

**ORGANISATION DES SERVICES POUR LA PRISE EN
CHARGE ET LE SUIVI DES PERSONNES EXPOSÉES
ACCIDENTELLEMENT AU SANG ET AUX
AUTRES LIQUIDES BIOLOGIQUES**

VOLET 2

*Agence de la santé
et des services
sociaux de Chaudière-
Appalaches*

Québec 

**ORGANISATION DES SERVICES POUR LA PRISE EN
CHARGE ET LE SUIVI DES PERSONNES EXPOSÉES
ACCIDENTELLEMENT AU SANG ET AUX
AUTRES LIQUIDES BIOLOGIQUES**

VOLET 2 : PROPOSITION D'UN MODÈLE DE SERVICES

**DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE ET DE L'ÉVALUATION
DE CHAUDIÈRE-APPALACHES**

OCTOBRE 2006

Le document « Organisation des services pour la prise en charge et le suivi des personnes exposées accidentellement au sang et aux autres liquides biologiques » a été préparé par un groupe de travail de la Direction de santé publique et de l'évaluation de Chaudière-Appalaches (DSPE) et du CSSS de Beauce, mandaté par le directeur de santé publique de Chaudière-Appalaches.

COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL :

- Fabienne Blais, agente de planification, de programmation et de recherche en santé au travail, DSPE
- Brigitte Fournier, médecin-conseil en maladies infectieuses, DSPE
- Sylvie Lemieux, médecin-conseil en santé au travail, CSSS de Beauce
- Diane Morin, coordonnatrice en maladies infectieuses, DSPE, responsable du groupe de travail
- Louise Poulin, agente de planification, de programmation et de recherche en maladie infectieuses, DSPE
- Georges Letarte, consultant, Gestion Georges Letarte

Les établissements sont désignés selon le nom qu'ils portaient en 2004.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006
Bibliothèque et Archives Canada, 2006

ISBN 2-89548-382-5 (version imprimée)
ISBN 2-89548-383-3 (version PDF)

Document déposé à Santécom (<http://www.santecom.qc.ca>) : 12-2006-022

Toute reproduction partielle de ce document est autorisée et conditionnelle à la mention de la source.

© Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2006

AVANT-PROPOS

La présente analyse s'inscrit dans le cadre des travaux prévus au Plan d'action régional en santé publique (PAR) de la région Chaudière-Appalaches 2004-2007. Elle fait suite à l'activité inscrite au *Programme national de santé publique* (PNSP) dans le domaine des maladies infectieuses portant sur les expositions accidentelles au sang et autres liquides biologiques, «Post-exposition au VIH».

Des recommandations ont été émises pour le Québec afin d'assurer l'accessibilité à des services appropriés, conformes aux standards de pratique actuels et à l'avis des experts dans ce domaine contenus dans le « Guide pour la prophylaxie postexposition (PPE) aux personnes exposées à des liquides biologiques dans le contexte du travail » (MSSS, 2006).

Les expositions au sang et aux autres liquides biologiques comportent un risque important de transmission de l'hépatite B, de l'hépatite C et de l'infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Une prise en charge adéquate des personnes exposées, dans un contexte professionnel ou hors professionnel, est essentielle afin de prévenir la survenue de telles infections.

Cependant, différents éléments peuvent amener des barrières à l'accessibilité et à la continuité des services offerts aux personnes exposées. Lors de l'analyse des services offerts dans la région, nous avons pu constater que divers éléments doivent être améliorés à ce niveau.

Ainsi, à la suite de ces constatations, nous avons émis des recommandations en vue de l'amélioration des services offerts aux personnes exposées au sang et aux autres liquides biologiques. Ces propositions pourront par la suite être reprises pour appropriation et adaptation par les gestionnaires des établissements de la région, avec la collaboration de professionnels de la Direction de santé publique et de l'évaluation, s'ils le désirent.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	iii
LISTE DES SIGLES	vii
LEXIQUE	viii
INTRODUCTION	1
SECTION 1 : RÉSUMÉ DE L'ANALYSE PORTANT SUR LES EXPOSITIONS ACCIDENTELLES AU SANG ET AUX AUTRES LIQUIDES BIOLOGIQUES	3
1. La prévalence des expositions accidentelles	4
2. Constatations spécifiques selon les types de services	4
2.1 Les centre hospitaliers des CSSS	4
2.2 Les CLSC et CHSLD	5
2.3 Les services de police et d'incendie et les premiers répondants	6
3. Observations générales	7
3.1 La disponibilité de l'information sur les expositions accidentelles.....	7
3.2 La connaissance des risques et l'identification des clientèles à risque	7
3.3 La disponibilité de protocoles ou de procédures	8
3.4 Les délais entre l'exposition accidentelle et la première consultation	8
3.5 Les délais de traitement et de transmission des résultats des tests de laboratoire	8
3.6 L'urgence des centres hospitaliers comme lieu d'intervention	9
3.7 Le suivi des personnes vues à l'urgence	9
4. Un nouveau contexte organisationnel	9
SECTION 2 : PROPOSITION D'UN MODÈLE DE SERVICES	11
1. Critères pour la dispensation de services respectant les normes de pratique	11
2. Proposition d'une trajectoire idéale pour la prise en charge et le suivi des personnes exposées	13
2.1 Trajectoire idéale des personnes exposées au sang ou aux autres liquides biologiques, étape par étape	15
2.2 Algorithme :Trajectoire pour les personnes exposées au sang ou à un autre liquide biologique - visite initiale	25
2.3 Algorithme : Trajectoire pour les personnes exposées au sang ou à un autre liquide biologique - suivi.....	26

3. Recommandations visant l'implantation d'un modèle de services pour la prise en charge des personnes exposées au sang et aux autres liquides biologiques ...	27
3.1 Tableau synthèse des recommandations visant la mise en place d'un service	29
CONCLUSION	35

LISTE DES SIGLES

CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CSST	Commission de la santé et sécurité au travail
DSPE	Direction de santé publique et de l'évaluation
HBIG	Immunoglobulines hyperimmune contre le virus de l'hépatite B
HBsAg	Antigène de surface du virus de l'hépatite B
MI	Maladies infectieuses
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
PPE	Prophylaxie postexposition
PIQ	Protocole d'immunisation du Québec
SAT	Santé au travail
SQ	Sûreté du Québec
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C

LEXIQUE

Exposition significative

Qui comporte un risque de transmission d'une infection. Le risque dépendra du type d'exposition et du liquide biologique en cause. On considère les types d'expositions suivants :

- **Exposition percutanée :**
 - Piqûre- coupure-égratignure
- **Exposition sur une muqueuse :**
 - Éclaboussure- contact direct
- **Exposition sur peau non intacte** (plaie cutanée, eczéma, etc.)
 - Éclaboussure- contact direct
- **Morsure avec bris de peau**

Personne exposée

Personne ayant été exposée accidentellement à du sang ou à un autre liquide biologique pouvant être contaminé par le virus de l'hépatite B, le virus de l'hépatite C ou le virus d'immunodéficience humaine.

Personne source

Personne potentiellement infectée de qui provient le sang ou le liquide biologique concerné.

INTRODUCTION

Ce document porte sur l'organisation des services pour la prise en charge et le suivi des personnes exposées accidentellement au sang et à d'autres liquides biologiques susceptibles de transmettre des infections à diffusion hémotogène. Il s'adresse aux gestionnaires des CSSS impliqués au niveau de tels services, qu'ils soient destinés aux travailleurs (dans les établissements de santé ou provenant d'autres domaines de la santé) ou aux personnes exposées dans des contextes autre que celui du travail.

La démarche ayant donné lieu au présent document a été débuté en 2004. Les objectifs de ces travaux sont :

- de documenter la situation des interventions cliniques de protection au regard des travailleurs et autres personnes exposés accidentellement au sang et autres liquides biologiques,
- d'identifier les contraintes et problèmes spécifiques à ces situations dans notre région,
- de formuler des pistes de solutions relativement à l'organisation des services dans ce domaine et émettre des recommandations sur les mesures nécessaires pour en supporter l'application.

Un groupe de travail réunissant des professionnels de la Direction de santé publique et de l'évaluation (DSPE) et du CSSS de Beauce a été mis sur pied. Il est composé d'un médecin en santé au travail, de représentants de l'équipe régionale en maladies infectieuses et de l'équipe régionale en santé au travail de la DSPE. Un consultant provenant d'une firme externe s'est joint à l'équipe.

Dans un premier temps, le comité a convenu de procéder à une cueillette d'information auprès d'informateurs clés. Celle-ci s'est déroulée au cours des mois de juillet et août 2004.

Cette cueillette d'information visait d'une part à décrire les services disponibles dans la région, pour les travailleurs (dans les établissements de santé et dans d'autres domaines de la santé) de même que les personnes exposées dans d'autres contextes que le travail. Elle visait d'autre part à mieux cerner les contraintes et problèmes vécus régionalement lors de la prise en charge et du suivi des personnes exposées.

Puis, une réflexion a été faite afin de déterminer quel serait le modèle de services idéal, permettant de respecter les normes de bonne pratique pour la dispensation de tels services. Ainsi, deux trajectoires ont été retenues, afin de décrire, d'une part, le couloir de services pour la prise en charge immédiate de la personnes exposés, puis un autre pour le suivi, jusqu'à fermeture du dossier.

Le document est divisé en deux grandes sections. Dans la première, on retrouve un résumé de l'analyse réalisée sur les services offerts en 2004 et quelques pistes de réflexion permettant de remédier aux difficultés rencontrées. La seconde section décrit

notre proposition de modèle de services, soit la trajectoire idéale et les recommandations d'actions à réaliser pour faciliter sa mise en place. Ces éléments serviront de base pour nos discussions futures avec les gestionnaires des établissements de notre région.

SECTION 1 : RÉSUMÉ DE L'ANALYSE PORTANT SUR LES EXPOSITIONS ACCIDENTELLES AU SANG ET AUX AUTRES LIQUIDES BIOLOGIQUES

La présente section fait état des grandes lignes de l'analyse portant sur les services offerts aux personnes exposées au sang et aux autres liquides biologiques dans la région de la Chaudière-Appalaches.

Les résultats détaillés sont disponibles en consultant le document « Organisation des services pour la prise en charge et le suivi des personnes exposées accidentellement au sang et aux autres liquides biologiques – volet 1, analyse de la situation des services offerts »

Un groupe de travail réunissant des professionnels œuvrant dans le domaine de la santé au travail en Centre de santé et de services sociaux (CSSS) et de la Direction de santé publique et de l'évaluation de Chaudière-Appalaches (DSPE) dans le domaine de santé et sécurité au travail et celui des maladies infectieuses a convenu de procéder à une cueillette d'information auprès d'informateurs clés. Trente-huit rencontres ont été réalisées au cours des mois de juillet et août 2004 par une entrevue de personne à personne ou par un questionnaire envoyé par la poste. Ces informateurs étaient des gestionnaires et intervenants dans les CSSS (CH, CLSC, CHSLD) et au CH affilié universitaire de l'Hôtel-Dieu de Lévis, des directeurs de services de police et d'incendies des quatre grandes municipalités disposant de services autonomes, ainsi que de la Sûreté du Québec et des responsables des services de premiers répondants dans neuf municipalités ayant répondu au questionnaire parmi celles disposant d'un tel service.

1. LA PRÉVALENCE DES EXPOSITIONS ACCIDENTELLES

Un total de 235 situations a été signalé dans les établissements et organisations de l'échantillonnage. Il s'agit ici d'un nombre minimal, compte tenu de la probable sous déclaration des situations d'éclaboussures et de l'absence généralisée de registre des situations provenant de la clientèle externe se dirigeant vers les services d'urgence des centres hospitaliers. Les responsables des urgences ont tous indiqué que ces situations sont rares; elles ne dépasseraient pas une par mois à l'urgence de l'Hôtel-Dieu de Lévis. Moins de 18 situations de ce type seraient connues au cours de la dernière année. Par ailleurs, l'urgence médicale du Centre de santé Paul-Gilbert a reçu treize de ces situations au cours d'un an. Toutefois, la clientèle externe recouvre vraisemblablement les situations déclarées et provenant d'autres CLSC et CHSLD.

Une proportion de 83% des situations connues réfèrent à des piqûres ou coupures. Les infirmières, infirmières auxiliaires et technologistes constituent le groupe le plus à risque, avec 65,5% des situations. Les services de buanderie seraient aussi à risque en raison de l'importance du travail manuel et de la présence d'aiguilles ou d'instruments oubliés dans les sacs de linge souillé. La totalité des services de police du territoire, trois services de pompiers en milieu urbain et neuf services de premiers répondants déclarent 11,9% des situations.

2. CONSTATATIONS SPÉCIFIQUES SELON LES TYPES DE SERVICES

2.1 Les centres hospitaliers des CSSS

Appuyés par les comités paritaires en santé et sécurité au travail, les services de santé des centres hospitaliers ont mis en place une série de mesures préventives tels la diffusion de documentation, l'affichage de posters et la généralisation progressive de l'usage d'aiguilles avec papillon rétractable. Le coût élevé du matériel pose toutefois problème. Certains établissements procèdent à des inspections ponctuelles de départements où des situations d'expositions sont signalées afin de s'assurer du respect des procédures et de les rappeler au besoin. La vaccination contre l'hépatite B est offerte gratuitement aux nouveaux employés. Malgré l'action préventive des établissements, la présence de comportements négligents est observée même chez le personnel pourtant le plus exposé et théoriquement le plus informé, soit les infirmières.

La compilation de l'information sur les incidents/accidents varie selon les établissements et est parfois aléatoire. La procédure à suivre en cas d'exposition accidentelle semble suivie rigoureusement dans les établissements. Tous disposent d'un protocole clair et deux utilisent une *enveloppe* spécifique préparée à cet effet. En cas d'accident, l'*enveloppe* numérotée devient l'outil qui guide les intervenants et accompagne la personne exposée. Dans les situations où une prophylaxie est indiquée, les vaccins et

médicaments requis sont facilement accessibles sur place. Bien que les façons de faire varient selon les établissements et le quart de travail, la situation est toujours référée au service de santé du personnel pour compléter la déclaration CSST.

Les tests de laboratoire relatifs aux hépatites sont effectués dans les établissements ou encore acheminés à Lévis. Le test concernant le VIH est toutefois disponible seulement au CHUL à Québec. Des délais très variables sont constatés quant au délai de transmission des résultats. Comme le délai de deux heures est une durée minimale pour évaluer l'exposition, la situation fait en sorte que la prophylaxie post-exposition au VIH doit, lorsque requise, être amorcée en prévention avant que les résultats des tests concernant la personne source soient disponibles, si cette dernière est connue.

Le délai d'attente de la personne exposée accidentellement, pour fin de consultation médicale dans les urgences, varie selon le classement de l'urgence au triage. Ce classement varie d'un niveau d'urgence 2 à un niveau 3 selon les endroits. Le recours systématique à l'urgence comme porte d'entrée du système de soins dans les situations d'expositions accidentelles est questionné, tant par des responsables de l'urgence que par le médecin rencontré. Le contexte de l'urgence se prêterait moins bien aux situations de ce type.

Le suivi des employés qui doivent recourir à une prophylaxie à des fins préventives dans l'attente des résultats est assuré de diverses façons selon les établissements. Le service de santé ou encore l'infectiologue peuvent y contribuer. En cas d'une éventuelle séroconversion, les personnes concernées seraient référées généralement à leur médecin de famille. La personne exposée et dont la situation a été jugée comme présentant un risque est rappelée par le service de santé du centre hospitalier, après six semaines, trois mois et six mois pour suivi clinique et sérologie.

En ce qui concerne la clientèle externe c'est-à-dire les travailleurs exposés accidentellement mais provenant d'autres établissements (CLSC-CHSLD) ou de services publics (Sûreté municipale, protection contre les incendies, ambulanciers, premiers répondants et population en général), il est fort difficile d'avoir accès à l'information. Ces données ne sont pas colligées de façon spécifique dans les urgences. Les responsables des urgences indiquent que ces situations sont rares. Les établissements mentionnés ne pas recevoir de clientèle se présentant pour un traitement d'urgence contre le VIH suite à une relation non protégée ou à une injection de drogues intraveineuses. Il n'y a pas de protocole d'intervention spécifique à la clientèle externe.

2.2 Les CLSC et CHSLD

Quatre CLSC sur les cinq répondants disposent d'un protocole formel d'intervention et quatre disposent d'un mécanisme de prise en charge; un établissement réfère directement les personnes exposées au centre hospitalier. Les cinq établissements ont un mécanisme de suivi de la prise en charge. Trois comptent sur un mécanisme

d'information et de mise à jour de l'information; un quatrième établissement a amorcé une telle démarche.

Dans quatre établissements, les prélèvements sont faits sur place et expédiés au centre hospitalier le plus près. Les deux autres réfèrent au centre hospitalier pour les prélèvements. Les résultats des tests sont disponibles dans des délais variables. Parmi les difficultés signalées, un établissement souligne l'obligation de se déplacer à l'extérieur du territoire pour obtenir les vaccins et la médication, de même que la difficulté d'assurer le suivi de la prise en charge puisque les services médicaux sont assurés par des médecins dépanneurs. L'absence d'un service de santé des employés dans un établissement serait un obstacle dans l'application adéquate du protocole.

Un établissement note un manque de confiance de la clientèle en raison de l'insuffisance d'information sur la trajectoire à suivre et sur les risques encourus. L'établissement suggère une campagne nationale d'information visant la population en général et souligne l'importance de relancer la clientèle concernée.

Du côté des **CHSLD**, deux établissements sur quatre ont un mécanisme de prise en charge et de suivi. Les quatre CHSLD disposent d'un protocole d'intervention, bien que celui-ci soit succinct selon un établissement. Aucun établissement ne dispose d'un mécanisme de mise à jour de l'information. Les prélèvements se font sur place dans un CHSLD; ils sont fait au CLSC dans deux établissements et au service de garde médicale dans un établissement.

La disponibilité de l'information relative au nombre d'expositions accidentelles pose problème selon un établissement. Ces situations ne sont pas répertoriées distinctement ni analysées. Selon un autre établissement, le faible volume des expositions accidentelles crée en soi une difficulté pour développer et maintenir l'expertise nécessaire. Dans ce contexte, on précise qu'il serait utile de disposer d'une procédure simple pour intervenir selon les règles de précaution.

2.3 Les services de police et d'incendie et les premiers répondants

Les situations d'éclaboussures seraient celles qui seraient le plus fréquentes chez les policiers et pompiers, suite à des situations exigeant de maîtriser une personne par la force ou encore dans les situations d'accidents de la route et de désincarcération de victimes d'accidents. L'information recueillie permet de croire qu'elles ne sont pas automatiquement considérées à risque. Les policiers et pompiers font usage d'équipements protecteurs qui, de fait, limitent la possibilité de contact des éclaboussures avec la peau, et disposent de solutions nettoyantes aseptiques à bord des véhicules.

Aucun service ne dispose d'un protocole mais un service local et la Sûreté du Québec (SQ) ont une procédure claire. Les services de police de plus grande taille, soit celui de la Ville de Lévis et la SQ, disposent de services organisés assumant une fonction reliée à la prévention. Bien que cette situation leur permette d'être davantage proactifs dans

les actions préventives, l'ensemble des services de police et de pompiers sont dépendants des actions des équipes de santé et sécurité au travail dans les CLSC. Les municipalités et la SQ assument en totalité les coûts de la vaccination contre l'hépatite B.

Deux des neuf municipalités ayant un service de premiers répondants et ayant complété le questionnaire ont indiqué disposer d'un mécanisme d'information et de mise à jour du personnel. Trois commentaires ont été formulés au regard de l'insuffisance de l'information tant l'information, sur les méthodes de prévention, que sur le comportement à observer en cas d'exposition ainsi que sur les lieux où référer.

3. OBSERVATIONS GÉNÉRALES

L'analyse de l'information recueillie permet de regrouper les observations autour d'un certain nombre de thématiques centrales.

3.1 La disponibilité de l'information sur les expositions accidentelles

Bien que la cueillette d'information ait permis d'identifier un nombre relativement élevé d'expositions accidentelles, l'absence d'un registre des expositions accidentelles ne permet pas de connaître la proportion des situations à risque. À la lumière de la situation actuelle, on peut croire à une certaine sous déclaration des situations d'expositions accidentelles, particulièrement pour les éclaboussures et pour les personnes se présentant elles-mêmes directement aux urgences des centres hospitaliers. Là où l'information est plus disponible, on constate qu'elle permet de développer des activités de prévention mieux ciblées et même des interventions ponctuelles dans des secteurs où des comportements négligents perdurent.

3.2 La connaissance des risques et l'identification des clientèles à risque

Les situations d'éclaboussures ne sont pas nécessairement toujours considérées comme à risque. Il semble exister un besoin d'information plus détaillée sur cette question pour permettre aux individus concernés de statuer sur l'opportunité d'une consultation. On constate que le faible volume d'expositions dans des organisations de petite taille constitue un obstacle majeur au maintien de l'expertise. À l'exception des centres hospitaliers, les autres établissements et organismes organisent relativement peu ou pas d'activités de prévention de façon régulière. La connaissance des risques et des procédures se diluerait rapidement. La possibilité d'une prophylaxie d'urgence suite à une relation sexuelle non protégée et à risque de même que l'injection de drogues par voie intraveineuse ne semble pas être connue par le grand public et aussi par les professionnels de la santé.

3.3 La disponibilité de protocoles et de procédures

L'élaboration d'un protocole est perçue comme une tâche lourde pour les établissements, surtout ceux de petite taille. Les organismes hors réseau ne disposent généralement pas de l'expertise pour ce faire. Une demande généralisée a été faite par ces organismes en vue de disposer d'un outil simple précisant les facteurs de risque, la procédure à suivre et les lieux où s'adresser dans chacun des territoires.

L'*enveloppe* contenant les outils requis pour l'évaluation et accompagnant le client dans toutes les étapes du processus, enveloppe développée dans deux centres hospitaliers, constitue un moyen approprié pour guider les interventions dans les établissements du réseau.

3.4 Les délais entre l'exposition accidentelle et la première consultation

Les délais pour la consultation de santé ou médicale peuvent difficilement être rencontrés dans un certain nombre de situations, compte tenu de la distance routière. Le délai peut toutefois être respecté pour les travailleurs en centres hospitaliers et certains CLSC et CHSLD. Le temps d'attente à l'urgence peut accroître largement le délai de consultation. Les personnes exposées accidentellement ne sont pas nécessairement toujours cotées en urgence 2 lors du triage.

3.5 Les délais de traitement et de transmission des résultats des tests de laboratoire

Les délais relatifs aux tests de laboratoire posent un problème sérieux dans la région. Pour les hépatites, les tests sont effectués dans le centre hospitalier d'origine ou encore acheminés à l'Hôtel-Dieu de Lévis. Les délais pour l'obtention des résultats varient fortement, même lorsque les tests sont effectués au centre hospitalier d'origine. Le test relatif au VIH ne peut actuellement être fait qu'au CHUL à Québec. Les établissements font généralement parvenir les tests par taxi au CHUL. Il faut prévoir un délai de 90 minutes dans certains cas seulement pour acheminer le test à Québec.

Les résultats concernant le VIH sont transmis dans des délais très variables. Bien que les établissements d'origine affirment prendre les moyens pour signifier au laboratoire du CHUL qu'il s'agit d'un test à effectuer en priorité, il n'est pas certain que l'information soit reçue correctement ou que les tests soient traités ainsi, compte tenu des délais.

3.6 L'urgence des centres hospitaliers comme lieu d'intervention

Le recours à l'urgence comme porte d'entrée préoccupe un certain nombre d'intervenants. Le temps requis par ce type d'intervention cadre mal avec le type de consultation pratiqué en urgence.

3.7 Le suivi des personnes vues à l'urgence

Le suivi des personnes vues à l'urgence pose problème pour les clientèles externes des autres milieux de travail ou pour la population en général. Les autres établissements ou organismes ne disposent pas toujours d'un service de santé ou encore les personnes qui se sont présentées à l'urgence n'ont pas nécessairement de médecin de famille. Pour sa part, le personnel des centres hospitaliers bénéficie d'un suivi par le service de santé du personnel.

4. UN NOUVEAU CONTEXTE ORGANISATIONNEL

La réorganisation récente du réseau de la santé offre de nouvelles opportunités pour répondre adéquatement à certaines situations requérant une expertise particulière et dont le volume de clientèle est plus faible à l'échelle locale. Les expositions accidentelles au sang et aux autres liquides biologiques s'inscrivent dans ce type de situations.

Cette nouvelle donne pourrait être favorable à la mise en place ou à une plus grande structuration de services de santé pour les employés des établissements, permettant ainsi de concentrer davantage l'expertise au regard des expositions accidentelles et de s'assurer d'un respect rigoureux des façons de faire à toutes les étapes, de la déclaration au suivi des cas à moyen terme. La délégation d'actes médicaux à des infirmières formées spécifiquement pourrait devenir une opportunité à considérer plus aisément dans ce contexte.

SECTION 2

PROPOSITION D'UN MODÈLE DE SERVICES

En tenant compte des structures déjà en place, et en considérant les lacunes et les difficultés rencontrées pour la dispensation de ces services, le groupe de travail a tenté de définir une trajectoire idéale pour la prise en charge initiale et le suivi des personnes exposées, que ce soit dans le cadre de leur travail ou dans un contexte autre que professionnel. Ce modèle vise à favoriser l'établissement de modalités mieux adaptées aux besoins de la clientèle, tout en respectant les exigences propres à une telle intervention : rapidité, efficacité, qualité et continuité des soins.

1. CRITÈRES POUR LA DISPENSATION DE SERVICES RESPECTANT LES NORMES DE PRATIQUE

Tel que décrit dans le protocole du MSSS¹, certains principes doivent être respectés dans l'organisation des services en situation d'exposition accidentelle, afin de se conformer aux exigences scientifiques de la prise en charge immédiate et du suivi des personnes exposées. Ces principes sont à la base de la réflexion nous ayant amenés à définir des trajectoires de soins idéales, telles qu'elles sont présentées dans la présente section.

Rapidité d'action :

Il faut évaluer la personne exposée et lui administrer le traitement requis idéalement dans les deux heures qui suivent l'exposition, particulièrement lorsqu'un risque de transmission du VIH est suspecté.

Efficacité :

La prise en charge immédiate d'une exposition nécessite une infrastructure minimale : service de consultation médicale, possibilité d'effectuer des prélèvements sanguins et de les faire analyser, possibilité d'administrer les traitements requis (immunoglobulines, vaccins et antirétroviraux).

¹ MSSS. « *Guide pour la prophylaxie postexposition (PPE) aux personnes exposées à des liquides biologiques dans le contexte du travail* », Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006, pages 25-27.

Il faut éviter que la personne exposée reçoive ces services à des moments et des endroits différents, car cela augmenterait la confusion des protocoles et les délais d'action, diminuerait la fidélité aux recommandations et accroîtrait les coûts de la prise en charge (transport, visites multiples, etc.).

Ces services doivent être assurés en tout temps et dans un endroit physiquement accessible à la personne exposée.

Les résultats des tests sanguins de la personne source et de la personne exposée doivent être disponibles le plus rapidement possible afin de cesser dès que possible, le cas échéant, la thérapie antirétrovirale de la personne exposée ou de lui recommander l'utilisation d'immunoglobulines spécifiques contre l'hépatite B.

Qualité des services :

L'application du protocole postexposition ne se limite pas à suivre un algorithme décisionnel rigide. Au contraire, l'interprétation des directives énoncées fait constamment appel au jugement médical. En effet, le protocole est relativement complexe, et plusieurs facteurs doivent être considérés pour estimer les risques. Les recommandations relatives au traitement à appliquer sont en constante évolution.

De façon globale, par exemple à l'échelle d'une région, le nombre total d'expositions attendues est relativement élevé. Cependant, pour un professionnel de la santé, le nombre de consultations annuelles relatives à la prophylaxie postexposition (PPE) des personnes exposées peut être très faible, et sera généralement insuffisant pour le maintien de l'expertise. Il en est de même pour les soins donnés par les infirmières, les psychologues et les autres professionnels de l'équipe de soins PPE. Dans cette perspective, le développement de l'expertise est un élément clé pour assurer la qualité de l'acte médical.

Continuité :

La prise en charge d'une exposition significative ne se limite pas à une intervention ponctuelle. Un suivi de la personne exposée doit être assuré afin d'identifier les effets secondaires, de renforcer la fidélité au traitement antirétroviral et de vérifier par l'examen clinique et les tests sérologiques l'apparition éventuelle d'infection contractée à la suite de l'événement. Chaque visite devrait servir à évaluer l'état psychologique de la personne exposée, pour offrir une aide à la personne en détresse si nécessaire.

2. PROPOSITION D'UNE TRAJECTOIRE IDÉALE POUR LA PRISE EN CHARGE ET LE SUIVI DES PERSONNES EXPOSÉES

On retrouve dans cette section, une proposition de modèle de services, qui respecte l'organisation actuelle des établissements de la région, et répond aux impératifs de standards de qualité pour de tels services.

Dans un premier temps, les différentes étapes de l'intervention, du moment de l'exposition jusqu'à la fermeture du dossier, sont analysées et présentées sous la forme d'un tableau. Afin de s'assurer que le modèle proposé respecte les délais d'action exigés pour ce type d'intervention, l'estimation du temps écoulé depuis l'exposition est inscrit à chacune des étapes. Les différences entre la prise en charge d'une personne exposées dans le cadre de son travail ou dans un contexte autre que professionnel sont amenées, lorsque pertinent.

Aussi, certaines actions préalables visant à favoriser l'implantation de ce modèle sont indiquées pour chacune des étapes. Certaines d'entre elles relèvent de la responsabilité de la Direction de santé publique et de l'évaluation tandis que d'autres sont du ressort des établissements.

Puis ces différentes étapes ont été reprises sous la forme de deux algorithmes, un pour la prise en charge initiale de la personnes exposée et le second pour son suivi. On y retrouve à nouveau les différentes étapes de l'intervention, ainsi que les professionnels de la santé impliqués à chacune d'elles.

2.1 Trajectoire idéale des personnes exposées au sang ou aux autres liquides biologiques, étape par étape

	TEMPS DEPUIS L'EXPOSITION	ÉTAPES		ACTIONS PRÉALABLES
		POPULATION GÉNÉRALE	TRAVAILLEUR	
DANS LE MILIEU	0-5 min	Application des premiers soins.	Application des premiers soins.	Information sur le risque, les mesures de protection et les ressources disponibles (centres désignés) : <ul style="list-style-type: none"> ▪ à la population (par MI) ▪ et aux travailleurs (par SAT).
	5-10 min	Plusieurs voies d'entrée possibles dans le réseau ; idéalement contact avec info-santé : <ul style="list-style-type: none"> ▪ information ou validation sur les premiers soins, ▪ première évaluation de l'exposition (significative vs non significative). 	Première évaluation de l'exposition (significative vs non significative) par le travailleur ou le secouriste ou le responsable dans le milieu.	Validation des outils requis et des besoins d'info-santé, des secouristes et des responsables en milieu de travail. Formation s'il y a lieu. Développement d'un outil d'évaluation des expositions à l'intention d'info-santé.

	TEMPS DEPUIS L'EXPOSITION	ÉTAPES		ACTIONS PRÉALABLES
		POPULATION GÉNÉRALE	TRAVAILLEUR	
DANS LE MILIEU	5-10 min (suite)	Si non significative : réassurance.	Si non significative : arrêt de la démarche. Inscription de l'incident dans un registre.	Implantation d'un registre d'incidents si non déjà existant dans les milieux de travail.
	10 min	Si significative : poursuite de la démarche. Appel au centre désigné (CH ou autre selon le modèle choisi) pour aviser qu'un client (population générale ou travailleur) y est référé immédiatement et devra être évalué dès son arrivée. Cet appel sera fait par : <ul style="list-style-type: none"> ▪ info-santé; ▪ secouriste; ▪ ou responsables dans le milieu de travail. 		Implantation du modèle d'organisation de services. Connaissance des centres désignés par Info-santé.
	15-60 min	TEMPS DE DÉPLACEMENT VERS UN CENTRE DÉSIGNÉ DE 35 À 50 MINUTES.		
CENTRE DÉSIGNÉ (URGENCE)	45-60 min	Consultation immédiate dans un centre désigné le plus près (objectif visé de la consultation rapide : début de la médication antirétrovirale (VIH) dans moins de 2 heures post-exposition, si indiquée).		

	TEMPS DEPUIS L'EXPOSITION	ÉTAPES		ACTIONS PRÉALABLES
		POPULATION GÉNÉRALE	TRAVAILLEUR	
CENTRE DÉSIGNÉ (INFIRMIÈRE RESPONSABLE EN PPE)	60-75 min	<p>Si n'est pas référée par Info-santé : Évaluation de l'exposition (significative vs non significative) par infirmière au triage du centre désigné.</p> <p>Si non significative : référence au médecin de l'urgence pour validation et libérer le client.</p> <p>Si significative : référence à l'infirmière répondante en PPE.</p> <p>Si est référée par Info-santé : Référence immédiate à l'infirmière répondante en PPE.</p>	<p>Si est référé par responsable ou le secouriste : Référence immédiate à l'infirmière répondante en PPE.</p> <p>Si n'est pas référé par le responsable ou le secouriste :</p> <ul style="list-style-type: none"> l'exposition devra être d'abord évaluée par l'infirmière au triage. 	<p>Formation du personnel au triage sur le PPE.</p> <p>Outil en vue d'une décision professionnelle lors du triage.</p> <p>Revoir organisation des services des CH en lien avec l'évaluation, ou non, par l'infirmière au triage.</p>
	60-100 min	<p>Référence à l'infirmière répondante en PPE : Poursuite de la démarche par l'infirmière répondante en PPE* tout d'abord pour l'évaluation de l'exposition (information à recueillir : description détaillée de l'incident, de la source (connue ou non) groupe d'âge, si facteur de risque du VIH (voir cahier des outils- Guide d'intervention- juillet 2000).</p> <p>1. Déterminer s'il s'agit d'une exposition significative :</p> <p>Si non significative : référence au médecin de l'urgence pour validation, libérer le client et compléter formulaire de CSST.</p> <p>Si significative : poursuite de la démarche.</p>		<p>Détermination des infirmières désignées dans les CH.</p> <p>Organisation du travail pour disponibiliser les infirmières responsables en PPE.</p>

CENTRE DÉSIGNÉ (INFIRMIÈRE RESPONSABLE EN PPE)	TEMPS DEPUIS L'EXPOSITION	ÉTAPES		ACTIONS PRÉALABLES
		POPULATION GÉNÉRALE	TRAVAILLEUR	
	60-100 min (suite)	<p>2. Évaluation du niveau d'urgence en lien avec la possibilité d'une transmission du VIH.</p> <ul style="list-style-type: none"> compléter l'évaluation de l'exposition. identification et caractérisation de la personne-source : faire démarche avec la personne-source si connue ou disponible (la contacter, obtenir le consentement, procéder au questionnaire d'évaluation de la personne-source (voir cahier des outils- Guide d'intervention- juillet 2000). 		Formation (et formation continue) des infirmières responsables en PPE.

	TEMPS DEPUIS L'EXPOSITION	ÉTAPES POPULATION GÉNÉRALE OU TRAVAILLEUR		ACTIONS PRÉALABLES
		SI RISQUE DE TRANSMISSION DU VIH ÉLEVÉ OU DIFFICILE À DÉTERMINER	SI RISQUE NON ÉLEVÉ DE TRANSMISSION DU VIH	
DANS LE CENTRE DÉSIGNÉ (MÉDECIN DE L'URGENCE)	100-120 min	<p>Référence au médecin sur place avec l'évaluation faite par l'infirmière responsable en PPE. Le médecin fait sa propre analyse et évalue l'indication de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ médication antirétrovirale (à débiter idéalement dans les 2 heures suivant l'exposition, ad 72 heures). <p>Counselling par le médecin concernant le risque d'infection chez la personne exposée et la prophylaxie post-exposition (avantages/désavantages).</p> <p>Consultation d'un expert (à la discrétion du médecin) concernant la médication antirétrovirale. Si l'exposition date de plus de 72 heures, la consultation d'un expert est fortement recommandée.</p>	Passer à l'autre étape.	<p>Faire connaître aux médecins les ressources disponibles (tel consultation SIDA 1-800-363-4814).</p> <p>Disponibilité sur place du «kit de démarrage» de médication antirétrovirale pour traitement de 2-4 jours.</p> <p>Développement d'un outil d'aide à la décision et au suivi médical.</p>

	TEMPS DEPUIS L'EXPOSITION	ÉTAPES POPULATION GÉNÉRALE OU TRAVAILLEUR		ACTIONS PRÉALABLES
		SI RISQUE DE TRANSMISSION DU VIH ÉLEVÉ OU DIFFICILE À DÉTERMINER	SI RISQUE NON ÉLEVÉ DE TRANSMISSION DU VIH :	
DANS LE CENTRE DÉSIGNÉ (INFIRMIÈRE RESPONSABLE EN PPE)	120 min	Retour à l'infirmière responsable en PPE : Faire venir de la pharmacie les médicaments antirétroviraux et les administrer, s'il y a lieu.	Poursuite de la démarche par l'infirmière responsable en PPE.	
	> 120 min	<p>Poursuivre l'évaluation de l'incident, particulièrement concernant les possibilités de transmission du VHB et du VHC :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ poursuivre l'évaluation de la personne exposée, s'il y a lieu (voir questionnaire 1^{re} évaluation, du Guide d'intervention- juillet 2000); ▪ s'assurer que les dépistages de la personne source (sérologies : anti-VHC, AgHBs, anti-VIH) soient effectués, après consentement de celle-ci et s'assurer d'en obtenir les résultats; ▪ procéder, après consentement éclairé, aux prélèvements chez la personne exposée : anti-VHC, AgHBs, anti-HBs (si pas de résultat connu), anti-VIH, AST, ALT, bilan de base pré-médication rétro-virale si indiqué; ▪ s'assurer d'obtenir les résultats des prélèvements dans les délais requis (1) et les faire suivre à l'infirmière de l'équipe qui assurera le suivi. <p><u>Concernant la prophylaxie contre l'hépatite B :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ counselling par l'infirmière responsable en PPE concernant le risque d'infection par VHB et le VHC (et VIH si non fait) chez la personne exposée et donner l'information sur la prophylaxie post-exposition au VHB (avantages/désavantages); ▪ conduite selon le PIQ i.e. administration immédiate de HBIG et/ou de vaccin, s'il y a lieu. 		<p>Prévoir document d'information pour renseigner la personne exposée (ou diffusion des dépliants provinciaux).</p> <p>Entente avec les laboratoires pour les délais d'obtention des résultats.</p> <p>Disponibilité du vaccin et des HBIG sur place. (ententes particulières pourraient être nécessaires, afin de permettre d'avoir des HBIG en dehors des banques de sang).</p>

	TEMPS DEPUIS L'EXPOSITION	ÉTAPES POPULATION GÉNÉRALE OU TRAVAILLEUR	ACTIONS PRÉALABLES
DANS LE CENTRE DÉSIGNÉ (INFIRMIÈRE RESPONSABLE EN PPE)	> 120 min (suite)	<p>Procéder au counselling au sujet des mesures à prendre pour éviter la transmission de l'infection pour une période de 6 mois suivant l'exposition (voir Guide pour le counselling de la personne exposée- Guide d'intervention- juillet 2000);</p> <p>Explications concernant le suivi.</p> <p>Orienter la personne exposée :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ au besoin à des ressources psychosociales ou au programme d'aide aux employés, pour un suivi psychologique; ▪ dans les 2 à 4 jours, à une infirmière responsable en PPE, si un suivi est à effectuer pour la poursuite de la médication antirétrovirale ou la tolérance à la médication); ▪ et/ou dans les 48 heures à une infirmière responsable en PPE, si un suivi est en lien avec la prophylaxie contre le VHB est nécessaire; ▪ à l'infirmière de l'équipe qui assurera le suivi dans la semaine après l'incident pour les autres situations. 	Développement d'un document d'information pour renseigner la personne exposée (vs diffusion des dépliants provinciaux).
CENTRE DÉSIGNÉ (MD DE L'URGENCE)	Avant le départ	<p>Faire valider la démarche par le médecin.</p> <p>Compléter s'il y a lieu, le formulaire de la CSST (attestation médicale et déclaration du travailleur).</p>	

	TEMPS DEPUIS L'EXPOSITION	ÉTAPES POPULATION GÉNÉRALE OU TRAVAILLEUR	ACTIONS PRÉALABLES
DANS LE CENTRE DÉSIGNÉ (INFIRMIÈRE DE L'ÉQUIPE)	Selon la situation :	Première visite de suivi :	
	< 48 hres	<ul style="list-style-type: none"> ▪ si sérologie anti-HBs réalisée chez la personne exposée et/ou sérologie HBsAg chez personne source : pour l'administration de la prophylaxie anti-VHB s'il y a lieu. 	
	< 2 à 4 jrs	<ul style="list-style-type: none"> ▪ si prise de médication antirétrovirale et dépistage réalisé sur la source : <ul style="list-style-type: none"> ▪ pour décider de l'arrêt ou de la poursuite de la médication, en fonction du plan d'intervention établi par le médecin rencontré à l'urgence; ▪ si poursuite de la médication, évaluation de la tolérance et référence à un médecin de l'équipe au besoin. 	
	< 1 sem.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ si prise de médication antirétrovirale, sans dépistage réalisé sur la source, pour évaluer la tolérance à la médication, et référence au médecin de l'équipe au besoin. 	
	< 1 sem.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ si situation susceptible de générer anxiété chez la personne exposée, afin d'évaluer la nécessité de référer à une ressource psychosociale. 	

	TEMPS DEPUIS L'EXPOSITION	ÉTAPES POPULATION GÉNÉRALE OU TRAVAILLEUR	ACTIONS PRÉALABLES
DANS LE CENTRE DÉSIGNÉ (INFIRMIÈRE OU MÉDECIN DE L'ÉQUIPE)**	2 sem. à 6- 12 mois	<p>Autres visites de suivi :</p> <p>Le suivi comprend l'évaluation des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ suivi de la thérapie anti-VIH (2 et 4 semaines); ▪ poursuite de la vaccination anti VHB, s'il y a lieu (1 et 6 mois après la 1^{re} dose); ▪ sérologies sériées (à 6 sem., 3 mois et 6 mois); ▪ présence de symptômes et signes possibles d'une infection (jusqu'à 12 mois après l'incident). <p>La majorité de ces suivis pourraient être réalisés soit par l'infirmière responsable en PPE ou par le médecin traitant, selon le modèle d'organisation de services retenu. Cependant, en ce qui concerne le suivi de la tolérance aux médicaments (à 2 et 4 semaines), celui-ci devrait être confié au médecin traitant.</p> <p>Pour les suivis réalisés par l'infirmière responsable en PPE, référence au médecin si :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ résultat d'une des sérologies s'avère positif; ▪ développement de signes ou symptômes d'infection. <p>Suivi par médecin (médecin de l'équipe ou médecin traitant) si prise de prophylaxie rétro-virale ou si signe ou symptôme possible d'une infection.</p>	<p>Développement d'un outil pour transmission de l'information au médecin traitant qui assurera le suivi du patient.</p> <p>Formation des médecins traitants.</p>
	À la fermeture du dossier	Rapport final à la CSST pour fermeture du dossier.	

- *Infirmière responsable en PPE :
- une infirmière ou une équipe d'infirmières qui prend en charge et effectue le suivi;
 - pour certains milieux, les infirmières de l'équipe du service santé pourraient remplir cette fonction.

Il est important qu'il y ait un suivi par rapport aux résultats des sérologies effectuées. Il doit y avoir une centralisation de cette information : c'est pourquoi pour nous, les infirmières de l'équipe sont considérées comme des personnes pivots pour recevoir les premiers résultats et c'est à elle que reviendrait la responsabilité de faire le lien avec le médecin qui prendra en charge le suivi.

- **médecin de l'équipe :
- médecin qui fait partie de l'équipe dans le centre désigné ;
 - dans certains milieux, pourrait être un médecin rattaché aux services de santé.

(1) Délais requis pour l'obtention des résultats de prélèvements :

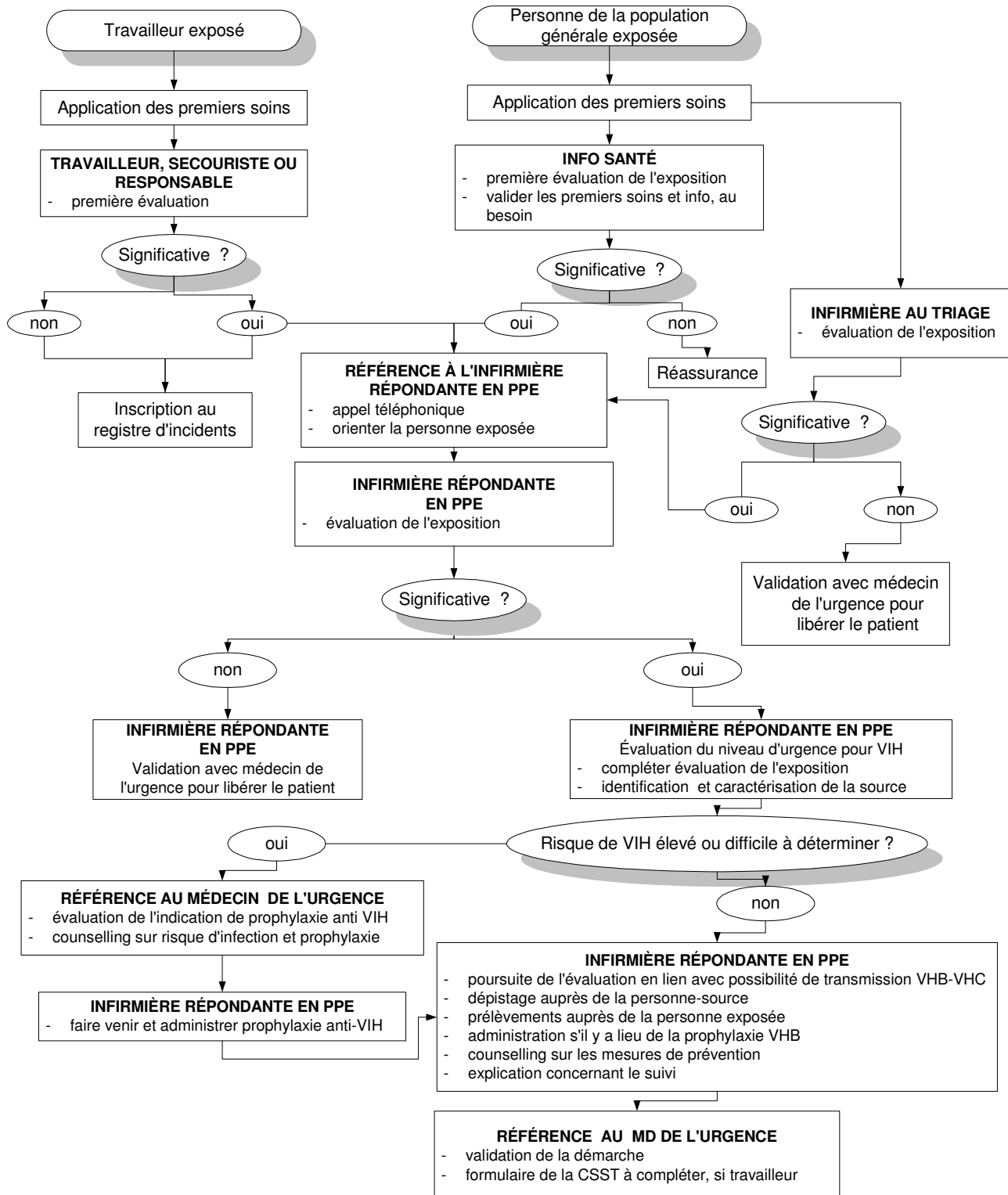
Pour la personne exposée :

- anti-HBs : 48 heures;
- HbsAg, anti-VIH, anti-VHC : non urgent pour la prise en charge.

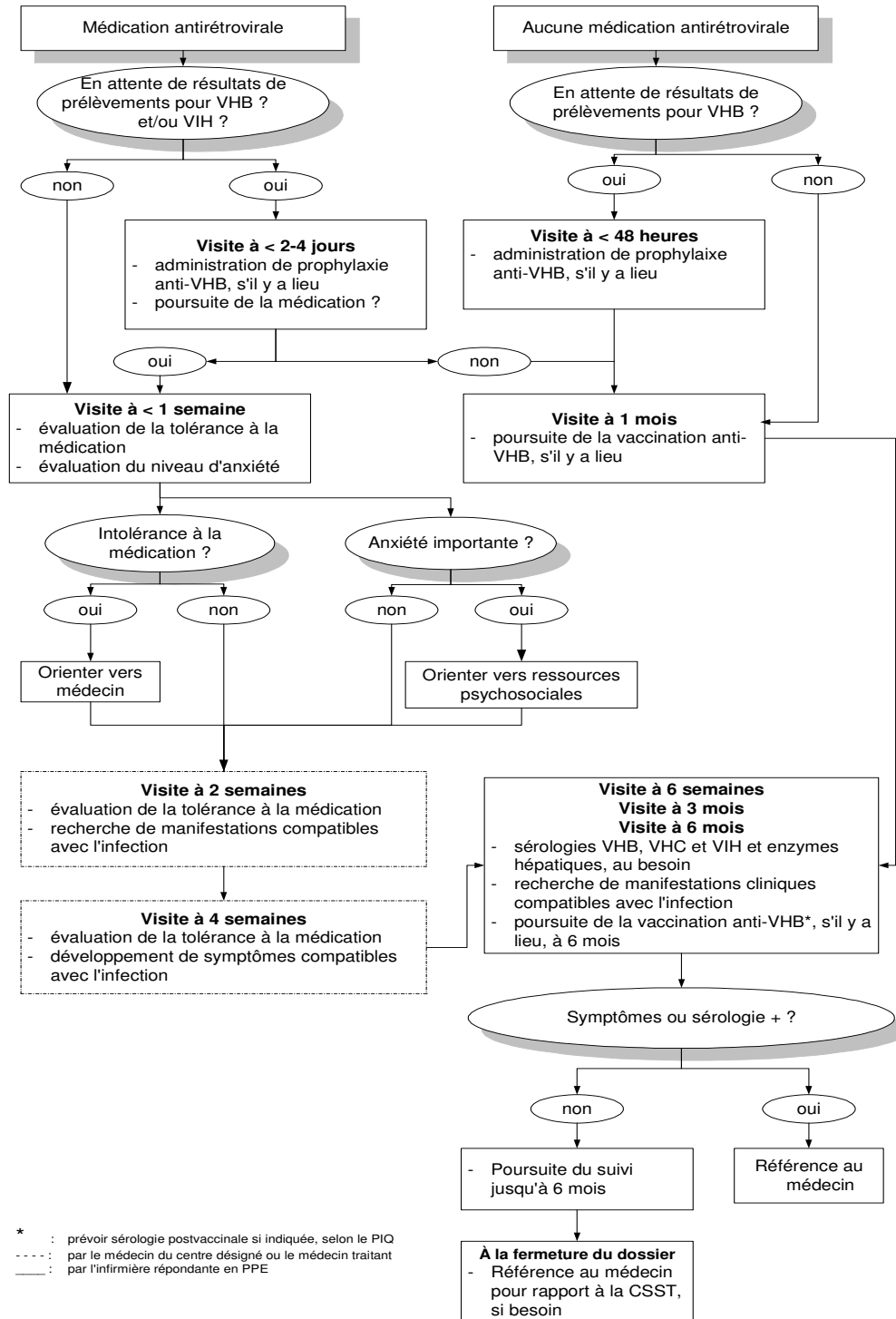
Pour la personne source :

- AgHBs : 48 heures;
- Anti-VIH : dans les 2 à 4 jours suivant l'exposition (pour pouvoir décider si on poursuit ou cesse la médication);
- Anti-VHC: non urgent.

2.2 Algorithme : Trajectoire pour les personnes exposées au sang ou à un autre liquide biologique - visite initiale



2.3 Algorithme : Trajectoire pour les personnes exposées au sang ou à un autre liquide biologique - suivi



3. RECOMMANDATIONS VISANT L'IMPLANTATION D'UN MODÈLE DE SERVICES POUR LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EXPOSÉES AU SANG ET AUX AUTRES LIQUIDES BIOLOGIQUES

Différentes actions constituent des conditions de succès à l'implantation du modèle de services présenté. Celles-ci sont regroupées selon les grands axes suivants : organisation de services, ententes de service, formation des intervenants et production ou adaptation d'outils.

La réalisation de ces actions découle soit de la responsabilité de la Direction de santé publique et de l'évaluation ou de celle des établissements selon le cas.

3.1 Tableau synthèse des recommandations visant la mise en place d'un service

Type d'interventions	Résultats attendus	Recommandations
<p>Organisation des services</p>	<p>Évaluation de toutes les situations d'expositions accidentelles dans un délai de deux heures suivant l'exposition</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Désigner les centres hospitaliers intégrés dans un CSSS et l'Hôtel-Dieu de Lévis comme centres de consultation médicale pour les situations d'expositions accidentelles au sang et autres liquides biologiques lorsque l'exposition est significative; rattacher le territoire du CSSS Les Etchemins à celui du CSSS de Beauce pour la consultation relative aux expositions accidentelles. ▪ S'assurer de la disponibilité d'une infirmière répondante des situations d'expositions accidentelles sur chaque quart de travail dans chacun des centres désignés; assurer une délégation médicale permanente aux infirmières répondantes. ▪ Adopter au niveau régional et local une orientation à l'effet de classer en urgence 2 toutes les situations d'expositions accidentelles lors du triage à l'urgence, y compris les situations relatives aux relations sexuelles non protégées et à l'injection de drogues intraveineuses.
	<p>Disponibilité d'un service de santé des employés pouvant compter sur une infirmière dans les CSSS en vue d'assurer le suivi des situations et développer des activités de prévention.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développer un service de santé unifié et complet pour l'ensemble des employés des CSSS.

Type d'interventions	Résultats attendus	Recommandations
Organisation des services (suite)	Disponibilité d'une procédure claire relative au processus d'évaluation et de prise en charge des situations	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adopter au niveau régional et local le document sur la trajectoire.
	Disponibilité d'un mécanisme de suivi des clientèles, internes et externes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adopter au niveau régional et local un mécanisme de suivi des clientèles internes et externes des établissements.
Ententes de service	Analyse et transmission rapide des tests de laboratoire lorsque requis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Définir et diffuser les termes de l'entente avec le CHUL relativement au processus de transmission des tests du VIH, ainsi qu'aux délais d'analyse et de transmission des résultats vers l'établissement de provenance. ▪ Définir avec les laboratoires des CH de la région une règle de fonctionnement relativement aux délais d'analyse et de transmission des résultats des tests relatifs aux hépatites.
Formation des intervenants	Capacité des intervenants à faire la première évaluation pour déterminer si l'exposition est significative, informer et référer adéquatement les personnes exposées	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer la mise à niveau de l'information chez les intervenants : Info-santé, secouristes, intervenants en santé au travail, infirmières au triage dans les urgences, infirmières en prévention des infections et infirmières et responsables des services de santé des employés (DSP).

Type d'interventions	Résultats attendus	Recommandations
Formation des intervenants (suite)	Capacité des médecins à faire la première évaluation pour déterminer si l'exposition est significative, à informer et référer adéquatement les personnes exposées et assurer le suivi des situations	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer la mise à niveau de l'information chez les médecins en cabinets privés.
	Capacité des infirmières pivot à appliquer la trajectoire de services	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assurer la formation initiale et la mise à niveau continue de l'information chez les infirmières répondantes PPE (DSP).
	Connaissance des risques et de la trajectoire de services par les gestionnaires d'organisations dont les travailleurs peuvent être à risque	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diffusion d'un outil d'information auprès des municipalités (policiers, pompiers, premiers répondants), cabinets privés de médecine générale, cabinets de dentisterie, cabinets d'acupuncture, etc.
Production d'outils	Inscription obligatoire de toutes les situations d'exposition accidentelles dans un registre uniforme	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Produire, en lien avec les centres désignés, un registre uniforme relatif aux situations d'expositions, registre comprenant des informations permettant de développer des activités de prévention tant pour les travailleurs que pour la population en général.

Type d'interventions	Résultats attendus	Recommandations
Production d'outils (suite)	Disponibilité d'un outil d'information pour la population en général, relatif aux risques des différentes situations d'expositions accidentelles dont les situations d'éclaboussures	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Procéder à l'acquisition d'un outil d'information si disponible ou au besoin en produire un; le diffuser largement sur le territoire.
	Disponibilité d'un outil d'évaluation pour les infirmières au triage à l'urgence et les infirmières d'Info-Santé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rendre disponible ou produire au besoin un outil d'évaluation (DSP).
	Disponibilité d'un outil de prise de décision pour les médecins, en CH et en cabinets privés, incluant un arbre décisionnel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rendre disponible ou produire un outil de décision et le diffuser dans les CH et cabinets privés.
	Disponibilité d'un guide simplifié informant des risques, des mesures de premiers soins, de la trajectoire de services et des sites de consultation pour les services de policiers, pompiers et premiers répondants, opérateurs de mâchoires de vie, cliniques dentaires, centres d'hébergement privés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Procéder à l'acquisition d'un outil d'information si disponible ou au besoin en produire un; le diffuser largement auprès des organismes cibles : services de police municipaux et la SQ, services d'incendie, premiers répondants (ambulanciers, secouristes, opérateurs de mâchoires de vie), cabinets dentaires, centres privés d'hébergement, etc.

Type d'interventions	Résultats attendus	Recommandations
Production d'outils (suite)	Disponibilité d'un dépliant d'information sur les précautions à prendre pour les personnes identifiées à risque et en attente de résultats	<ul style="list-style-type: none">▪ Rendre disponible les outils d'information sur les précautions pour les travailleurs exposés, les personnes exposées, les personnes sources et les parents d'un enfant exposé.

CONCLUSION

La démarche débutée en 2004 a permis de confirmer que la prise en charge des personnes exposées au sang et aux autres liquides biologiques constitue un domaine complexe et que cette intervention s'intègre difficilement dans l'organisation actuelle des services d'urgence.

La prise en charge et le suivi des personnes exposées telle qu'elles sont réalisées actuellement comportent des lacunes significatives : méconnaissance du nombre et du type d'expositions, difficulté au niveau de l'accessibilité des produits nécessaire, évaluation du risque non systématique et parfois incomplète, et surtout une difficulté à maintenir l'expertise des ressources impliquées.

C'est pourquoi la Direction de santé publique et de l'évaluation croit qu'une organisation différente de ces services autour d'équipes désignées permettrait de minimiser ces déficiences et ces difficultés et de réduire les risques de transmission d'infections hémotogènes.

L'implantation d'un modèle de services dépend de l'implication des différents acteurs concernés, qu'ils soient au niveau du réseau de la santé, du milieu de travail, de milieux de vie et de l'individu lui-même.

Une nouvelle étape s'amorce, soit celle de l'appropriation et de l'adaptation de ces recommandations par les établissements impliqués. Nous souhaitons que celles-ci guideront les gestionnaires des établissements dans leur analyse en vue de l'amélioration des services offerts aux personnes exposées accidentellement au sang et aux autres liquides biologiques.