement si on est atteint de lésions cutanées : choisir un modèle de gant adapté à la tâche réalisée. Le port de gant ne dispense pas du lavage de mains ; les gants ne doivent être portés qu'un temps court et pour une tâche précise.
- 2- **Pansement** : protéger toute plaie par un pansement.
- 3- **Se laver les mains** : immédiatement avec du savon puis désinfecter en cas de contact avec du sang et se laver systématiquement les mains après tout soin. Si projection sur les muqueuses (conjonctives) : rinçage abondant.
- 4- **Porter un masque** : des lunettes et une surblouse en cas de risque de projection (aspirations trachéo-bronchiques, soins de trachéotomies, endoscopie, etc.) ; choisir un masque anti-projection bien adapté au visage.
- 5- **Faire attention** : lors de toute manipulation d'instruments pointus ou tranchants potentiellement contaminant.
- 6- **Ne jamais plier ou recapuchonner les aiguilles** : ne pas dégager les aiguilles des seringues ou des systèmes de prélèvement sous vide à la main.
- 7- **Utiliser un collecteur** : jeter immédiatement tous les instruments piquants ou tranchants dans un conteneur spécial situé à portée de main et dont le niveau de remplissage doit être vérifié.
- 8- **Décontaminer immédiatement** : les instruments utilisés et les surfaces souillées par du sang ou liquide biologique avec de l'eau de javel 12° chl fraîchement dilué à 10%, ou tout autre désinfectant approprié.
- 9- **Transport de prélèvements biologiques, linges et matériels souillés** : les prélèvements biologiques, le linge et les instruments souillés par du sang ou tout autre produit d'origine humaine doivent être évacués du service dans un emballage étanche, fermé.
- 10- **Ces mesures de base doivent être complétées** : par des mesures spécifiques à chaque discipline et par l'adoption de matériels de sécurité adaptés.

2.3.4 Elimination des déchets :

Le problème de l'élimination des déchets est un point important, surtout dans l'étude qui nous intéresse car c'est une cause d'AES chez les paramédicaux non infirmiers. En effet, les ASH n'ont pas vocation à pratiquer des soins. Ils réalisent des travaux de ménages, de transports de courriers ou d'objet et de vidange des poubelles. Ce sont les premiers personnels exposés en cas d'objets piquants ou tranchants déposés dans une mauvaise filière de déchets, oubliés dans une chambre de malade ou encore déposés à un endroit où ils n'ont pas lieu d'être.

Il est donc très important de rechercher les causes d'accident d'exposition au sang de ces personnels afin d'identifier les éventuelles erreurs de manipulations ou de pratiques pouvant être liées à des protocoles mal appliqués, inexistantes, mal adaptés ou encore à un manque de formation de ces personnels.

2.3.5 Formation, information des personnels et respect des protocoles :

La formation et l'information permettent de limiter les accidents d'exposition au sang. En effet, si les personnels ne sont pas formés, soit initialement par l'école, soit par l'établissement de façon régulière, les mauvaises pratiques ont alors tendance à s'installer, ce qui ne peut qu'augmenter le risque.

Les aides-soignants bénéficient d'une formation en école paramédicale durant une année après l'obtention d'un concours. A l'issue de cette année, un examen leur donne droit à l'attribution d'un diplôme d'état. Pour les ASH, il n'y a aucun diplôme. Ces personnels sont embauchés sans formation spécifique. Il revient donc à l'établissement d'assurer leur formation. Aucun texte ne recommande une telle démarche.

Les services de soins peuvent disposer de protocoles pour faire respecter des prises en charges particulières, pour noter des recommandations sur des gestes techniques ou une conduite à tenir. Ils sont rédigés par le service en fonction de ses spécificités et décrivent la chronologie de certains actes à réaliser en fonction de la bonne marche de ce service. Ils sont parfois utilisés afin de diminuer l'incidence des accidents d'exposition au sang, ou pour indiquer la conduite à tenir en cas d'AES.

L'équipe opérationnelle d'hygiène est une aide précieuse pour l'élaboration d'un plan de formation interne du personnel et la réalisation des protocoles. Le comité de lutte

contre les infections nosocomiales (CLIN) doit valider tous les protocoles qui seront diffusés et applicables au personnel de l'établissement.

Cependant, on ne retrouve pas toujours de formation permanente des personnels paramédicaux au sein des établissements sanitaires.

2.3.6 Actions internes à l'établissement des praticiens hygiénistes et des médecins du travail :

En plus de la formation, de l'information et de la rédaction de protocoles, l'établissement peut développer des actions internes ponctuelles ou régulières sur la prévention des AES par le biais de l'équipe opérationnelle d'hygiène ou par le médecin du travail de l'établissement.

Ces actions sont réalisées après évaluation des pratiques par l'établissement, soit après observation d'un nombre important d'AES par le système de surveillance de l'établissement. Elles sont réalisées en relation avec le CLIN, l'équipe opérationnelle d'hygiène et le service de médecine du travail.

Ces actions internes demeurent toutefois insuffisantes au sein des établissements sanitaires. De ce fait, les personnels n'ayant pas de diplômes comme les ASH peuvent passer une grande partie de leur carrière sans avoir eu de formation sur les AES, que ce soit en matière de prévention ou de conduite à tenir lorsqu'ils en sont les victimes. De plus, elles n'interviennent qu'a posteriori d'incidents ou d'observation de mauvaises pratiques.

Une étude a montré l'importance de la formation et de la sensibilité des personnels soignants. Ces actions ont eu plus d'impact sur la prévention des AES que la mise en place de matériels de sécurité (17).

2.4 Prise en charge et conséquence des AES :

2.4.1 Prise en charge des AES :

La prise en charge des AES est réalisée selon un protocole issu d'un consensus international (1, 2, 9). Ce consensus international a été complété par les recommandations de la circulaire DGS/DH n° 23 du 3 août 1989 qui explicite l'obligation de déclarer l'accident et la conduite à tenir lorsqu'il survient. La note d'information DGS/DH/DRT du 25 septembre 1995 précise comment réaliser une évaluation des risques pour la victime en cas d'AES. Elle va indiquer aussi la conduite à tenir pour chaque catégorie à risque.

La circulaire DGS/DH/DRT n° 98-228 du 9 avril 1998 demande l'élaboration d'un dispositif de prise en charge dans chaque établissement sanitaire. Cette prise en charge de la personne accidentée doit intervenir dans un délai très court, afin de bien débiter une éventuelle thérapeutique.

Tous ces textes et recommandations ont conduit à établir des règles de prise en charge d'une personne victime d'un AES. Ces règles sont :

- la prise en charge par soins locaux, immédiatement après l'accident,
- la recherche du statut du patient source de l'AES avec son accord,
- la consultation rapide de la personne victime par un médecin référent, ou par le service des urgences de l'établissement,
- l'évaluation des risques par ce médecin référent et la prise en charge thérapeutique éventuelle, c'est-à-dire l'évaluation de la transmission virale (cf. Tableau 2),
- la déclaration de l'AES en accident du travail par ce médecin référent associé ou non à la notification de cette déclaration au médecin du travail et/ou au praticien hygiéniste,
- le suivi de la victime par des recherches sérologiques adaptées au risque et au traitement prophylactique,
- une analyse par le médecin du travail ou par l'équipe opérationnelle d'hygiène des causes de cet AES, pouvant conduire à une meilleure prévention ultérieure.

Tableau 2 : Evaluation du risque de transmission du VIH en fonction de l'AES (1, 2, 10) :

	Personne source	Recommandations	Commentaires
VIH positif	<i>Haut risque</i>	Traitement recommandé	
	<i>Risque intermédiaire</i>	Traitement à discuter	Si pathologie opportuniste, charge virale élevée ou asymptomatique
	<i>Faible risque</i>	Traitement à discuter selon la nature de l'exposition	Contrôler la charge de la personne source au moment de l'AES
Statut VIH inconnu	<i>Arguments pouvant suggérer une infection VIH chez la personne source</i>	Connaître le statut de la personne source. Si Haut risque, traitement recommandé, sinon, traitement à discuter	Arrêt du traitement si la personne source a une sérologie négative.
	<i>Arguments ne pouvant pas suggérer une infection VIH chez la personne source</i>	Si haut risque, traitement à discuter, sinon, pas de traitement	

Haut risque : piqûre profonde avec une aiguille creuse provenant d'une voie veineuse ou artérielle.

Risque intermédiaire : coupure ou piqûre superficielle avec un bistouri ou une aiguille creuse provenant d'une voie artérielle ou veineuse.

Risque faible : autres cas.

La conduite à tenir en cas d'AES doit donc être connue de tout le personnel de l'établissement sanitaire, qu'il soit ou non une personne à risque. Il doit exister dans chaque service de soins un protocole de prise en charge qui doit être à disposition rapide de toute personne qui en aurait le besoin. On pourrait même supposer que l'affichage de ces recommandations (actualisées par chaque établissement) soit réalisé partout.

2.4.2 Conséquences des AES :

Les conséquences des AES sont multiples. Ils sont d'abord une cause importante d'accident du travail en milieu hospitalier, donc d'absentéisme. Mais ce sont aussi une source de contamination du personnel hospitalier. Cette contamination entraînant des traitements prophylactiques coûteux et longs ainsi que des reclassements professionnels pour les personnes contaminées. De plus, ces accidents du travail ouvrent droit en cas de contamination à une pension.

Le coût pour l'établissement sanitaire, tant du point de vue l'absentéisme, que du point de vue financier est très important. Il y a donc un réel intérêt pour une structure de soins à éviter ce type d'incident.

Les différentes contaminations retrouvées par suite d'AES sont des contaminations par le VIH et par l'hépatite C. La vaccination contre l'hépatite B ayant été rendue obligatoire pour les personnels travaillant dans un établissement de santé³, elle ne devrait plus se retrouver dans les causes de signalement d'AES.

Les AES ont également pour conséquence, au sein des services de soins, le développement de mauvaises relations entre les différents personnels, soit au sein d'un même service, soit entre les différents personnels, soignants, administratifs ou autres. A titre d'illustration, la piqûre accidentelle par aiguille d'une personne chargée d'évacuer les ordures va provoquer des tensions entre les différents services, s'accusant à terme de provoquer ces incidents.

³ Article L.3111-4 du Code de la Santé Publique.

3 METHODOLOGIE ET METHODE :

La méthodologie envisagée va tenir compte des différentes hypothèses. Elle est proposée en plusieurs points :

3.1 Etablissements retenus pour l'étude :

Les établissements éligibles pour la réalisation de l'étude vont correspondre aux établissements publics de santé hospitaliers du département de la Haute-Marne, soit quatre centres hospitaliers et quatre hôpitaux locaux. Ces établissements ont été choisis en raison des AES déclarés de façon régulière à la commission de réforme de la DDASS de la Haute-Marne.

Les cliniques privées ont été exclues de l'étude car leurs personnels ont une déclaration des AES ne passant que par le cadre de la médecine du travail et non par la commission de réforme, réservée aux fonctionnaires et point de départ de notre étude. En ce qui concerne les EHPAD, seuls les établissements publics auraient pu être pris en compte dans notre étude pour les mêmes raisons. Il a été décidé de les exclure également car les pratiques de soins avec le secteur sanitaire sont différentes, mais aussi parce que les systèmes de déclaration et de prévention sont différents.

Par manque de temps, seule une partie de ces hôpitaux ont pu être visités et les entretiens réalisés. Ont été privilégiés les établissements les plus pourvoyeurs d'accidents d'exposition au sang au regard des déclarations de la commission de réforme de la Haute-Marne et les établissements de grande importance du fait de leur représentativité au sein du département. Ces établissements sont au nombre de quatre dans le département de la Haute-Marne. Il s'agit de trois centres hospitaliers généraux et d'un centre hospitalier spécialisé.

3.2 Entretiens au sein des hôpitaux :

3.2.1 Entretiens avec les médecins du travail :

La première étape de cette étude a consisté à réaliser des entretiens avec les médecins du travail des quatre hôpitaux retenus. Ces entretiens avaient pour but dans un premier temps de rechercher l'importance des déclarations d'accidents d'exposition au sang dans chacun des établissements et la connaissance du praticien du travail sur cette proportion.

Il a été demandé s'il existait un système de déclaration particulier au sein de la médecine du travail. Puis il a été posé des questions sur la présence d'un médecin référent au sein de l'établissement. Dans la négative, il a été demandé si une collaboration avec le praticien d'un autre établissement était réalisée ou envisagée.

Puis ces entretiens ont essayé de découvrir quel était le système de déclaration privilégié par les personnels soignants. Il s'agissait également de rechercher la fréquence et la quantité de ces accidents selon le type de métier l'importance de déclaration pour le personnel paramédical non infirmier, ainsi que mettre en évidence une éventuelle différence avec les autres types de personnel. Dans le cas où le médecin du travail aurait observé une forte proportion d'AES chez les paramédicaux non infirmiers, il lui a été demandé s'il avait des hypothèses.

Une demande spécifique a concerné les mesures de prévention particulières adoptées par la médecine du travail auprès du personnel paramédical non infirmier. Dans l'affirmative, des questions sur le cadre de ces mesures, leur soutien et leur financement étaient ajoutées.

La grille d'entretien avec les praticiens du travail est reproduite en annexe II.

3.2.2 Entretiens avec les praticiens hygiénistes :

Une seconde série d'entretiens a été réalisée auprès des praticiens hygiénistes des établissements sanitaires ciblés par l'étude. Au cours de ces entretiens a été à nouveau abordé le thème de la déclaration des AES et le mode de déclaration privilégié dans l'établissement. Ces données ont été recoupées avec les données des entretiens précédents afin d'en établir une synthèse.

Mais ces entretiens-ci ont recherché plus particulièrement à identifier les formations internes réalisées dans le cadre de la prévention de ces AES, les actions réalisées ponctuellement ou sur le long terme, ainsi que l'état d'esprit du personnel face à ce type d'accident, à sa déclaration et à sa prise en charge.

De nombreuses questions posées au médecin du travail ont également été posées aux directeurs des soins (voir annexe III).

3.2.3 Entretiens avec les directeurs des hôpitaux :

La troisième série d'entretiens a été réalisée avec les directeurs des établissements sanitaires publics sélectionnés pour l'étude. Ces personnes sont en effet concernées de manière très importante par ces accidents d'exposition au sang en général. L'absentéisme au travail, l'augmentation des cotisations sociales pour accident de travail et la mauvaise ambiance peuvent être des conséquences de ces AES.

Ces entretiens avaient pour but de connaître :

- quel était le plan de formation interne à l'établissement ?
- savoir si il existait des statistiques des AES propres à l'établissement,
- quel était le coût des actions particulières réalisées dans l'établissement,
- quel était le surcoût lié aux AES dans l'établissement.

Une partie de l'entretien concernait la priorité donnée à la lutte contre ces AES dans l'établissement et les perspectives de politique en ce sens à plus ou moins long terme.

La grille de ces entretiens est reportée en annexe IV.

3.3 Recherche des protocoles au sein des hôpitaux :

La troisième partie de l'étude a consisté en une vérification sur place auprès des directeurs de soins de l'existence de protocoles de soins, en vérifiant s'ils prennent en compte le risque d'AES, si ils sont respectés et de vérifier la mise à disposition de ceux-ci à tous les acteurs d'un service, y compris les paramédicaux non infirmiers.

Cette recherche de protocole est essentielle afin d'identifier d'éventuelles carences dans l'élaboration de ceux-ci (carence pouvant être la base d'une mauvaise prévention de ces accidents d'exposition au sang), mais aussi savoir l'utilisation qu'il en est faite quand ils existent, si ils sont disponibles à tous les personnels soignants et si tous ces personnels savent qu'ils existent bien.

3.4 Etude des cas de la commission de réforme :

3.4.1 Etude des dossiers :

Une observation du compte rendu des commissions de réforme de juin 2002 à septembre 2003 et des dossiers médicaux a été réalisée pour chaque patient victime d'un AES durant cette période. L'étude est rétrospective et ne concerne que les déclarations d'accident réalisées entre le 1^{er} mai 2002 et le 31 août 2003.

Le but de cette recherche était d'identifier les circonstances exactes des différents AES et de les quantifier. L'intérêt principal de cette recherche était de connaître les différents types d'accidents. Un second intérêt consistait à rechercher d'éventuels défauts dans l'organisation des soins et la réalisation par le personnel paramédical non infirmier d'actes dérogatoires.

3.4.2 Entretiens avec quelques victimes d'AES :

L'étude des seuls dossiers ne pouvant suffire à cause de biais (pas d'information sur les circonstances d'AES ou sur son mécanisme), l'observation de ces derniers a été complétée de un ou plusieurs compléments d'enquête auprès de quelques victimes.

Cela avait pour objet de bien définir les conditions de prise en charge du patient dans le cas où les renseignements fournis par la commission de réforme seraient incomplets, mais aussi d'obtenir l'avis des professionnels concernés sur ces accidents, l'origine qu'ils en donnent et ce qui a été réalisé dans leur service ou leur établissement pour les éviter.

3.5 Entretiens au niveau des écoles paramédicales :

Des rencontres avec les directrices des deux écoles d'aides-soignantes du département ont ensuite été réalisées. Ces entretiens avaient pour objectif d'observer les programmes du cursus de la formation afin de rechercher une éventuelle carence dans les cours concernant les risques d'accidents d'exposition au sang et leurs conséquences.

Deux types de question ont été posés. La première concernait une demande sur l'enseignement des principes de précaution afin d'éviter les AES et de la conduite à tenir en cas d'AES et sur la durée d'enseignement de ce thème. La seconde avait pour objet d'apprendre si l'école avait réalisé pour le compte d'un hôpital, une formation continue des aides-soignants sur le sujet des AES, ou une formation interne sur le même sujet à d'autres types de paramédicaux non infirmiers.

Une question supplémentaire a été ajoutée concernant le devenir des élèves de l'école d'aides-soignants. En effet, si une majorité d'élèves prennent leur poste définitif dans une région voisine, il ne peut y avoir de relation directe entre ce qui est enseigné à l'école et le personnel des établissements sanitaires.

La grille d'entretien est reportée en annexe V.

4 RÉSULTATS :

4.1 Entretiens au sein des hôpitaux :

4.1.1 Entretiens avec les médecins du travail :

Les entretiens avec les médecins du travail ont été les premiers réalisés dans les quatre centres hospitaliers du département de la Haute-marne. Pour toutes les personnes entretenues, l'étude présente un intérêt. En effet, la lutte contre les AES est d'une grande importance pour leur pratique professionnelle. Les médecins du travail ont une relation forte avec les AES au sein de leur établissement.

A) Nombre de déclaration d'AES :

Les médecins du travail des quatre établissements visités ont tous une bonne approximation du nombre de déclarations d'AES au sein de leur établissement. Dans les quatre cas, le passage devant lui en cas de déclaration est obligé. Ils ont donc un aperçu exhaustif du nombre de déclarations. Il n'existe cependant pas toujours de registre, ni de comptabilisation systématique ou de statistiques. Un établissement a cependant établi, avec l'aide d'élèves infirmiers en stage, des statistiques très intéressantes relatives aux déclarations d'AES, leurs natures et leurs causes (quand elles étaient connues), leurs conséquences et le type de catégorie professionnelle touché.

Dans un établissement sur les quatre, un médecin du travail m'a confirmé une impression d'un nombre de déclaration d'AES plus important chez les personnels paramédicaux non infirmiers par rapport aux personnels paramédicaux infirmiers. Dans l'établissement où les statistiques ont été établies, la tendance inverse est retrouvée. Enfin dans les deux autres établissements, aucune impression, ni statistique ne confirme ou n'infirme une déclaration plus importante par catégorie de personnel.

B) Efficacité de la déclaration :

Pour les quatre médecins du travail interrogés, il existe une bonne déclaration des AES au sein de leur établissement, quelle que soit la catégorie sociale ou professionnelle de l'employé. Ils observent une grande majorité des accidents de leur établissement selon

eux, car les consignes de déclaration sont très souvent expliquées et leur système de déclaration est selon eux assez simple et fiable. Dans deux établissements, les médecins du travail sont très sûrs de leur système.

Le système de déclaration est retrouvé de façon sensiblement identique dans tous les entretiens. Après un AES, les consignes de nettoyages de la plaie (quand elles existent) sont réalisées au sein du service où a eu lieu l'accident. Les consignes sont récapitulées dans les protocoles, disponibles dans tous les services de l'établissement et distribués par le CLIN. Le personnel accidenté doit alors se rendre pour être pris en charge par le service des urgences de l'établissement (dans un établissement, c'est le service des urgences de l'établissement le plus proche car il n'en dispose pas). Après consultation dans ce service, le médecin urgentiste réalise les prélèvements veineux nécessaires. Il oriente ensuite le personnel vers un médecin référent. Ce médecin référent reçoit le patient en consultation avec les résultats biologiques et décide de l'instauration, de la poursuite ou de l'arrêt d'un éventuel traitement ou d'une surveillance. Il oriente alors le patient, en parallèle avec ses consultations, vers le médecin du travail pour un suivi et une préparation au retour à l'emploi (quand cela le justifie).

Dans les quatre entretiens réalisés, les médecins du travail affirment qu'il n'existe pas d'autres filières de déclarations. Il persiste seulement des déclarations non réalisées du fait du refus des accidentés eux-mêmes. Ils l'expliquent par la peur de déclarer, ou par un sentiment des personnels qui pensent que les AES sont toujours bénins. Pour tous, la totalité des accidents ne sera jamais déclarée, quelles que soient les méthodes envisagées pour informer le personnel sur les conséquences et les risques encourus.

Il ne semble pourtant pas pour eux qu'il y ai une meilleure déclaration selon la catégorie professionnelle, excepté pour les médecins. Les études de la littérature montrent cette différence de déclaration entre les professions paramédicales et médicales (1, 2, 6, 23). Mais les articles ne s'intéressent pas à la différence de déclaration entre les catégories de personnels paramédicaux.

C) Actions de prévention :

Les praticiens entretenus ont tous expliqué que de nombreuses actions avaient été réalisées au sein de leur établissement durant les années précédentes. Ces actions ont été accomplies de façon différente selon les établissements et parfois selon la catégorie professionnelle.

Pour l'un des établissements, les actions de prévention ont été presque exclusivement réalisées par le CLIN. Elles ont consisté en la rédaction de protocoles, révisés de façon périodique et rapprochée. Ces protocoles étaient ensuite distribués à tous les services de l'établissement. Le médecin du travail, dans cet établissement, réalisait pour toute nouvelle embauche un rappel de la prise en charge en cas d'AES. Il a indiqué qu'il ne croyait pas que la rédaction des protocoles et leur distribution était suffisante pour prévenir les AES. Selon lui, « *trop de protocoles nouveaux entraînent leur inefficacité* ».

Dans deux autres établissements, les actions de prévention sont aussi réalisées par le CLIN de l'établissement. Le médecin du travail ne participe pas ou peu à l'élaboration ou la finalisation de celles-ci.

Enfin, dans le dernier établissement, le médecin du travail participe régulièrement, soit au cours des visites annuelles, soit au sein d'actions ponctuelles à la prévention des AES. Le CLIN réalise là encore des protocoles.

Dans les quatre établissements, aucune évaluation des actions de prévention n'a été réalisée. Dans deux cas, le CLIN actualise régulièrement ses protocoles, mais ne prend pas comme référence les statistiques propres à l'établissement, statistiques qui sont inexistantes.

D) Les partenaires :

Les partenaires des médecins du travail dans la lutte contre les AES au sein de leurs établissements sont les personnels hygiénistes des établissements pour les quatre personnes interrogées. Selon le cas, il s'agit parfois de l'infirmière, du pharmacien ou d'un médecin biologiste. Dans tous les cas, les relations sont bonnes et étroites. Elles permettent l'interface entre les différents points de vue. Un médecin du travail a dit pourtant regretter que le service d'hygiène de l'établissement « *retirait souvent tous les lauriers des actions initiées par la médecine du travail* ».

La direction de l'établissement ou les directeurs des soins ont été peu nommés pour leur participation à la lutte contre les AES au sein de l'établissement sanitaire auquel appartenait le médecin du travail.

E) Avis sur les causes des AES chez les paramédicaux non infirmiers :

Les avis des médecins du travail concernant les causes des AES chez les personnels paramédicaux non infirmiers de leur établissement sont assez divergents.

Pour un médecin du travail, *« les paramédicaux non infirmiers ont tendance à réaliser des gestes infirmiers au sein de son établissement. Il y a un glissement des tâches »*. Ces glissements de tâches sont dus à un manque de personnel. Il associe aussi une seconde cause qu'il explique par l'énervement, l'urgence de certains soins. *« C'est la théorie des tranches de gruyères : énervement, manque de personnel, précipitation, mauvaise préparation : quand tout est réuni, on a un accident »*. Les paramédicaux non infirmiers aident les infirmiers ; l'énervement et l'urgence vont créer un AES par oubli de matériel ou encore par accident de piqûre.

Suite à l'entretien, ce médecin a réalisé un dénombrement des cas d'AES au cours des années 2000 à 2003 et obtient une proportion de 20 à 25 % d'AES liée à des délégations de tâches aux paramédicaux non infirmiers par le personnel infirmier. Un autre médecin du travail a réalisé des statistiques pour l'année 2003 sur les étiologies d'AES au sein de son établissement. 16 % des AES retrouvés ont pour origine une délégation de tâches.

Pour un autre, le plus grand problème créant les AES chez les paramédicaux non infirmiers reste les objets traînants, oubliés. Pour lui, il n'existe pas ou peu de glissement de tâches au sein de son établissement car les paramédicaux non infirmiers refusent de réaliser des soins qu'ils n'ont pas pouvoir de faire.

Pour d'autres, c'est l'agitation des patients qui peut être la cause d'accident, ou encore des défauts de manipulation du matériel par le personnel infirmier.

4.1.2 Entretiens avec les directeurs de soins ou les praticiens hygiénistes :

Après avoir réalisés les entretiens avec les médecins du travail et enregistré leurs réponses, il a été décidé de concentrer les entretiens sur le praticien d'hygiène. Dans un cas, le praticien hygiéniste était démissionnaire et n'a pu être contacté. Son entretien a été réalisé auprès de la directrice des soins de l'établissement concerné.

A) Nombre de déclaration d'AES :

La question sur l'idée du nombre de déclaration d'AES dans l'établissement a eu la même réponse que pour les médecins du travail. Dans tous les établissements, en relation avec la médecine du travail, il existe une bonne approximation du nombre d'AES. Mais cela passe obligatoirement par la médecine du travail, qui alerte le praticien hygiéniste ou la directrice des soins en cas d'augmentation du nombre de déclarations.

Le praticien hygiéniste n'a pas de relation directe avec les patients. Il ne va intervenir que lorsqu'il est sollicité par le médecin du travail, le médecin inspecteur de santé publique ou la direction de l'établissement.

Dans l'établissement où il n'existait pas de registre des déclarations d'AES, le praticien hygiéniste n'en avait pas réalisé.

B) Efficacité de la déclaration :

Pour l'ensemble des professionnels auditionnés, il existe une bonne efficacité de la déclaration, de par les mesures mises en place par leurs soins au sein de l'établissement. Les recommandations sur la conduite à tenir en cas d'AES sont distribuées dans tous les services, ainsi que les protocoles de prévention. Ces recommandations sont mises à jour régulièrement.

Les déclarations échappant à ce système leur semblent extrêmement minimales voire inexistantes. Il existe pourtant des AES qui ne sont pas déclarés. Pour deux personnes, plusieurs étiologies existent à ce problème :

- la non déclaration par manque de temps ou par oubli,
- la non déclaration par omission volontaire ou refus,
- la non déclaration par peur des conséquences professionnelles ou personnelles.

On ne retrouve pas de différence sur la description du système de déclaration décrit par les médecins du travail.

Pour l'ensemble des professionnels, il n'y a pas de différence de déclaration selon la catégorie professionnelle de l'agent, excepté les professions médicales.

C) Actions de prévention :

Les actions de prévention constituent le premier poste d'action des praticiens hygiénistes. Cela a été noté dans les quatre entretiens. Ils interviennent après activation par le médecin du travail ou le référent, en relation avec la direction de l'établissement. La première source d'activation est le médecin du travail.

Les actions de prévention sont réalisées de façon générale au sein de l'établissement et mises à jour de façon régulière, mais il existe parfois des actions plus ponctuelles et plus ciblées au sein d'un service ou d'un groupe de service particulier. Trois types d'actions sont retrouvées dans les quatre établissements dans des proportions inégales.

Ces actions sont :

- la rédaction de protocoles de prévention ou de conduite à tenir vis-à-vis des AES. Ces protocoles sont à visée générale pour tout l'établissement, sont validés par le CLIN de l'établissement et sont mis à jour de façon régulière dans deux établissements.
- des actions de rappel verbal ou écrit au sein de certains services de l'établissement choisis en fonction de leur risque d'exposition aux AES, ou la constatation de recrudescence de nouveaux accidents. Ces actions sont ponctuelles.
- des actions de formation interne ou de rappel au personnel de la prévention comme de la conduite à tenir vis à vis des AES. La encore, il s'agit d'actions ponctuelles, en réaction à un constat d'augmentation du nombre de cas d'AES. Elles ne sont pas programmées et ne sont envisagées qu'en réaction à un phénomène nouveau.

Les actions les plus fréquemment retrouvées restent la constitution de protocoles validés par le CLIN. Ces actions constituent plus des deux tiers des actions réalisées par les praticiens hygiénistes au sein de leur établissement. Puis viennent les actions de rappels verbaux ou écrits. Les actions de formation interne sont les moins fréquentes.

Ces rappels écrits au sein des services sont surtout destinés au personnel paramédical infirmier, voire aide-soignant. Pour une personne interrogée, « *il n'est pas sûr que l'information arrive toujours jusqu'au ASH* ».

Il n'existe aucune formation particulière pour des catégories professionnelles qui ne sont pas issues de formation professionnelle spécifique, à leur arrivée dans l'établissement, telles que les ASH.

Une personne indique que le problème pourrait venir du fait que pour les objets souillés traïnants, il y a une répartition en cascade. Si l'infirmière oublie un instrument tranchant ou piquant souillé, c'est souvent les autres catégories de personnel qui peuvent avoir des AES. Pour cette personne, il vaut mieux former le personnel infirmier et lui donner régulièrement des « *piqûres de rappel* » afin d'éviter ces gestes dangereux que de vouloir trop former les personnels paramédicaux non infirmiers.

Dans les quatre établissements, aucune évaluation des actions de prévention n'a été réalisée.

D) Les partenaires :

Les partenaires des praticiens hygiénistes dans la lutte contre les AES au sein de leurs établissements sont identiques à ceux des médecins du travail. Ce sont les personnels infirmiers de leur service, les médecins du travail, les pharmaciens, les médecins biologistes. On note toutefois que la direction des établissements a des relations plus étroites avec les praticiens hygiénistes qu'avec les médecins du travail dans deux cas où elle est citée.

E) Avis sur les causes des AES chez les paramédicaux non infirmiers :

Les avis des praticiens hygiénistes concernant les causes des AES chez les personnels paramédicaux non infirmiers de leur établissement sont, comme les médecins du travail, assez divergents. Mais ces causes correspondent à celles énoncées par les médecins du travail.

Parmi les étiologies les plus retrouvées, il y a les glissements de tâches dans trois établissements sur quatre. Ces glissements existent à cause de manque de personnels, mais aussi de délégation de tâches (surtout sur les injections sous-cutanées aux aides-soignants, mais aussi aux ASH), ou encore à cause d'une prise en charge difficile des personnes agitées.

On retrouve ensuite une grande proportion d'AES due à des objets souillés oubliés dans les chambres sur les lits, les pics à perfusions, par terre. Certains cas sont dus à des aiguilles jetées dans une poubelle au lieu des containers prévus à cet effet.

Une troisième cause, selon les praticiens hygiénistes, réside dans l'énerverment. Cet énerverment est du à la pression du travail et à son irrégularité lors de l'afflux d'urgence. Il est aussi important en cas de patient très agité, comme les patients atteints de pathologies psychiatriques, les enfants ou les patients alcoolisés.

4.1.3 Entretiens avec les directeurs des hôpitaux :

Les entretiens réalisés avec les directeurs des hôpitaux ont dans leur globalité évoqué les mêmes choses que ceux réalisés avec les médecins du travail et les praticiens hygiénistes. Mais les entretiens ont été ciblés sur d'autres items.

A) Statistiques sur les AES dans les établissements:

Les directeurs des établissements qui ont répondu aux entretiens n'avaient aucune notion de registre de déclaration des AES dans leur établissement, excepté dans un cas, où le sujet avait été évoqué il y a peu de temps avec le médecin du travail.

Ils laissent cette gestion aux services d'hygiène, de médecine du travail, ou aux deux, suivant le cas. Il existe simplement au niveau du bilan social, un dénombrement des arrêts de travail du personnel de l'établissement, différencié en deux grandes catégories : arrêts de travail de type maladie ou de type accident du travail. Cette comptabilité est réalisée par le service du personnel de l'établissement et, dans un cas, en relation avec la médecine du travail. Il n'y a pas de relation étroite entre les deux services.

Il n'existe pas de bilan des AES réalisé au sein d'un établissement et transmis de façon régulière par un service (quel qu'il soit) à la direction de l'établissement. Seule la

transmission comptable de la globalité du nombre d'accidents de travail est retrouvée. Il n'a pas été retrouvé non plus d'étude sur les étiologies des accidents de travail au sein de l'établissement autre qu'une proportion entre les accidents de trajet, les accidents de service et les maladies professionnelles.

Dans tous les entretiens, la lutte contre les AES est considérée comme importante. Mais les personnes entretenues nous ont très vite orienté vers le directeur des soins, le médecin du travail ou le praticien hygiéniste. Les directeurs des établissements ne gèrent pas ces dossiers.

B) Plan de formation interne:

Il n'existe pas de plan de formation interne en prévention des AES dans les établissements visités. Dans un cas, il a été retrouvé une faible notion de formation, intégrée au plan de formation global de l'établissement.

Dans tous les établissements, la direction nous a indiqué que de façon interne étaient pratiqués des rappels réguliers des procédures de conduite à tenir en cas d'AES ou des techniques de prévention. Cette mission est réalisée dans tous les services de l'établissement par le service d'hygiène. C'est une de leur mission principale.

Les rappels des services d'hygiène sont réguliers sur les conduites à tenir en cas d'AES. Des actions ponctuelles sur les préventions sont effectuées "*normalement*" par ces services d'hygiène.

Il n'y a pas de formation ou d'information systématique réalisée par l'établissement pour les personnes nouvellement embauchées. Ces personnes sont intégrées dans les services où les protocoles sont à la disposition de tous. Une surveillance existe dans chaque service et pour les directeurs, c'est une de ses missions que de donner à la personne arrivant toutes les informations concernant la pratique des soins dans le service.

De plus, tout arrivant doit passer par le service de médecine du travail où il y a peut-être, selon les personnes interrogées, des rappels particuliers sur la prévention ou la conduite à tenir en cas d'AES.

Dans tous les cas, il n'y a aucune prise en charge particulière à l'arrivée des paramédicaux non infirmiers dans l'établissement, même pour les personnels qui ne sortent pas d'une école d'apprentissage. Cela n'a jamais été proposé par aucun service.

C) Surcoût des AES:

Les directeurs n'ont pas de chiffres exacts concernant les surcoûts liés aux AES. En effet, il n'existe pas dans leurs statistiques de séparation entre les différents types accidents du travail.

Dans tous les entretiens, les directeurs ont parlé d'un absentéisme important au sein de leur établissement. Mais ils mettent en cause une seule pathologie, qui constitue un tableau de maladie professionnelle : les pathologies du dos. Elles représentent aussi pour eux un coût financier en plus du coût humain. Les AES ne sont pas un type d'accident du travail pour lesquels ils sont informés ou sollicités.

D) Priorité de la lutte contre les AES au sein des établissements :

Il ressort des différents entretiens que comme tous les accidents du travail, la lutte contre les AES est une priorité de tous les établissements. Mais il n'y a pas de différenciation entre tous les types d'accident du travail. Des consignes de surveillance et d'actions sont données aux services de médecine du travail et d'hygiène, mais aussi aux directeurs des soins pour favoriser la lutte contre tous les accidents du travail.

Les raisons en sont surtout économiques, car il existe un absentéisme important dans certains hôpitaux, qui cumulé avec la pénurie de personnel qualifié est source de problème pour pourvoir à tous les postes, et permettre le bon fonctionnement de la structure.

Les personnes rencontrées ont toutes été intéressées par l'étude, car elles n'ont pas toujours une estimation de l'importance des AES dans leur établissement et de l'impact que cela peut représenter.

4.2 Recherche des protocoles au sein des hôpitaux :

La recherche de protocoles médicaux au sein des établissements de soins a été réalisée en même temps que la réalisation des entretiens. Elle s'est associée de courts entretiens afin de définir le devenir de ces protocoles dans les services, leurs rangements, leurs consultations.

Tous les hôpitaux visités possèdent des protocoles de déclaration des AES, validés par le CLIN et mis à jour plus ou moins régulièrement. Ils sont en général sensiblement identiques et font référence à un passage par le service des urgences, à un suivi par un médecin référent et par le médecin du travail de l'établissement.

Par ailleurs, on retrouve dans tous les établissements des protocoles visant à diminuer les AES. Ces protocoles sont différents suivant les établissements et ne traitent pas tous des mêmes thèmes. Aucun des établissements n'a établi de protocole général spécifiquement à la lutte contre les AES. Ces protocoles sont aussi validés par le CLIN dans leur grande majorité. Certains sont actualisés régulièrement, d'autres ne l'ont pas été depuis leur création.

D'une manière générale, ces protocoles sont disponibles dans tous les services des établissements. Ils sont dans des classeurs à disposition de tout le personnel du service, soit facilement car rangés soit dans une salle de soins, soit plus difficilement car rangés dans le bureau de la surveillante du service.

Ces protocoles ne sont toutefois que rarement consultés par les agents du service. La consultation se fait à leur arrivée dans le service par diffusion. Ils ne sont pas remis au cours d'un échange avec un personnel formateur. Il existe aussi des services où le protocole est rangé directement dans le classeur sans être visé par tous les agents. Les agents consultant le plus ces protocoles restent les élèves aides-soignants et étudiants infirmiers en stage dans le service.

4.3 Etude des cas de la commission de réforme :

4.3.1 Etude sur dossiers :

L'étude des divers cas AES de la commission de réforme de la Haute-marne durant la période d'observation a permis de découvrir 23 dossiers de nouveaux cas chez les paramédicaux non infirmiers (le nombre de dossier de nouveau cas d'AES chez les paramédicaux infirmiers était pour la même période de 22). Il a été possible de classer ces 23 dossiers en 4 grandes catégories. Ces catégories ont été identifiées en fonction de plusieurs facteurs :

- les circonstances de l'accident,
- mais aussi le type d'objet ayant provoqué l'accident.

Ces résultats ont été séparés entre les deux sous-groupes de paramédicaux non infirmiers, soit :

- ceux qui ont bénéficié d'une formation professionnelle initiale,
- ceux n'en ayant pas bénéficié.

Les résultats sont inscrits au tableau 3.

On observe sur ce tableau un nombre important de piqûres par aiguilles souillées et coupures par bistouris usagés. Ensuite sont retrouvés en quantité des dossiers de coupures par rasoir. Enfin, une aspersion par liquide est identifiée. On ne note pas de cas de morsure.

Les résultats montrent aussi des AES en nombre plus important dans le groupe constitué d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture et de manipulateurs de radiologie que dans le groupe constitué des autres paramédicaux non infirmiers.

Par la suite, il a été recherché parmi les 23 dossiers de l'étude si les circonstances exactes de l'AES pouvaient être retrouvées. Dans le seul cas des piqûres par aiguilles souillées ou coupures par bistouris souillés, il a été retrouvé des circonstances particulières. Ces circonstances sont identifiées au tableau 4. En ce qui concerne les autres catégories d'AES, les circonstances n'ont pu être établies. Il n'a pas été possible de découvrir les étiologies exactes de toutes les déclarations du fait de dossiers insuffisamment remplis.

Tableau 3 : Comparaison des types d'AES avec la catégorie professionnelle paramédicale non infirmière déclarés à la commission de réforme.

	AES par piqûre ou coupure au bistouri	AES par morsure	AES par coupure au rasoir	AES par projection de liquide biologique
Paramédicaux non infirmiers issus d'une école d'apprentissage	11	0	6	1
Paramédicaux non infirmiers non issus d'une école d'apprentissage	4	0	1	0

Tableau 4 : Indication des causes d'AES de type piqûre ou coupure au bistouri souillé en fonction de la catégorie professionnelle paramédicale non infirmière, déclarées à la commission de réforme.

	AES suite à oubli d'objet souillé par le personnel infirmier	AES sans étiologie retrouvée
Paramédicaux non infirmiers issus d'une école d'apprentissage	3	8
Paramédicaux non infirmiers non issus d'une école d'apprentissage	1	1

4.3.2 Entretiens avec quelques victimes d'AES

Un entretien téléphonique ou sur place a été réalisé avec cinq personnes victimes d'AES dont nous n'avions pas l'étiologie exacte par les dossiers de la commission de réforme afin d'en connaître les causes exactes. Ces personnes ont été choisies au hasard.

Il a été très difficile d'obtenir des renseignements sur les étiologies de ces AES, car nous nous sommes heurtés à des réticences de la part des personnes interrogées, mais aussi parfois à un oubli (volontaire ou non ?) des circonstances de survenue. Seules deux personnes ont répondu à notre demande. Ces deux étiologies s'ajoutent aux résultats précédant.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une piqûre par objet souillé contaminé. La personne a voulu refermer et jeter une boîte réceptacle d'objets souillés. Cette dernière était trop remplie et la personne s'est piquée avec une aiguille.

Dans le second cas, la personne était en train de faire le lit dans une chambre. Elle s'est piquée avec un cathlon qui avait été oublié dans les draps.

Les personnes contactées n'ont pas parlé de glissement de tâches au sein de leur service. Une personne a toutefois évoqué le fait que « *le manque de personnel chronique dans les services pouvait être la cause de ces accidents* ».

Par manque de temps, les autres AES non renseignés n'ont pas été contactés.

4.4 Entretiens au niveau des écoles paramédicales :

Les entretiens ont été réalisés initialement auprès des directrices des écoles d'aides-soignants du département de la Haute-Marne, au nombre de deux. Assez rapidement, nous nous sommes aperçus que les directrices ne connaissaient pas les modules d'enseignements et leurs contenus. Pour les questions liées à ce qui était enseigné au sein de leurs écoles, elles nous ont dirigé vers les formatrices.

Les entretiens ont pu être réalisés auprès des directrices concernant les questions des formations complémentaires réalisées par l'établissement au sein des établissements sanitaires, soit en formation continue des aides-soignants, soit en formation initiale pour les autres paramédicaux non infirmiers. De même, une question supplémentaire sur le devenir des élèves a été posée.

De ces deux séries d'entretiens, on note plusieurs éléments. Le premier est que l'enseignement des précautions universelles afin d'éviter les AES et de la conduite à tenir en cas d'AES est réalisé dans les deux écoles. En revanche, cet enseignement ne représente qu'à peine une heure, en cumulant les différentes interventions sur le sujet. Il est dans un cas présenté par des intervenants extérieurs à l'école, dans le second, directement par l'équipe pédagogique.

Dans les deux écoles, les directrices indiquent qu'elles n'ont jamais été sollicitées pour que des formatrices effectuent des cours de formation continue d'aides-soignants sur ce thème. De même, il n'y a jamais eu de sollicitation pour effectuer des cours de formation de prévention ou de conduite à tenir face aux AES pour les autres professions paramédicales non infirmiers.

Dans un entretien, la directrice nous informe que dans un centre hospitalier voisin, c'est la médecine du travail qui a réalisé une étude sur les AES de son établissement et qui effectue des formations internes pour tous les personnels soignants. Un projet a été réalisé en collaboration avec l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI) dont elle est aussi directrice.

Enfin, concernant le devenir des jeunes diplômés aides-soignants, dans les deux écoles, ils restent dans leur grande majorité sur le département ou sur les établissements des villes très voisines.

5 DISCUSSION ET PROPOSITIONS :

5.1 Discussion :

5.1.1 Sur la réalisation de l'étude :

L'étude réalisée n'a pas pu être réalisée en totalité sur tous les établissements sanitaires publics du département de la Haute-marne du fait d'un manque de temps, ce qui constitue un biais important. Toutefois, les établissements sanitaires retenus représentent à eux seuls plus de 80 % des lits et plus de 90 % des déclarations d'AES. Ils sont les établissements où se déroule la totalité des gestes à risques en urgence, réanimation, chirurgie et psychiatrie. Les établissements exclus n'ont que peu de lits de médecine et beaucoup de lits de soins de suite ou de réadaptation. On peut considérer d'après ces critères que l'étude reflète correctement la situation du département.

Un autre point de discussion porte sur le choix des entretiens. Ces derniers sont très riches, mais sont soumis à des facteurs de compliance des personnes interrogées et de possibles déformations de la vérité. En tout état de cause, ils nous permettent dans un minimum de temps de nous donner un reflet global du problème, ainsi que des pistes de réponses, qui restent à confirmer par la suite.

Le choix de la commission de réforme peut aussi être discutable car il ne permet pas obligatoirement de connaître l'exhaustivité des cas. Cela permet tout de même de donner un aperçu des cas déclarés. Si l'étude devait être poursuivie, une recherche des statistiques plus affinée serait à réaliser conjointement avec les médecins du travail des établissements, mais aussi sur l'étude spécifique de leurs registres.

5.1.2 Sur la déclaration des accidents d'exposition au sang :

Pour rappel, les déclarations d'AES sont réalisées au sein des hôpitaux de l'étude de la même façon. Ce circuit est constitué d'un passage par le service des urgences de l'hôpital où a eu lieu l'accident avec consultation, prise en charge sérologique voire médicamenteuse. Un rendez-vous est ensuite systématiquement réalisé avec le médecin référent qui va décider s'il y a lieu de la poursuite de la surveillance sérologique et/ou de traitements éventuels. Le médecin du travail intervient dans le suivi du patient après la consultation auprès du médecin référent.

Il existe parfois un registre de déclaration des AES au sein de l'établissement. Celui-ci est réalisé quand il y a lieu par la médecine du travail. Ce système permet aux établissements d'avoir un bon aperçu du suivi et de l'évolution des AES déclarés.

En revanche, ce système ne certifie absolument pas l'exhaustivité des déclarations. Certaines déclarations ne sont pas réalisées. Comme nous l'avons vu, les causes en sont multiples : refus de déclarer, impression pour les soignants que les AES sont toujours bénins, manque de temps, peur des conséquences.

Pour lutter contre cela, des protocoles sont réalisés par les praticiens hygiénistes. Ces protocoles sont ensuite validés par les CLIN des établissements. Ils ont pour but d'améliorer la déclaration de ces accidents en expliquant la conduite à tenir, les différentes personnes à consulter. Ces protocoles et leurs mises à jour ne constituent pourtant que des rappels ponctuels, assez vite rangés dans des classeurs et en partie oubliés. Rien n'est réalisé sur la psychologie du refus de déclaration de ces AES dans les établissements visités.

Les professionnels entretenus évoquent toutefois que les déclarations sont selon eux bonnes et représentent un bon reflet de la vérité. Le total des déclarations n'est pas exhaustif et il ne pourra jamais l'être du fait du refus de déclarer d'une partie du personnel. Mais il correspond pour eux au maximum de personne possible, car les rappels sont multiples au sein de leurs établissements. Toute personne désirant se faire déclarer peut le faire et toute personne oubliant sa déclaration est incitée à le faire.

Il n'y a pas selon eux de différence de déclaration entre les différentes catégories professionnelles paramédicales. Ils ont seulement constaté pour les professions médicales, un refus plus important de la déclaration de ces accidents. Ce refus est

retrouvé dans tous les établissements par tous les professionnels avec lesquels les entretiens ont eu lieu.

Nous pouvons donc en conclure qu'une bonne déclaration des AES existe dans les quatre établissements de l'étude. Il existe toutefois une fraction des AES qui reste non déclarée du fait de différents facteurs comme le fait de considérer ces AES comme bénins ou le refus de déclarer. Il semble aussi qu'il n'y ai pas de différence de déclaration selon la catégorie professionnelle de l'agent paramédical.

Cela nous permet d'écartier l'hypothèse selon laquelle la forte déclaration des AES sur la période serait liée à une déclaration plus importante des paramédicaux non infirmiers.

En revanche, on ne peut pas écartier le fait que l'importance de ces déclarations ne soit un élément accidentel. Seule, une poursuite de la surveillance des déclarations au delà du temps de l'étude pourrait nous permettre de supprimer totalement cette possibilité.

La poursuite de la surveillance après le temps de l'étude nous a permis d'infirmer cette théorie. En effet, le nombre de déclaration d'AES chez des paramédicaux non infirmiers n'a pas diminué dans les suites immédiates de l'étude. Pendant les six mois suivant, le nombre d'AES chez les paramédicaux à la commission de réforme de la Haute-Marne a été recherché. Y ont été trouvé 12 AES chez les paramédicaux infirmiers et 7 chez les paramédicaux non infirmiers.

Le nombre d'AES chez les paramédicaux non infirmiers est moins important que dans la première série d'étude, mais entre temps, des formations de préventions, occasionnées par les entretiens réalisés, peuvent avoir donné un résultat faussé.

5.1.3 Sur la présence de protocoles et leur application au sein des services.

Rappelons que les protocoles concernant la prise en charge des AES ont été retrouvés dans tous les établissements sanitaires publics visités. Ces protocoles sont parfois actualisés. Ils sont toujours validés par le CLIN de l'établissement. Après passage dans les services, ils sont stockés dans des cahiers de procédures ou dans des classeurs entreposés dans la salle de soin ou le bureau de la surveillante du service.

On peut se demander si ces protocoles de prise en charge en cas d'AES jouent bien leur rôle au sein des services destinataires et du personnel. En effet, si ces protocoles ont le mérite d'exister, ils ne sont lus que très superficiellement par le personnel soignant, entre deux soins dispensés au malade, avec en bout de chaîne un archivage plus qu'un classement dans un cahier ou un classeur.

De plus, il est vraisemblable que les personnels paramédicaux non infirmiers qui ne sont pas issus d'une formation professionnelle liée à la santé n'aient pas ou peu accès à ces procédures. Ils sont en effet considérés comme n'ayant pas ou peu de risque de subir un AES. Par ailleurs, il n'ont pas envie de s'investir dans ces protocoles aux apparences parfois complexes et dont ils ne perçoivent pas toujours la finalité.

Par ailleurs, les différents types de personnel n'ont pas tous la même facilité pour consulter ces différents protocoles, certains n'ayant pas de relation directe avec le soin. Les personnels du « pool », de part leur fonctions transversales, rencontrent le plus de difficulté.

Enfin, le problème est encore plus prégnant pour les protocoles de prévention vis-à-vis des AES. En effet, ceux-ci n'ont pas pour thème la prévention des AES, mais sont intégrés dans des protocoles de soins plus globaux, destinés en premier lieu au personnel soignant et en particulier aux personnels dispensant des gestes techniques, comme les infirmiers.

Les personnels paramédicaux non infirmiers ne sont donc pas en relation directe avec ces protocoles, même si, sur le terrain, il existe dans trois établissements sur quatre, un glissement des tâches infirmières vers ces catégories de personnels.

La facilité d'accès au protocole est encore plus limitée pour les paramédicaux non infirmiers. Ces tâches ne leur étant pas dévolues à l'origine, il n'ont ni la formation, ni un accès facile à leur consultation. C'est encore moins évident quand les protocoles sont situés dans le bureau de la surveillante, ou quand il s'agit d'un personnel de nuit.

On peut donc en conclure que même si des protocoles existent, qu'ils sont bien rédigés et validés, leur accès demeure limité. De plus, ces protocoles sont trop spécifiques. Un protocole unique, réunissant toutes les préventions nécessaires afin d'éviter les AES, et disponible au vue et à la consultation de tous aurait sûrement plus d'impact.

Les mêmes conclusions s'imposent pour les protocoles de prise en charge des AES.

5.1.4 Sur les dérogations infirmières aux paramédicaux non infirmiers.

Les dérogations des soins normalement dévolues aux infirmières existent réellement au sein des différents établissements visités. Ces établissements étant relativement mieux pourvus en personnel que les services des hôpitaux locaux et des maisons de retraite, du fait de leur attraction, mais aussi de la technicité des gestes réalisés, on peut en déduire que dans la majorité des établissements du département, ces pratiques existent.

Les causes en sont multiples : manque de personnel, manque de temps, arrivées des nouveaux patients dans le service par salves, urgence parfois.

Même si la législation autorise la réalisation de soins de confort par les paramédicaux non infirmiers, il n'existe aucun cadre spécifique réglementaire au métier d'aide-soignant et d'ASH. On peut même se poser la question de ce que l'on considère comme des « soins de confort ». Est-ce que cela se limite aux soins de nursing, ou est-ce que cela englobe des gestes plus techniques comme les injections sous-cutanées, le retrait des cathlons ou encore la surveillance des perfusions ?

Quoi qu'il en soit, ces dérogations existent dans au moins trois des quatre centres hospitaliers visités. Celles-ci se retrouvent très souvent au profit des aides-soignants, mais la délégation au ASH n'est pas négligeable.

Les entretiens avec les personnels paramédicaux non infirmiers victimes d'AES semblent nous confirmer que cette pratique de délégation existe, soit en l'affirmant, soit en ne disant rien, confirmant alors une peur de révéler quelque chose. Il est d'ailleurs dommage que par manque de temps, ces entretiens n'aient pas été opérés envers toutes les victimes d'AES afin de rechercher plus efficacement un lien entre ces délégations et le nombre d'AES chez les paramédicaux non infirmiers. Cela pourrait constituer une autre piste pour une poursuite de l'étude.

Un médecin du travail, recherchant régulièrement dans des entretiens les causes exactes des AES nous a confié que plus de 25 % des AES chez les paramédicaux non infirmier étaient en relation avec des glissements de tâches dans son établissement.

Concernant les chiffres donnés par la commission de réforme sur la période de recherche, on peut observer que 15 des 23 AES sont liés à des coupures ou piqûres avec des objets coupants ou piquants hors rasoirs. Parmi ces quinze cas, quatre sont dus à un objet traînant dans la chambre. Les autres dossiers dont les circonstances sont non renseignées apportent le doute sur une délégation sans pouvoir la confirmer.

Les délégations de tâches existantes ont alors un effet néfaste sur le nombre de déclaration. En effet, si les personnels paramédicaux non infirmiers réalisent des tâches déléguées, ils savent aussi que ces dérogations ne font pas partie de leurs compétences. En conséquence, ce phénomène doit conduire ces personnels à ne pas déclarer les AES dont ils sont victimes, par peur des conséquences, sauf en cas de danger important. On peut alors formuler l'hypothèse dans ce cas de figure, d'une sous-déclaration des AES, voire de déclarations incomplètes.

Plusieurs questions se posent alors :

- pourquoi ces pratiques de délégations sont-elles si répandues ?
- est-ce que c'est la pratique de ces gestes par des professionnels sans formation qui peut être la cause du taux important d'AES chez les paramédicaux non infirmiers ?
- que peut-on faire pour lutter contre ces pratiques ?

Ces pratiques sont répandues car elles simplifient et allègent considérablement le travail et la répartition de ce dernier au sein d'un service. En effet, si un patient entrant dans un service mobilise le personnel infirmier, le reste des soins doit pouvoir être réalisé dans les temps et on observe parfois une délégation d'une partie des soins.

De plus, un paramédical non infirmier aura tendance à être valorisé par ces pratiques, même si l'on constate qu'il ne va pas s'exprimer quand il est interrogé, par peur des conséquences, comme on le ressent dans cette étude.

Concernant la relation entre la pratique des gestes délégués et la survenue d'AES chez les paramédicaux non infirmiers, il est important de considérer que ces personnels n'ont jamais eu (ou en très petite quantité au sein de leur école) de véritable formation sur la réalisation des gestes techniques délégués. Cela s'ajoute même pour les ASH (les aides-soignants bénéficiant de quelques heures de cours sur le sujet) à une absence totale de formation sur la prévention des AES ou de la conduite à tenir quand on en est victime.

Même si la formation à un geste technique est réalisée au sein d'un service par une infirmière très compétente, il n'existe pas du tout d'approche théorique de l'ensemble de la problématique du geste de soin : le pourquoi, le comment, les conséquences, ce qu'il faut éviter de faire et pourquoi. On peut même ajouter qu'une infirmière n'ayant eu aucun contact avec l'IFSI depuis très longtemps peut avoir de nombreuses lacunes dans certains domaines et les enseigner, surtout si elle a déjà eu l'habitude de déléguer ces fonctions-là dans un autre service ou à la personne qui avait le poste auparavant.

Enfin, on peut douter de l'encadrement réalisé par le personnel infirmier d'un service qui délègue ses tâches. Si le personnel infirmier doit déléguer ses tâches par manque de temps, comment peut-il trouver le temps de former convenablement cette personne ?

De toute évidence, une délégation de tâche de soins infirmiers vers les paramédicaux non infirmiers existe au sein d'une grande partie des établissements de la Haute-Marne. Cette délégation est potentiellement à risque d'accidents d'exposition au sang chez ces personnels insuffisamment formés.

5.1.5 Sur la formation des paramédicaux non infirmiers.

On peut diviser les paramédicaux non infirmiers en deux grands groupes : le premier composé des métiers ayant reçu une formation professionnelle préalablement au premier emploi dans la fonction, le second n'en ayant pas eu. Ces deux groupes s'opposent alors dans l'accès à une formation adaptée à la prévention et à la conduite à tenir en cas d'AES. Si l'étude nous démontre que le premier groupe a reçu une formation sur les AES, si petite soit-elle, le second groupe n'en a pas reçu.

Les conséquences sont alors qu'une partie du personnel paramédical non infirmier arrive sur le lieu de leur emploi sans avoir la notion des risques liés à leur profession. Ces risques sont d'autant plus importants qu'il existe parfois une délégation des tâches en leur faveur, comme cela a été noté dans le chapitre précédent.

Même si, dans quelques rares cas, le médecin du travail vient expliquer à ces personnels les risques, on ne peut pas croire qu'ils vont écouter et retenir des recommandations sur des risques dont ils n'ont pas conscience ou qui sont liés, pour eux, à des gestes techniques qu'ils n'ont pas à réaliser dans le cadre normal de leur travail.

L'impression pour ces personnels, nouveaux dans l'établissement, est encore plus tranchée avec la réalité quand on leur explique à l'arrivée dans le service ce qu'il faut faire, sans leur exposer les risques liés aux erreurs des autres personnels (par exemple les erreurs de poubelles).

Il y a donc là, un manque évident comblé par aucun service de l'établissement, que ce soit le service de médecine du travail ou celui d'hygiène.

D'autre part, la formation interne des établissements est réalisée par les services d'hygiène, plus ou moins associés à la médecine du travail de l'établissement. Cette formation est constituée de rédaction de protocoles, validés par les instances de l'établissement, avec des rappels plus ou moins fréquents selon le cas. Elle est aussi basée sur des actions ponctuelles au sein des services en fonction d'une alerte, transmise par un service, bien souvent celui de la médecine du travail.

Il n'existe pas de véritables plans de formation et de gestion des risques liés aux AES, ni d'évaluation des actions réalisées au sein de l'établissement.

La gestion des préventions des AES au sein des établissements sanitaires publics est donc bien réalisée. Est-elle pour autant efficace ? Aucune évaluation ne permet de le dire. On peut cependant douter de l'utilisation des protocoles réalisés, qui sont après une lecture rapide, glissés dans les classeurs de procédures que seuls les étudiants ouvrent.

Ces procédures de prévention, ne s'adressant en grande partie qu'aux personnels infirmiers, ne passent parfois pas par les paramédicaux non infirmiers à qui on délègue certains gestes techniques. Le problème est là encore rendu plus complexe et intriqué.

Quant aux actions ponctuelles, elles ont un intérêt certain pour la lutte contre les AES. Elles sont ciblées sur des constatations de professionnels et permettent de donner à nouveau les recommandations nécessaires. Là encore, on peut pourtant se demander si ces formations sont complètes et touchent l'ensemble du personnel du service, paramédicaux non infirmiers inclus, ou si elles ne sont ciblées que vers les professions qui ont à réaliser normalement les gestes techniques à risques.

Enfin, on peut regretter qu'aucune formation continue ne soit réalisée par les écoles d'aides-soignants du département. Rien n'est proposé par ces écoles, mais aucune demande n'est formulée par les établissements.

5.1.6 D'autres pistes :

D'autres pistes existent dans la recherche des étiologies des AES chez les paramédicaux non infirmiers. La plus importante étant la négligence des personnels réalisant les gestes techniques, et notamment les personnels infirmiers.

En effet, on remarquera dans l'étude une forte proportion d'AES dont la cause est l'oubli par le personnel infirmier d'un objet souillé piquant ou tranchant dans la chambre du malade, ou encore des objets piquants ou tranchants qui ont été mis dans un mauvais réceptacle pour les déchets, ou mal mis.

Il est donc important de focaliser les formations sur ces personnels. En effet, en essayant de diminuer les négligences, on peut rapidement arriver à une diminution des AES des professions paramédicales non infirmiers.

5.2 Propositions :

Avant de réaliser des propositions d'actions, on observe qu'une étude plus exhaustive pourrait être réalisée afin de conforter tous les problèmes que nous avons seulement réussis à identifier dans cette étude. Un approfondissement des entretiens notamment, ainsi qu'un suivi des cas de la commission de réforme sur un plus long terme nous renseignerait beaucoup mieux et plus efficacement sur l'évolution des AES dans le temps (en évitant le regard ponctuel de cette étude), mais aussi sur l'importance réelle des délégations de tâches.

Toutes ces constatations amènent toutefois à des propositions d'actions. Celles-ci doivent pouvoir permettre de diminuer le nombre d'AES rapidement, par des actions simples et facilement renouvelables. On peut alors proposer différentes voies que nous étudierons successivement :

- la mobilisation des différents acteurs,
- la lutte contre les délégations de tâches aux paramédicaux non infirmiers,
- la diffusion d'informations à tous les personnels des établissements et la réalisation de protocoles peut-être moins fréquemment, mais mieux expliqués et diffusés,
- la formation professionnelle continue des personnels paramédicaux non infirmiers,
- la lutte contre la négligence au sein des services,

5.2.1 La mobilisation des différents acteurs :

La mobilisation des différents acteurs est une action préalable à toutes les autres. En effet, il paraît difficilement concevable de bien réussir une action sans mobiliser les acteurs.

Actuellement, il existe un intérêt certain à la lutte contre les AES chez les médecins du travail et les praticiens hospitaliers de tous les établissements concernés. Mais cet intérêt doit être étendu aux autres personnes de l'établissement afin d'obtenir une dynamique globale de l'établissement.

On citera en premier la direction de l'établissement. Un suivi régulier, avec des rapports d'évaluation envoyés à la direction, peut aider aux directives d'actions de cette dernière. Une mobilisation du CLIN peut ensuite apporter une aide sur le long terme et

sensibiliser tous les services de l'établissement au problème. Le CLIN étant nécessaire à la validation des protocoles, il peut étudier plus attentivement les protocoles qui lui sont soumis. Enfin, une sensibilisation de tous les personnels de l'établissement peut être envisagée, éventuellement par la diffusion de plaquettes ou de petits fascicules.

5.2.2 La lutte contre les délégations de tâches :

Les délégations de tâches constituent un véritable problème. En l'absence de texte juridique, les contrôles et inspections ne peuvent aboutir que sur des recommandations. Or, tous les établissements ne peuvent être inspectés entièrement en peu de temps. Une sensibilisation et un contrôle interne à l'établissement semblent plus adaptés à une lutte contre ces pratiques.

La lutte interne doit être gérée en partenariat entre les médecins du travail qui peuvent savoir où sont les problèmes et les directeurs de soins, les plus à même à la réprimande des personnels en abusant. Reste qu'il faut alors trouver un équilibre entre le secret médical et la transmission des informations du médecin du travail au directeur des soins (voire direction, si le problème est d'importance).

Ces problèmes pourraient être gérés par la constitution d'un groupe de travail interne associant les différents intéressés, avec éventuellement la neutralité d'un MISIP pour débiter ces réunions ou pour aider à la résolution de conflits bloquant la poursuite du travail.

Une évaluation pourrait être réalisée par le médecin du travail qui observerait l'évolution des AES suite à délégation de tâches.

5.2.3 L'amélioration des protocoles, de leur diffusion et de leur explication :

La rédaction des protocoles est, comme nous l'avons vu précédemment, bien souvent réalisée au sein des établissements visités. Ceux-ci sont ensuite validés par le CLIN. Ils sont ensuite diffusés avec le courrier.

Afin de ne pas avoir de protocoles trop ciblés en prévention ou remis à jour trop fréquemment, diminuant ainsi la dynamique qu'il aurait du produire, la réalisation d'un seul classeur sur le sujet semble nécessaire. En effet, il est important d'avoir tous les

protocoles traitant du sujet rassemblés en un même lieu dans un même classeur, afin de savoir où se référer en cas de problème.

Mais, plus important encore, il conviendrait d'accompagner ces protocoles jusqu'à leur cible pour que l'information arrive bien auprès de ceux auquel elle est destinée. Il faut donc accompagner ces protocoles et réaliser des réunions au sein de chaque service, en présence d'un personnel du service d'hygiène. Ces réunions pourraient permettre la mobilisation de tous, et éventuellement l'adaptation de ces protocoles en fonction des particularités de chaque service. Tous les acteurs étant mobilisés, l'information aurait alors plus d'impact.

5.2.4 La formation continue des professionnels paramédicaux non infirmiers :

La formation continue est reconnue pour tous les professionnels dans le secteur de la santé. Elle s'impose même aux professions médicales depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé⁴.

Pourquoi, alors ne pas l'appliquer aux personnels paramédicaux dans leur globalité, d'autant que certains personnels n'ont jamais eu de formation ? Cette formation continue pourrait être gérée par les deux IFSI du département sur des thèmes particuliers dont les AES feraient partie. Les enseignements seraient assurés par le personnel d'hygiène, de médecine du travail, mais aussi par d'autres professionnels hors département. Il n'y a pas besoin de longues formations, mais simplement de réaliser des journées hors du cadre du travail avec une partie consacrée à l'enseignement et des procédures à suivre et une seconde organisée en table ronde permettant une sensibilisation et une réflexion accrue.

Ces journées concerneraient tous les personnels paramédicaux, en interdisciplinarité, afin que tous prennent conscience des risques encourus par les autres professionnels de santé.

Enfin, on peut également imaginer des formations par échange des personnels entre les divers établissements du département afin de confronter les pratiques et inciter les professionnels à réfléchir sur leurs façons de travailler. En effet, la routine d'un seul service diminue la capacité d'adaptation des personnes.

⁴ JO n° 54 du 05 mars 2002.

5.2.5 La lutte contre les négligences au sein des services :

A toutes ces mesures, il semble primordial d'associer la lutte contre les négligences au sein des services. Ces négligences sont surtout représentées par des oublis d'objets souillés, piquants ou coupants, mais aussi par des négligences sur le circuit des déchets d'activité de soins.

Cette lutte sera en partie réalisée si les formations sont bien faites et si les protocoles sont bien expliqués et discutés. Mais il semble essentiel de lutter contre les objets oubliés ou mal rangés par des actions spécifiques sur ces thèmes.

L'association de l'ensemble de ces actions est nécessaire car il n'y aura de résultat que dans la mobilisation globale sur ces thèmes parallèles et complémentaires.

CONCLUSION

Les accidents d'exposition au sang chez les paramédicaux non infirmiers du département de la Haute-Marne se retrouvent à la commission de réforme dans une proportion importante. Ce nombre est lié à deux facteurs de risques : les délégations de tâches et les objets souillés oubliés ou traînants. Mais il semble aussi lié à l'intrication de ces deux facteurs à une mauvaise formation du personnel.

Ces AES sont à l'origine d'une forme d'absentéisme et de risques de contamination par des maladies potentiellement graves. Une seule contamination a été rapportée par les diverses personnes entretenues dans l'étude (un cas d'hépatite C).

Une lutte contre les facteurs de risques de ce phénomène permettrait de diminuer le nombre d'AES. Cette lutte ne doit pas se réaliser par actions ponctuelles.

Plusieurs types d'actions sont envisageables : formations, lutte contre les facteurs de risques, mise en place de groupes de travail ou de réflexion. Mais toutes celles-ci doivent être effectuées conjointement et en relation les unes aux autres du fait de leurs étroites relations.

Toutes ces actions n'auront d'efficacité que s'il existe une mobilisation de tous les acteurs, qu'ils soient paramédicaux de tous types, mais aussi et surtout médecin du travail, praticien hygiéniste ou personnels de direction.

Des contacts ont été pris au cours de la réalisation de ce mémoire avec les différents acteurs de terrain. Une dynamique a débuté, suite à la réalisation de ce mémoire, qu'il faudra poursuivre.

Bibliographie

1. ABITEBOUL (D.), FORESTIER-AUTER (A.F.), DOMART (M.), LAVILLE (M.F.), TOUCHE (S.), BOUVET (E.), LEPRINCE (A.), CONSO (F.), Accidents avec exposition au sang – I. Prise en charge des professionnels de santé, Concours médical, 26 février 2000, volume 122, n°7, pp 471-478.
2. ABITEBOUL (D.), FORESTIER-AUTER (A.F.), DOMART (M.), LAVILLE (M.F.), TOUCHE (S.), BOUVET (E.), LEPRINCE (A.), CONSO (F.), Accidents avec exposition au sang – I. Prise en charge des professionnels de santé, Concours médical, 26 février 2000, volume 122, n°8, pp 539-545.
3. ABITEBOUL (D.), LAMONTAGNE (F.), LOLOM (I.), TARANTOLA (A.), DESCAMPS (J.M.), BOUVET (E.), Incidence des accidents exposant au sang chez le personnel infirmier en France métropolitaine, 1999-2000 : résultats d'une enquête multi centrique dans 32 hôpitaux., Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 17 décembre 2002, n° 51/2002, pp. 256-259.
4. BEEKMANN (S.E.), VAUGHN (T.E.), MAC COY (K.D.), et al., Hospital bloodborne pathogens programs : program characteristics and blood and body exposure rates, Infection Control Hospital Epidemiology, 2001, n° 22, pp 73-82.
5. BEEKMANN (S.E.), VLAHOV (D.), KOZIOL (D.E.), et al., Temporal association between implementation of universal precautions and sustained, progressive decrease in percutaneous exposures to blood, Clinical Infection Diseases, 1994, n° 18, pp 562-569.
6. BIGNEBAT (C.), FELDMAN (P.), Développer la prévention des AES, Soins, décembre 2002, n°671, p 52.
7. BOUVET (E), Prophylaxie de la maladie VIH/sida après exposition, Soins, décembre 2002, n°671, pp 39-41.
8. CANTINEAU (A), BRAUER (G), DEISS (V), GUILLET (N), HECHT (M-T), Prévention des AES et formation-action, Soins, décembre 2002, n°671, pp 42-44.

9. COHEN (A), EYMARD (N), Droits et devoirs en cas d'AES, Soins, décembre 2002, n°671, pp 47-50.
10. FLEURY (D.L.), CHE (D.), ROSENHEIM (M.), ASTAGNEAU (P.), BRUCKER (G.), et al., Prise en charge et chimioprophylaxie des expositions au VIH à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. Analyse de 3 354 demandes d'avis, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 13 mars 2001, n° 11/2001, pp 45-46.
11. GICQUIAUD (Fabienne), HAUVETTE (Adeline), LAVOGEZ (Alice), Vers des accidents d'exposition au sang (AES) en baisse : utopie ou réalité, Recherche en soins infirmiers, mars 1998, n° 52, pp 81-101.
12. LAUDETTE (G.), Protection vis à vis des accidents d'exposition au sang. Aspect économique (incidence du surcoût), A.D.P.H.S.O., 1996, n°4, pp 39-44.
13. LOT (F.), DE BENOIST (A.C.), ABITBOUL (D.), Infections professionnelles par le VIH en France chez le personnel de santé. Le point au 30 juin 1998, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 4 mai 1999, n° 18/1999, pp 69-70.
14. LOT (F), MIGUERES (B), YAZANPANAH (Y), et al, Séroconversions par le VIH et le VHC chez les soignants, Soins, décembre 2002, n°671, pp 32-33.
15. LOUIS (N.), VELA (G.), et al., Evaluation de l'efficacité d'une mesure de prévention des accidents d'exposition au sang au cours du prélèvement de sang veineux, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 17 décembre 2002, n° 51/2002, pp 260-261.
16. LOUIS (N), VELA (G), et le Groupe Projet, Evaluation d'une mesure de prévention des AES, Soins, décembre 2002, n°671, pp 45-46.
17. MINARY (P), DEVEAUX (V.), MULIN (B.), GUIOT (A.), CLEMENT (I.), MOUSSET (P.), CHOPARD (C.), TALON (D), Efficacité d'une action d'information vis à vis du risque d'exposition au sang chez le personnel hospitalier, Hygiènes, 2000, volume 8, n°4, pp 219-222.
18. MINARY-DOHEN (P), TALON (D), Enquête sur les AES en Franche-comté en 2001, Soins, décembre 2002, n°671, pp 34-38.

19. NASSIRI (L.), Travail hospitalier : lutter contre les accidents exposant au sang, Travail et sécurité, mars 2003, n° 627, pp 7-10.
20. NELSING (S.), NIELSEN (T.L.), BRANNUM-HANSEN (H.), NIELSEN (J.O.), Incidence and risk factors of occupational blood exposure : a nation-wide survey among Danish doctors, European Journal of Epidemiology, janvier 1997, volume 13, n°1, pp 1-8.
21. PELLISSIER (G.), MIGUERES (B.), ABITEBOUL (D.), LOLOM (I.), GABRIEL (S.), BOUVET (E.), et al., L'utilisation de stylos injecteurs par les soignants, une pratique à risque d'exposition au sang, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 17 décembre 2002, n° 51/2002, pp. 259-260.
22. POUZAUD (François), Accidents d'exposition au sang : La prévention gagne du terrain, Le moniteur hospitalier, juin-juillet 2001, n° 137, pp. 29-37.
23. TARANTOLA (A.), FLEURY (L.), ASTAGNEAU (P.), SMAIL (A.), HUBSCHER (A.M.), TALEB (D.), BOUVET (E.), BRUCKER (G.), Surveillance des accidents exposant au sang : résultats du réseau AES Interrégion Nord entre 1995 et 1997, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 22 juin 1999, n° 25/1999, pp. 105-106.
24. TARANTOLA (A.), MIGUERES (B.), PREVOT (M-H.), FLEURY (L.), BOUVET (E.) et le GERES, Pratiques de chimioprophylaxie après accident exposant au sang chez les personnels soignants dans 155 hôpitaux français en 1998, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 26 octobre 1999, n° 43/1999, pp. 178-181.
25. VAN NIEUWENHUYSE-PONZO (V.), FILIAS (M.) , DUMORTIER (G.), DEGRASSAT (K.), Evaluation de l'utilisation des dispositifs médicaux de sécurité dans un hôpital psychiatrique et intérêt dans la prévention des accidents exposant au sang, Hygiènes, 2001, Volume 9, n°3, pp 222-224.
26. WEBER (A.G.), ZARO-GONI (D.), PARNEIX (P.), Audit multicentrique sur les pratiques du port de gants à usage unique non stériles dans les unités de soins, Hygiènes, 2001, Volume 9, n°5, pp 339-345.

Liste des annexes

ANNEXE I : Liste des principaux textes réglementaires concernant les accidents d'exposition au sang.

ANNEXE II : Grille d'entretien avec les médecins du travail.

ANNEXE III : Grille d'entretien avec les praticiens hygiénistes.

ANNEXE IV : Grille d'entretien avec les directeurs d'hôpitaux.

ANNEXE V : Grille d'entretien avec les directrices des IFSI.

**ANNEXE I : LISTE DES PRINCIPAUX TEXTES REGLEMENTAIRES ET
CIRCULAIRES CONCERNANT LES ACCIDENTS D'EXPOSITION AU SANG
(Par hiérarchie des normes et ordre chronologique)**

Directive européenne n° 91/689/CEE du 12 décembre 1991 relatif aux déchets dangereux.

Loi n° 91-73 du 18 janvier 1991 portant dispositions relatives à la santé publique et aux assurances sociales.

Décret n° 94-352 du 4 mai 1994 relative à la protection des travailleurs contre les risques résultants de leur exposition à des agents biologiques modifiant le Code du Travail (deuxième partie : Décret en Conseil d'Etat).

Décret n° 97-1048 du 6 novembre 1997 relatif à l'élimination des déchets d'activité de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques modifiant le Code de la Santé Publique.

Arrêté du 21 janvier 1994 fixant les modalités de suivi sérologique des fonctionnaires civils victimes d'accidents

Arrêté du 17 avril 1997 modifiant l'arrêté du 18 juillet 1994 fixant la liste des agents biologiques pathogènes.

Arrêté du 26 avril 1999 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.10 du Code de la santé Publique.

Circulaire DGS/DH n° 23 du 3 août 1983 relative à la prévention et la transmission du virus de l'immunodéficience humaine chez les personnels de santé.

Circulaire DGS (VS)/DH n° 26 du 23 mars 1995 relative aux risques de transmission du virus de l'hépatite B en milieu de soins.

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

Circulaire DGS/DH n° 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.

Circulaire DH/S12-DGS/VS3 n° 98/554 du 1^{er} septembre 1998 relative à la collecte des objets piquants, tranchants, souillés.

Circulaire DGS/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.

Note d'information DGS/DH/DRT n° 81 du 25 septembre 1995 relative aux mesures de prévention de la transmission du virus de l'immunodéficience humaine chez les professionnels de santé et la conduite à tenir en cas d'accident avec exposition au sang ou à un autre liquide biologique.

Note d'information DGS/DH/DRT n° 666 du 28 octobre 1996 relative à la conduite à tenir pour la prophylaxie d'une contamination par le VIH, en cas d'accident avec exposition au sang ou à un autre liquide biologique chez les professionnels de santé.

ANNEXE II : Grille d'entretien avec les médecins du travail.

Bonjour Madame, Monsieur,

Je réalise une étude sur les Accidents d'exposition au sang des professionnels paramédicaux non infirmiers dans le département de la Haute-Marne. Cette étude a été initiée sur une constatation d'un nombre important d'AES chez cette population paramédicale, en proportion avec le nombre de déclarations réalisées par les professions paramédicales infirmières au cours des commissions de réforme de mai 2002 à septembre 2003. L'objectif de l'étude est de rechercher les causes de cette sur-déclaration.

QUESTION 1 : Avez-vous une idée du nombre de déclaration d'AES dans votre établissement ?

- *Y a-t-il un registre ? une comptabilité ?*
- *Avez-vous constaté une proportion importante d'AES chez les paramédicaux non infirmiers dans votre établissement ?*

QUESTION 2 : Y a-t-il selon vous une bonne déclaration de ces AES au sein de votre établissement ?

- *si non, pourquoi ?*
- *si oui, expliquez votre système de déclaration.*
- *Y a-t-il une personne référent ?*
- *Y a-t-il selon vous des AES gérés par d'autres filières ?*

QUESTION 3 : Votre établissement a-t-il réalisé des actions de prévention particulières ?

- *si oui, par qui, quand, résultats évalués ?*
- *si non, pourquoi ?*

QUESTION 4 : quels sont vos partenaires pour lutter contre ces AES ?

- *direction, directeur des soins ?*
- *praticien ou infirmière hygiéniste ?*

QUESTION 5 : Comment expliquez-vous l'importance des AES chez les paramédicaux non infirmiers dans votre établissement ?

- *insuffisance de formation (école ou interne).*
- *Protocoles inexistantes ou mal appliqués.*
- *Délégation de fonctions des autres catégories de personnels (si oui, pourquoi ?).*

ANNEXE III : Grille d'entretien avec les praticiens hygiénistes.

Bonjour Madame, Monsieur,

Je réalise une étude sur les Accidents d'exposition au sang des professionnels paramédicaux non infirmiers dans le département de la Haute-Marne. Cette étude a été initiée sur une constatation d'un nombre important d'AES chez cette population paramédicale, en proportion avec le nombre de déclarations réalisées par les professions paramédicales infirmières au cours des commissions de réforme de mai 2002 à septembre 2003. L'objectif de l'étude est de rechercher les causes de cette sur-déclaration.

QUESTION 1 : Avez-vous une idée du nombre de déclaration d'AES dans votre établissement ?

- *Y a-t-il un registre ? une comptabilité ?*
- *Avez-vous constaté une proportion importante d'AES chez les paramédicaux non infirmiers dans votre établissement ?*

QUESTION 2 : Y a-t-il selon vous une bonne déclaration de ces AES au sein de votre établissement ?

- *si non, pourquoi ?*
- *si oui, expliquez votre système de déclaration.*
- *Y a-t-il une personne référent ?*
- *Y a-t-il selon vous des AES gérés par d'autres filières ?*

QUESTION 3 : Votre établissement a-t-il réalisé des actions de préventions particulières ?

- *si oui, par qui, quand, résultats évalués ?*
- *si non, pourquoi ?*

QUESTION 4 : quels sont vos partenaires pour lutter contre ces AES ?

- *direction, directeur des soins ?*
- *médecins du travail ?*

QUESTION 5 : Comment expliquez-vous l'importance des AES chez les paramédicaux non infirmiers dans votre établissement ?

- *insuffisance de formation (école ou interne).*
- *Protocoles inexistantes ou mal appliqués.*
- *Délégation de fonctions des autres catégories de personnels (si oui, pourquoi ?).*

ANNEXE IV : Grille d'entretien avec les directeurs d'hôpitaux.

Bonjour Madame, Monsieur,

Je réalise une étude sur les Accidents d'exposition au sang des professionnels paramédicaux non infirmiers dans le département de la Haute-Marne. Cette étude a été initiée sur une constatation d'un nombre important d'AES chez cette population paramédicale, en proportion avec le nombre de déclarations réalisées par les professions paramédicales infirmières au cours des commissions de réforme de mai 2002 à septembre 2003. L'objectif de l'étude est de rechercher les causes de cette sur-déclaration.

QUESTION 1 : Existent-ils des statistiques sur les AES dans votre établissement ?

- *Y a-t-il un registre ? une comptabilité ?*
- *Qui les gère ?*
- *Y a-t-il un bilan régulier ? Une communication à la direction ?*

QUESTION 2 : Existe-t-il un plan de formation interne en prévention des AES au sein de votre établissement ?

- *si non, pourquoi ?*
- *si oui, quel est-il ? Quelles catégories de personnel ciblez-vous ?*
- *Qui réalise cette ou ces formations ?*
- *Quel en est le coût si elle est réalisée par une société extérieure ?*

QUESTION 3 : Avez-vous une idée du surcoût lié aux AES dans votre établissement ?

- *Absentéisme.*
- *Financier.*

QUESTION 4 : Est-ce que la lutte contre ces AES constitue pour votre établissement une priorité et pourquoi ?

ANNEXE V : Grille d'entretien avec les directrices des IFSI.

Bonjour Madame,

Je réalise une étude sur les Accidents d'exposition au sang des professionnels paramédicaux non-infirmiers dans le département de la Haute-Marne. Cette étude a été initiée sur une constatation d'un nombre important d'AES chez cette population paramédicale, en proportion avec le nombre de déclarations réalisées par les professions paramédicales infirmières au cours des commissions de réforme de mai 2002 à septembre 2003. L'objectif de l'étude est de rechercher les causes de cette sur-déclaration.

QUESTION 1 : Les AES sont-ils étudiés par les élèves aides-soignants ?

- *Leur prévention ?*
- *La conduite à tenir en cas d'exposition aux AES ?*
- *S'agit-il d'un cours particulier ou de conseils disséminés dans tous les modules enseignés ?*

QUESTION 2 : Faites-vous des formations continues pour les aides-soignantes ?

- *si oui, pour quel établissement ?*
- *si non, savez-vous pourquoi ? Y a-t-il une demande ? Une autre personne s'en occupe t-elle ?*

QUESTION 3 : Faites-vous des formations continues ou des formations internes pour les ASH ?

- *si oui, pour quel établissement ?*
- *si non, savez-vous pourquoi ? Y a-t-il une demande ? Une autre personne s'en occupe t-elle ?*

QUESTION 4 : Ou vont les étudiants aides-soignants après l'obtention de leur diplômes ?

- *restent-ils sur le département ?*