

RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES POUR LA PRÉVENTION DES RISQUES D'EXPOSITION AU SANG

Un accident d'exposition au sang (AES) est défini comme tout contact percutané (piqûre, coupure), ou projection sur muqueuses (œil, bouche) ou sur peau lésée (eczéma, coupure antérieure) avec du sang ou un liquide biologique contenant du sang.

La nécessité d'une gestion rigoureuse des risques liés au sang est apparue avec l'épidémie de SIDA dans les années 80, afin de fournir des soins de qualité aux patients tout en protégeant le personnel soignant.

De nombreuses recommandations font état de la nécessité de respecter les règles d'hygiène permettant de limiter les risques de contamination professionnelle.

PRINCIPAUX TEXTES

- Dès 1985, des mesures de prévention sont définies pour protéger le personnel soignant vis-à-vis du risque d'exposition au sang.
- Les précautions universelles (circulaire DGS/DH N° 23 du 3 août 1989) destinées à prévenir les risques d'exposition au sang reconnaissent le caractère universel des règles d'hygiène à appliquer pour tous les patients, quel que soit leur statut sérologique, et lors de tout geste invasif.
- La 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 actualise les recommandations concernant la gestion du risque et les moyens de prévention. Les précautions universelles sont élargies à l'ensemble des produits biologiques et désormais dénommées précautions standard. Elles sont applicables à tout patient et prennent en compte le risque soigné-soignant mais aussi soignant-soigné, ainsi que le risque de transmission croisée entre patients. Elles sont rappelées sous forme de tableau en page 72.
- Le décret du 4 mai 1994, relatif à la protection des travailleurs contre les risques résultant de leur exposition à des agents biologiques, oblige les directeurs d'établissements à mettre en place des mesures de protection collective, ou, lorsque celles-ci sont insuffisantes, à fournir aux travailleurs des moyens de protection individuelle.
- La circulaire N°DHOS/E2/DGS/RI/2009/272 du 26 août 2009 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009/2013.

Il convient d'autre part de rappeler que tout professionnel de santé exposé au sang et liquides biologiques doit être vacciné contre l'hépatite B (loi du 18 janvier 1991).

En cas d'accident avec exposition au sang, il convient de suivre les recommandations de la circulaire interministérielle DGS/RI2/DHOS/DSS/2008/91 du 13 mars 2008 relative aux recommandations de prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine, en cours d'actualisation.

LE PROGRAMME DE PRÉVENTION

Un programme de prévention des risques d'exposition au sang doit être défini au sein de chaque établissement. Il doit faire partie d'une stratégie de prévention des risques infectieux nosocomiaux et s'intégrer dans le projet d'établissement. Sa mise en place doit suivre une démarche précise et définie :

1. - Constitution d'un groupe de travail,
2. - Identification des risques,
3. - Analyse des pratiques,
4. - Rendu des résultats,
5. - Définition et mise en place des stratégies,
6. - Evaluation des actions.

1 - LE GROUPE DE TRAVAIL

Un groupe de réflexion pluricatégoriel, constitué de représentants des différents services cliniques, de l'Unité d'hygiène, de la Médecine du Travail, du CHSCT, de la Pharmacie, etc., favorise la réalisation des différentes étapes du programme. Il peut assurer d'une part une coordination des actions et d'autre part participer aux choix décisionnels des matériels de sécurité de l'institution. Ce groupe rend compte de ses actions et propose ses objectifs au moins une fois par an au CLIN et au CHSCT.

La démarche implique une prise de conscience globale du risque professionnel et l'adhésion de tous les acteurs hospitaliers. La coopération entre les différentes instances hospitalières (Direction des Services Economiques, Pharmacie, Médecine du Travail, Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales, Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail, Direction du Service de Soins Infirmiers, Service Gestion des Approvisionnements Médicaux...) et les personnels est indispensable (il est important d'identifier les personnes ressources).

Le projet doit faire l'objet d'une étude économique préalable afin de déterminer les moyens financiers nécessaires.

2 - L'IDENTIFICATION DES RISQUES

Le médecin du travail aidera à définir les actions préventives prioritaires de façon à engager après avoir réalisé l'identification des situations à risques, à l'aide d'outils d'évaluation, au premier rang desquels le recueil des AES. Pour cela l'utilisation du questionnaire standardisé GERES/RAISIN est recommandé avec son thésaurus actualisé régulièrement permettant de recueillir des variables précises : catégorie professionnelle, tâche réalisée au moment de l'accident, mécanisme de survenue de l'accident, matériel utilisé au cours de l'accident, service, détail des circonstances de l'AES (qui, où, quand, comment).

L'analyse des accidents doit être réalisée régulièrement (au moins tous les ans) pour une efficacité optimale et doit être restituée de préférence par service. Elle doit permettre l'identification des situations à risques en fonction des services, catégories professionnelles, gestes, circonstances. L'utilisation d'une démarche complémentaire type "Arbre des causes" peut permettre d'objectiver les éléments en cause (multifactoriels) dans la survenue d'un accident.

Le risque moyen de transmission après exposition percutanée au sang d'un patient infecté est de :

- **VIH : 0,3 %**
- **VHC : 0,5 à 3 %**
- **VHB : 2 à 40 %**

En France, au 31 décembre 2009, 14 cas prouvés de séroconversions VIH et 64 cas prouvés de séroconversions VHC, après AES, ont été recensés par l'InVS.

3 - L'ANALYSE DES PRATIQUES

La sécurité passe d'abord par le respect des précautions standard, règles d'hygiène à appliquer pour tout patient lors d'un acte présentant un risque de contact ou projection de produits biologiques sur peau lésée ou muqueuse :

- Porter des gants en cas de risque de contact avec les liquides biologiques ; un masque et des lunettes de protection en cas de risque de projections,
- Ne pas recapuchonner les aiguilles, ne pas les désadapter à la main,
- Éliminer immédiatement les objets piquants ou tranchants dans des collecteurs adaptés placés à portée de main,
- Respecter les circuits d'élimination des déchets.

L'étude préalable des procédures de soins au sein des services doit permettre de recenser les matériels utilisés et de définir avec les utilisateurs les gestes, les services les plus à risque (ne pas négliger les particularités et les populations spécifiques : services de dialyse, radiologie interventionnelle, psychiatrie par exemple).

- Recensement du matériel : matériel utilisé pour un geste, réserve, matériel commandé.
- Utilisation du matériel : observation des pratiques (aiguilles posées sur un plateau, niveau de remplissage des collecteurs à aiguilles...).
- Organisation : définition des tâches.

L'organisation du travail, au cours du geste et dans l'environnement du geste, doit être étudiée afin de limiter les risques générés au cours de certaines phases (interruption de tâche par manque de matériel ou du fait de la sollicitation du patient ou d'un autre soignant, passage de relais entre soignants, situations non prévisibles, urgences...).

4 - RENDU DES RÉSULTATS

Une rétro-information aux instances et à l'ensemble des services de soins favorise des réflexions d'équipe.

- Globale pour les résultats de l'ensemble de l'hôpital.
- Spécifique pour les résultats par service.
- Méthodique et structurée pour l'analyse d'un accident, avec la participation indispensable de l'équipe concernée, afin de rechercher les circonstances exactes de l'accident et les facteurs favorisants pour éviter qu'il ne se répète.

5 - DÉFINITION ET MISE EN PLACE DES STRATÉGIES

Le choix des actions prioritaires à conduire sur l'hôpital dépend de la fréquence des accidents et de leur gravité.

- Les priorités : gestes à risque, services à risque.
- Le choix du matériel : l'achat d'un matériel doit comprendre des critères de sécurité. Ce matériel, validé et testé, doit répondre à la sécurité du geste de sa préparation jusqu'à l'élimination du matériel utilisé.
- La formation : l'appropriation du matériel par les utilisateurs est indispensable ; cela nécessite une implantation dans tous les services et une formation de toutes les personnes concernées dans chaque service, y compris les équipes de nuit.
- L'organisation du travail par la planification des soins, l'ergonomie du poste de travail...
- La connaissance de la conduite à tenir en cas d'accident : information à diffuser sur la démarche à suivre pour la déclaration d'un AES et la prise en charge de la personne accidentée.

6 - L'ÉVALUATION DES ACTIONS

ELLE PASSE PAR :

- Le suivi des accidents pour évaluer l'efficacité des mesures ;
- Des audits de pratiques afin de vérifier le respect des procédures ;
- Des indicateurs de suivi des actions (par exemple des enquêtes un jour donné pour vérifier le niveau de remplissage des collecteurs).

EN CONCLUSION

La prévention du risque d'exposition au sang repose sur un ensemble de mesures : vaccination contre l'hépatite B, application des précautions standard, utilisation complémentaire de matériels de sécurité, intégration de la sécurité dans l'organisation du travail, information et formation du personnel.

Une surveillance des AES doit être mise en place dans l'établissement pour guider les actions et évaluer leur impact, et une conduite à tenir en cas d'AES doit être diffusée.

Ces deux éléments sont d'ailleurs repris dans la circulaire N°DHOS/E2/DGS/RI/2009/272 du 26 août 2009 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009/2013 qui fixe comme objectif quantifié de moyen et de processus qu'en 2012, 100% des établissements assurent avec la médecine du travail la surveillance des AES survenant dans l'établissement et disposent d'un protocole de prise en charge en urgence des personnels en cas d'AES. Cette directive fixe également une réduction de 25% du taux d'AES pour 100 lits.