



Enquête régionale

**Evaluation du risque d'accident d'exposition au sang (AES)
en EHPAD**

Rapport d'analyse régionale

Du 15 septembre au 14 novembre 2014



Groupe de travail

ARLIN Rhône-Alpes Saint-Genis-Laval

Nadine Khouider - Cadre de santé en hygiène hospitalière

Pascal Fascia – Médecin en hygiène hospitalière

BD Medical – Diabetes Care

Isabel Fourcade - Directeur Marketing

Audrey Fine - Chef de produits

Stéphane Laroche - Directeur Affaires Réglementaires & Economie de la Santé

Glossaire

AES : accident exposant au sang

AT : arrêt de travail

CH : centre hospitalier

CIP : chambre à cathéter implantable

CVP : cathéter veineux périphérique

EHPAD : établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes

EMH : équipe mobile d'hygiène

EPI : équipement de protection individuelle

IDE : infirmier(e) diplômé(e) d'état

IDEC : infirmier(e) diplômé(e) d'état coordonnateur(trice)

IM : intra-musculaire

IVD : intra-veineux direct

OPCT : objet piquant coupant tranchant

SC : sous-cutané

UU : usage unique

Contenu

Glossaire	3
Tables des illustrations	5
Table des tableaux.....	7
Introduction – Objectifs de l'étude	8
Méthodologie	10
Résultats	12
Description des EHPAD participants	12
Politique de prise en charge des AES	13
Mise à disposition d'équipement de protection individuelle et de matériel sécurisé.....	17
Politique de formation des professionnels des EHPAD.....	18
Politique de surveillance des AES par les EHPAD	20
Données individuelles des IDE.....	23
Pratiques professionnelles	24
Formation	29
Antécédent d'AES par piqûre en EHPAD	30
Taux d'AES	30
Description des AES.....	30
Prise en charge de l'AES	33
Bibliographie	36

Tables des illustrations

Figure 1 : Répartition géographique des EHPAD ayant participé à l'étude.	12
Figure 2 : Statut des EHPAD ayant participé à l'étude	12
Figure 3 : Existence d'un protocole de prise en charge des AES complet et à jour.	13
Figure 4 : Affichage du protocole de prise en charge des AES dans toutes les salles de soins.....	13
Figure 5 : Détermination du statut sérologique du patient source dans les 6 heures suivant l'AES – le jour	14
Figure 6 : Détermination du statut sérologique du patient source dans les 6 heures suivant l'AES – la nuit	14
Figure 7 : Détermination du statut sérologique du patient source dans les 6 heures suivant l'AES – WE/jours fériés.....	14
Figure 8 : Obtention d'un avis spécialisé dans les 4-6 heures suivant l'AES – le jour	15
Figure 9 : Obtention d'un avis spécialisé dans les 4-6 heures suivant l'AES – la nuit	15
Figure 10 : Obtention d'un avis spécialisé dans les 4-6 heures suivant l'AES – WE/jours fériés.....	15
Figure 11 : L'établissement assure une formation régulière sur l'existence du risque d'AES.	18
Figure 12 : L'établissement assure une formation régulière sur la prévention des AES.	18
Figure 13 : L'établissement assure une formation régulière sur l'utilisation correcte du matériel sécurisé.....	18
Figure 14 : L'établissement assure une formation régulière sur les modalités de déclaration des AES.	19
Figure 15 : L'établissement assure une formation régulière sur les modalités de prise en charge des AES.....	19
Figure 16 : L'établissement organise la surveillance des AES du personnel.....	20
Figure 17 : La surveillance des AES se fait en lien avec le service de Santé au Travail.	20
Figure 18 : La surveillance des AES fait l'objet d'une analyse annuelle.	20
Figure 19 : La surveillance des AES fait l'objet d'une rétro-information aux instances de l'établissement.	21
Figure 20 : La surveillance des AES fait l'objet d'une rétro-information aux professionnels de l'établissement.	21
Figure 21 : L'analyse des AES est à l'origine d'actions d'amélioration.....	21

Figure 22 : L'établissement s'assure du suivi de la couverture vaccinale anti-hépatite B de l'ensemble du personnel.....	22
Figure 23 : Année d'obtention du DE d'infirmier.....	23
Figure 24 : La vaccination contre l'hépatite B est à jour.....	23
Figure 25 : Le taux d'anticorps anti-Hbs est conforme (> 10 UI/L).....	23
Figure 26 : Sentiment de s'exposer à un risque viral lors de la réalisation d'un geste invasif sans gants UU.....	25
Figure 27 : Recapuchonnage des aiguilles avant élimination.....	27
Figure 28 : Sentiment de s'exposer à un risque de pique lors du recapuchonnage (de 0 à 10).....	27
Figure 29 : Le collecteur OPCT est à proximité du professionnel lors de la réalisation d'un geste invasif.....	28
Figure 30 : Formation sur la prévention des AES et leur prise en charge au cours des 3 dernières années.....	29
Figure 31 : Connaissance de l'existence d'une procédure décrivant la conduite à tenir en cas d'AES.....	29
Figure 32 : Moment de survenue de l'AES.....	30
Figure 33 : Type de matériel à l'origine de l'AES.....	30
Figure 34 : Soins au cours duquel l'AES est survenu (n=181).....	30
Figure 35 : Port de gants à UU lors de la survenue de l'AES selon le statut de l'EHPAD.....	31
Figure 36 : Port de gants usage unique lors de la survenue de l'AES selon l'ancienneté du diplôme.....	32
Figure 37 : Mesures immédiates de prises en charge de l'AES (n=181).....	33
Figure 38 : Détermination du statut sérologique du patient source dans les 4 à 6 heures suivants l'AES.....	33
Figure 39 : Avis spécialisé pour évaluer le risque infectieux lié à l'AES.....	34
Figure 40 : Déclaration de l'AES en accident de travail.....	34
Figure 41 : Raisons de la non déclaration de l'AES en accident du travail (39).....	34
Figure 42 : L'AES a bénéficié d'un suivi sérologique.....	35
Figure 43 : Niveau d'anxiété ressentie lors de l'AES.....	35

Table des tableaux

Tableau 1 : Mise à disposition de matériel sécurisé par l'établissement.	17
Tableau 2 : Port de gants UU non stériles lors de gestes invasifs.	24
Tableau 3 : Utilisation du matériel sécurisé.	26
Tableau 4 : Circonstances de survenue des AES en EHPAD.	31

Introduction – Objectifs de l'étude

Les accidents d'exposition au sang font partie des risques infectieux inhérents aux soins. Les AES font l'objet d'un suivi notamment par l'intermédiaire d'un réseau national, le réseau AES du RAISIN. Les données de ce suivi concernent essentiellement les professionnels de santé des établissements de soins des spécialités médicales, chirurgicales, obstétriques et d'USLD⁽¹⁾. Très peu de données issues de ce réseau de surveillance concernent les établissements médico-sociaux qui ne bénéficient d'aucun suivi spécifique. La revue de la littérature retrouve ce risque pour les professionnels de santé travaillant en ville⁽²⁾ ou en EHPAD⁽³⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾ et pointe notamment l'utilisation des stylo-injecteurs comme principale source d'AES dans ce secteur⁽⁶⁾.

Face au peu de données chiffrées disponibles sur les AES survenant en EHPAD, une enquête, dont l'objectif principal repose sur l'évaluation de ce risque, est réalisée auprès des infirmier(e)s diplômé(e)s d'Etat (ID) travaillant dans ce secteur. Elle évalue :

- Le nombre d'AES dont ont été victimes les IDE durant leur activité en EHPAD ;
- Le nombre d'AES survenus au cours des 12 derniers mois dans l'EHPAD ;
- Les situations à risque d'AES et les modalités de survenue de l'AES.

Les objectifs secondaires de cette étude sont :

- D'évaluer la politique de prévention des AES en particulier par
 - o La mise à disposition d'une procédure de prise en charge des AES précisant les modalités de traitement initial, les modalités d'obtention du statut sérologique du patient source et d'un avis spécialisé par la victime de l'AES ;
 - o La mise à disposition des matériels de protection individuelle (EPI) tels que les gants non stériles à usage-unique (UU) et collecteurs à objets piquant-coupant-tranchant (OPCT) et des matériels de sécurité ;
 - o La mise en place de formation par les établissements des professionnels de santé à l'existence du risque d'AES, à la prévention des AES, à l'utilisation du matériel sécurisé, à la prise en charge des AES, à la déclaration des AES ;
 - o La réalisation d'un suivi épidémiologique des AES en lien avec la médecine du travail faisant l'objet d'une analyse annuelle avec rétro-information aux instances de l'établissement et aux professionnels de santé ;
 - o Le suivi de la couverture vaccinale anti-hépatite B des professionnels de santé de l'établissement.
- D'évaluer les comportements des IDE dans la prévention des AES sur :

- Le port de gants à UU en cas de situation exposant au sang ;
 - L'utilisation du collecteur OPCT ;
 - Les habitudes de recapuchonnage des aiguilles utilisées ;
 - L'utilisation du matériel de sécurité lorsque celui-ci est disponible ;
 - Le niveau de sentiment ressenti lors d'une prise de risque.
- D'évaluer les modalités de prise en charge de l'AES notamment :
- la prise en charge immédiate ;
 - l'évaluation du risque viral en lien avec l'AES (statut sérologique du patient source, obtention d'un avis spécialisé) ;
 - le suivi et la déclaration en accident du travail.

Méthodologie

L'étude est conduite par mail informatique avec l'envoi de 2 questionnaires aux médecins coordonnateurs, aux IDE coordonnateurs (trices) (IDEC) et aux équipes mobiles d'hygiène (EMH) des EHPAD de la région Rhône-Alpes. Le premier questionnaire est renseigné par l'établissement, le second par chaque IDE salarié(e) de l'EHPAD. Ce dernier questionnaire garantit l'anonymat des professionnels participant à l'étude. Les questionnaires sont saisis par voie informatique et aucun lien ne peut être établi entre le questionnaire établissement et les questionnaires IDE. L'étude se déroule du 15 septembre 2014 au 14 novembre 2014.

A l'aide du logiciel Epi-info version 6.04 une analyse descriptive des données est réalisée. Une analyse comparative est conduite avec les sous-groupes suivants :

- Statut public ou privé de l'EHPAD, rattachement de l'EHPAD à un centre hospitalier (CH), taille de l'EHPAD (2 groupes : taille inférieure ou égale à la taille médiane des établissements participants, taille strictement supérieure à la taille médiane des établissements) pour les items suivants :
 - Politique de prévention des AES (protocole de prise en charge des AES, modalités de détermination du statut sérologique du patient source et de l'obtention d'un avis spécialisé pour la victime de l'AES, mise à disposition d'EPI et de matériel sécurisé, formation des professionnels de santé, suivi des AES) ;
 - Taux d'AES au cours des 12 derniers mois ;
 - Prise en charge de l'AES ;
- Ancienneté dans la fonction IDE (obtention du diplôme d'IDE > 5 ans ou obtention du diplôme < à 5 ans), ancienneté de l'AES (AES au cours des 12 derniers mois et AES de plus de 12 mois) pour les items suivants :
 - Comportement vis-à-vis des AES (port de gants non stérile à UU, utilisation du collecteur OPCT, recapuchonnage d'aiguille, utilisation de matériel sécurisé quand celui-ci est disponible, formation) ;
 - Modalités de prise en charge immédiate de l'AES ;
 - Modalités de prise en charge de l'AES (obtention de l'avis spécialisé, déclaration de l'AES, arrêt de travail) ;
 - Formation à la prévention des AES.

Les comparaisons des variables qualitatives s'effectuent par le test exact de Fisher ou le test du Chi² corrigé de Yates en cas de valeur égale à 0 dans l'une des cases du tableau 2x2. Les comparaisons des variables quantitatives se font par un test de comparaison des moyennes (Anova) en cas de non différence des variances des groupes. Les comparaisons par sous-groupe ne donnent lieu qu'à une analyse univariée.

Les résultats font apparaître le nombre de réponses à l'item et le nombre de non réponses. Les pourcentages sont calculés à partir du nombre de répondants. Pour les items relatifs à l'utilisation de matériels sécurisés, les pourcentages sont calculés lorsque ceux-ci sont disponibles.

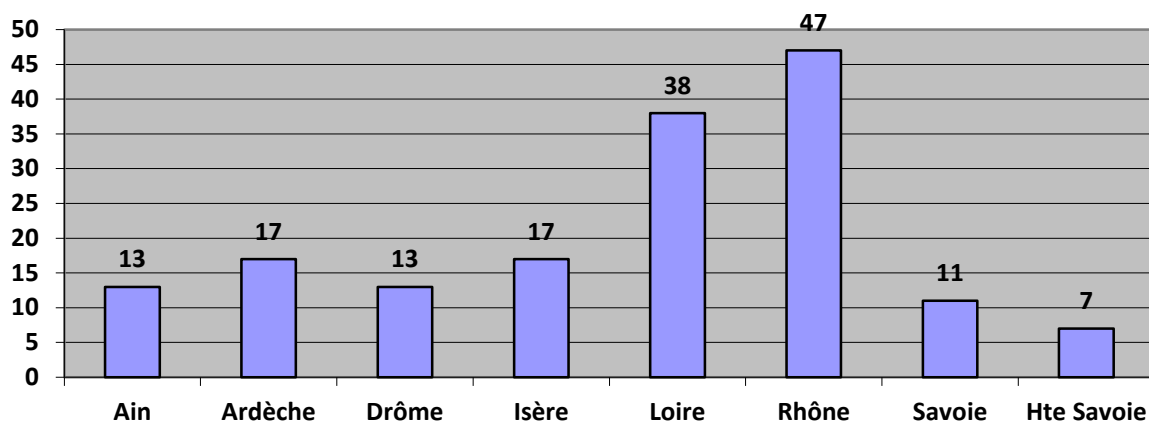
Résultats

Description des EHPAD participants

Parmi les 678 EHPAD de la région Rhône-Alpes, 163 ont participé à l'étude soit un taux de participation de 24%. Ces EHPAD salarient 1123 IDE parmi lesquels 801 ont renseigné un questionnaire IDE, soit 71,3% de réponses. Le nombre moyen d'IDE par établissement est de 7.

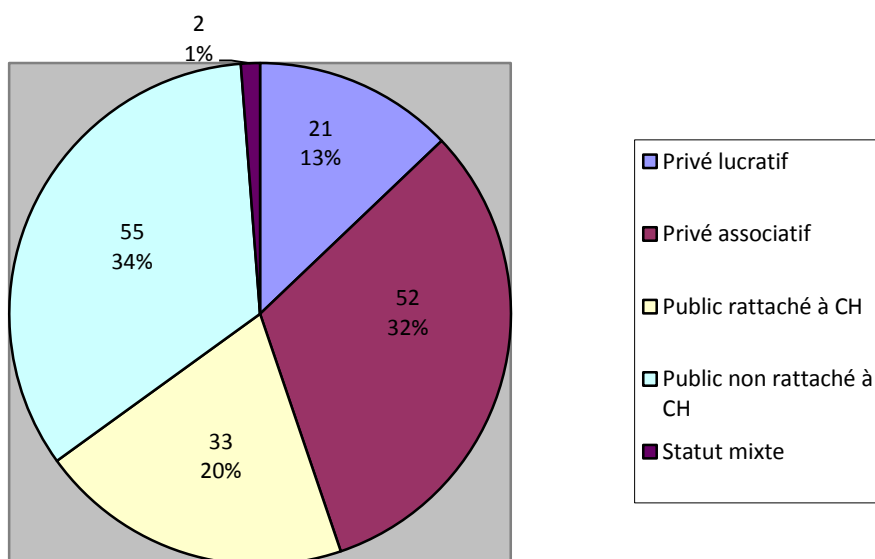
Ces 163 EHPAD totalisent 14 387 lits et places, la taille moyenne des EHPAD participants étant de 88 lits et places, la taille médiane de 80 lits et places. Le nombre minimum de lits et places est de 11 et le nombre maximum de 453. Les établissements de 80 places et moins représentent 57% des EHPAD (n=93) ayant répondu. La répartition géographique des EHPAD participants à l'étude apparaît sur la figure 1.

Figure 1 : Répartition géographique des EHPAD ayant participé à l'étude.



Plus d'un EHPAD sur 2 a un statut public (54,7% - n=88) et 80% (n=130) ne sont pas rattachés à un centre hospitalier (cf. figure 2).

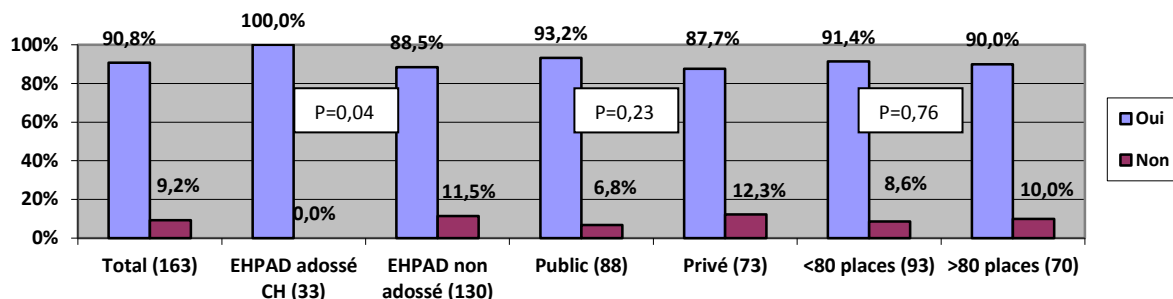
Figure 2 : Statut des EHPAD ayant participé à l'étude



Politique de prise en charge des AES

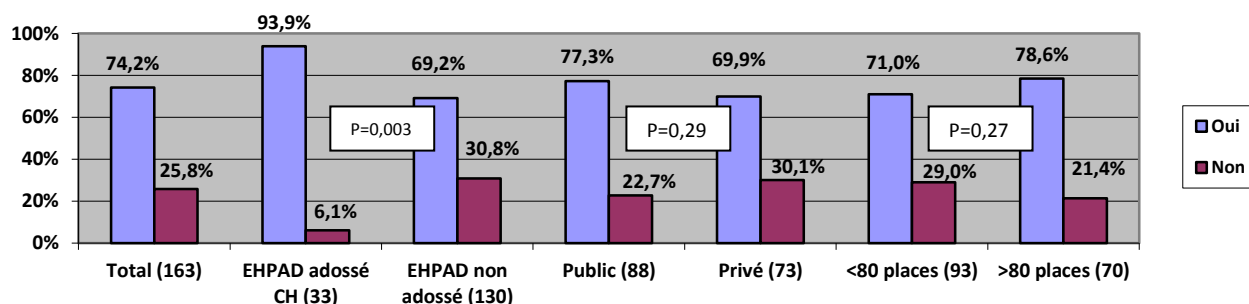
Neuf EHPAD sur 10 (n=148) et 100% des EHPAD adossés à un CH disposent d'un protocole complet de prise en charge des AES et conforme aux recommandations et à la réglementation en vigueur (cf. figure 3).

Figure 3 : Existence d'un protocole de prise en charge des AES complet et à jour.



L'affichage du protocole en salle de soins est réalisé 3 fois sur 4 (n=121), mais plus fréquemment dans les EHPAD adossés à un CH (94%) que dans les EHPAD non adossés, (69%), cf. figure 4.

Figure 4 : Affichage du protocole de prise en charge des AES dans toutes les salles de soins.



L'organisation des établissements permet de déterminer le statut sérologique du patient source plus de 9 fois sur 10 en journée les jours ouvrés et dans 40% la nuit (cf. figures 5 et 6). La nuit, la détermination du statut sérologique du patient source dans les 6 heures, varie selon le statut de l'établissement, passant de 97% pour les établissements adossés à un CH, à moins de 30% pour les autres établissements (cf. figure 6). Ces taux fluctuent en fonction du statut (public ou privé) et de la taille de la structure. Cette différence d'obtention du statut sérologique du patient source dans les 6 heures s'observe également les week-ends et jours fériés selon que l'établissement est adossé à un CH ou selon sa taille (cf. figure 7).

Figure 5 : Détermination du statut sérologique du patient source dans les 6 heures suivant l'AES – le jour

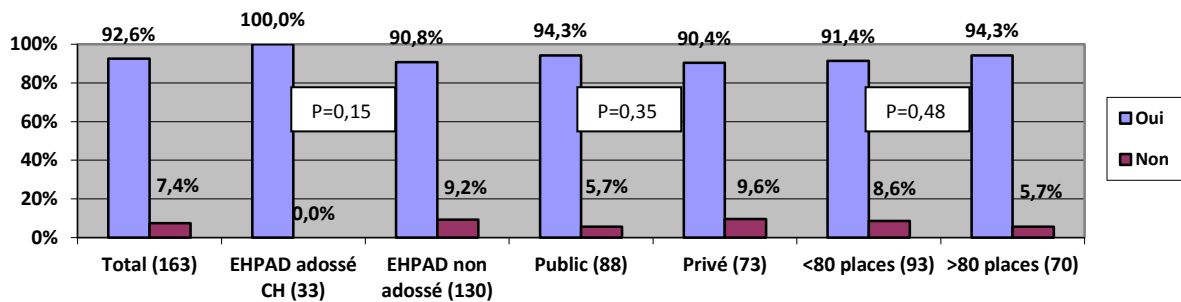


Figure 6 : Détermination du statut sérologique du patient source dans les 6 heures suivant l'AES – la nuit

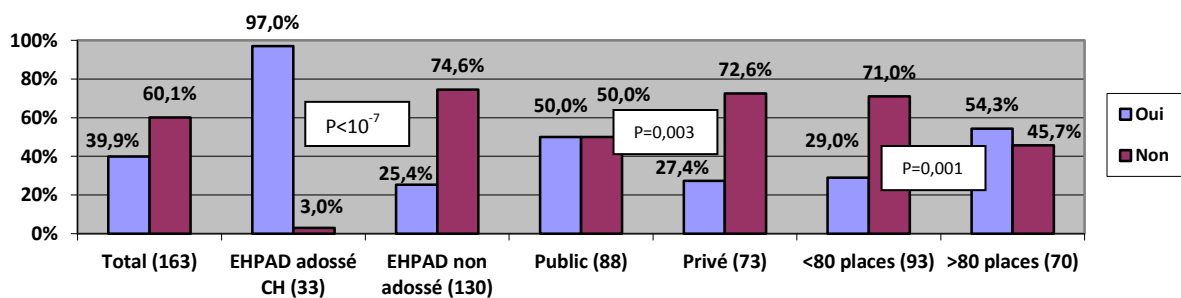
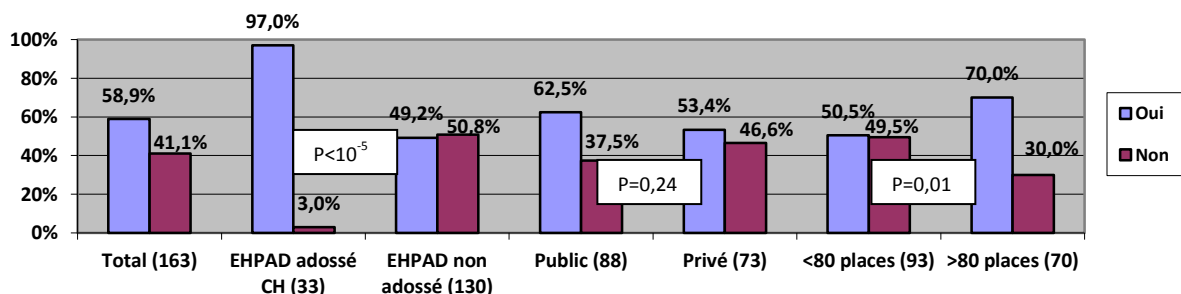


Figure 7 : Détermination du statut sérologique du patient source dans les 6 heures suivant l'AES – WE/jours fériés



L'organisation des établissements permet l'obtention d'un avis spécialisé par la victime dans les 4 à 6 heures suivant l'AES dans près de 90% des cas en journée et dans 69% des situations la nuit (cf. figures 8 et 9). En journée, l'organisation de l'EHPAD permet d'obtenir cet avis quel que soit son statut (public/privé) (cf. figure 8). L'obtention d'un avis spécialisé la nuit est moins aisée que le jour, notamment pour les établissements non adossés à un CH (cf. figure 9). L'obtention d'un avis spécialisé le week-end ou les jours fériés diffère entre les établissements adossés à un CH par rapport à ceux non adossés (cf. figure 10).

Figure 8 : Obtention d'un avis spécialisé dans les 4-6 heures suivant l'AES – le jour

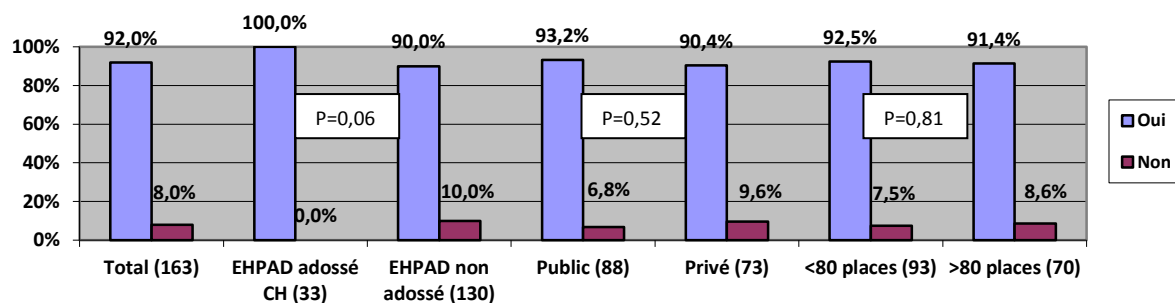


Figure 9 : Obtention d'un avis spécialisé dans les 4-6 heures suivant l'AES – la nuit

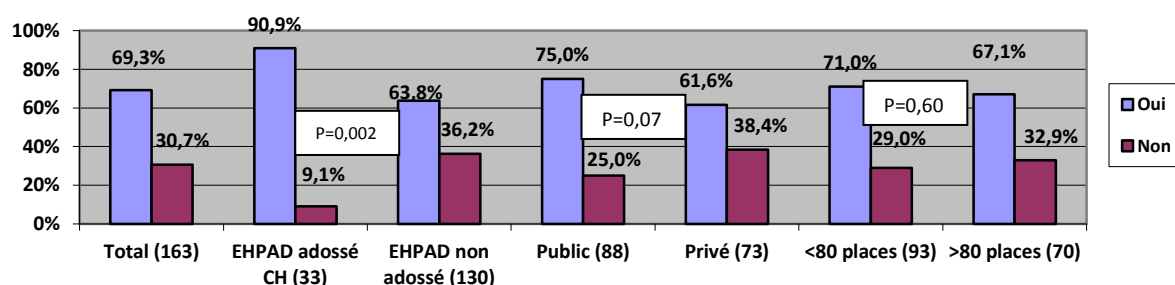
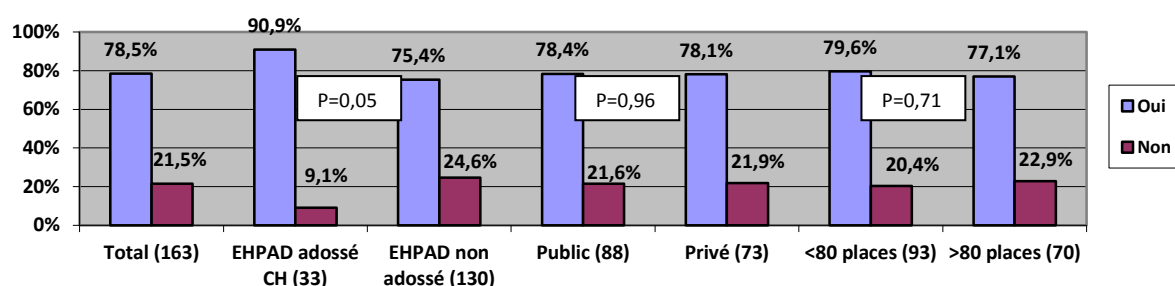


Figure 10 : Obtention d'un avis spécialisé dans les 4-6 heures suivant l'AES – WE/jours fériés



Synthèse politique de prise en charge des AES dans les EHPAD

Les EHPAD ont globalement une politique de prise en charge des AES avec mise à disposition de procédures actualisées dans 90% des cas et affichées dans ¼ des EHPAD. L'organisation de l'établissement permet dans 90% des situations de déterminer le statut sérologique du patient dans les 6 heures suivants l'AES en journée les jours ouvrés.

L'organisation des EHPAD adossés à un CH permet plus fréquemment d'obtenir le statut sérologique du patient source la nuit, les week-ends et jours fériés. Pour les EHPAD adossés à un CH, il est plus aisé d'obtenir un avis spécialisé dans les 6 heures suivants l'AES la nuit et les jours fériés.

Mise à disposition d'équipement de protection individuelle et de matériel sécurisé

Tous les établissements ayant participé à l'enquête mettent à la disposition des professionnels de santé des EPI tels que gants à UU non stériles et collecteurs à OPCT. Par contre, la mise à disposition de matériel sécurisé est variable selon le type de matériel (cf. tableau 1) et n'est pas systématique même lorsque les gestes sont fréquemment réalisés (de 86% des établissements pour le matériel de prélèvement capillaire à 21,9% pour les injections intra-musculaires). Lors d'utilisation de stylo-injecteurs, moins de 6 établissements sur 10 mettent à disposition du matériel sécurisé.

Tableau 1 : Mise à disposition de matériel sécurisé par l'établissement.

Matériel sécurisé pour :	Geste réalisé et matériel sécurisé proposé		Geste non réalisé
	Oui*	Non*	
Prélèvement capillaire	130 (86,1%)	21 (13,9%)	12 (7,4%)
Perfusion chambre implantable (CIP)	35 (79,5%)	9 (20,5%)	119 (73%)
Prélèvement sanguin	110 (71,4%)	44 (28,6%)	9 (5,5%)
Injection sous-cutanée (SC) avec stylo-injecteur	92 (58,2%)	66 (41,8%)	5 (3,1%)
Cathétérisme sécurisé SC	93 (57,4%)	69 (42,6%)	1 (0,6%)
Cathétérisme périphérique veineux (CVP)	65 (56%)	51 (44%)	47 (28,8%)
Injection SC en seringue	71 (44,1%)	90 (55,9%)	2 (1,2%)
Injection en intra-veineux direct (IVD)	40 (30,1%)	93 (69,9%)	30 (18,4%)
Injection Intra-Musculaire (IM)	34 (21,9%)	121 (78,1%)	8 (4,9%)

* Le dénominateur des pourcentages est le nombre d'établissements dans lesquels les gestes sont réalisés.

Synthèse mise à disposition

de matériel d'équipement de protection individuelle et de matériel sécurisé

L'ensemble des EHPAD met à disposition des EPI, mais pas systématiquement du matériel sécurisé pour des gestes fréquemment réalisés tels que perfusion sous-cutanée, injection SC avec stylo-injecteur, injection intra-musculaire ...

Politique de formation des professionnels des EHPAD

Environ 1 EHPAD sur 2 organise des formations sur l'existence du risque d'AES, la prévention, les modalités de déclaration, de prise en charge des AES et sur l'utilisation de matériel sécurisé. Cette proportion est nettement plus élevée dans les établissements adossés à un CH par rapport aux établissements non adossés (cf. figures 11 à 15).

Figure 11 : L'établissement assure une formation régulière sur l'existence du risque d'AES.

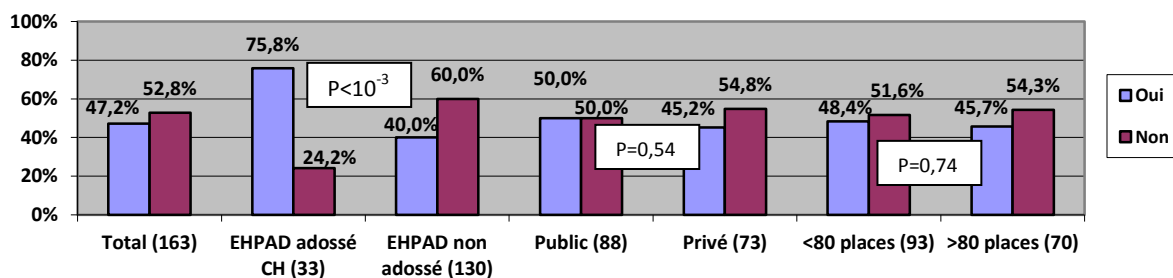


Figure 12 : L'établissement assure une formation régulière sur la prévention des AES.

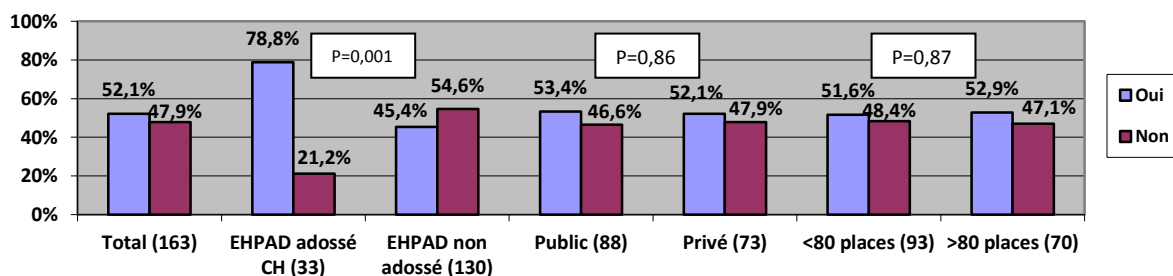


Figure 13 : L'établissement assure une formation régulière sur l'utilisation correcte du matériel sécurisé.

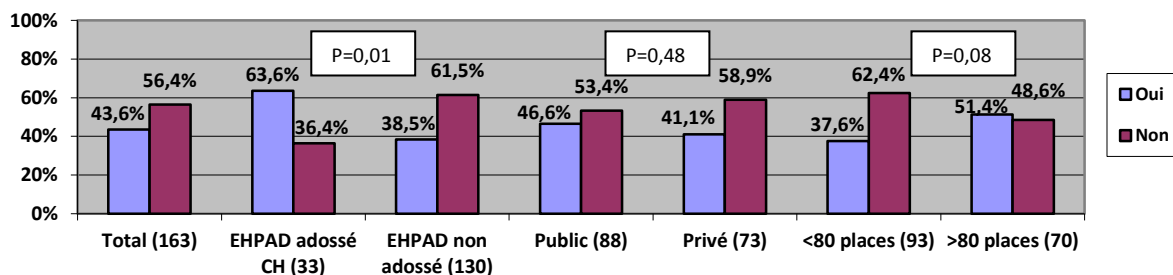


Figure 14 : L'établissement assure une formation régulière sur les modalités de déclaration des AES.

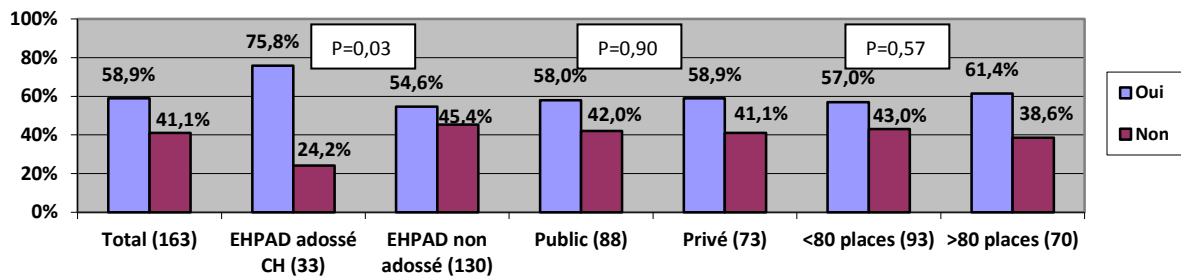
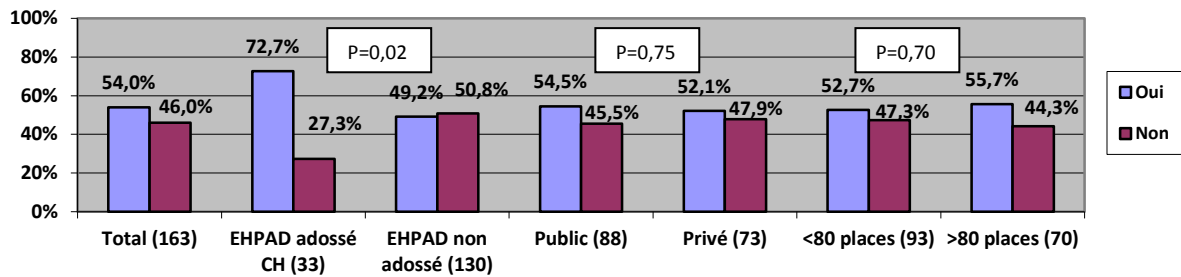


Figure 15 : L'établissement assure une formation régulière sur les modalités de prise en charge des AES.



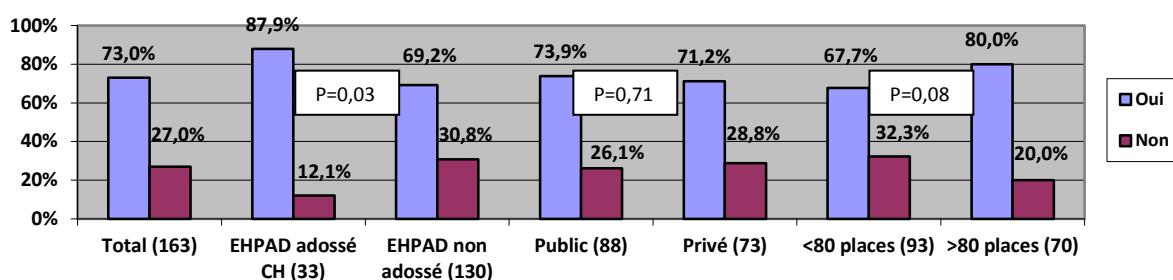
Synthèse politique de formation dans les EHPAD

La formation à la prévention des AES et à leur prise en charge n'est réalisée que dans 50% des EHPAD, cette proportion étant plus élevée lorsque l'EHPAD est adossé à un CH.

Politique de surveillance des AES par les EHPAD

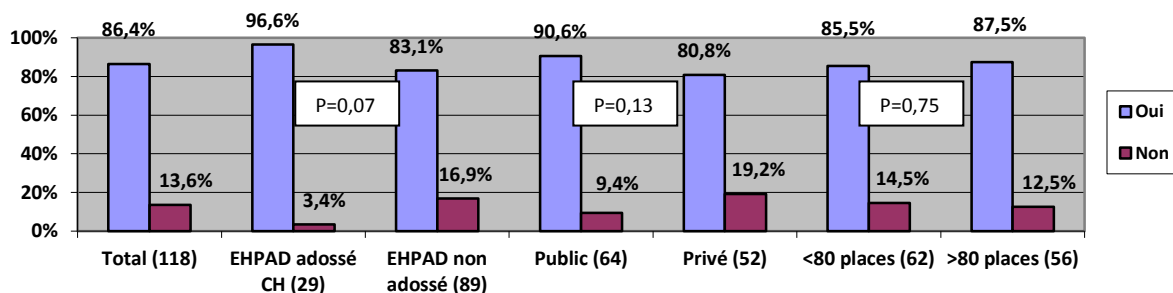
Près de 3 EHPAD sur 4 déclarent effectuer une surveillance des AES survenant dans l'établissement avec des disparités selon que l'établissement est ou non adossé à un CH (cf. figure 16).

Figure 16 : l'établissement organise la surveillance des AES du personnel.



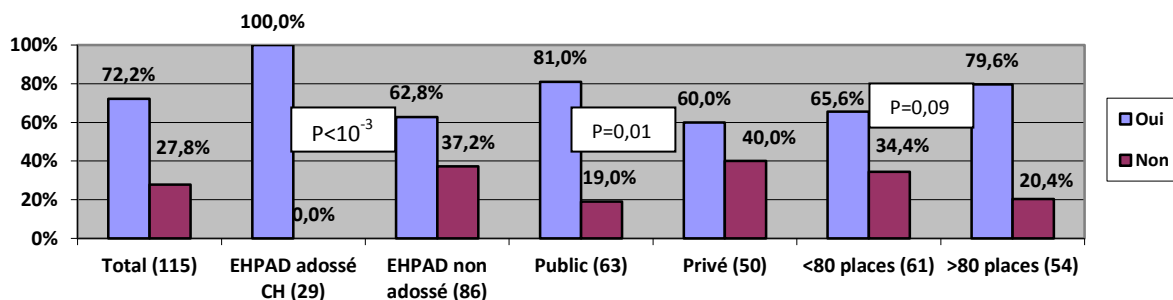
Lorsque cette surveillance est effective, elle se fait en lien avec le service de médecine du travail près de 9 fois sur 10 (cf. figure 17).

Figure 17 : La surveillance des AES se fait en lien avec le service de Santé au Travail.



La surveillance fait l'objet d'une analyse dans l'ensemble des EHPAD adossés à un CH et de façon plus fréquente dans les EHPAD de statut public (cf. figure 18).

Figure 18 : La surveillance des AES fait l'objet d'une analyse annuelle.



Une rétro-information du suivi des AES est faite aux instances plus souvent quand l'établissement est adossé à un CH ou lorsque l'EHPAD est du secteur public (cf. figure 19). Cette rétro-information est réalisée auprès des professionnels dans uniquement 48% des établissements et dans 2 tiers des EHPAD adossés à un CH (cf. figure 20).

Figure 19 : La surveillance des AES fait l'objet d'une rétro-information aux instances de l'établissement.

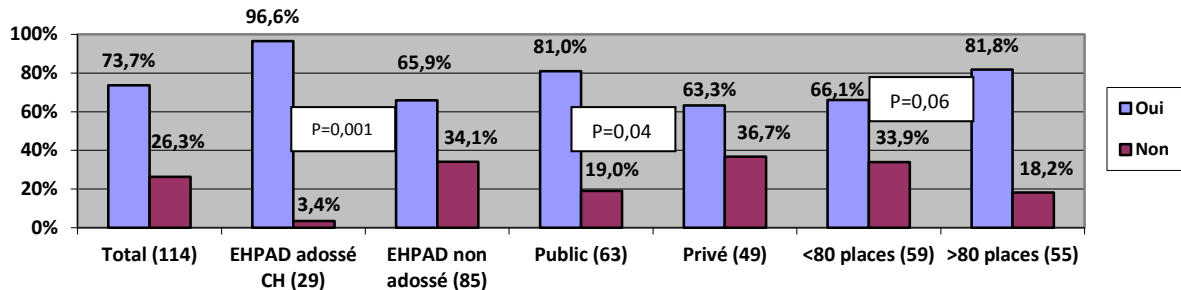
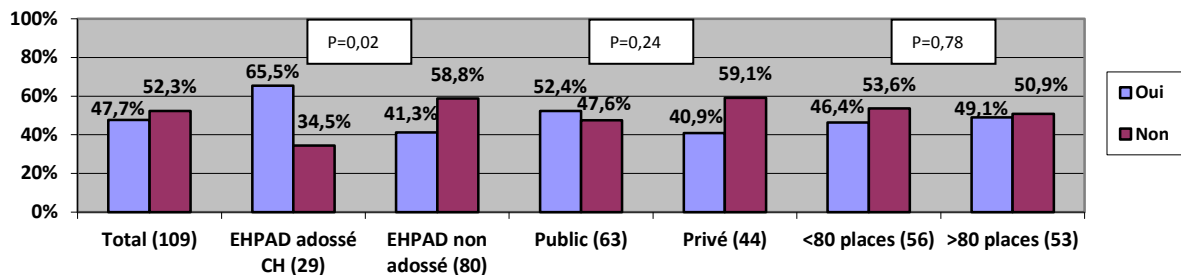
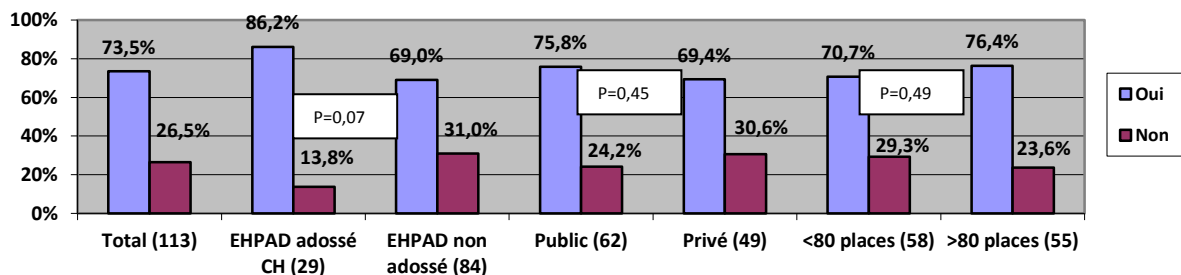


Figure 20 : La surveillance des AES fait l'objet d'une rétro-information aux professionnels de l'établissement.



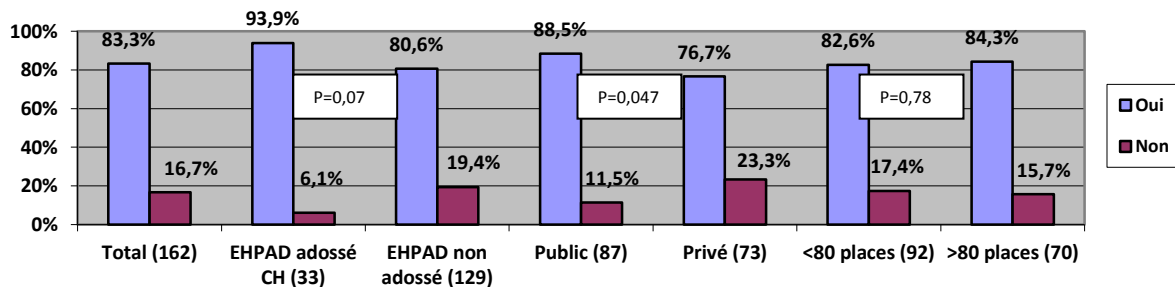
Près de 8 fois sur 10 des actions d'amélioration sont mises en place à l'issue de l'analyse des AES (cf. figure 21).

Figure 21 : L'analyse des AES est à l'origine d'actions d'amélioration.



Le suivi de la couverture vaccinale des professionnels contre l'hépatite B est réalisé plus de 8 fois sur 10 notamment dans les établissements publics ou adossés à un CH (cf. figure 22).

Figure 22 : L'établissement s'assure du suivi de la couverture vaccinale anti-hépatite B de l'ensemble du personnel.



Synthèse politique de surveillance des AES dans les EHPAD

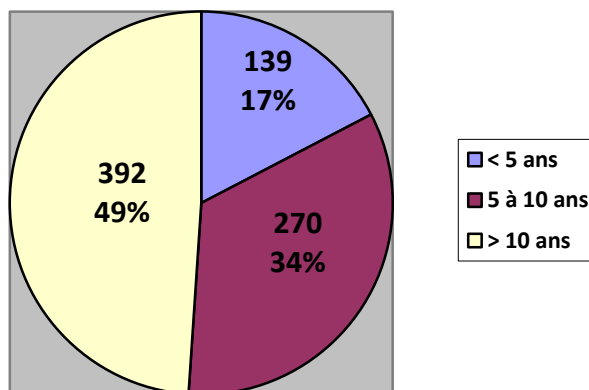
Près d'1 EHPAD sur 4 ne réalise pas de surveillance, ni d'analyse, ni de rétro-information, ni d'actions correctives. Cette proportion est plus élevée dans les EHPAD non adossés à un CH.

La couverture vaccinale contre l'hépatite B est correctement suivie.

Données individuelles des IDE

Parmi les 1123 IDE salarié(e)s par les EHPAD participant à l'enquête, 801 ont répondu au questionnaire IDE (71,3%). Près d'un(e) IDE sur 2 est diplômé(e) depuis plus de 10 ans (cf. figure 23).

Figure 23 : Année d'obtention du DE d'infirmier.



Parmi ces IDE, 2% ne sont pas à jour de la vaccination anti-hépatite B et 7% ne connaissent pas leur statut vaccinal (cf. figure 24). Parmi les IDE connaissant leur statut vaccinal, lorsque celui-ci est à jour, près de 7 sur 10 affirment que leur taux d'anticorps anti-hépatite B est conforme (cf. figure 25).

Figure 24 : La vaccination contre l'hépatite B est à jour.

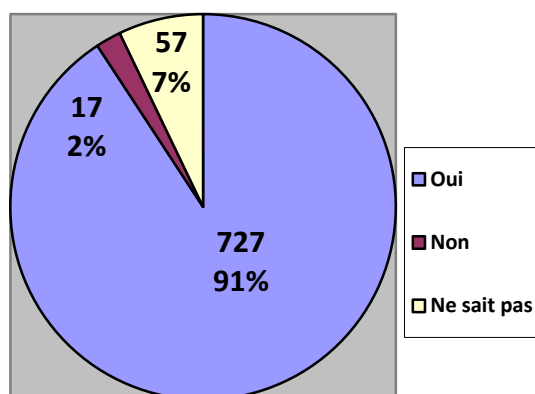
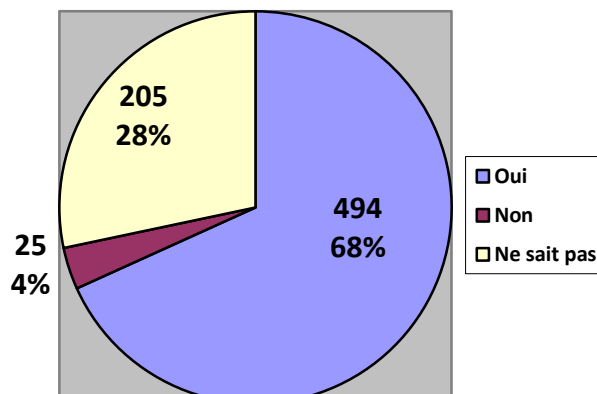


Figure 25 : Le taux d'anticorps anti-Hbs est conforme (> 10 UI/L).



Pratiques professionnelles

Le port de gants UU non stériles en cas de soins à risque d'exposition aux liquides biologiques, notamment au sang, n'est pas systématique et varie de 98% lors de la pose d'aiguille de Huber sur une CIP à 15% pour la réalisation d'injection IM ou sous-cutanée à l'aide d'un stylo-injecteur. (cf. tableau 2).

Tableau 2 : Port de gants UU non stériles lors de gestes invasifs.

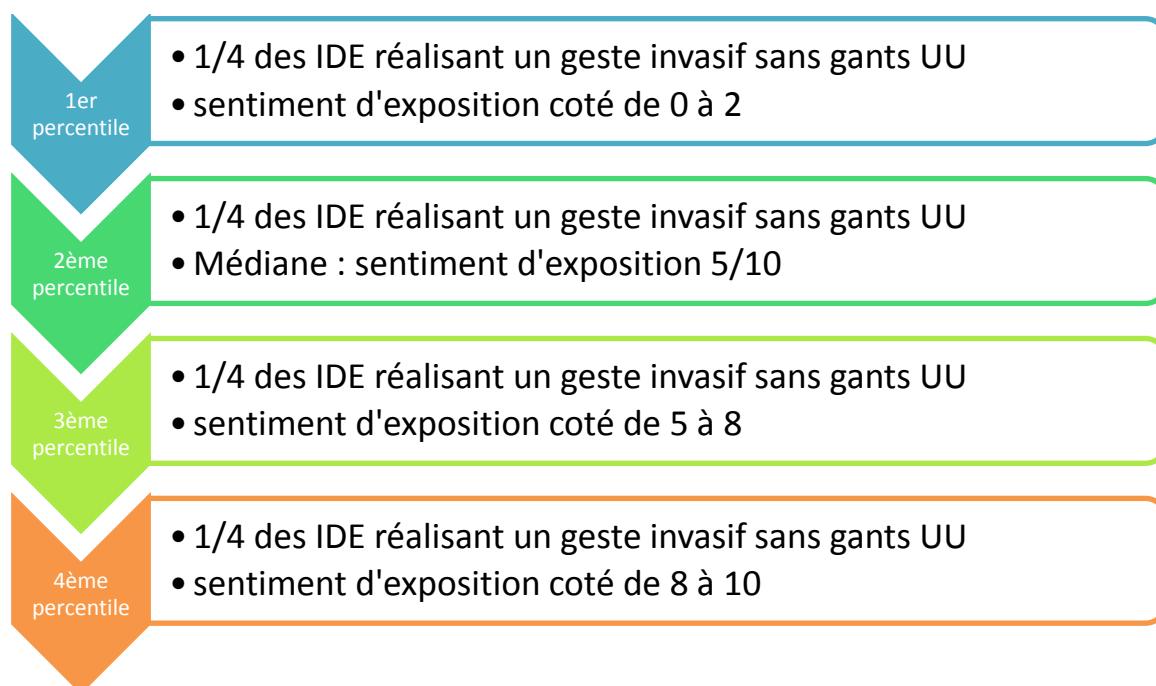
	DE	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais	Geste non réalisé	p
Pose de l'aiguille de Huber (CIP)	< 5 ans	99 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	510 (63,7%)	0,45
	> 5 ans	187 (97,4%)	2 (1%)	1 (0,5%)	2 (1%)		
	TOTAL	286 (98,2%)	2 (0,7%)	1 (0,3%)	2 (0,7%)		
Cathétérisme intraveineux périphérique	< 5 ans	165 (85,9%)	12 (6,3%)	10 (5,2%)	5 (2,6%)	212 (26,5%)	< 10 ⁻⁷
	> 5 ans	237 (59,7%)	57 (14,4%)	50 (12,6%)	53 (13,4%)		
	TOTAL	402 (68,3%)	69 (11,7%)	60 (10,2%)	58 (9,8%)		
Injection IVD	< 5 ans	140 (68,6%)	27 (13,2%)	18 (8,8%)	18 (9,3%)	149 (18,6%)	< 10 ⁻⁶
	> 5 ans	205 (45,8%)	64 (14,3%)	78 (17,4%)	101 (22,5%)		
	TOTAL	345 (52,9%)	91 (14%)	96 (14,7%)	120 (18,4%)		
Injection IM	< 5 ans	165 (64,7%)	26 (10,2%)	30 (11,8%)	34 (13,3%)	33 (4,1%)	< 10 ⁻⁷
	> 5 ans	178 (34,7%)	39 (7,6%)	85 (16,6%)	211 (41,1%)		
	TOTAL	343 (40,5%)	92 (12,2%)	123 (16,3%)	233 (30,9%)		
Cathétérisme sous-cutané	< 5 ans	123 (49%)	36 (14,3%)	37 (14,7%)	55 (21,9%)	48 (6%)	0,0004
	> 5 ans	182 (36,3%)	56 (11,2%)	86 (17,1%)	178 (35,5%)		
	TOTAL	305 (40,5%)	92 (12,2%)	123 (16,3%)	233 (30,9%)		
Prélèvement sanguin	< 5 ans	129 (50,4%)	56 (21,9%)	54 (21,1%)	17 (6,6%)	27 (3,4%)	< 10 ⁻⁷
	> 5 ans	167 (32,2%)	87 (16,8%)	149 (28,8%)	115 (22,2%)		
	TOTAL	296 (38,4%)	143 (18,5%)	203 (26,2%)	132 (17,1%)		
Injection SC en seringue	< 5 ans	97 (36,5%)	37 (13,9%)	54 (20,3%)	78 (29,3%)	9 (1,1%)	< 10 ⁻⁶
	> 5 ans	110 (20,9%)	55 (10,5%)	101 (19,2%)	260 (49,4%)		
	TOTAL	207 (26,1%)	92 (11,6%)	155 (19,6%)	338 (42,7%)		
Prélèvement capillaire	< 5 ans	48 (17,8%)	29 (10,8%)	61 (22,7%)	131 (48,7%)	13 (1,6%)	0,09
	> 5 ans	69 (13,3%)	63 (12,1%)	94 (18,1%)	293 (56,5%)		
	TOTAL	117 (15%)	92 (11,8%)	155 (19,9%)	424 (54,5%)		
Injection SC par stylo injecteur	< 5 ans	50 (19,4%)	22 (8,5%)	43 (16,7%)	143 (54,5%)	34 (4,2%)	0,09
	> 5 ans	65 (12,7%)	42 (8,3%)	83 (16,3%)	319 (62,7%)		
	TOTAL	115 (15%)	64 (8,5%)	126 (16,4%)	462 (60,2%)		

La proportion d'IDE ne portant jamais de gants UU non stériles dans ces indications varie de moins de 1% pour la pose d'aiguille de Huber à plus de 50% pour les prélèvements capillaires et jusqu'à 60% pour les injections sous-cutanées avec stylo-injecteur.

Les IDE diplômé(e)s depuis moins de 5 ans portent les gants UU plus souvent que les IDE anciennement diplômé(e)s. Plus le DE est ancien, plus le taux du port de gants UU baisse.

Le sentiment de s'exposer à un risque viral lors de la réalisation de l'un de ces gestes sans gants UU non stériles a été codé de 0 (aucun sentiment de s'exposer à un risque viral) à 10 (sentiment de s'exposer à un risque viral très élevé) : le sentiment médian est à 5. L'étude montre que 25% des IDE cote ce sentiment de 0 (nul) à 2 (très faible) et 25% de 8 (élevé) à 10 (très élevé), cf. figure 26.

Figure 26 : Sentiment de s'exposer à un risque viral lors de la réalisation d'un geste invasif sans gants UU.



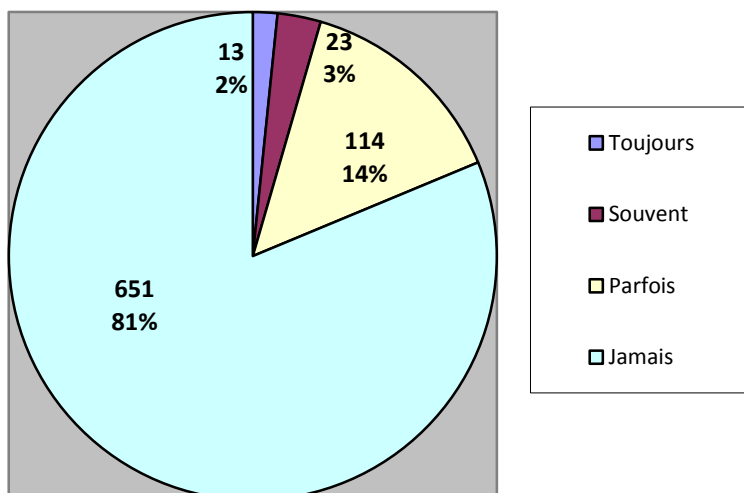
L'utilisation du matériel sécurisé, lorsque celui-ci est mis à disposition, n'est pas systématique et cela quelle que soit l'ancienneté du DE (cf. tableau 3).

Tableau 3 : Utilisation du matériel sécurisé.

	DE	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais	Matériel non disponible	Geste non réalisé	p
Prélèvement capillaire	< 5 ans	219 (86,9%)	13 (5,2%)	9 (3,6%)	11 (4,4%)	71 (8,9%)	14 (1,7%)	0,40
	> 5 ans	415 (89,4%)	17 (3,7%)	9 (1,9%)	23 (5%)			
	TOTAL	306 (90%)	12 (3,5%)	7 (2,1%)	15 (4,4%)			
Pose de l'aiguille de Huber (CIP)	< 5 ans	50 (87,7%)	4 (7%)	1 (1,8%)	2 (3,5%)	38 (4,7%)	582 (72,7%)	0,88
	> 5 ans	106 (85,5%)	6 (4,8%)	1 (0,8%)	11 (8,9%)			
	TOTAL	156 (86,2%)	10 (5,5%)	2 (1,1%)	13 (7,2%)			
Prélèvement sanguin	< 5 ans	156 (75,4%)	27 (13%)	16 (7,7%)	8 (3,9%)	158 (19,7%)	31 (3,9%)	0,02
	> 5 ans	332 (82%)	24 (5,9%)	27 (6,7%)	22 (5,4%)			
	TOTAL	245 (81,1%)	23 (7,6%)	18 (6%)	16 (5,3%)			
Cathétérisme sous-cutané	< 5 ans	143 (75,7%)	13 (6,9%)	8 (4,2%)	25 (13,2%)	212 (26,5%)	43 (5,4%)	0,23
	> 5 ans	290 (79%)	22 (6%)	24 (6,5%)	31 (8,5%)			
	TOTAL	433 (78,9%)	35 (6,3%)	32 (5,8%)	56 (10,1%)			
Cathétérisme intraveineux périphérique	< 5 ans	98 (76%)	9 (7%)	5 (3,9%)	17 (13,2%)	193 (24,1%)	230 (28,7%)	0,75
	> 5 ans	198 (79,5%)	13 (5,2%)	6 (2,4%)	32 (12,9%)			
	TOTAL	296 (78,3%)	22 (5,8%)	11 (2,9%)	49 (13%)			
Injection SC par stylo injecteur	< 5 ans	142 (77,6%)	17 (9,3%)	7 (3,8%)	17 (9,3%)	224 (28%)	37 (4,6%)	0,58
	> 5 ans	270 (75,6%)	26 (7,3%)	20 (5,6%)	41 (11,5%)			
	TOTAL	412 (76,3%)	43 (8%)	27 (5%)	58 (10,7%)			
Injection IVD	< 5 ans	66 (59,5%)	12 (10,8%)	9 (8,1%)	24 (21,6%)	291 (36,3%)	173 (21,6%)	0,67
	> 5 ans	141 (62,4%)	16 (7,1%)	16 (7,1%)	53 (23,4%)			
	TOTAL	207 (61,4%)	28 (8,3%)	25 (7,4%)	77 (22,8%)			
Injection IM	< 5 ans	69 (50,7%)	9 (6,6%)	19 (14%)	39 (28,7%)	373 (46,6%)	42 (5,2%)	0,40
	> 5 ans	141 (56,4%)	23 (9,2%)	26 (10,4%)	60 (24%)			
	TOTAL	107 (58,8%)	12 (6,6%)	18 (9,9%)	45 (24,7%)			
Injection SC en seringue	< 5 ans	88 (49,7%)	28 (15,8%)	36 (20,3%)	25 (14,1%)	265 (33,1%)	13 (1,6%)	0,39
	> 5 ans	196 (56,6%)	54 (15,6%)	53 (15,3%)	43 (12,4%)			
	TOTAL	284 (54,3%)	82 (15,7%)	89 (17%)	68 (13%)			

Un(e) IDE sur 5 recapuchonne les aiguilles avant élimination dont 2% systématiquement après chaque soin (cf. figure 27).

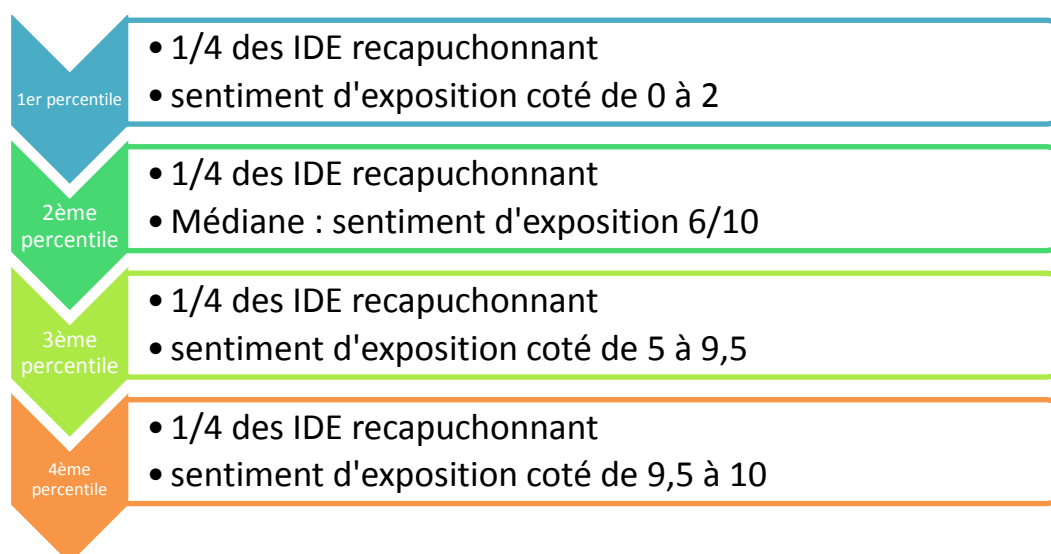
Figure 27 : Recapuchonnage des aiguilles avant élimination.



Les motifs de recapuchonnage sont multiples allant de « l'absence d'élimination dans le collecteur immédiatement après réalisation du geste » (n=99, 68,8%), « l'habitude » (n=36, 25%), « la non mise à disposition de matériel de sécurité » (n=35, 24,3%), « la rapidité d'élimination » (n=10, 6,9%), « la pratique du service » (n=3, 2,1%) à d'autres causes variées (n=6, 4,2%) telles que « l'absence de collecteur », « recapuchonnage plus sécurisant que l'élimination dans le collecteur », « double sécurité », « collecteur non adapté », « préparation de l'injection dans le plateau » et le fait que « le geste est fait sans poser les doigts près de l'aiguille ».

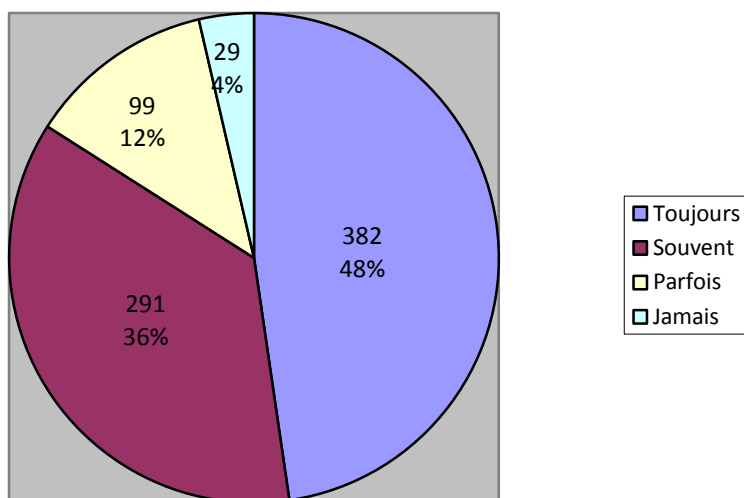
Le sentiment d'être exposé(e) à un risque viral lors du recapuchonnage a été codé de 0 (aucun sentiment) à 10 (sentiment très élevé) : le sentiment médian est à 6 (risque moyen). L'étude montre que 25% des IDE cotent ce sentiment de 0 (nul) à 2 (très faible) et 25% de 9,5 (élevé) à 10 (très élevé), cf. figure 28.

Figure 28 : Sentiment de s'exposer à un risque de piqure lors du recapuchonnage (de 0 à 10)



Lors de la réalisation d'un geste invasif, le collecteur OPCT n'est pas systématiquement à proximité immédiate du professionnel dans plus de la moitié des cas (cf. figure 29).

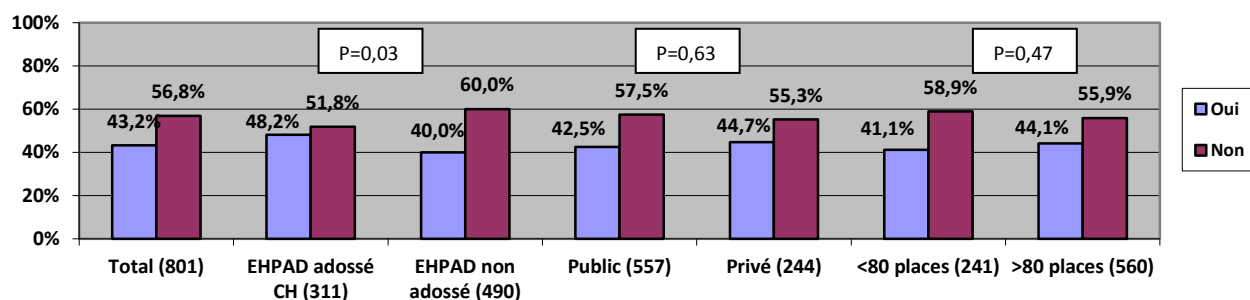
Figure 29 : Le collecteur OPCT est à proximité du professionnel lors de la réalisation d'un geste invasif.



Formation

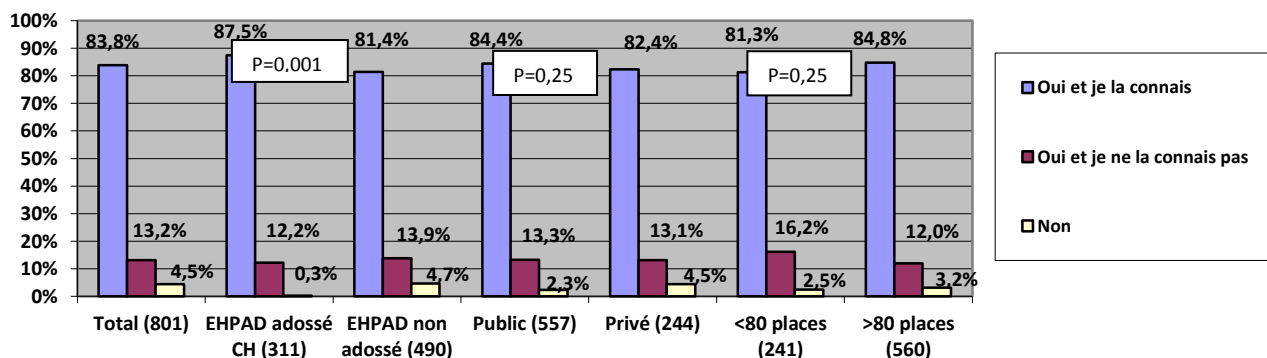
Plus d'un(e) IDE sur 2 rapporte ne pas avoir eu de formation sur la prévention des AES et la conduite à tenir en cas d'AES au cours des 3 dernières années, avec un taux supérieur pour les IDE exerçant dans les EHPAD non adossés à un CH par rapport aux EHPAD adossés (60% vs 51,8%, $p=0,02$). On ne retrouve pas cette différence entre le statut public ou privé ni selon la taille de l'EHPAD (cf. figure 30). La proportion de formation à la prévention des AES dans les 3 dernières années passe de 73,3% (198/72) pour les IDE diplômé(e)s depuis moins de 5 ans à 24,5% (34/139) pour les IDE diplômé(e)s de 5 à 10 ans et 29,1% (114/392) pour les IDE diplômé(e)s depuis plus de 10 ans ($p < 10^{-8}$).

Figure 30 : Formation sur la prévention des AES et leur prise en charge au cours des 3 dernières années.



L'existence d'un protocole de prise en charge des AES est connu par 97% des IDE et près de 84% des IDE le connaissent (cf. figure 31). Le taux est légèrement plus important dans les EHPAD adossés à un CH et ne varie pas en fonction de l'ancienneté du DE : 81,2% (221/270) pour les IDE diplômé(e)s depuis moins de 5 ans, 87,1% (121/139) des IDE diplômé(e)s depuis 5 à 10 ans et 83,9% (329/392) des IDE diplômé(e)s depuis plus de 10 ans ($p=0,38$).

Figure 31 : Connaissance de l'existence d'une procédure décrivant la conduite à tenir en cas d'AES.



Antécédent d'AES par piqûre en EHPAD

Taux d'AES

Parmi les 801 IDE, 183 (22,8%) rapportent avoir été victimes d'un AES par piqûre au cours de leur activité professionnelle en EHPAD. Parmi ces 183 IDE victimes, 63 ont été blessé(e)s au cours de l'année écoulée : 55 IDE se sont piqué(e)s 1 fois et 8 IDE à 2 reprises. Au total, pour l'année écoulée, 71 AES par piqûre sont survenus soit un taux d'AES de 8,86/100 IDE et de 4,94 AES/1000 lits.

Description des AES

La majorité des IDE victimes d'un AES s'est blessée en journée (figure 32) avec du matériel non sécurisé plus de 8 fois sur 10 (figure 33).

Figure 32 : Moment de survenue de l'AES.

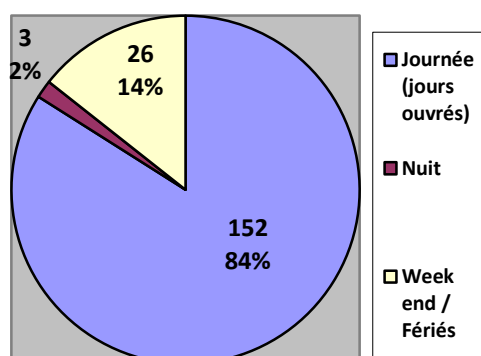
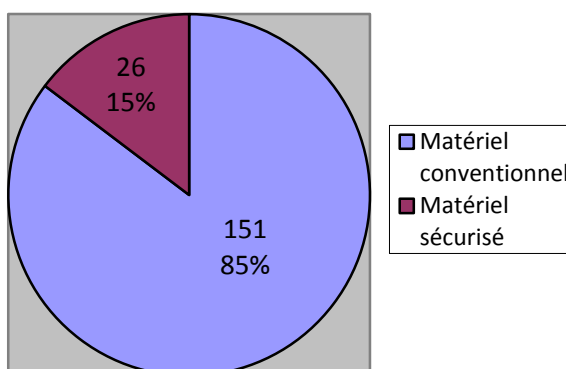
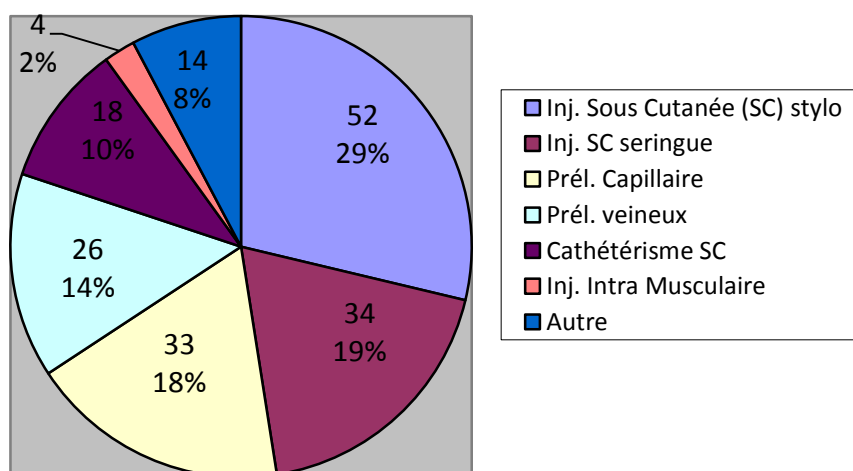


Figure 33 : Type de matériel à l'origine de l'AES



L'AES s'est principalement produit lors de la réalisation d'une injection sous-cutanée (49,7% des situations) et majoritairement lors de l'utilisation d'un stylo-injecteur (57,8% des AES par injection sous-cutanée). Aucun AES n'est signalé lors de la réalisation d'une injection par voie intra-veineuse directe, lors de la pose de cathéter veineux périphérique ni lors du branchement d'une chambre implantable (cf. figure 34).

Figure 34 : Soin au cours duquel l'AES est survenu (n=181).



Le retrait du matériel ainsi que son élimination sont les principales situations au cours desquelles sont survenus les AES. Les AES impliquant une mauvaise utilisation des collecteurs OPCT représentent 5,7% des circonstances recensées (cf. tableau 4).

Tableau 4 : Circonstances de survenue des AES en EHPAD.

Circonstances	n	%
Lors du retrait du matériel	61	34,1%
Lors de l'élimination du matériel dans le collecteur sans dépose intermédiaire	34	19%
Lors de l'élimination du matériel dans le collecteur avec dépose intermédiaire	23	12,8%
Lors de la pose du matériel	16	8,9%
Piqûre avec du matériel « trainant » (lit du patient, sur un plateau ...)	9	5%
Collecteur OPCT trop plein	4	2,2%
Collecteur OPCT renversé	3	1,7%
Collecteur OPCT mal fermé	1	0,6%
Collecteur OPCT mal « clipsé »	1	0,6%
Collecteur OPCT percé	1	0,6%
Autre	26	14,5%

Lors de la survenue de l'AES, moins d'un tiers des IDE porte une paire de gants UU lorsque ce port est indiqué (cf. figure 35), le port de gants diminuant avec l'ancienneté du diplôme d'état (cf. figure 36). Pour 5 situations d'AES, le port de gants UU n'est pas indiqué et 2 IDE n'ont pas donné de réponse.

Figure 35 : Port de gants à UU lors de la survenue de l'AES selon le statut de l'EHPAD

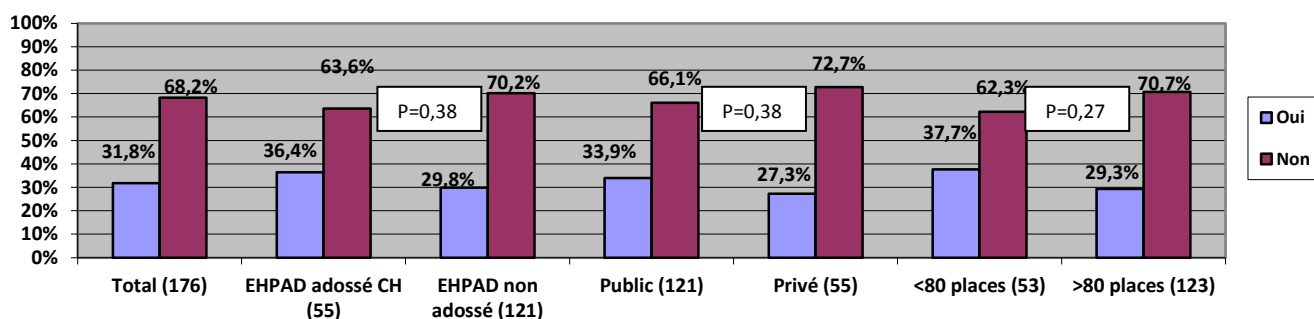
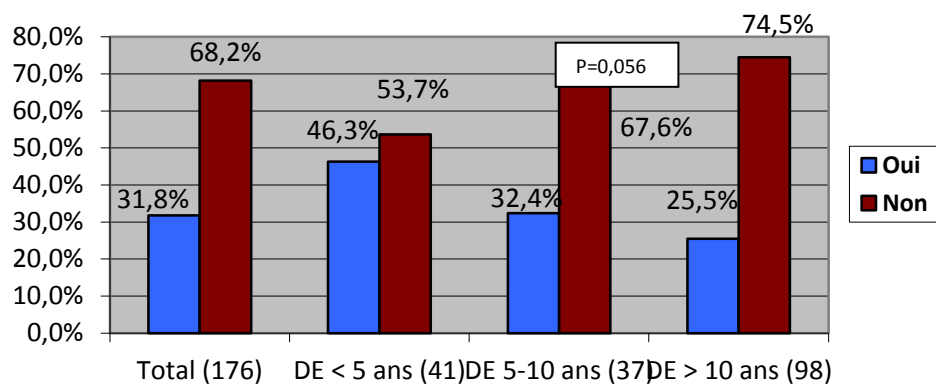


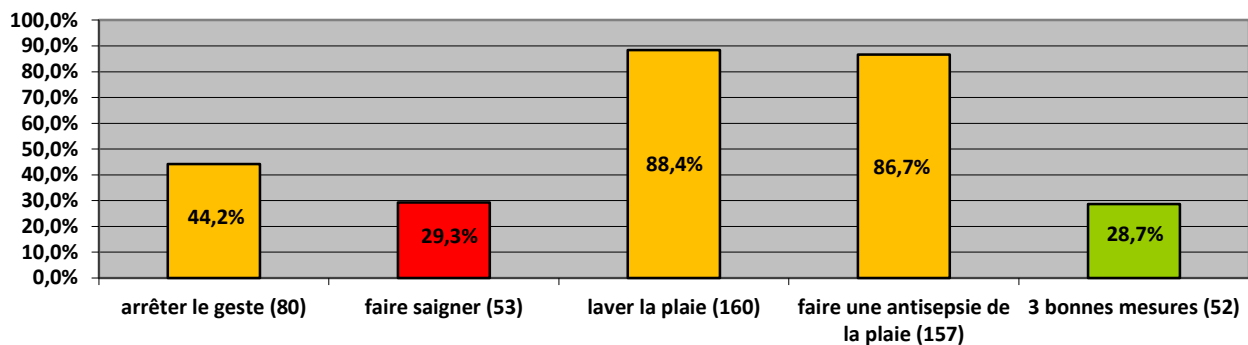
Figure 36 : Port de gants usage unique lors de la survenue de l'AES selon l'ancienneté du diplôme.



Prise en charge de l'AES

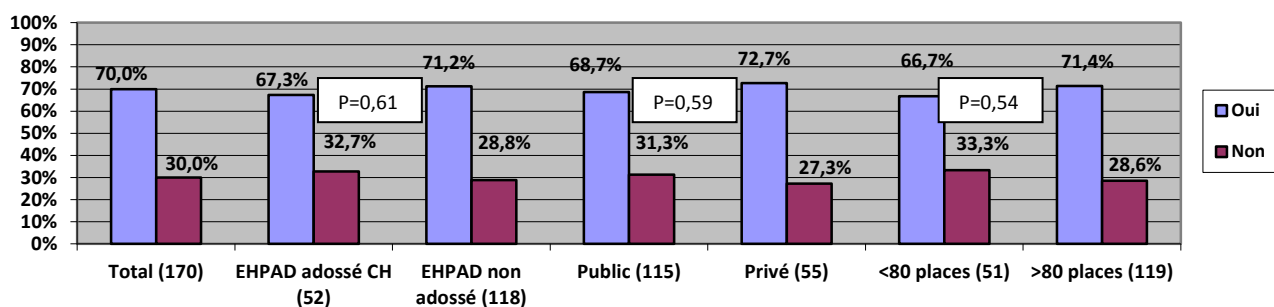
Les mesures immédiates de prise en charge de l'AES (arrêt du geste + lavage de la plaie + antiseptie de la plaie) sont appliquées dans moins d'un tiers des AES. Près d'1 professionnel sur 10 réalise un lavage de la plaie et une antiseptie, près d'un tiers fait encore saigner la plaie. Moins d'1 IDE sur 3 réalise les 3 bonnes mesures (cf. figure 37).

Figure 37 : mesures immédiates de prises en charge de l'AES (n=181).



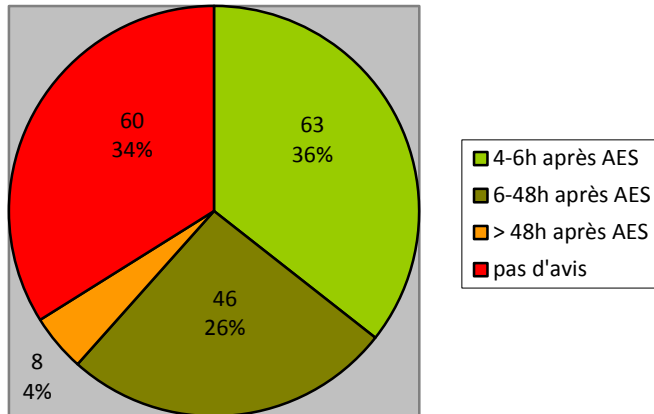
Le statut sérologique du patient source est déterminé dans les 4 à 6 heures suivant l'AES dans un peu plus de 2 tiers des cas, la proportion ne varie pas avec le statut de l'EHPAD (cf. figure 38) ni avec l'ancienneté du DE. Pour 11 AES, le résident source n'est pas identifié.

Figure 38 : Détermination du statut sérologique du patient source dans les 4 à 6 heures suivants l'AES.



Un tiers des personnes victimes d'un AES ne bénéficie pas d'un avis spécialisé pour évaluer le risque infectieux à la suite de l'AES et un tiers a un avis dans les 4 à 6 heures suivant l'AES (cf. figure 39).

Figure 39 : Avis spécialisé pour évaluer le risque infectieux lié à l’AES.



La proportion de professionnels n’ayant pas eu d’avis ne diffère pas selon le type d’établissement, ni de l’ancienneté du DE.

L’AES est déclaré en accident du travail dans 78,5% des situations (142), cette proportion ne diffère pas selon le statut de l’établissement (cf. figure 40) ni selon l’ancienneté du DE. Plus d’une fois sur 5 l’AES ne fait pas l’objet d’une déclaration d’accident de travail (AT) en raison d’un risque de transmission virale jugé minime ou nul (cf. figure 41).

Figure 40 : Déclaration de l’AES en accident de travail

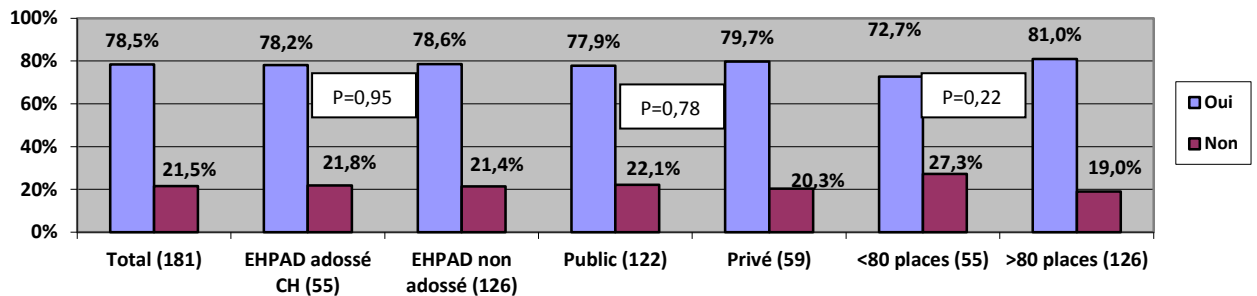
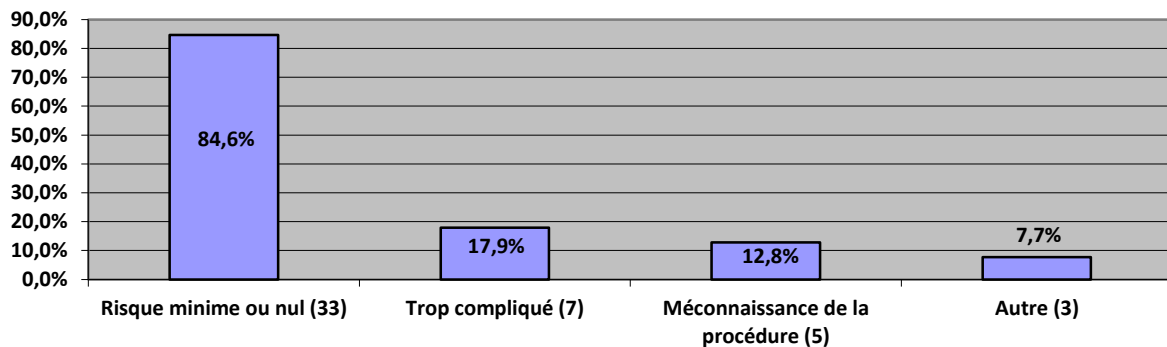


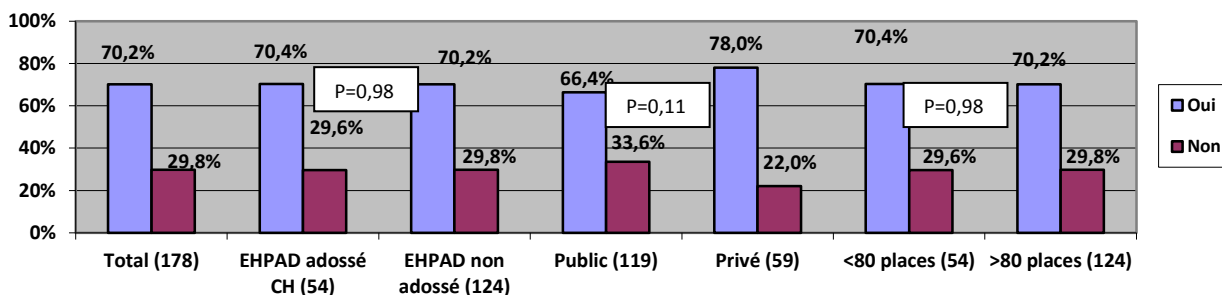
Figure 41 : Raisons de la non déclaration de l’AES en accident du travail (39).



Les 3 raisons autres invoquées de non-déclaration de l'AES en AT sont « l'absence de procédure lors de l'AES » (1), le fait « d'être seul(e) à 21h lorsque l'AES est survenu et qu'il n'y avait pas de médecin » (1) et enfin que le « professionnel est un(e) IDE libéral(e) détaché(e) dans l'EHPAD ».

Trois professionnels sur 10 ne bénéficient pas d'un suivi de l'AES (cf. figure 42), cette proportion ne différant pas selon le statut de l'EHPAD ni l'ancienneté du DE.

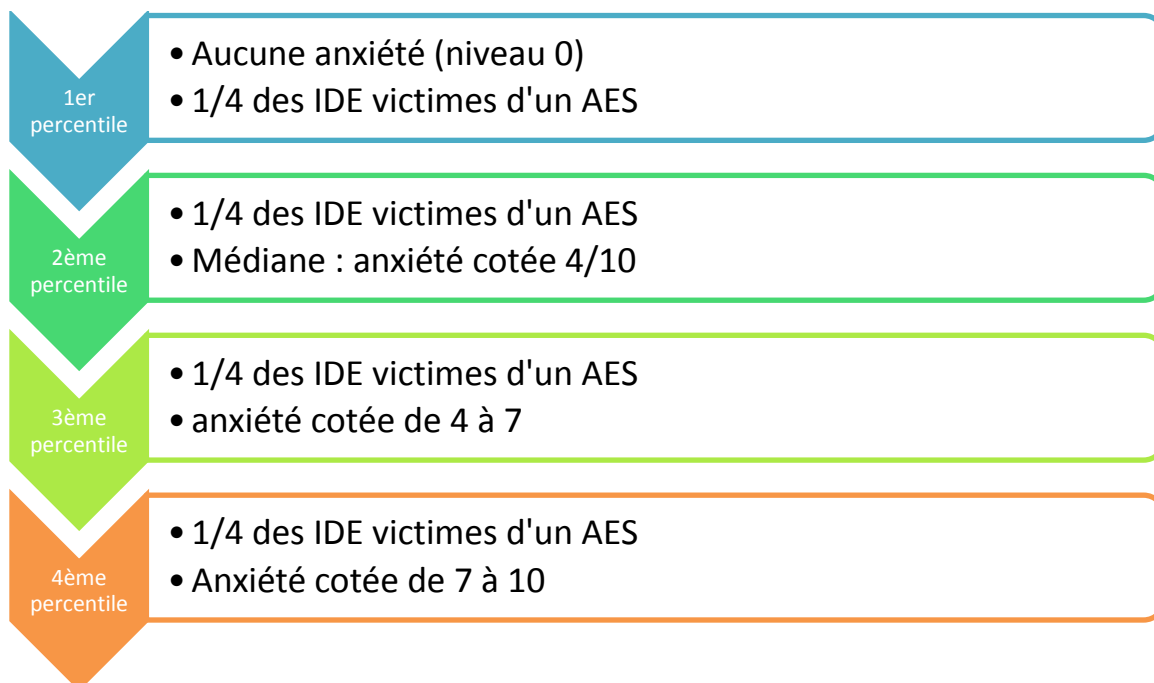
Figure 42 : L'AES a bénéficié d'un suivi sérologique.



Seuls 5 traitements antirétroviraux (2,8%, 5/176 répondants) et un arrêt de travail sont prescrits dans ce cadre (0,6%, 1/175 répondants).

Le niveau d'anxiété ressentie suite à cet AES est en médiane évalué à 3 sur une échelle qui va de 0 (pas d'anxiété) à 10 (très anxiogène). L'étude montre que 25% des IDE rapportent n'avoir ressenti aucune anxiété (niveau 0), cf. figure 43.

Figure 43 : niveau d'anxiété ressentie lors de l'AES



La prise en charge de l'AES ne diffère pas pour les AES survenus au cours des 12 derniers mois par rapport aux AES survenus antérieurement.

Bibliographie

1. AES-Raisin. Surveillance of occupational blood and body fluids exposures in French healthcare facilities - results 2013. 2013.
2. Costigliola V, Frid A, Letondeur C, Strauss K. Needlestick injuries in European nurses in diabetes. *Diabetes Metab.* 2012 Jan;38:S9–S14.
3. Nagao Y, Baba H, Torii K, Nagao M, Hatakeyama K, Iinuma Y, et al. A long-term study of sharps injuries among health care workers in Japan. *Am J Infect Control.* 2007 Aug;35(6):407–11.
4. Crossley K, Willenbring K, Thurn J. Needlestick injuries and needle disposal in Minnesota nursing homes. *J Am Geriatr Soc.* 1990 Jul;38(7):793–6.
5. Leiss JK, Sitzman KL, Kendra MA. Provision and use of personal protective equipment among home care and hospice nurses in North Carolina. *Am J Infect Control.* 2011 Mar;39(2):123–8.
6. Kiss P, De Meester M, Braeckman L. Needlestick Injuries in Nursing Homes: The Prominent Role of Insulin Pens. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2008 Dec;29(12):1192–4.

Evaluation du risque d'Accident d'Exposition au Sang (AES) en EHPAD

Fiche Etablissement

Caractéristiques de l'établissement

1. Code FINESS :
2. Statut de l'établissement (une seule réponse possible)
 - Établissement privé lucratif
 - Établissement privé associatif
 - Établissement public rattaché à un CH
 - Établissement public non rattaché à un CH
 - Autre (par exemple si statut mixte)
3. Département :
4. Nombre total de places et lits :
5. Nombre d'IDE salarié(e)s par établissement :

Prise en charge des AES

6. L'établissement dispose d'une procédure de prise en charge de l'AES complète et conforme aux recommandations/règlementation en vigueur oui non
7. La procédure est affichée dans toutes les salles de soins oui non
8. L'organisation de l'établissement permet de déterminer rapidement le statut sérologique du patient source (< 4 h)
 - a. En journée, jours ouvrés oui non
 - b. La nuit oui non
 - c. Les week-ends et jours fériés oui non
9. La procédure précise les modalités d'obtention d'un avis spécialisé par la victime dans les 4 à 6 heures suivant l'AES
 - a. En journée, jours ouvrés oui non
 - b. La nuit oui non
 - c. Les week-ends et jours fériés oui non

Equipement de protection individuel et matériel sécurisé

10. L'établissement met à disposition des équipements de protection individuels (gants non stériles à usage unique) pour le personnel soignant

oui non

11. L'établissement met à disposition des collecteurs jaunes OPCT

oui non

12. L'établissement met à disposition du matériel sécurisé

	Oui	Non	NA
a. Matériel sécurisé pour prélèvement sanguin			
b. Matériel sécurisé pour prélèvement capillaire			
c. Matériel sécurisé pour injection IM			
d. Matériel sécurisé pour injection SC en seringue			
e. Matériel sécurisé pour injection SC par stylo injecteur			
f. Matériel sécurisé pour injection IVD			
g. Matériel sécurisé pour cathétérisme veineux périphérique			
h. Matériel sécurisé pour cathétérisme sous-cutané			
i. Matériel sécurisé pour CIP (aiguille de Huber)			

Formation

13. L'établissement assure une formation régulière des professionnels de santé

a. Sur l'existence du risque AES oui non

b. Sur la prévention des AES oui non

c. Sur l'utilisation correcte du matériel sécurisé oui non

d. Sur les modalités de déclaration des AES oui non

e. Sur les modalités de prise en charge des AES oui non

14. L'établissement organise la surveillance des AES du personnel oui non

Si oui, renseignez les questions 15 à 18

15. Cette surveillance se fait avec le service de santé au travail oui non

16. Cette surveillance fait l'objet d'une analyse annuelle oui non

17. Cette analyse fait l'objet d'une rétro-information

a. Aux instances de l'établissement oui non

b. Au personnel de l'établissement oui non

18. Cette analyse est à l'origine d'actions d'amélioration oui non

19. L'établissement s'assure que tout le personnel est à jour de la vaccination anti-hépatite B

oui non

Fiche saisie

Evaluation du risque d'Accident d'Exposition au Sang (AES) en EHPAD

Fiche Infirmier(e)

Les Accidents d'Exposition au Sang par piqûre d'aiguille font partie des risques professionnels. Peu de données sont disponibles sur les AES en EHPAD.

Cette étude permettra de faire l'état des lieux du risque AES des IDE (infirmières/infirmiers) exerçant en EHPAD.

L'Arrêté du 10 juillet 2013 définit l'AES : « *Accident exposant au sang (AES) : tout contact avec du sang ou un liquide biologique contenant du sang et comportant soit une effraction cutanée (piqûre, coupure) soit une projection sur une muqueuse (œil...) ou sur une peau lésée. Sont assimilés à des AES les accidents survenus dans les mêmes circonstances avec d'autres liquides biologiques (tels que liquide céphalorachidien, liquide pleural, sécrétions génitales...) considérés comme potentiellement contaminants même s'ils ne sont pas visiblement souillés de sang* »

Nous vous remercions de remplir cette enquête qui est anonyme.

Votre participation est précieuse.

Données individuelles

1. Année d'obtention du DE

< 5 ans

≥ 5 ans et < 10 ans

≥ 10 ans

2. Votre vaccination contre l'Hépatite B est à jour

oui non ne sait pas

Si oui

3. Votre taux d'anticorps post-vaccination anti-hépatite B est conforme (≥ 10 ml/l)

oui non ne sait pas

4. Vous portez des gants lors de la réalisation des gestes invasifs suivants

(Cocher pour chaque geste la réponse adaptée, une seule réponse par ligne)

	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais	Geste non réalisé
a. Prélèvement sanguin					
b. Prélèvement capillaire					
c. Injection IM					
d. Injection SC en seringue					
e. Injection SC par stylo injecteur					
f. Injection IVD					
g. Cathétérisme intraveineux périphérique					
h. Cathétérisme sous-cutané					
i. Pose de l'aiguille de Huber (CIP)					

Si vous portez systématiquement des gants à usage unique dans les situations listées, ne répondez pas à la question 5.

5. Si vous réalisez un de ces gestes invasifs sans gant (quel que soit le résident) vous avez le sentiment de vous exposer à un risque de transmission virale (Hépatite B ou C, VIH)

Pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tout à fait

6. Vous utilisez du matériel sécurisé (autre que collecteur jaune OPCT) lors de la réalisation des gestes invasifs suivants

(Cocher pour chaque geste la réponse adaptée, une seule réponse par ligne)

	Matériel disponible				Matériel non disponible	Geste non réalisé
	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais		
a. Prélèvement sanguin						
b. Prélèvement capillaire						
c. Injection IM						
d. Injection SC en seringue						
e. Injection SC par stylo injecteur						
f. Injection IVD						
g. Cathétérisme intraveineux périphérique						
h. Cathétérisme sous-cutané						
i. Pose de l'aiguille de Huber (CIP)						

7. Vous recapuchonnez les aiguilles avant de les éliminer

toujours souvent parfois jamais

Si vous répondez par « jamais », passer à la question 10

8. Si vous recapuchonnez les aiguilles avant élimination, vous avez le sentiment de vous exposer à un risque de transmission virale (hépatite B ou C, VIH)

Pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tout à fait

9. Pourquoi recapuchonnez-vous les aiguilles? (*choix multiple possible*)

- Plus rapide
- Par habitude
- Pratique du service
- Pas de matériel sécurisé mis à disposition
- Pas d'élimination immédiate de l'aiguille dans le collecteur jaune après le geste (dépose intermédiaire)

Autre.....

10. Lors de la réalisation d'un geste invasif, vous placez le collecteur jaune OPCT à proximité immédiate pour éliminer directement le matériel utilisé

toujours souvent parfois jamais

Formation

11. Vous avez bénéficié d'une formation sur la prévention et sur la conduite à tenir en cas d'AES au cours des 3 dernières années oui non

12. Il existe une procédure décrivant la conduite à tenir en cas d'AES dans votre établissement

- Oui, et je la connais
- Oui, mais je ne la connais pas
- Non, pas à ma connaissance

Antécédents d'AES

13. Vous avez déjà été victime d'un AES par piqûre en EHPAD oui non

Si vous avez été victime d'un AES en EHPAD, renseignez les questions 14 à 28 concernant le dernier AES par piqûre, sinon vous avez terminé le questionnaire.

14. Combien de fois vous êtes-vous blessé par piqûre au cours des 12 derniers mois en EHPAD ?

Précisez le nombre de fois (noter 0 si aucune fois) :

15. Moment de survenue de l'AES

- En journée, jours ouvrés
- La nuit
- Les week-ends et jours fériés

16. Au cours de quel soin l'AES s'est produit (*une seule réponse possible*)

- Prélèvement sanguin
- Prélèvement capillaire

- Injection IM
- Injection SC en seringue
- Injection SC par stylo injecteur
- Injection IVD
- Cathétérisme intraveineux périphérique
- Cathétérisme sous-cutané
- Pose de l'aiguille de Huber (CIP)
- Autre

17. L'AES est survenu avec l'utilisation d'un matériel

- Conventioennel (sans système intégré de protection)
- Sécurisé (avec système intégré de protection)

18. Circonstance de l'AES (*une seule réponse possible*)

- Lors de la pose du matériel
- Lors du retrait du matériel
- Lors de l'élimination du matériel dans le collecteur jaune OPCT au cours du soin (sans dépose intermédiaire)
- Lors de l'élimination du matériel dans le collecteur jaune OPCT à distance du soin (avec dépose intermédiaire)
- Collecteur jaune OPCT trop plein
- Collecteur jaune OPCT percé
- Collecteur jaune OPCT mal cliqué (désolidarisation couvercle - base)
- Collecteur jaune OPCT mal fermé (fermeture provisoire ou définitive mal activée)
- Collecteur jaune OPCT renversé
- Avec du matériel utilisé « traînant » (lit du patient, compresse, plateau...)
- Autre

19. Au moment du soin, vous portiez des gants oui non NA

20. La ou les mesure(s) immédiate(s) prise(s) après cet AES (*choix multiple possible*)

- Arrêt du geste
- Faire saigner
- Lavage de la plaie
- Antisepsie de la plaie

21. Le statut sérologique du résident source a été déterminé dans les 4 à 6 heures suivant l'AES

- oui
- non
- résident source non identifié

22. L'AES a été déclaré en accident du travail oui non

23. Vous n'avez pas réalisé de déclaration d'accident du travail, parce que (*choix multiple possible*)

- Risque jugé minime ou nul
- Trop compliqué
- Méconnaissance de la procédure

Autre.....

24. Vous avez bénéficié d'un avis spécialisé pour évaluer le risque infectieux lié à cet AES

- oui, dans les 4 à 6h suivant l'AES
- oui, entre 6 et 48h suivant l'AES
- oui, au-delà de 48h
- non

25. Suite à cet AES, vous avez bénéficié d'un suivi sérologique oui non

26. Suite à cet AES, un traitement anti-rétroviral vous a été prescrit oui non

27. Suite à cet AES, vous avez eu un arrêt de travail oui non

28. Cet AES a été anxiogène pour vous

Pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Très anxiogène

Partie ci-dessous à remplir par le coordonnateur de l'enquête

29. Statut de l'établissement (une seule réponse possible)

- Établissement privé lucratif
- Établissement privé associatif
- Établissement public rattaché à un CH

Établissement public non rattaché à un CH

Autre (par exemple si statut mixte)

30. Département :

31. Nombre total de places et lits :

32. Nombre d'IDE salarié(e)s par établissement :

Fiche saisie