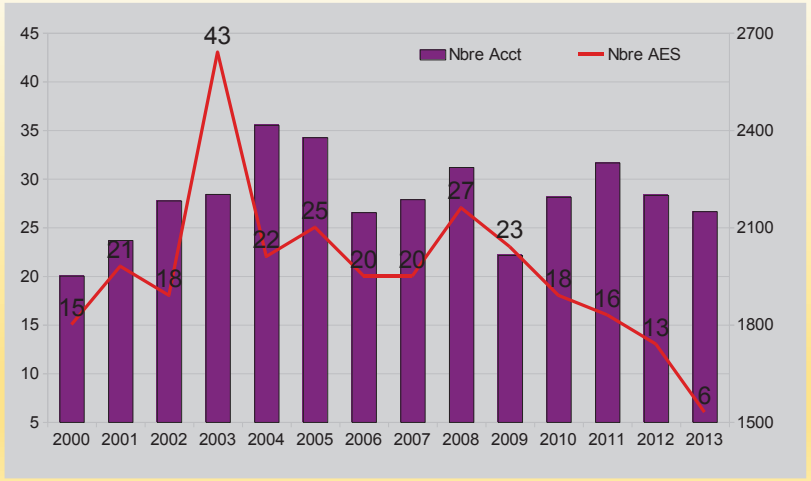
AES en gynécologie-obstétrique

Du risque à la prévention

Formation binômes-relais GERES 20/11/2015

Sophie Chapuis, sage-femme

Evolution du nombre d'AES en maternité (exemple de Bichat)



Description des AES en fonction des différents secteurs

(exemple de Bichat entre 2011 et 2013)

1. Secteur d'hospitalisation:

Type d'AES	Procédure	Statut viral / TTT (durée)
Exposition percutanée (2)	**Piqures lors de désadaptation manuelle stylo injecteur/ IDE**	**Neg /** pas TTT
Contact cutanéo-muqueux (2)	**Contact peau lésée/IDE (manip VVP sans gants)**	**VIH +** / 2j (CV peu élevée, effet II)
	Projection oculaire IDE (soins de nursing)	**Neg** / pas TTT

2. Secteur de consultations

Type d'AES	Procédure	Statut viral / TTT (durée)
Exposition percutanée (2)	Piqure pendant élimination d'aiguille dans conteneur/ IDE	**Neg** / pas ttt
	En PMI nourrisson: piqure lors de prélèvement IV (par effet rebond)	**Neg** / pas ttt
Contact cutanéo-muqueux (0)		

1 seule pièce dédiée, nombreux prélèvements faits, gestes stéréotypés, matériels sécurisés, patients coopérants, pas d'urgence

3. Secteur bloc- salle de naissances et urgences

Type d'AES	Procédures concernées
Expositions percutanées (27) (8 potentiellement évitables)	Réfection d'épisiotomie (9) interventions chirurgicales (8) Prélèvement du cordon ombilical (5) Rangement/décontamination (3) Prélèvement veineux (1) Retrait du guide lors de pose de rachianesthésie (1)
Projections sur muqueuses (3) (tous évitables)	Projections oculaires lors de l'accouchement (3)

3. Secteur bloc, salle de naissance et urgences (suite)

Statut virologique des patients source	Chimioprophylaxie
VIH + (7)	SF (2) AS (1) Internes (3) Externe (1)
VHC + (2) VHB + (2)	

Sur les chimioprophylaxies initiées:

- **1 seul ttt complet de 30j**
- 1 ttt arrêté à J10 pour CV indétectable
- 2 arrêt de ttt à 8j pour effets secondaires trop importants
- 3 ttt de moins de 3j car accident jugé peu à risque, double paire de gant et CV indétectable

AES en salle de naissances (Rapport RAISIN 2009):

64% de piqûres

30% de projections

6% de coupures

sages-femmes

Personnel jeune <2 ans d'expérience

Profession(s) à risque?

(chiffres Médecine du travail ULHIN AES 2011 à bichat)

Fonction	Effectifs exposés*	Nombre d'AES	Incidence : AES /100 ETP 2009	2011
Sage femme	33.12	7	9 AES / 100	21 AES / 100
Interne	158	23	18 AES /100	14.5 AES /100
Infirmièr(e)	1016.72	95	8 AES / 100	9.3 AES / 100
Externe	224	18	5.5 AES / 100	8.0 AES / 100
Médecin**	/	15	7.5 AES / 100	/
Aide-soignant(e)	784.03	10	2 AES / 100	1.3 AES / 100
Technicien de Labo	163.63	4	3.5 AES / 100	2.5 AES / 100
Agent Hospitalier	244.44	3	1.5 AES / 100	1.3 AES / 100

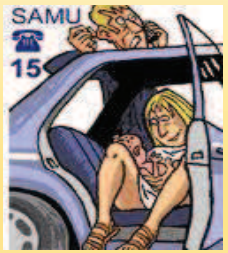
** Effectifs moyens en équivalents temps plein (sauf pour les médecins = personnes physiques)*
*** Médecins permanents hors attaché*

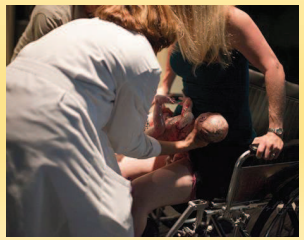
Les sages-femmes sont particulièrement exposées aux AES: soins infirmiers, médicaux et chirurgicaux

Les situations à risque d'AES en salle de naissances

(50% des AES chez les sages-femmes)

- Patiente réveillée et potentiellement agitée
- Situation émotionnellement chargée
- Contexte d'urgence et d'imprévu
  - Multiparité (rapidité)
  - Délivrance
  - Gestes techniques





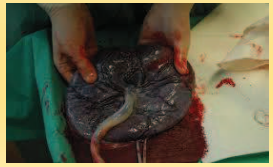
Contact potentiel avec liquides biologiques

Risques spécifiques (suite) :

Projections:
- liquide amniotique
- sang (périnée, cordon, placenta)
- urines et autres

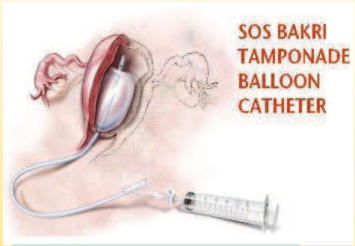
Projections pendant l'accouchement
= 30% des AES en salle de naissances (contre 17,6% dans les autres spécialités)

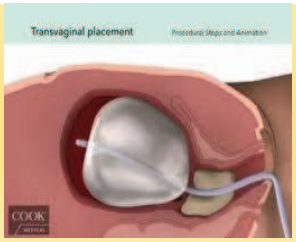
Délivrance normale
(jusqu'à 500cc de pertes sanguines)



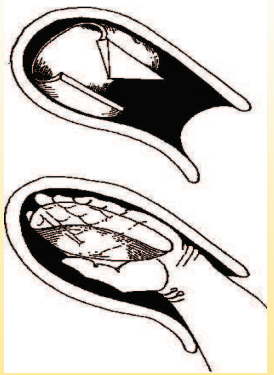
Sac de recueil du sang après l'accouchement

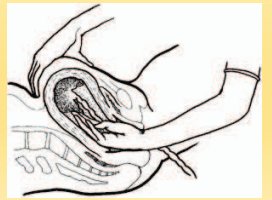
Délivrance hémorragique:
➔Nécessité de gestes spécifiques





(concerne 5% des accouchements)





Risques: gestes spécifiques

- prélèvements systématiques sur le cordon ombilical (pH, bilan)= **7% des AES** (RAISIN, 2009)

Expulsion du placenta lors du prélèvement au cordon

Prélèvement de sang de cordon (césarienne)

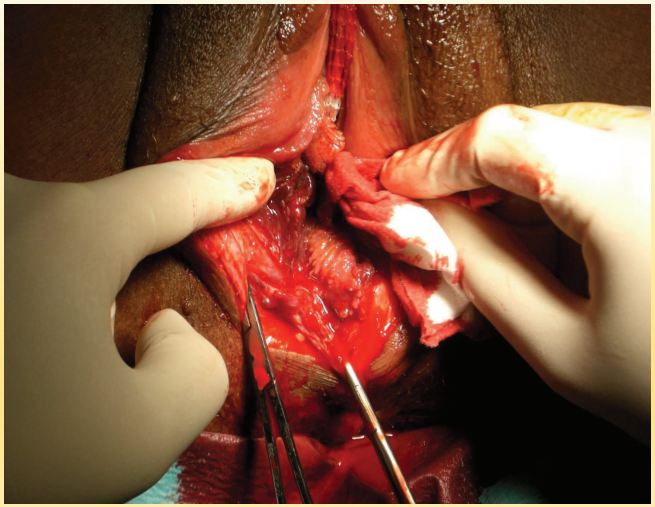
2. Réfection des déchirures périnéales/ épisiotomies

Concerne environ 40% des patientes primipares et 15% des patientes multipares

➔ **Piqûres pendant réfections = environ 25% des AES**

Episiotomie: quelques photos

Episiotomie



Episiotomie

Episiotomie

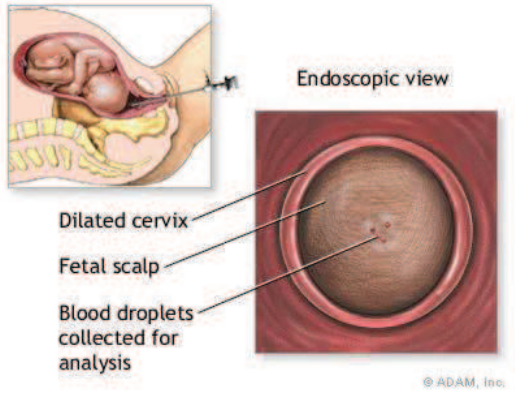
pH au scalp: matériel

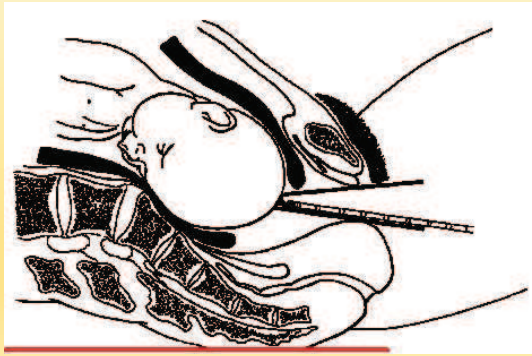
1) Amnioscope

2) Lame pour incision

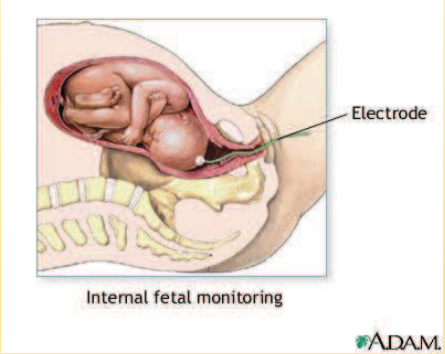
3) Capillaires (verre)

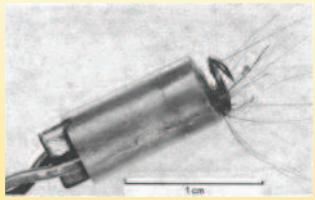
pH au scalp: réalisation



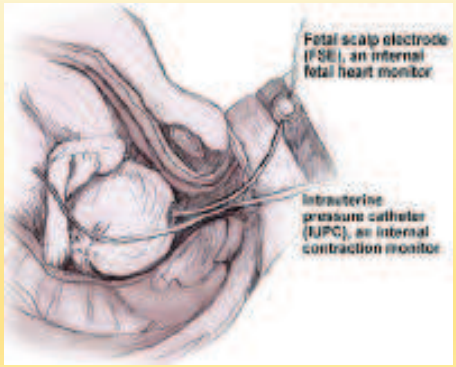


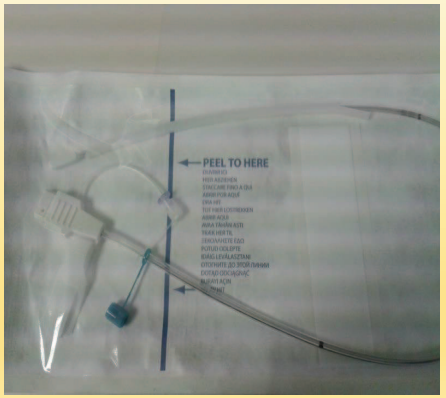
Autres gestes (1):





Autres gestes (2): tocographie interne





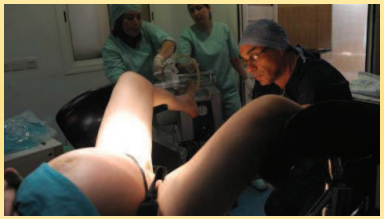
Prévention des AES en maternité

Recommandations

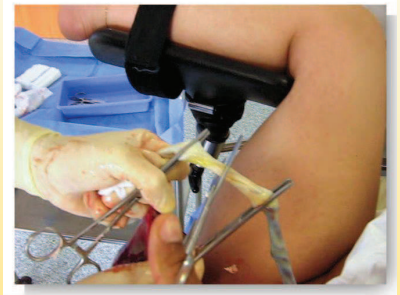
1/ précautions universelles:

= protection des patients et des professionnels

En pratique, parfois…

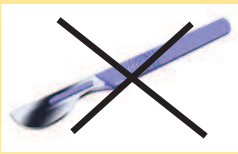


2/ Recommandations techniques:



A. **Pas de bistouri** pour couper le cordon ombilical

➔ **Utilisation de ciseaux**



B. Utilisation d'aiguilles à bout mousse:

↘ **De 70% des lésions cutanées**

Mais:

- Patiente en fin d'anesthésie
- Agitation
- **Méconnaissance des opérateurs**

C. Révision/Enseignement des bonnes pratiques chirurgicales:

- **Usage SYSTEMATIQUE de la pince à griffe**
- **Utilisation compteur d'aiguilles et conteneur (7% des AES lors de débarrassage, RAISIN, 2009)**
- **Bonne analgésie de la patiente**
- **Technique « 1 fil, 1 nœud »**

D. Prélèvements sur le cordon:

- **Aiguilles sécurisées**
- **Réflexion sur d'autres moyens de protection**

2005 : gouttière expérimentale

Non respect des recommandations

- Par méconnaissance
- A cause des contraintes des protections – refus de « se déguiser »

(mémoire d'une ESF de 2006: pour 50% des sages-femmes, **protection = barrière**

Rapport RAISIN 2009: 49% des AES avec projections oculaires= **aucune protection**)

- Parce que le dépistage (HBS, HCV, VIH) réalisé en début de grossesse peut être faussement rassurant

Conclusion

Sages-femmes = population particulièrement à risque d'AES

- AES évitables persistants…
- Sous-déclaration difficile à évaluer
- Cibler les ESF et jeunes diplômés (les plus exposés + apprentissage des bonnes pratiques)

L'urgence = ne pas s'exposer au risque!