

**Diplôme Interuniversitaire des Services de  
Santé et de Secours Médical des Services  
Départementaux d'Incendie et de Secours**

**Santé Publique – Santé Travail**

**Travail d'Application Tutoré – année 2014  
EAD 8<sup>ème</sup> PROMOTION**

**Point sur l'utilisation des TROD dans le suivi  
des AES**

**MILLIER Gérard**

**Service Départemental d'Incendie et de Secours  
D'Ardèche**

**Tuteur universitaire : Dr. Weber**

**Référent sapeur-pompier : Lieutenant Gilles Sagnard**

**Référent SSSM : médecin Cle Jean-Michel Lavie**

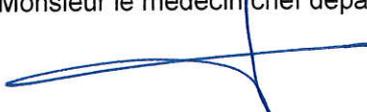
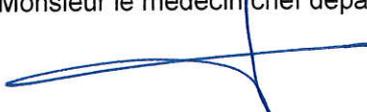
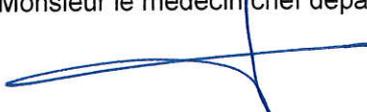
Service départemental d'incendie  
et de secours de l'Ardèche  
Groupement Santé Sécurité et Secours Médical

Privas, le 16 MAI 2014

Tél : 04 75 66 16 80  
Fax : 04 75 66 16 89  
Mél : sssm@sdis07.fr

**Formation initiale des médecins de sapeurs-pompiers volontaires**  
**Module santé publique**

Objet : suivi du travail d'application tutoré

Médecin-commandant Gérard Millier SDIS			
<u>Le thème du sujet</u>	Tests d'orientation diagnostique (TROD) et suivi d'accident d'exposition au sang (AES).		
<u>L'argumentaire</u>	<p>Les accidents d'exposition au sang (AES) sont fréquents, et en rapport avec l'augmentation du secours à personne dans l'activité des sapeurs pompiers. Pour l'Ardèche, 8 AES annuels sont notés depuis 3 ans.</p> <p>Le suivi des victimes nécessite une prise en charge complexe qui fait appel à plusieurs intervenants (service d'urgence, laboratoire de biologie, SSSM), qui amène beaucoup d'anxiété chez la victime et lui impose bien des déplacements, et qui génère une lourde gestion administrative.</p> <p>Des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) existent et sont validés depuis 2010 pour une partie de la gestion des AES. Ils sont pourtant sous utilisés. La législation sur ces tests est en cours d'évolution et devrait permettre leur mise en œuvre plus large. Celle-ci pourrait permettre une facilitation de la prise en charge des AES, tant sur le plan médical, qu'administratif, et que budgétaire.</p> <p>Voici quelques hypothèses de travail, pour réaliser cette mise en œuvre.</p>		
<u>Les validations du sujet</u>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Monsieur le directeur départemental des services d'incendie et de secours     Colonel Didier AMADEI </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Monsieur le médecin chef départemental    </td> </tr> </table>	Monsieur le directeur départemental des services d'incendie et de secours   Colonel Didier AMADEI	Monsieur le médecin chef départemental  
Monsieur le directeur départemental des services d'incendie et de secours   Colonel Didier AMADEI	Monsieur le médecin chef départemental  		
<u>Le tuteur ENSOSP</u>	Tuteur désigné par l'ENSOSP/Faculté de Bordeaux Docteur Weber		
<u>Les référents départementaux éventuels</u>	Référent éventuel SDIS 07 SP INCENDIE Lieutenant 1° cl Gilles Sagnard Référent éventuel SDIS 07 SP SSSM Médecin Cle Jean-Michel Lavie		



## **Sommaire**

Remerciements	p 3
Résumé	p 4
Mots clés	p 5
I. Introduction	p 6
II. Suivi d'un AES, particularité des Sapeurs- pompiers	p 7
III. Les « TROD »	p 9
IV. Hypothèse actuelle et perspectives	p 11
V. Conclusion	p 13
VI. Bibliographie	p 14
Annexes	p 15

Remerciements :

Je tiens particulièrement à remercier pour leur concours :

- Docteur Weber, mon tuteur,
- Médecin Cle Jean-Michel Lavie, médecin-chef départemental du SDIS 07,
- Pharmacien 1<sup>ère</sup> classe Dimitri Benosa, pharmacien gérant de la pharmacie à usage intérieur du SDIS 07,
- Lieutenant Gilles Sagnard, référent hygiène et sécurité du SDIS de l'Ardèche,
- Mme Geneviève Roux, secrétaire du service.

## Résumé :

Les accidents d'exposition au sang et aux liquides biologiques (AES) sont assez fréquents chez les sapeurs-pompiers (SP) dont l'activité « secours à personnes » devient prépondérante. Ces accidents exposent plus fréquemment à l'anxiété d'avoir contracté une pathologie virale, qu'à la réalité d'une contagion. Le service médical doit prévenir, repérer et prendre en charge les AES.

La prise en charge est complexe. Elle nécessite plusieurs intervenants (service des urgences, laboratoire et service SSSM), des déplacements multiples et une gestion administrative des données.

L'organisation de la prise en charge de ces accidents pourrait être facilitée sur le plan médical, comme administratif, par l'utilisation de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD).

Ces derniers peuvent être utilisés depuis 2010, mais la législation actuelle en limite l'usage. Une évolution prochaine de la loi devrait ouvrir de nouvelles perspectives permettant d'améliorer notablement la prise en charge des AES.

Mots Clés :

AES (accident d'exposition au sang)

TROD (test rapide d'orientation diagnostique)

## **I – Introduction**

L'activité « secours à personnes » représente aujourd'hui la plus grande partie des interventions des SP, et celle-ci devrait encore s'accroître du fait de l'évolution du système de santé qui engendre une augmentation des transports (désertification médicale). Les accidents d'exposition au sang (AES) sont inhérents à ce type d'activité, et malgré les efforts d'information et de prévention du SSSM envers les SP, leur nombre pourrait bien augmenter.

Entre 2011 et 2013, le SSSM de l'Ardèche a recensé et suivi 24 accidents d'exposition, soit une moyenne de 8 par an.

La prise en charge et le suivi des AES pour les SP est codifiée et met en lice habituellement, le service des urgences, un laboratoire et le SSSM.

De nouvelles techniques de tests sérologiques ont vu le jour ces dernières années, les « TROD ». Ces tests rapides d'orientation diagnostique ont déjà prouvé leur efficacité et ils sont proposés, depuis novembre 2010, dans une partie de la prise en charge des accidents d'exposition. Malgré cela, ils sont peu connus et sous utilisés. La législation évolue assez rapidement et il est probable que nous puissions bientôt les employer comme tests de dépistage direct, facilitant le suivi des AES.

## **II – Suivi d’AES, particularité des sapeurs pompiers**

Les pathologies infectieuses principalement ciblées pour être dépistées dans les AES sont les hépatites B et C ainsi que le SIDA, impliquant l’analyse du statut sérologique initial de la victime pour les VHB, VHC et VIH.

Notons dès maintenant que les SP sont vaccinés contre l’hépatite B et que cette vaccination les protège en totalité contre une infection, si leur système immunitaire à « répondu » à la stimulation vaccinale.

Depuis l’arrêté d’août 2013, les conditions d’immunisation ont changé.

Sont considérées comme « protégées », les personnes présentant après leur schéma vaccinal un taux d’anticorps antiHbS > 100.

Entre 10 et 100, la protection nécessite une absence d’anticorps anti Hb « core ». Si ces derniers sont positifs, l’antigénémie doit être négative (sinon hépatite débutante) voir annexe n°1.

Les personnels ne présentant pas cette montée d’anticorps après une série de stimulation vaccinale (6 au total) seront considérés « non répondeurs » et donc à risque de contracter une hépatite B.

Il convient aussi de constater qu’en général, c’est le VIH qui engendre le plus d’inquiétude auprès des personnels. Ceci est sans aucun doute en rapport avec l’épidémie meurtrière des années 1980-90 et avec le fait que si cette maladie se soigne aujourd’hui bien, elle ne peut être guérie.

Pourtant, si l’on analyse les chiffres, on remarque que les statistiques évoquent un portage non connu du VHC chez environ 250 000 Français contre seulement 40 000 porteurs du VIH !

Le risque de contact est donc bien plus élevé pour le VHC, sachant que ce virus est de surcroît beaucoup plus résistant que le VIH dans le milieu extérieur (notamment sur un brancard ou un matelas coquille).

L’hépatite C peut aujourd’hui être guérie dans la plus grande majorité des cas.

On comprend l’intérêt de la repérer avant qu’elle n’ait provoqué une fibrose hépatique et diffusé à l’entourage.

Prise en charge actuelle d'un AES (rappel).

Conduite à tenir immédiate : nettoyer la plaie par du DAKIN (ou faire tremper durant 2 minutes), laver le globe oculaire abondamment avec du sérum physiologique ou se rincer la bouche à l'eau (Annexe 7).

Proposer à J0 (arrivée aux urgences du VSAV) une biologie au patient source (VIH, VHC, VHB) et à la victime (Bilan hépatique, sérologies VIH, VHC, VHB). Faire une déclaration d'accident de travail et informer le SSSM.

Si le médecin des urgences estime que la probabilité de transmission du VIH est suffisamment importante, il prescrira immédiatement un traitement antirétroviral (Kalétra° +Truvada° ou Kaletra° + Combivir° chez la femme enceinte). Ce traitement préventif est optimal dans les 4 heures suivant l'accident d'exposition et doit être réalisé dans les 24h. (bibliographie N°4 sur la prise en charge des AEV aux urgences).

A 1, 3 et 6 mois, le patient sera pris en charge par le SSSM qui prescrira les biologies de surveillance (Amylasémie, sérologies VIH, VHC, VHB), puis recevra pour établir les certificats de suivi. Ne pas omettre de proposer une protection sexuelle avant les résultats du 1er mois, ainsi qu'une contraception chez les femmes.

A 6 mois, le dossier sera clôturé en l'absence de modification sérologique.

### III – Les « TROD »

#### A) Technique :

Ces tests ont été développés depuis quelques années, avec pour objectif principal un dépistage de masse. Ils utilisent la technique « elisa » et permettent donc de repérer une apparition d'anticorps chez le patient testé. Il existe donc une phase initiale durant laquelle, le test (comme la sérologie) apparaît comme normal

Durant cette phase, le sujet qui a eu contact, va subir une multiplication virale, puis lorsque la réplication aura été suffisante pour être repérée par l'organisme, la fabrication d'anticorps aura lieu avec virage sérologique et positivation du test.

Il est admis que cette phase dure 1 mois et qu'un test 6 semaines après le contact initial rend un résultat optimal et définitif. Le suivi de 6 mois a été proposé à une époque où les différentes phases de développement viral et de réponse immunitaire étaient moins bien connues. La loi est plus lente que la science, et cette durée de suivi conserve, malgré tout, sa valeur médico-légale (voir annexe n°2 et 3).

Ces tests sont prévus pour être utilisés sur le terrain, sans laboratoire, avec une conservation facilitée (entre 4 et 30°). Leur utilisation est simple mais nécessite une formation à la mise en œuvre et à la lecture des résultats (bibliographie n°2 : journal officiel mai 2010). Leur manipulation ressemble à la réalisation d'une glycémie capillaire (prélèvement d'une goutte de sang par micro piqûre et application de celle-ci sur un réactif). Certains utilisent la salive comme échantillon, mais le recueil du prélèvement est plus aléatoire (frotter l'intérieur de la paroi buccale) et la fiabilité du test moindre. Les tests utilisant le sang total seront donc préférés.

La fiabilité de ces tests est différente selon les marques. Certains d'entre eux ont des résultats comparables à une biologie (sensibilité sup à 99% pour le test VIH INSTI°, voir annexe n°3 et 4).

A noter la nécessité de contrôler par sérologie classique, tout résultat positif (médico-légal) et tout résultat négatif au VHC réalisé en même temps qu'un test VIH positif. On comprend que dans un syndrome d'immunodéficience acquise, la fabrication d'anticorps anti VHC est souvent altérée, amenant un faux négatif VHC.

Leur résultat est quasi immédiat (1 à 2 minutes pour le test VIH « INSTI° », 20 minutes pour le test VHC « oraquick° »).

Leur coût est très limité (VIH environ 5 euros, et VHC environ 7 euros). Les prix sont actuellement à la baisse du fait de leur plus grande production, mais variable selon les marques. Des kits unitaires existent aujourd'hui. Voir annexe n°5 et 6.

Des tests associés (exemple VIH + VHB + syphilis) sont en cours d'élaboration.

## B) Législation :

Les arrêtés des 28 mai et 9 novembre 2010 définissent les limites et les conditions d'utilisation des TROD VIH. Ces tests sont un peu « boudés » par les établissements de soins qui disposent la plupart du temps d'un laboratoire de biologie. C'est le milieu associatif, qui a fait leur promotion, notamment les mouvements de lutte contre le SIDA, et récemment (en 2013) l'association « France hépatite » pour favoriser le repérage et la prise en charge des hépatites C.

Les milieux LGBT (lesbien gay bi transsexuel) et toxicomane sont identifiés comme étant plus à risque (VIH pour le premier et VHC pour le second).

Dans le cas des AES, depuis les circulaires de 2010, c'est la personne source qui peut être testée par un TROD.

Le consentement au testing sérologique n'est nécessaire que si cette personne est en capacité de répondre (altération de conscience = possibilité de test sans consentement).

Le TROD permet une évaluation immédiate mais incomplète (à cause de la phase initiale de la maladie) du risque. Il permet de faciliter la mise en route d'un traitement antirétroviral. Le TROD ne dispense pas d'une sérologie pour la victime de l'AES.

Le test doit être prescrit par un médecin, réalisé par une personne formée et le résultat rendu dans des conditions définies (avec contrôle sérologique par une biologie si le test s'avère positif) puis archivé.

La législation évolue rapidement sur le sujet des TROD VIH et VHC. Le comité d'éthique doit statuer cette année sur la possibilité d'utiliser cette technique pour le dépistage systématique en lieu et place des biologies « classiques » (notamment dans les CDAG = centres de dépistage anonymes et gratuits).

Ceci présage donc une possibilité de s'en servir pour le suivi des AES.

## IV – Hypothèse actuelle et perspectives

### A) Actuellement :

Le TROD pourrait être pratiqué sur la personne source (en l'absence de son consentement si cette personne est inconsciente ou dans l'incapacité de répondre) par un infirmier sapeur-pompier (ISP) engagé sur l'intervention. Ce dernier devrait être formé à la réalisation des TROD et disposer de ce type de test (TROD VIH) dans le kit AES. Ce test pourrait aussi être pratiqué par le médecin des urgences. Pour cela il faudrait communiquer sur l'intérêt de l'utilisation des TROD avec les services d'accueil travaillant avec l'Ardèche (Aubenas, Privas, Annonay, Montélimar, Valence, Bagnols, Ales, Le Puy, Saint-Vallier, Romans).

La réalisation d'un TROD VIH sur la personne source permet dans un premier temps de rassurer la victime (pas totalement puisque la positivation du TROD apparaît avec les anticorps, soit un mois après le contact) et surtout d'aider à la décision de mise en route (ou non) d'un traitement antirétroviral. Ce type de traitement donne des effets secondaires fréquents (60% des cas) qui conduisent souvent à son arrêt anticipé. On voit ici l'intérêt de mieux cibler son administration.

### B) Dans un futur très proche :

Le comité d'éthique doit statuer sur la possibilité d'utiliser les TROD, VIH et VHC au même titre qu'une biologie classique. Cette décision est attendue depuis 2013 et va ouvrir rapidement (d'ici la fin de l'année 2014 semble-t-il), de nouvelles possibilités d'utilisation de ces tests, et notamment pour la gestion des AES.

Ainsi, nous pourrions proposer :

J0 : Patient source = TROD => décision sur traitement antirétroviral.

Victime(s) = Sérologie VIH, VHC, NFS, Bilan hépatique (ALAT) et si traitement antirétroviral envisagé, faire en plus créatininémie, amylasémie, et BHCG pour les femmes en âge de procréer.

1 mois : TROD VIH et VHC

3 mois : TROD VIH et VHC

6 mois : TROD VIH et VHC + bilan hépatique.

En cas de traitement antirétroviral, surveillance de la fonction rénale et pancréatique.

Proposition de mise sous contraception des femmes en âge de procréer durant le premier mois.

Proposition de protection par préservatifs avant le contrôle du 1<sup>er</sup> mois.

Ce nouveau protocole, amènerait au service de santé des secours médicaux, des avancées notables :

- Rassurer la victime par une évaluation immédiate du patient source.
- Prescription « mesurée » de traitement antirétroviral, afin d'éviter des effets secondaires fréquents.
- Valoriser le SSSM auprès de l'ensemble « de la famille pompier » par une prise en charge « intra-service ».
- Eviter les nombreux allers-retours vers les laboratoires de biologie et le service médical.
- Faciliter la gestion des dossiers médicaux.
- Diminuer notablement le coût de la prise en charge d'un AES (le prix d'un TROD est actuellement trois fois inférieur à celui d'une biologie).

Cette stratégie tient compte de la vaccination contre l'hépatite B et du constat d'une élévation suffisante du taux d'anticorps anti VHB (> 100).

Dans le cas de SP dit « non répondeurs », qui n'ont pas d'élévation suffisante de leur taux d'anticorps après 6 injections vaccinales, il sera licite de doser l'évolution du taux d'antigènes VHB pour repérer une ascension. Pour ces patients, l'utilisation de TROD paraît inutile, puisque le dosage des antigènes ne peut être réalisé que par biologie sanguine « classique ». Le protocole actuel sera donc conservé.

## V) Conclusion

La technique des tests rapide d'orientation diagnostique pourrait faciliter la prise en charge des AES par le service de santé des sapeurs pompiers.

Dans l'état actuel de la loi (depuis 2010), nous pourrions déjà pratiquer un test VIH (et VHC ?) à la personne source afin de rassurer la victime et de préciser l'indication d'un traitement anti rétroviral source d'effets secondaires.

Avec l'évolution prévue de la législation, et la protocolisation possible de l'utilisation des TROD dans le suivi des AES, la prise en charge serait grandement simplifiée pour le SSSM et pour les victimes.

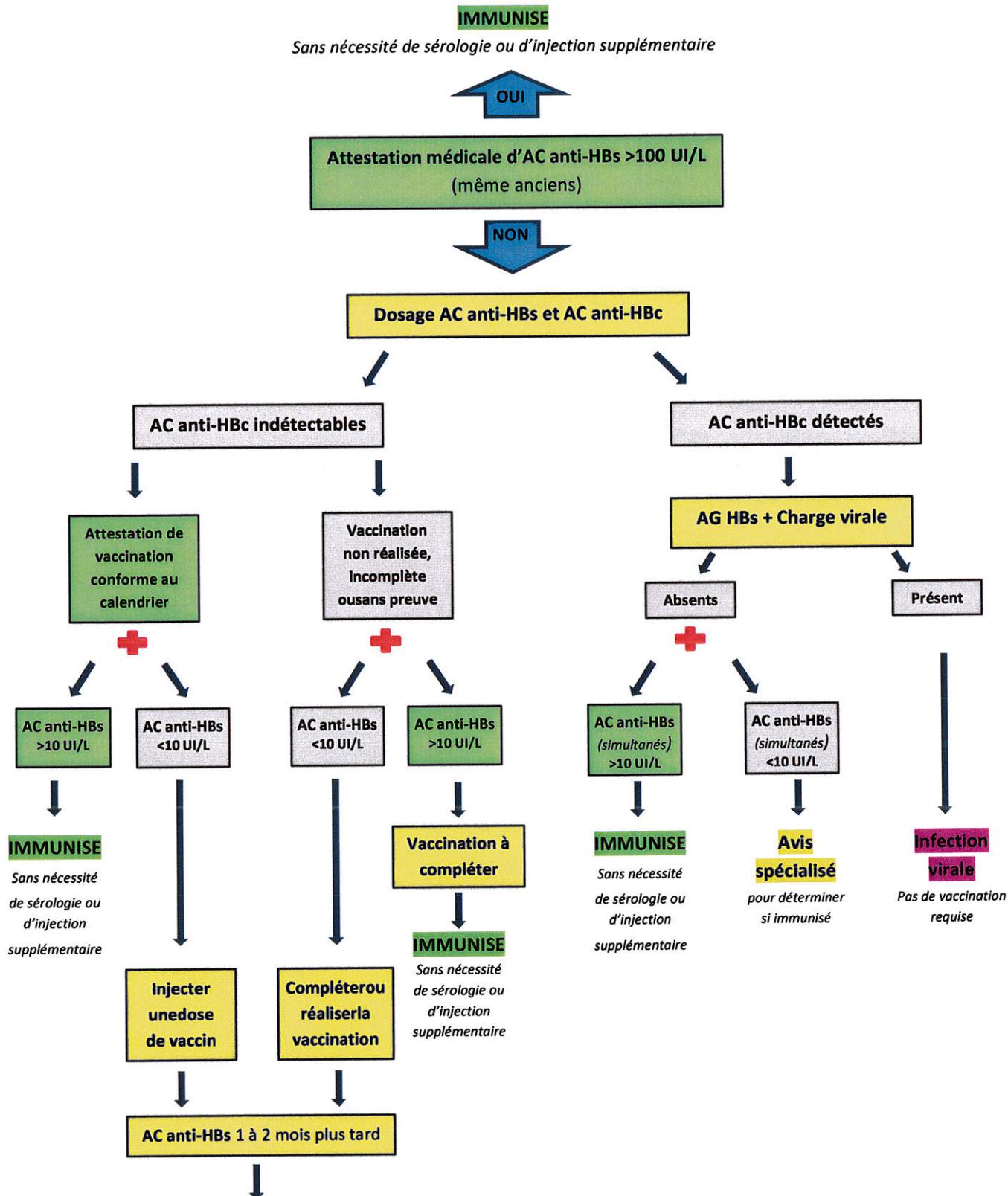
Outre l'immédiateté du résultat sur la personne source qui rassure la victime, il faut insister sur la simplification du parcours (allers retours au laboratoire) et de la gestion administrative. Notons enfin l'intérêt budgétaire (3 fois moindre), et l'impact sur la notion de soins par le SSSM, envers les SP (renforcement du groupe).

Il pourrait donc être dorénavant et déjà intéressant de réfléchir à la formation des infirmiers sapeurs-pompiers, à la réalisation des TRODs, et à la rédaction d'un protocole infirmier de soins d'urgence (PISU) et/ou de soutien sanitaire ayant pour thème l'AES.

## **VI – Bibliographie**

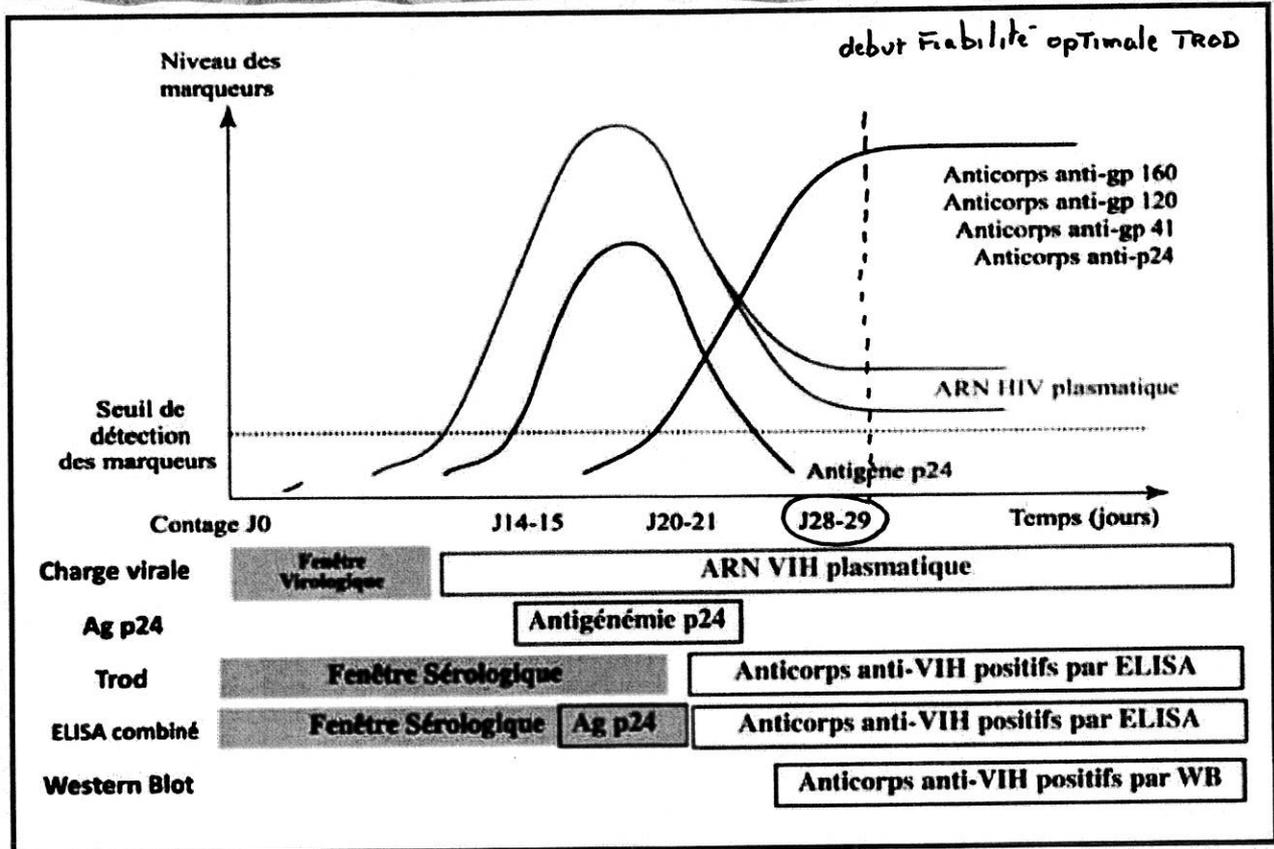
- 1 Arrêté du journal officiel du 2 août 2013 sur les conditions d'immunisation pour l'hépatite B.
- 2 Arrêté du journal officiel du 28 mai 2010 sur les conditions de réalisation des tests d'orientation diagnostique.
- 3 Arrêté du journal officiel du 9 novembre 2010 sur les conditions d'utilisation des tests d'orientation diagnostique.
- 4 Urgences 2011 (SFMU/SAMU) : « Prise en charge chez l'adulte des accidents d'exposition à un risque viral (AEV) dans les services d'urgences ». E. CASALINO, C. CHOQUET, S. FADEL).
- 5 « Intérêt des TROD dans la prise en charge des expositions à risque de transmission virale » E. ROUVEIX, réunion AES COREVIH ile de France ouest et nord, décembre 2013.
- 6 Les tests rapides d'orientation diagnostique du VIH et des hépatites virales. Dr. Laurence
- 7 MORAND-JOUBERT-INSERM U 943.

ANNEXE N°1 - CONDITIONS D'IMMUNISATION CONTRE L'HEPATITE B (Arrêté du 2 août 2013)



- Si > 10 : Immunisé sans nécessité de sérologie ou de vaccination
- Si < 10 : poursuite des injections vaccinales suivies chacune d'une sérologie jusqu'à obtenir AC anti-HBs >10 sans dépasser 6 injections au total (le médecin traitant ou du travail décide s'il y a lieu de faire une 7ième dose suivie de sérologie)
- Si AC anti-HBs <10 après la 6ième (ou la 7ième) dose, sujet considéré comme non répondeur à la vaccination.

## ANNEXE 2 – EVOLUTION DE L'IMMUNITE APRES CONTACT VIH



## ANNEXE 3 – COMPARATIF TROD VIH

### Tableau comparatif des TROD

Tableau comparatif des TDOR VIH utilisés sur sang capillaire

	INSTI	VIKIA	DETERMINE	DETERMINE 4G	ORASURE Sang
<b>Technologie</b>	ImmunoFiltration recherche des anticorps HIV1-HIV2	Immuno-chromatographie recherche des anticorps HIV1-HIV2	Immuno-chromatographie recherche des anticorps HIV1-HIV2	Immuno-chromatographie recherche des anticorps HIV1-HIV2 + Ag p24	Immuno-chromatographie recherche des anticorps HIV1-HIV2
<b>Temps de rendu du résultat</b>	Immédiat	30 minutes	15 minutes	20 minutes	20 minutes
<b>Utilisation possible sur sang capillaire</b>	OUI	OUI	OUI si utilisation d'un capillaire EDTA	OUI, si utilisation d'un capillaire EDTA	OUI
<b>Volume de prélèvement</b>	50 µl	75 µl	50 µl	50 µl	5 µl
<b>Accessoires</b>	Kit complet : (lancettes, pipettes, tampon de migration unitaire et lingettes alcoolisées)	Pipettes, Tampon de migration commun	<b>AUCUN</b> , capillaire EDTA obligatoire + Tampon migration commun	<b>AUCUN</b> , capillaire EDTA obligatoire + Tampon migration commun	-
<b>Nature du contrôle</b>	Prot A (fixe IgG)	contrôle de migration	contrôle de migration	contrôle de migration	Anti IgG humaine de chèvre
<b>Sensibilité sur sang capillaire*</b>	<b>99,0%</b>	<b>98,5%</b>	<b>94,9%</b>	<b>95,8%</b>	<b>94,5%</b>
<b>T° de conservation</b>	4-30°C	4-30°C	2-30°C	2-30°C	-

\* D'après étude comparative sang capillaire : Pavie et al\_5 rapid test sensit\_PLOS One 2010

13/12/2013



## Performance des tests rapides pour la détection des Ac anti-VHC

- Etude coréenne sur la performance du test Oraquick VHC dans le sérum et salive, chez 137 personnes infectées par le VHC et chez 300 donneurs de sang

Specimen type	Result	Anti-HCV results by immunoassay (serum)			
		HCV patients		Healthy blood donors	
		Reactive	Non-reactive	Reactive	Non-reactive
Oral fluid	Reactive	134	0	0	0
	Non-reactive	3	0	0	300
Stored serum	Reactive	200	0	0	0
	Non-reactive	0	0	0	200

Sensibilité à 97,8% avec 3 faux négatifs (3 patients sous traitement) et spécificité à 100%

Table 2. Case profiles of false-negative cases in the oral fluid test

Case No.	Serum OraQuick HCV	Serum SD HCV	Architect S/C	RNA	Year of diagnosis	Treatment
31	WR	WR	3.72	Negative	1998	Peginterferon
37	R	WR	8.89	ND	2006	Interferon + Ribavirin
74	R	WR	11.70	Negative	2004	Peginterferon + Ribavirin

- Résultats comparables sur 4 panels de de séroconversion



14<sup>th</sup> JNL Clermont-Ferrand  
du 12 au 14 juin 2013

Cha YJ et al. Ann Lab Med 2013.

**ANNEXE 5 – KIT TROD VIH**

**Lancement du TROD INSTI VIH unitaire\***

**Toujours aussi simple mais encore plus pratique**



**Idéal pour les dépistages hors les murs, AES...  
Changez vite pour la référence 90-1015 !**

\*Le TROD VIH unitaire contient : 1 test, 1 lancette, 1 pipette, 1 tampon alcool, 1 flacon de solution 1, 2 et 3 et une notice d'utilisation

\*\*TROD unitaire proposé à un prix équivalent à celui du TROD en boîte de 24 tests

## ANNEXE 6 – TEST VIH INSTI<sup>®</sup>



	<b>Accidents d'Exposition au Sang ou liquide biologique</b>	N°0PS/02/01/2007 Version 1
<b>Contexte</b>	<p><b>Les circonstances :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☞ En cas de piqûre ou coupure avec du matériel d'injection souillé,</li> <li>☞ En cas de contact avec du sang ou liquide biologique sur une peau lésée,</li> <li>☞ En cas de projection de sang ou liquide biologique sur les muqueuses,</li> <li>☞ En cas de bouche à bouche sans protection,</li> </ul> <p><b>Les objectifs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☞ La protection immédiate du sapeur-pompier pour limiter le risque infectieux (transmissions des virus SIDA, hépatite B,C, certaines bactéries),</li> <li>☞ La prise en charge du sapeur-pompier en accident, du travail et/ou .en service commandé.</li> </ul>	
<b>Conduite à tenir</b>	<p><b>Actions immédiates</b></p> <p><b>Piqûre ou blessure :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Nettoyer immédiatement avec de l'eau ou NaCl (+/- savon si à proximité),</li> <li>☞ Désinfecter avec la solution Dakin® pendant 5 minutes, <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Pour un doigt : verser le Dakin® dans le récipient, immerger le doigt pendant au moins 5 minutes,</li> <li>➢ Pour un autre cas : imbiber des compresses avec le Dakin®, et laisser au contact 5 minutes,</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Projection :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Les yeux ou les muqueuses :</li> <li>☞ Laver les mains</li> <li>☞ Rincer abondamment pendant 5 à 10 minutes avec le sérum physiologique ou eau. <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ La bouche :</li> <li>☞ Rincer abondamment avec le sérum physiologique ou eau.</li> <li>☞ Faire un bain de bouche avec le Dakin® pur, <b>ne pas avaler</b>,</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Actions dans les 4 heures</b></p> <p><b>Consultation médicale aux services des urgences pour :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Un examen médical (pour évaluer le risque infectieux),</li> <li>☞ Un éventuel traitement médicamenteux préventif vous sera proposé (en cas de risque élevé),</li> <li>☞ Un certificat médical initial,</li> <li>☞ Une prise de sang pour les sérologies (hépatite B, C, transaminases et HIV),</li> </ul> <p><b>Les résultats sont à communiquer au Médecin chef départemental avec mention « secret médical »,</b></p> <p><b>Contactez le CTA/CODIS qui avisera le cadre SSSM d'astreinte, Informer le chef de centre et le médecin et/ou infirmier du CIS.</b></p> <p><b>Actions dans les 48 heures</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☞ S'adresser au médecin référent (après contact avec le cadre SSSM d'astreinte),</li> <li>☞ S'adresser au médecin traitant pour un éventuel suivi clinique et sérologique,</li> <li>☞ Transmettre la déclaration d'accident de travail (SPP) et accident en service commandé (SPV) au SDIS qui se chargera d'informer le SSSM (chemin de saint Clair 07000 PRIVAS N° 04.75.66.36.00).</li> </ul> <p><b>Suivi de l'AES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Penser à faire les prises de sang prescrites par le médecin du suivi (au 3<sup>ème</sup> mois et au 6<sup>ème</sup> mois),</li> <li>☞ Adresser au SSSM une copie des résultats médicaux au fur et à mesure du suivi,</li> <li>☞ Faire adresser l'ensemble des factures au SSSM du SDIS,</li> <li>☞ Penser à faire faire par le médecin chargé du suivi un certificat médical final et l'adresser au service SPP ou SPV pour clôturer le dossier d'accident de travail et/ou en service commandé..</li> </ul>	
<p><b>Il faut toujours</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☺ Respecter les règles de protection individuelle,</li> <li>☺ Utiliser les contenants à aiguilles pour les objets piquants, coupants, tranchants,</li> <li>☺ Utiliser les sacs DASRI jaune pour les déchets souillés,</li> <li>☺ Porter des gants en présence de sang ou liquide biologique.</li> </ul>	<p><b>Il ne faut jamais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Recapuchonner les aiguilles,</li> <li>⊗ Manipuler des objets souillés, sans gants,</li> <li>⊗ Intervenir si on n'est pas vacciné contre l'hépatite B, (inapte au secours à personne)</li> <li>⊗ Oublier de respecter la procédure des AES,</li> </ul>	
GUIDE DES PROCEDURES SSSM SDIS 07	Mise à jour :17/01/2007	Page1/2

Composition et modalités du Kit AES

Péréemption du kit en : JANVIER 2011

Kit AES		
PRODUIT	QUANTIT E	PEREMPTION DES PRODUITS
KIT AES COOPER AVEC RECIPIENT POUR TREMPAGE	1	
NACL POCHE 250 ML	1	
TUBULURE POUR PERFUSION (à raccorder à la poche de Nacl pour l'irrigation)	1	
GANTS STERILES T 7	1	
GANTS STERILES T 8	1	
GANTS STERILES T 9	1	
COMPRESSES STERILES SACHET DE 5	2	
PROCEDURE AES	1	

**Modalité de renouvellement :**

- Renouvellement par la pharmacie départementale .
- Renouvellement suite à intervention ou péréemption du kit.

**Merci de compléter les données suivantes pour le SSSM :**

Kit utilisé

Le     /     /

Par (nom du sapeur-pompier qui réalise le protocole) :

Pour (nom du sapeur-pompier qui a été exposé aux) :

Centre d'intervention de :

Groupement :

Kit renouvelé par la pharmacie le :     /     /