

I - PERSONNELS CONCERNES

Tout personnel hospitalier.

II - HISTORIQUE DES MODIFICATIONS

Révision triennale.

III - PERSONNES A L'INITIATIVE

Service de prévention du risque infectieux, maladies infectieuses, santé au travail, laboratoire, SAU.

IV - OBJET

Conduite à tenir devant une personne exposée à un risque de transmission de VIH, VHB, VHC professionnel (transmission sanguine).

V - OBJECTIFS

- Assurer **la prise en charge 24h/24, 7 jours/7 des victimes** d'un AES.
- Analyser le risque de façon précoce
- Permettre, le cas échéant, la mise à disposition d'une prophylaxie efficace.
- Organiser le suivi des victimes concernées.

VI - CADRE REGLEMENTAIRE

- Circulaire DGS/R12/DHOS/DGT/DSS/2008/91 du 13 mars 2008 relative aux recommandations de prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH)
- Arrêté du 1^{er} août 2007 fixant les modalités de suivi sérologique des personnes victimes d'accidents du travail entraînant un risque de contamination par le virus de l'immunodéficience humaine
- Circulaire DGS/DH/DRT n° 99-680 du 8 décembre 1999 relative aux recommandations à mettre en œuvre devant un risque de transmission de VHB et du VHC par le sang et les liquides biologiques.
- Rapport Yeni 2010.
- Prévention de la transmission soignant-soigné des virus hématogènes – VHb, VHC, VIH (Rapport du HCSPR Juin 2011)

VII - REGLES D'APPLICATION

Selon l'horaire et le lieu, la victime prend contact avec le médecin référent ou d'accueil.

1. **CONDUITE A TENIR POUR LE PERSONNEL VICTIME D'UN AES AU SEIN D'UN SERVICE DU CHRO : SE MUNIR DE L'ENVELOPPE « AES » DISPONIBLE DANS TOUS LES PC INFIRMIERS**

Si, le patient source est connu, la victime :

- Réalise les premiers soins selon le protocole AES (feuillelet 1)
- Recueille le consentement du patient source (inutile si le patient est dans le coma ou inconscient de façon prolongée)
- Effectue ou fait effectuer le prélèvement du patient source (avec son accord)
- **Fait remplir le feuillelet 2 et le Certificat Médical Initial** sur l'imprimé CERFA par un médecin de son service
- Colle une étiquette du patient source sur les feuillelets 2 et 3
- Se fait prélever dans son service
- Adresse les prélèvements du patient source et de la victime au laboratoire de biochimie (3^{ème} étage LS) **avec le feuillelet 2**
- Va consulter si nécessaire le service référent ou d'accueil en fonction du créneau horaire **avec le feuillelet 3.**

Si le patient source est VIH connu positif ou si le patient source est inconnu, la victime :

- Réalise les premiers soins selon le protocole AES (feuillelet 1)
- Se fait prélever dans son service
- **Fait remplir le feuillelet 2 et le Certificat Médical Initial** sur l'imprimé CERFA par un médecin de son service
- Colle une étiquette du patient source sur les feuillelets 2 et 3
- Adresse les prélèvements de la victime au laboratoire de biochimie (3^{ème} étage LS) **avec le feuillelet 2**
- Consulte **impérativement** le service référent ou d'accueil, en fonction du créneau horaire, dans les 4 heures **avec le feuillelet 3**

2. RÔLE DU PERSONNEL DES SERVICES ACCUEILLANT LES VICTIMES (SAU - MALADIES INFECTIEUSES)

- Accueille et renseigne la victime sur le déroulement de la prise en charge
- S'assure que la victime a bien transmis les échantillons sanguins (patient source +++) au laboratoire de biochimie 3^{ème} étage LS.
- Recueille les résultats d'analyse que le laboratoire envoie par fax et les présente au médecin
- S'assure de la prise en charge rapide de la victime par un médecin.

3. RÔLE DU LABORATOIRE

- Note l'heure d'arrivée des échantillons sanguins
- Réalise les sérologies du patient source en urgence
- Avertit par téléphone le médecin du service référent (selon le créneau horaire) qu'un AES a été géré et qu'un fax va être adressé.
- Faxe les résultats du patient source et le feuillelet 2 immédiatement au service référent (en fonction du créneau horaire) **et** au service de Santé au Travail.
- Réalise les analyses de la victime.
- Transmet par courrier tous les résultats des examens biologiques (victime + patient source) avec la copie du feuillelet 2 au service référent et au médecin du travail.

4. RÔLE DU MÉDECIN RÉFÉRENT OU D'ACCUEIL, À LA RÉCEPTION DES RÉSULTATS DU PATIENT SOURCE (FAX DU LABO)

- Prend en charge la victime qui se présente muni du feuillelet 3
- Prend connaissance du fax qui est adressé par le laboratoire avec les résultats du patient source (Appelle si nécessaire la victime si elle ne s'est pas présentée au numéro de téléphone indiqué sur le feuillelet 2)
- Évalue les risques de transmission
- Actualise l'évaluation du risque avec la victime
- Décide de la nécessité ou non d'initier un traitement antirétroviral (annexe 1)
 - Contacte, en cas de doute un médecin infectiologue (notifie la date, l'heure de ce contact ainsi que l'identité de la personne contactée sur le dossier)
 - En cas de traitement fait signer à la victime le consentement au traitement (en double exemplaire dont un sera conservé dans le dossier)
 - Un stock correspondant à un traitement pour 3 jours est disponible au SAU (**Tri-thérapie antirétrovirale**)
 - Donne si nécessaire le traitement antirétroviral pour 3 jours et informe la victime d'une nécessité de **réévaluation par un médecin référent dans les 72 heures**
- Met en place le traitement, remplit le bas du feuillelet 3 et l'adresse automatiquement au Service de Santé au Travail. Si nécessaire, fait intervenir l'interne de garde dans le service concerné pour évaluer l'existence de comportement à risque, obtenir des renseignements manquants.
- **Etablit, si cela n'a pas été fait, le Certificat Médical Initial** sur l'imprimé CERFA
- Donne la note d'information à la victime (**traitement ou non**)

5. LA VICTIME A LA FIN DE SA CONSULTATION DOIT RECEVOIR

- Le Certificat Médical Initial d'accident du travail
- Les coordonnées du médecin chargé du suivi :
 - ↳ Si pas de traitement : le médecin de santé au travail
 - ↳ Si un traitement est instauré : le médecin référent de maladies infectieuses
 - Copie de l'ordonnance du traitement initial
 - Lettre type à l'attention du médecin chargé du suivi

6. CONDUITE A TENIR PAR LA VICTIME (APRES SA CONSULTATION)

- Prend contact avec :
 - ↳ Le médecin référent pour une consultation dans les 72 heures si un traitement est mis en place par le SAU.
 - ↳ Le médecin du travail (que l'AES soit traité ou non) pour analyse de l'accident et organisation du suivi
- Transmets à l'employeur la déclaration d'Accident du Travail et le Certificat médical initial (CMI) dans son intégralité pour les agents stagiaires et titulaires du CHRO (si possible dans les 48 heures pour les stagiaires et titulaires, dans les 48 heures pour les temporaires et contractuels).

7. ROLE DE LA DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES DU CHRO

- Pour les agents stagiaires et titulaires :
 - ↳ Adresse à l'agent la décision de prise en charge au titre d'accident du travail
 - ↳ Adresse au Service de Santé au Travail une copie de la décision de prise en charge de l'AES
- **Pour les agents contractuels et temporaires :**
 - ↳ Adresse un volet du **Certificat Médical Initial** à la CPAM

8. ROLE DU MEDECIN REFERENT DU SERVICE DE MALADIES INFECTIEUSES

Si un traitement antirétroviral a été instauré, le médecin référent :

- Reçoit dans les 72 heures, la victime en consultation,
- Décide de la poursuite ou de la modification du traitement anti-VIH.
- Assure le suivi de la victime pendant toute la durée du traitement
- Remplit la suite du questionnaire de l'InVS et l'adresse à l'InVS, en cas de patient source VIH+
- Transmet régulièrement les résultats biologiques et autres pièces du dossier jusqu'à la fin du traitement au médecin de la santé au travail s'il s'agit d'un AES professionnel.

Buts du suivi par le médecin référent, si l'AES est traité :

- Apprécier la tolérance clinique et biologique
- Apprécier la compliance
- Apprécier la nécessité d'un éventuel soutien psychologique

9. ROLE DU MEDECIN DE LA SANTE AU TRAVAIL

- Assure le suivi des **AES professionnels non traités** (avec patient source VIH négatif, ou sans argument en faveur d'une séroconversion en cours).
- Assure le suivi des **AES professionnels traités, après l'arrêt du traitement**
- **Vérifie l'immunisation Hépatite B** et fait pratiquer si nécessaire, une injection de 500 UI Immunoglobulines anti-HBs dans les 72 heures et remets à jour la vaccination anti hépatite B
- Reçoit la victime pour analyser l'accident (questionnaire du RAISIN) et rappelle les mesures de prévention
- Fournit, à l'ICSCLIN une fois par an le bilan des AES professionnels et en fait état dans son rapport annuel d'activité présenté au CHSCT.

VIII - SURVEILLANCE

La surveillance des AES professionnels survenant au CHRO est assurée par le service de santé au travail selon la méthodologie standardisée du RAISIN.

Approbation (Qualité) Maryvonne DEMASURE	Vérification Jonathan BARET	Ne pas compléter Ne pas compléter	Version 4	Page 3/21
			Applicable à partir du 08/02/2016	

IX - MODALITES D'EVALUATION

Annuellement, suivi de 2 indicateurs :

- Pourcentage de dossiers AES des agents victimes du CHRO conformes
- Pourcentage de délais de prise en charge des victimes conformes

X - ANNEXES

- 1) Conduite à tenir en cas d'AES
- 2) Ordonnance feuillet 2
- 3) Ordonnance feuillet 3
- 4) Le médecin urgentiste ou référent
- 5) Consentement sérodiagnostic de dépistage du VIH
- 6) Certificat médical initial d'accident du travail
- 7) Déclaration d'accident du travail
- 8) Tableau de suivi biologique de la personne exposée aux virus VIH, VHC, VHB
- 9) Indications au traitement antirétroviral initial
- 10) Coordonnées des intervenants



Feuillet 1 / PERSONNEL CHRO / VICTIME

CONDUITE A TENIR EN CAS D'EXPOSITION ACCIDENTELLE AU SANG ou AUTRE LIQUIDE BIOLOGIQUE

**PERSONNEL du CHRO et toute personne travaillant pour le compte du
CHRO (dont étudiants paramédicaux et stagiaires)**

① Ne pas faire saigner - Laver - Désinfecter

Laver à l'eau et au savon doux, rincer, puis immerger la zone blessée pendant au moins 5 minutes dans une solution de Dakin (ou à défaut dans de la Bétadine dermique (flacon jaune), dans de l'alcool à 70°)

NB : En cas de projection sur les muqueuses, rincer abondamment pendant au moins 5 minutes au sérum physiologique ou à l'eau

② Munissez-vous de l'enveloppe «Conduite à tenir en cas d'AES» disponible dans les PC infirmiers

③ Si le patient source est identifié (si non identifié, passer au n°4)

- Recueillir le consentement du patient source et le faire prélever immédiatement (2 tubes secs) (+ 2 tubes EDTA) pour la charge virale si le patient source est connu VHC+ ou VIH+
- Coller une étiquette du patient source sur le feuillet n°2 et sur le feuillet n°3
- Faire remplir par un médecin de votre service (si pas de médecin, passer directement au n°4)
 - le feuillet n°2 de la liasse :
 - case « victime de l'accident »
 - questionnaire d'évaluation du risque
 - le certificat médical initial (CMI)
- Adresser en urgence ce feuillet n°2 de la liasse, dûment rempli avec les prélèvements, au labo de biochimie

④ Contacter ou consulter dans l'heure qui suit en vous munissant du feuillet n°3 de la liasse

Cette consultation est impérative si le Patient source est VIH + ou si le patient source est inconnu

Entre 9 h 00 et 17 h 00 : Service des Maladies Infectieuses, Médecin d'astreinte (Poste 29934)

Entre 17 h 00 et 9 h 00, week-ends, jours fériés : Service des Urgences (Poste 29099)

LE MEDECIN URGENTISTE OU REFERENT que vous consulterez

- ✍ Remplira le feuillet n°2 si ce n'est pas déjà fait (à adresser en urgence au laboratoire)
- ✍ Remplira la partie grisée du feuillet n°3
- ✍ Fera l'évaluation du risque infectieux (cf feuillet n°4)
- ✍ Si nécessaire mettra en place une prophylaxie par rapport au risque éventuel VIH et hépatite B
- ✍ Rédigera le certificat médical initial sur l'imprimé Cerfa (si celui-ci n'a pas été établi dans le service) en notifiant le suivi sérologique pour 6 mois

Il appartient à la victime d'envoyer le feuillet n°3 rempli à la médecine de santé au travail

⑤ Adresser à la Direction du Personnel ou des affaires médicales (si possible dans les 48 heures)

- la déclaration d'accident de travail sur l'imprimé destiné à cet effet
- le certificat médical initial

⑥ Consulter le médecin du service de Santé au Travail qui assurera l'enquête et le suivi (Poste 14760)

⑦ En cas de mise en route du traitement antirétroviral et/ou indication de la sérovaccination VHB et/ou en cas d'apparition de fièvre consulter en maladies infectieuses

(Prendre RDV au Poste 29934)

ANNEXE 2

Feuillet 2 / PERSONNEL CHRO / LABORATOIRE

EVALUATION DU RISQUE : à renseigner par le **MEDECIN URGENTISTE OU REFERENT**

L'IDE prélève et adresse les tubes au labo de biochimie (patient source et victime), accompagnés du feuillet 2

VICTIME DE L'ACCIDENT	PATIENT SOURCE
Nom Prénom DDN..... Personnel du CHRO oui ☐ non ☐ Service : Grade : Téléphone auquel la victime peut être jointe <u>dans les 4 heures qui suivent l'accident</u> :	☐ INCONNU ☐ IDENTIFIE Prélever avec son accord et coller ici l'étiquette du patient

BILAN A EFFECTUER par l'IDE
(utiliser exclusivement ce feuillet - ne pas utiliser les prescriptions connectées)

VICTIME	PATIENT SOURCE (en URGENCE)
2 tubes secs + 1 tube hépariné	2 tubes secs +/- 2 tubes EDTA
➤ Sérologie VIH ➤ Ag HBs ➤ Ac anti-HBc ➤ Ac anti-HBs ➤ Sérologie VHC ➤ ALAT	➤ Sérologie VIH : ▪ Charge virale VIH (si VIH positif) ▪ Antigène P24 (si suspicion de primo-infection) ➤ Ag HBs ➤ Ac anti HBc ➤ Sérologie VHC + charge virale-VHC (si VHC positif connu)

QUESTIONNAIRE D'EVALUATION DU RISQUE

Type d'exposition				Le patient SOURCE				
Blessure profonde	oui ☐	non ☐		Est-il porteur :	du VIH ?	oui ☐	non ☐	NSP ☐
Piqûre au travers d'un gant	oui ☐	non ☐			du VHB ?	oui ☐	non ☐	NSP ☐
Aiguille creuse	oui ☐	non ☐			du VHC ?	oui ☐	non ☐	NSP ☐
Bistouri ou lancette	oui ☐	non ☐						
Projection cutanée ou oculaire	oui ☐	non ☐		Y-a-t-il un risque de primo-infection du VIH :				
Autres	oui ☐	non ☐			oui ☐	non ☐		NSP ☐
				Motifs de l'hospitalisation du patient source :				
				Date de son entrée à l'Hôpital :				

A REMPLIR IMPERATIVEMENT

Date de l'accident : Heure de l'accident : Heure du prélèvement : Test de dépistage pratiqué aux urgences oui ☐ non ☐ Résultat sérologie patient source :	Nom et cachet du médecin prescripteur N° de téléphone :
--	--

Il n'est pas nécessaire de prendre un bon de consultation

Le laboratoire transmet les résultats sérologiques au médecin prescripteur par téléphone et confirme par fax (N° fax urgences : 14102) – Solliciter le MAO si médecin prescripteur non joignable

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE : à renseigner par le **MEDECIN URGENTISTE OU REFERENT**
et feuillet 3 à adresser au **Service de Santé au Travail** après avoir renseigné le dernier paragraphe

VICTIME DE L'ACCIDENT	PATIENT SOURCE																														
Nom Prenom DDN..... Personnel du CHRO oui ☐ non ☐ Service : Grade : Téléphone auquel la victime peut être jointe dans les 4 heures qui suivent l'accident :	☐ INCONNU ☐ IDENTIFIE Prélever avec son accord et coller ici l'étiquette du patient																														
BILAN EFFECTUE																															
VICTIME 2 tubes secs + 1 tube hépariné ➤ Sérologie VIH ➤ Ag HBs ➤ Ac anti-HBc ➤ Ac anti-HBs ➤ Sérologie VHC ➤ ALAT	PATIENT SOURCE (en URGENCE) 2 tubes secs +/- 2 tubes EDTA ➤ Sérologie VIH : ▪ Charge virale VIH (si VIH positif) ▪ Antigène P24 (si suspicion de primo-infection) ➤ Ag HBs ➤ Ac anti HBc ➤ Sérologie VHC + charge virale-VHC (si VHC positif connu)																														
QUESTIONNAIRE D'EVALUATION DU RISQUE																															
Type d'exposition <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">Blessure profonde</td> <td style="width: 10%;">oui ☐</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;">non ☐</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>Piqûre au travers d'un gant</td> <td>oui ☐</td> <td></td> <td>non ☐</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Aiguille creuse</td> <td>oui ☐</td> <td></td> <td>non ☐</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bistouri ou lancette</td> <td>oui ☐</td> <td></td> <td>non ☐</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Projection cutanée ou oculaire</td> <td>oui ☐</td> <td></td> <td>non ☐</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Autres</td> <td>oui ☐</td> <td></td> <td>non ☐</td> <td></td> </tr> </table>	Blessure profonde	oui ☐		non ☐		Piqûre au travers d'un gant	oui ☐		non ☐		Aiguille creuse	oui ☐		non ☐		Bistouri ou lancette	oui ☐		non ☐		Projection cutanée ou oculaire	oui ☐		non ☐		Autres	oui ☐		non ☐		Le patient SOURCE Est-il porteur : du VIH ? oui ☐ non ☐ NSP ☐ du VHB ? oui ☐ non ☐ NSP ☐ du VHC ? oui ☐ non ☐ NSP ☐ Y-a-t-il un risque de primo-infection du VIH : oui ☐ non ☐ NSP ☐ Motifs de l'hospitalisation du patient source : Date de son entrée à l'Hôpital :
Blessure profonde	oui ☐		non ☐																												
Piqûre au travers d'un gant	oui ☐		non ☐																												
Aiguille creuse	oui ☐		non ☐																												
Bistouri ou lancette	oui ☐		non ☐																												
Projection cutanée ou oculaire	oui ☐		non ☐																												
Autres	oui ☐		non ☐																												
A REMPLIR IMPERATIVEMENT																															
Date de l'accident : Heure de l'accident : Heure du prélèvement : Test de dépistage pratiqué aux urgences oui ☐ non ☐ Résultat sérologie patient source :	Nom et cachet du médecin prescripteur N° de téléphone :																														
TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE PROPOSE après recueil statut sérologique patient source (cf recommandations feuillet 4)																															
Trithérapie (délivrée) oui ☐ non ☐ Vaccin VHB (service maladies infectieuses) oui ☐ non ☐ Contraception oui ☐ non ☐	Nom et cachet du médecin REFERENT OU URGENTISTE																														

Feuille 4 / PERSONNEL CHRO / MEDECIN URGENTISTE ou REFERENT

MEDECIN URGENTISTE OU REFERENT

- ↳ Remplit le **feuille n°2** si ce n'est déjà fait (ordonnance à adresser avec les prélèvements du PS en urgence au laboratoire).
- ↳ **Fera l'évaluation du risque infectieux** (VIH, Hépatite B, Hépatite C) Cf indications au traitement prophylactique ci-dessous).
- ↳ **Si nécessaire, mettra en place une prophylaxie** par rapport au risque éventuel VIH et hépatite B : ce traitement doit débuter le plus rapidement possible dans les 4 heures pour le VIH et au maximum dans un délai allant jusqu'à 48 heures après l'exposition.
- ↳ Remplira la partie grisée du **feuille n°3**.
- ↳ Rédigera le certificat médical initial sur l'imprimé Cerfa (si celui-ci n'a pas été établi dans le service) en notifiant le suivi sérologique pour 3 à 6 mois.

INDICATIONS AU TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

1 - Exposition VIH : trithérapie (**kit aux URGENCES et service Maladies Infectieuses**)

Risque et nature de l'exposition	Statut VIH personne source			
	Positif		Inconnu	
	CV détectable	CV indétectable	Groupe à prévalence élevée**	Groupe à prévalence faible
Important : Piqûre profonde, aiguille creuse et intra-vasculaire (artérielle ou veineuse)	TPE recommandé	TPE recommandé	TPE recommandé	TPE non recommandé
Intermédiaire : Coupure avec bistouri Piqûre avec aiguille IM ou SC Piqûre avec aiguille pleine Exposition cutanéomuqueuse avec temps de contact > 15 min	TPE recommandé	TPE non recommandé*	TPE recommandé	TPE non recommandé
Minime : Piqûres avec seringues abandonnées Crachats, morsures ou griffures Autres cas	TPE non recommandé*			

* dans le cas d'une personne source connue comme infectée par le VIH, suivie et traitée, dont la charge virale plasmatique est indétectable depuis plusieurs mois, les experts considèrent qu'il est légitime de ne pas traiter. Si un TPE était instauré, il pourra être interrompu à 48-96 heures lorsque le référent reverra la personne exposée, si la charge virale de la personne source s'avère toujours indétectable (contrôle fait juste après l'exposition)

** groupe à prévalence élevée : personne source ayant des partenaires sexuels multiples, ou originaire de région à prévalence du VHB > 2%, ou usager de drogue injectable, ou facteurs physiques augmentant le risque de transmission chez la personne exposée (viol, ulcération génitale, IST associée, saignement)

2 - Exposition VHB : vaccin (**service Maladies Infectieuses**)

Indications de la sérovaccination VHB

Personne exposée	Statut VHB de la personne source	
	Positif	Inconnu
		Groupe à prévalence élevée* Groupe à prévalence faible
Non vaccinée	Immunoglobulines (Ig) + vaccin	Vaccin
Vaccinée non répondeur	Immunoglobulines (Ig)	rien

* groupe à prévalence élevée : personne source ayant des partenaires sexuels multiples, ou originaire de région à prévalence du VHB > 2%, ou usager de drogue injectable, ou facteurs physiques augmentant le risque de transmission chez la personne exposée (viol, ulcération génitale, IST associée, saignement)

Débuté au mieux dans les **72 heures** suivant l'exposition, éventuellement jusqu'à J7 (Première injection IM deltoïde de 20 microgrammes, complétée par 2 injections à M1 et M6)
+ Immunoglobulines spécifiques* Dans les 72 heures suivant l'exposition 1 injection IM de 500 UI en IM, surveillance immédiate nécessaire

3 - NB : Contraception : Eviter tout risque de grossesse dans ce contexte + Vérifier interactions ARV-contraceptifs oraux

ANNEXE 5

CONSENTEMENT SERODIAGNOSTIC DE DEPISTAGE DU VIH

Nom :
 Prénom :
 Date de naissance :
 Date du prélèvement :

Je reconnais avoir été informé oralement par le Docteur.....
 En accord avec la circulaire DHS/DH/95 du 6 mai 1995.

- ☐ J'accepte le dépistage du HIV ainsi que la congélation du prélèvement sanguin
 (conservation 1 an au laboratoire)
- ☐ Je refuse le dépistage du HIV

Signature du patient

Signature du prescripteur

A CONSERVER DANS LE DOSSIER DU PATIENT



certificat médical accident du travail maladie professionnelle

notice d'utilisation destinée au praticien

Ce certificat médical doit être utilisé pour les salariés victimes d'accidents du travail, de trajet, de maladies professionnelles (dans le cadre des tableaux ou hors tableaux – article L. 461-1 du Code de la sécurité sociale), ou de rechute.

Les renseignements concernant la victime et l'employeur seront complétés par le praticien à l'aide des informations fournies par la victime.

Dans la partie « renseignements médicaux », décrivez avec précision l'état de la victime, le siège, la nature des lésions ou de la maladie avec les symptômes constatés et les séquelles fonctionnelles.

IMPORTANT

Une reprise de travail peut être antérieure à la date de guérison ou de consolidation. Si la reprise d'un travail léger (à temps partiel) est de nature à favoriser une guérison ou une consolidation, précisez-le dans la rubrique « constatations détaillées ».

Il faut indiquer, en cas de **guérison** ou de **consolidation**, les conséquences définitives de l'accident ou de la maladie.

Il est possible exceptionnellement, sur proposition du médecin traitant, de maintenir des soins après consolidation pour éviter l'aggravation des séquelles.

Cette possibilité, limitée dans le temps, est soumise à l'accord du praticien conseil.

volets 1 et 2 : à adresser directement par le praticien **sous 24 heures** à l'organisme dont dépend la victime
(article L. 441-6 du Code de la sécurité sociale)

volet 3 : à remettre par le praticien à la victime

volet « certificat d'arrêt de travail » : à remettre par le praticien à la victime, qui peut l'adresser, en cas d'arrêt de travail, à son employeur ou à l'ASSEDIC si elle est en situation de chômage, afin de les informer

S 6909 a

Approbation (Qualité) Maryvonne DEMASURE	Vérification Jonathan BARET	Ne pas compléter Ne pas compléter	Version 4	Page 10/21
			Applicable à partir du 08/02/2016	

cerfa
n°11138*01

certificat médical accident du travail maladie professionnelle

(articles L. 441-6 et L. 461-5 du Code de la sécurité sociale)

(ne cocher qu'une seule case)

☐ initial ☐ de prolongation
☐ final ☐ de rechute

volet 1, à adresser par
le praticien à
l'organisme dans les
24 heures

l'assuré(e) (à compléter à l'aide de la carte d'assurance maladie)

• **régime**
général agricole autre : lequel ?

• **identité**
numéro d'immatriculation
nom (suivi, s'il y a lieu du nom d'usage) Ce modèle est communiqué à titre d'information
prénoms afin que vous puissiez en prendre connaissance.
adresse Pour votre démarche, le formulaire original fourni par
l'organisme d'assurance maladie doit être utilisé.

• **accident du travail ou maladie professionnelle**
s'agit-il d'un accident du travail ? d'une maladie professionnelle ?
date de l'accident ou de la 1^{ère} constatation médicale de la maladie professionnelle :
présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle oui non⁽¹⁾

⁽¹⁾ en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale :

les renseignements médicaux

• **constatations détaillées** (siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles)

• **conséquences**
arrêt de travail jusqu'au
sorties autorisées oui non de heures à heures
reprise de travail le

soins jusqu'au *

• **conclusions** (à remplir seulement en cas de certificat final)
guérison avec retour à l'état antérieur, date
guérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure, date
consolidation avec séquelles, date

certificat établi le
à
signature du praticien

cachet du praticien ou de l'établissement

* complétez également, si nécessaire, les rubriques « arrêt de travail » ou « reprise de travail »

La loi 78.17 du 6.1.78 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

S 6909a

Approbation (Qualité)
Maryvonne DEMASURE

Vérification
Jonathan BARET

Ne pas compléter
Ne pas compléter

Version 4

Page
11/21

Applicable à partir du
08/02/2016

ANNEXE 6

cerfa
n°11138*01

certificat médical accident du travail maladie professionnelle

(articles L. 441-6 et L. 461-5 du Code de la sécurité sociale)

(ne cocher qu'une seule case)

☐ initial ☐ de prolongation
☐ final ☐ de rechute

volet 2, à adresser par
le praticien à
l'organisme dans les
24 heures

l'assuré(e) (à compléter à l'aide de la carte d'assurance maladie)

• régime ☐ général ☐ agricole ☐ autre : lequel ?	
• identité numéro d'immatriculation nom (suivi, s'il y a lieu du nom d'usage) prénoms adresse	
Ce modèle est communiqué à titre d'information afin que vous puissiez en prendre connaissance. Pour votre démarche, le formulaire original fourni par l'organisme d'assurance maladie doit être utilisé.	
• accident du travail ou maladie professionnelle s'agit-il ☐ d'un accident du travail ? ☐ d'une maladie professionnelle ? date de l'accident ou de la 1 ^{ère} constatation médicale de la maladie professionnelle : présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle ☐ oui ☐ non ⁽¹⁾	

⁽¹⁾ en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale :

les renseignements médicaux

• constatations détaillées (siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles)	
• conséquences arrêt de travail jusqu'au de heures à heures sorties autorisées ☐ oui ☐ non reprise de travail le	
soins jusqu'au *	
• conclusions (à remplir seulement en cas de certificat final) guérison avec retour à l'état antérieur, date guérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure, date consolidation avec séquelles, date	

certificat établi le à signature du praticien	cachet du praticien ou de l'établissement
---	--

* complétez également, si nécessaire, les rubriques « arrêt de travail » ou « reprise du travail »

La loi 78.17 du 6.1.78 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

S 6909a

cerfa
n°11138*01

certificat médical accident du travail maladie professionnelle

(articles L. 441-6 et L. 461-5 du Code de la sécurité sociale)

(ne cocher qu'une seule case)

☐ initial ☐ de prolongation
☐ final ☐ de rechute

volet 3, à conserver
par la victime
(à apporter lors de
chaque consultation)

l'assuré(e) (à compléter à l'aide de la carte d'assurance maladie)

• **régime**
général agricole autre : lequel ?

• **identité**
numéro d'immatriculation
nom (suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)
prénoms
adresse

Ce modèle est communiqué à titre d'information
afin que vous puissiez en prendre connaissance.
Pour votre démarche, le formulaire original fourni par
l'organisme d'assurance maladie doit être utilisé.

• **accident du travail ou maladie professionnelle**
s'agit-il d'un accident du travail ? d'une maladie professionnelle ?
date de l'accident ou de la 1^{ère} constatation médicale de la maladie professionnelle :
présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle oui non⁽¹⁾

⁽¹⁾ en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale :

les renseignements médicaux

• **constatations détaillées** (siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles)

• **conséquences**
arrêt de travail jusqu'au
sorties autorisées oui non de heures à heures
reprise de travail le
soins jusqu'au *

• **conclusions** (à remplir seulement en cas de certificat final)
guérison avec retour à l'état antérieur, date
guérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure, date
consolidation avec séquelles, date

certificat établi le
à
signature du praticien

cachet du praticien ou de l'établissement

* complétez également, si nécessaire, les rubriques « arrêt de travail » ou « reprise du travail »

La loi 78.17 du 6.1.78 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

S 6909a

cerfa
n°11138*01

certificat arrêt de travail **accident du travail** **maladie professionnelle**

(ne cocher qu'une seule case)

- ☐ initial
 ☐ de prolongation
 ☐ de rechute

ANNEXE 6

L'assuré(e) (à compléter à l'aide de la carte d'assurance maladie)

• **régime**
 général agricole autre : lequel ?

• **identité**
 numéro d'immatriculation
 nom (suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)
 prénoms
 adresse

Ce modèle est communiqué à titre d'information
 afin que vous puissiez en prendre connaissance.
 Pour votre démarche, le formulaire original fourni par
 l'organisme d'assurance maladie doit être utilisé.

• **accident du travail ou maladie professionnelle**
 s'agit-il d'un accident du travail ? d'une maladie professionnelle ?
 date de l'accident ou de la 1^{ère} constatation médicale de la maladie professionnelle :
 présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle oui non⁽¹⁾

⁽¹⁾ en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)

L'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale :

CE DOCUMENT PEUT ETRE ADRESSE PAR LA VICTIME A L'EMPLOYEUR POUR JUSTIFIER DE SON ABSENCE
OU A L'ASSEDIC SI ELLE EST EN SITUATION DE CHOMAGE

• **conséquences**
 arrêt de travail jusqu'au
 sorties autorisées oui non de heures à heures
 reprise de travail le

certificat établi le
 à
 signature du praticien

cachet du praticien ou de l'établissement

La loi 78.17 du 6.1.78 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

S 6909a



Déclaration à établir le plus soigneusement possible.
Si l'agent est dans l'impossibilité de la remplir, La Direction du personnel doit s'en charger.

- ACCIDENT DE SERVICE PROPREMENT DIT
- MALADIE PROFESSIONNELLE
- MALADIE IMPUTABLE AU SERVICE
(Rayer les mentions inutiles)

ACCIDENT DE SERVICE (1) Déclaration de la victime

En cas d'accident de trajet, utiliser l'imprimé prévu à cet effet

IDENTITE

NOM (En Majuscules) _____ PRENOM _____
 Nom de jeune fille (En Majuscules) _____
 Adresse : n° _____ Rue _____ Téléphone _____
 A (En Majuscules) _____ Code postal _____
 Date de naissance _____ à _____ Sexe F ☐ M ☐
 Grade _____
 Service _____ Etablissement _____ PM ☐ La Source ☐
 N° Poste _____ Saran ☐ Pagot ☐ St Jean Braye ☐ Gauguin ☐
 Position statutaire Stagiaire ☐ Titulaire ☐ Contractuel ☐
 Etes vous bénéficiaire d'une rente ou d'une allocation suite à un précédent accident de service ? oui ☐ non ☐
 Date d'entrée au C.H.R.O. _____

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT DE SERVICE

Jour _____ à _____ Heures _____ Minutes _____
 Lieu exact de l'accident _____
 Si cet accident est en relation avec un accident précédent, veuillez en préciser la date _____
 Horaires de travail le jour de l'accident _____
 Travail à temps partiel oui ☐ non ☐ Si oui, taux _____
 Pour le personnel de nuit début le _____ à _____
 fin le _____ à _____

IMPORTANT

L'agent victime d'un accident présumé imputable au service est tenu de fournir un CERTIFICAT MEDICAL avec DESCRIPTION DETAILLEE DES BLESSURES ; ce certificat doit, en outre, porter le nom du médecin, sa signature et la date de la consultation.

Si l'état de santé de l'agent nécessite des soins, la direction du personnel lui délivrera une liasse de prise en charges.

PARTIE A REMPLIR PAR L'ACCIDENTÉ(E)

ANNEXE 7

1- CHUTE ET GLISSADE (A)					☐
Plusieurs cases à cocher Circonstances – Lieu et Causes					
1.1 Circonstances	1.1.1	Chute de plain pied	☐		
	1.1.2	Chute de hauteur	☐		
1.2 Lieu	1.2.1	Chambre	☐		
	1.2.2	Circulation	☐		
	1.2.3	Escaliers	☐		
	1.2.4	Autre	☐	*	
1.3 Causes	1.3.1	Sol mouillé	☐		
	1.3.2	Sol abîmé	☐		
	1.3.3	Sol en cours de réfection	☐		
	1.3.4	Autres	☐	*	
2 -ACCIDENT DÛ A L'EMPLOI D'OUTIL(S) (B)					☐
(pour les outils souillés par liquides biologiques se reporter au chapitre 8.1)					
	2.1	Outil coupant souillé	☐	*	
	2.2	Outil coupant non souillé	☐		
	2.2	Outil contondant	☐	*	
	2.3	Autres	☐	*	
3 - ACCIDENT DU A MACHINE AUTRE QUE 2 (C)					☐
4 - ACCIDENT PAR BRULURE THERMIQUE (D)					☐
(pour les brûlures chimiques se reporter au chapitre 10)					
	4.1	Liquide	☐	*	
	4.2	Equipement ou appareil ou instrument	☐	*	
	4.3	Autres	☐	*	
5 - ACCIDENT DE SOULEVEMENT OU DE MANUTENTION (E)					☐
Plusieurs cases à cocher Nature et Type ou Autres					
5.1 Nature	5.1.1	Malade	☐		
	5.1.2	Charge inerte	☐		
5.2 Type	5.2.1	Soulèvement ou manutention assisté(e) par un ou des collègues oui ☐ non ☐			
	5.2.2	Soulèvement ou manutention assisté(e) par du matériel oui ☐ non ☐			
	5.3	Autres	☐		
6 - ACCIDENT DU A MALADE AGITE (F)					☐
7 - ACCIDENT DE CIRCULATION (HORS TRAJET) A L'INTERIEUR ET A L'EXTERIEUR DU CHRO (G)					☐
8 - RISQUES BIOLOGIQUES & OBJET OU MASSE EN MOUVEMENT (H)					
8.1 - RISQUES BIOLOGIQUES					☐
8.1.1. - Contact avec des liquides biologiques	8.1.1.1	Piqûre	☐		
	8.1.1.2	Coupure	☐		
	8.1.1.3	Projection	☐		
	8.1.1.4	Autre (Morsure griffure)	☐	*	
8.1.2.- Contact avec des personnes porteuses de pathologie contagieuse			☐	*	
8.1.3.- Autre			☐		

* A préciser

8.2 - PROJECTION OBJET OU MASSE EN MOUVEMENT ACCIDENTEL					☐
8.2.1	Matériel médical	☐	*		
8.2.2	Choc avec élément fixe	☐	*		
8.2.3	Choc avec élément en mouvement	☐	*		
8.2.4	Effondrement d'objet en hauteur	☐	*		
8.2.5	Autre	☐	*		
9 - ACCIDENT PAR RAYONNEMENTS (I)					☐
Type de rayonnement ?			*		
Equipement responsable ?			*		
10- ACCIDENT LIE A DES PRODUITS CHIMIQUES (J)					☐
10.1	Médicament	☐			
10.2	Produit d'entretien	☐			
10.3	Autres	☐			
11 - AUTRES (K)					☐
* A préciser					

Description de l'accident _____

Localisation de la lésion et/ou de la douleur _____

L'accident a-t-il eu des témoins ? oui ☐ non ☐

NOM ET ADRESSE DU MEDECIN TRAITANT AVANT L'ACCIDENT :

ANTECEDENTS POUVANT ENGENDRER UN ETAT PREEXISTANT AU PRESENT ACCIDENT DE SERVICE

Tiers responsable oui ☐ non ☐

Si oui, Nom, profession, adresse _____

Déclaration établie le _____

A _____ heures _____ minutes

Signature de l'agent

DECLARATION DES TEMOINS

ANNEXE 7

Nom	Nom
Grade	Grade
Adresse	Adresse
Déclaration	Déclaration
.....	
.....	
.....	

Date et signature

Date et signature

DECLARATION DU CADRE ou du CHEF DE SERVICE

Avez-vous été témoin de l'accident ? oui ☐ non ☐

Si oui, pouvez-vous confirmer les circonstances ? oui ☐ non ☐

Si non, disposez-vous d'éléments confirmant la réalité et la crédibilité de la déclaration ? oui ☐ non ☐

Taches exercées par l'agent le jour de l'accident

.....

.....

Commentaire

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nom prénom

Date et signature

AVIS DU DIRECTEUR DU PERSONNEL

☐ Avis favorable à l'imputabilité au service de l'accident déclaré par l'intéressé(e)

☐ Doute sur l'imputabilité au service pour la raison suivante :

.....

.....

.....

☐ Autre(s) observation(s)

.....

.....

Orléans le

Le directeur du personnel
et des relations sociales,

Signature

Cadre réservé au service des accidents de service

Tableau du suivi biologique de la personne exposée aux virus VIH, VHC, VHB

	AES traité	AES non traité	Exposition sexuelle Traitée	Exposition sexuelle non traitée
J0	- NFS - ALAT - Créatinine et/ou lipase selon prescription - Test sanguin de grossesse - Sérologie VIH, - Sérologie VHC - Ac anti-HBs si vacciné sans taux connu. ou dépistage par AgHBs et Ac anti-HBc si non vacciné	- Sérologie VIH - ALAT + Sérologie VHC - Ac anti-HBs si vacciné sans taux connu ou dépistage par AgHBs et Ac anti-HBc si non vacciné	- NFS - ALAT - Créatinine et/ou lipase selon prescription - Test sanguin de grossesse - Sérologie VIH - Ac anti-HBs si vacciné sans taux connu ou dépistage par AgHBs et Ac anti-HBc si non vacciné - TPHA-VDRL: syphilis	- Sérologie VIH - Ac anti-HBs si vacciné sans taux connu ou dépistage par AgHBs et anti-HBc. - TPHA VDRL
J15	- NFS - ALAT - Créatinine et/ou amylase selon prescription - PCR VHC si PCR + chez sujet source	- PCR VHC si PCR + chez source + ALAT	- NFS - ALAT - Créatinine et/ou lipase selon prescription	Pas de bilan biologique
J30	- NFS - ALAT - Sérologie VHC si risque VHC	-Sérologie VIH -Sérologie VHC et ALAT si risque VHC	- NFS - ALAT - TPHA-VDRL selon risque	-Sérologie VIH -TPHA-VDRL selon risque
M2	- Sérologie VIH	Pas de bilan biologique	- Sérologie VIH	Pas de bilan biologique
M3	Pas de bilan biologique	-Sérologie VIH -Sérologie VHC et ALAT si risque VHC	Pas de bilan biologique	-Sérologie VIH
M4	- Sérologie VIH - Sérologie VHC et ALAT si risque VHC	Pas de bilan biologique	- Sérologie VIH	
M6	- Sérologie VHC et ALAT si risque VHC - Ac anti-HBc si non répondeur ou non vacciné	-Sérologie VHC et ALAT si risque VHC - Ac anti-HBc si non répondeur ou non vacciné	- ALAT et Ac anti-HBc si non répondeur ou non vacciné	- ALAT et Ac anti-HBc si non répondeur ou non vacciné

INDICATIONS AU TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL

Le traitement post-exposition doit être réservé aux situations à risque identifiable de transmission du VIH.

EXPOSITIONS PROFESSIONNELLES		
Risque et nature de l'exposition	PATIENT SOURCE	
	Infecté par le VIH	Sérologie VIH Inconnue
IMPORTANT : Piqûre profonde avec aiguille creuse et intravasculaire (veineux ou artériel)	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie recommandée
INTERMEDIAIRE : Autres expositions percutanées : - piqure avec aiguille pleine - piqûre avec aiguille à suture ou geste IM ou SC - coupure par bistouri - expositions cutanéomuqueuses : contact d'une quantité importante de sang sur muqueuse ou peau lésée si durée d'exposition > 15 mn - morsures profondes avec saignement	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie non recommandée
MINIME : - Autres cas : morsures, griffures, contact sanguin sur peau intacte, - contact de quelques gouttes de sang sur muqueuse ou peau lésée, - contact avec un autre liquide biologique (salive, urine,...) - piqûres avec seringues abandonnées	Prophylaxie non recommandée	Prophylaxie non recommandée
EXPOSITIONS SEXUELLES		
Risque et nature de l'exposition	PATIENT SOURCE	
	Infecté par le VIH	Sérologie VIH Inconnue
Rapport anal	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie recommandée (si rapport homosexuel masculin)
Rapport vaginal	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie recommandée (uniquement si personne source ou situation reconnue à risque)
Rapport oral	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie recommandée (uniquement si personne source ou situation reconnue à risque)
EXPOSITIONS PAR PARTAGE DE MATÉRIEL D'INJECTION		
Risque et nature de l'exposition	PATIENT SOURCE	
	Infecté par le VIH	Sérologie VIH Inconnue
IMPORTANT Partage de seringues/aiguilles et/ ou préparation	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie recommandée
INTERMEDIAIRE Partage du reste du matériel (récipient, cuillère, filtre ou eau de rinçage)	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie non recommandée
AUTRES EXPOSITIONS		
Risque et nature de l'exposition	PATIENT SOURCE	
	Infecté par le VIH	Sérologie VIH Inconnue
Piqûre avec seringue abandonnée		Prophylaxie non recommandée
Contact d'une quantité importante de sang sur muqueuse ou peau lésée	Prophylaxie recommandée	Prophylaxie non recommandée
Autres cas : morsures, griffures, contact sanguin sur peau intacte, contact de quelques gouttes de sang sur peau lésée, contact avec un autre liquide biologique (salive ...)	Prophylaxie non recommandée	Prophylaxie non recommandée

COORDONNEES DES INTERVENANTS dans les services référents

SERVICE ACCUEIL (AES HORS CHR et INTRA CHR selon les horaires) :

Service des Urgences (SAU) : **Poste : 29099 - Fax : 14211**

SERVICES REFERENTS :

Maladies Infectieuses : **Poste : 29934 - FAX : 14153**

SUIVI AES (AES INTRA CHR) :

Service de Santé au Travail : **poste : 14760 - fax : 14158**

<u>Entre 9 h 00 et 17 h 00</u> ↳ Service de Maladies Infectieuses Médecin d'astreinte (Poste 29934)
<u>Entre 17 h 00 et 9 h 00, week-ends, jours fériés</u> ↳ Service des Urgences (Poste 29099)