



Numéro thématique ACCIDENTS D'EXPOSITION AU SANG

Éditorial

Les accidents d'exposition au sang sont-ils une fatalité ?

En France, l'identification, depuis l'avènement du sida, des accidents d'exposition au sang (AES) comme un risque mesurable et évitable concernant les professionnels de soins a conduit les autorités sanitaires et les établissements de soins à mettre en œuvre une stratégie de prévention.

Dans les établissements hospitaliers des expériences de prévention ont été menées dont on peut maintenant tirer des évaluations.

Le point le plus important pour obtenir dans un établissement une réduction du risque réside probablement dans la mise en place par le Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) d'un groupe de travail pluridisciplinaire sur ce thème.

La régression de l'incidence des AES depuis 10 ans, mise en évidence par l'enquête multi centrique du Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants aux agents infectieux (Géres), n'est pas le fruit du hasard. Elle est consécutive, mais seulement en partie, à l'amélioration des dispositifs médicaux pendant cette période. Elle reflète surtout la mise en œuvre d'une politique nationale traduite par des textes réglementaires, des moyens, des formations, des programmes, et l'appropriation par les professionnels d'améliorations techniques vivement suscitées par les contacts entre les industriels et les représentants des utilisateurs.

Le Géres a certainement joué un rôle de catalyseur dans la prise de conscience, la sensibilisation, la formation des soignants et dans l'accès aux dispositifs de sécurité.

La mise en sécurité passive ou automatique des dispositifs médicaux coupants ou tranchants étant encore très limitée et ne s'appliquant qu'à quelques matériels, la part active et organisationnelle de la prévention du risque reste pour le moment prédominante.

Le développement d'une politique volontaire de prévention dans les structures de soins demeure indispensable pendant cette période.

La prévention des AES est maintenant partie intégrante de la politique de prévention des infections nosocomiales mise

en œuvre par les CLIN et coordonnée par les Centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN).

Le rôle du Géres reste essentiellement celui de l'alerte concernant les risques nouveaux d'exposition au sang et de la réflexion dans les domaines non couverts tels que le risque soignant/soigné ou les accidents liés aux dispositifs destinés aux patients.

Les autorités sanitaires ont pris le relais dans la surveillance, l'information, l'organisation et la formation dans les établissements de soins.

De grands chantiers restent à construire, en particulier dans le secteur libéral et des soins à domicile et dans les blocs opératoires.

Pr Elisabeth Bouvet

SOMMAIRE

Éditorial Les accidents d'exposition au sang sont-ils une fatalité ?	p. 255
Incidence des accidents exposant au sang chez le personnel infirmier en France métropolitaine, 1999-2000 : résultats d'une enquête multi centrique dans 32 hôpitaux	p. 256
Comparaison du risque d'exposition au sang lié aux stylos injecteurs et aux seringues : résultats d'une enquête rétrospective dans 24 hôpitaux	p. 259
Évaluation de l'efficacité d'une mesure de prévention des accidents d'exposition au sang au cours du prélèvement de sang veineux	p. 260
Annonce : 14^e journal du Géres, 22 mai 2003, Marseille	p. 261

Incidence des accidents exposant au sang chez le personnel infirmier en France métropolitaine, 1999-2000 : résultats d'une enquête multi centrique dans 32 hôpitaux

D. Abiteboul, F. Lamontagne, I. Lolom, A. Tarantola, J.M. Descamps, E. Bouvet

et le Gères (Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants aux agents infectieux)

En 1990, l'étude des premiers cas de séroconversions professionnelles VIH montrait que les infirmier(e)s (IDE) étaient les plus touché(e)s par ces contaminations liées aux accidents exposant au sang (AES), incitant le Gères à mener sa première enquête nationale dans 17 hôpitaux avec 518 infirmier(e)s volontaires [1,2]. L'originalité de cette étude était de pouvoir disposer de chiffres d'incidence non seulement par infirmière mais surtout par gestes à risque (injections, prélèvements, poses et déposes de perfusion et interventions sur chambres implantées) rapportés régulièrement par les infirmier(e)s participant(e)s.

L'incidence des AES était de 0,35 par infirmier(e) par année d'activité avec une prédominance de piqûres (0,26/IDE/an). Les gestes les plus dangereux étaient identifiés et une hiérarchie du risque établie. Afin d'évaluer l'impact des mesures prises, la surveillance reprenait en 1991-1992 [3]. Si cette deuxième phase laissait supposer que la fréquence des AES diminuait, elle n'a pas permis de démontrer vraiment l'impact des efforts de prévention.

Ces enquêtes ont permis d'identifier plusieurs facteurs de risque d'AES, guidant la politique de prévention. Depuis, de nombreuses actions de prévention des AES ont été menées, des matériels dits de sécurité ont été acquis, une surveillance et une prise en charge de ces accidents mises en place dans de nombreux hôpitaux. L'adhérence aux mesures préventives dont les axes sont définis par la circulaire DGS/DH du 20/4/1998, la diffusion des matériels sécurisés, leur efficacité et la nature des risques résiduels sont cependant mal connues. C'est pour tenter de répondre à ces questions, que le Gères a réalisé cette nouvelle enquête.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

L'enquête s'est déroulée de façon prospective du 1^{er} avril 1999 au 31 mars 2000. La même méthode que pour les enquêtes de 1990 et 1992 a été utilisée.

Echantillon

Dans 32 hôpitaux volontaires répartis dans la France entière (18 centres hospitaliers, 11 CHU, 3 hôpitaux privés), 102 unités de soins : 28 unités de réanimation ou de soins intensifs et 74 unités de médecine ont participé à l'enquête correspondant à un large éventail de spécialités. Parmi ces hôpitaux, 8 avaient déjà participé aux enquêtes de 1990-92.

Tout(e)s les infirmier(e)s (hors stagiaires et intérimaires) des services concernés ont été volontaires pour participer à l'étude, soit 1 506 personnes.

Données recueillies

Le recueil des données a été possible grâce à l'implication des 1 506 infirmier(e)s volontaires et, dans chaque centre, d'un médecin coordonnateur, d'un enquêteur, d'un médecin du travail et des cadres des services participants. Les données suivantes ont pu être recueillies :

- les accidents exposant au sang, répondant à la définition suivante : tout contact accidentel avec du sang ou un liquide biologique contaminé par du sang, suite à une effraction cutanée (piqûre, coupure, égratignure...) ou une projection sur une muqueuse (conjonctive, bouche...) ou sur une peau lésée (dermatose, plaie...). Ils ont été colligés de façon prospective continue sur toute la durée d'enquête et documentés avec un enquêteur, à l'aide d'un questionnaire standardisé ;
- les actes infirmiers comportant un risque de piqûre - injections, prélèvements veineux en distinguant les hémocultures, prélèvements artériels et capillaires, poses de cathéter périphérique, déposes de perfusion (pour les dispositifs à ailettes), actes sur chambres implantées - exhaustivement recueillis une semaine par trimestre (semaine tirée au sort, identique dans tous les services), par chaque infirmier(e) participant(e), présent(e), de façon anonyme sur une fiche d'activité journalière, comportant également les horaires de travail ; les données d'activité de chaque unité fonctionnelle : effectif infirmier, nombre de lits d'hospitalisation, d'admissions annuelles, de journées d'hospitalisation annuelles ;
- les matériels utilisés sécurisés ou non pour chaque type d'acte infirmier à risque ont été recensés dans chaque unité, en précisant la marque et le volume des commandes pour l'année 1999. Les unités de soins ont été classées en trois catégories selon la proportion de matériel sécurisé mis à disposition :

- unités de soins dites sécurisées si plus de 66 % des commandes en matériel de sécurité pour le geste étudié ;

- unités de soins dites non sécurisées si moins de 33 % des commandes en matériel de sécurité ;
- unités de soins mixtes avec des commandes en matériel de sécurité comprises entre 33 % et 66 %.

Analyses statistiques

Les incidences des accidents ont été comparées après avoir été rapportées à différents dénominateurs :

- effectif infirmier ;
- commandes de matériel annuelles ;
- gestes à risque extrapolés à l'année à partir des données des quatre semaines de recueil (calcul, à partir du nombre d'actes recensés et du nombre de jours de recueil, d'un nombre d'actes réalisés par infirmier(e) et par jour puis d'un nombre d'actes par an, considérant que le nombre de journées travaillées par infirmier(e) est estimé en moyenne à 240 jours).

Compte tenu de la rareté des accidents, il a été supposé que les accidents étaient uniques par sujet à risque, ce qui permettait de les rapporter au dénominateur en terme de proportion de sujets accidentés par rapport à l'effectif total. Le χ^2 de Pearson, le test de Fisher, le test de tendance de Cochran-Armitage ont été utilisés pour les analyses univariées, la méthode de Mantel-Haenszel pour les analyses bivariées. Les calculs ont été effectués à l'aide du logiciel Epi-info (version 6.04) et du logiciel SAS (version 8.01).

RÉSULTATS

Données d'activité

Activité d'hospitalisation

Sur les 102 unités de soins participant, 89 (86 % de l'effectif inclus) ont transmis des données exploitables concernant leur activité. Elles représentent 1 840 lits, 91 604 admissions et 518 054 journées d'hospitalisation.

Activité infirmière

La répartition des 1 506 infirmier(e)s en médecine et en réanimation-soins intensifs et la fréquence des principaux gestes à risque de piqûre effectués en routine sont résumées dans le tableau 1. Le nombre moyen d'actes invasifs réalisés quotidiennement par un(e) infirmier(e) est de 6,4 avec, comme lors des premières enquêtes, une fréquence plus importante en médecine.

Tableau 1

Répartition et activité des infirmier(e)s participant(e)s selon le type d'unité	Médecine Réanimation Total		
Nombre d'infirmier(e)s participant(e)s	884	622	1 506
Nombre d'actes à risque*	80 901	28 512	109 413
Nombre de journées d'activité infirmière	10 782	6 188	16 970
Nombre moyen d'actes à risque/infirmier(e)/jour**	7,5	4,6	6,4
Rappel 1990-1992	6,1	4,1	5,2

* Actes à risque d'AES (prélèvements veineux, artériels, capillaires, perfusions, injections, actes sur chambres implantées) correspondant à quatre semaines d'activité des infirmier(e)s participant(e)s

** Actes à risque rapportés à une journée de travail

Incidence et type des accidents exposant au sang

184 AES ont été documentés : 130 piqûres, 10 coupures, soit 140 accidents percutanés (76 %), 43 projections (23 %), dont 25 oculaires, et 1 morsure. L'incidence globale des AES est identique en médecine et en réanimation : 0,12 AES par infirmière et par année d'activité avec une fréquence des piqûres à 0,08/IDE/an (0,10 en médecine et 0,07 en réanimation).

Circonstances de survenue des piqûres

Tâches en cours lors des piqûres

Les actes infirmiers recueillis lors des enquêtes d'activité (perfusions, prélèvements veineux, artériels, capillaires, injections et interventions sur chambres implantées) sont à l'origine de 110 piqûres parmi 130 (80 %). Rapportés à la fréquence de ces gestes en pratique courante, des différences très significatives ont

Tableau 2

Incidence des piqûres par type d'acte infirmier invasif						
Procédures	Piqûres N (%)	Piqûres / 100 000 actes*	Risque relatif (IC 95 %)**	1990*** Piqûres / 100 000 actes	1992*** Piqûres / 100 000 actes	2000 vs 1990 p
Prélèvements						
capillaires	8 (7)	1,01	1	7,04	4,91	< 0,001
veineux	35 (32)	7,11	7,1 (3 - 16)	23,42	17,44	< 0,001
hémocultures	5 (4,5)	7,29	7,2 (2,1 - 24)	46,42	23,76	< 0,01
artériels	15 (14)	12,09	12 (4,8 - 31)	16,75	14,81	0,6
Injections						
sous-cutanées	17 (15)	3,43	3,4 (1,4 - 8,6)	10,76	20,27	< 0,01
autres	2 (2)	2,09	2 (0,5 - 10,5)	10,98	3,72	0,03
Perfusions						
poses	16(14,5)	8,95	8,9 (3,6 - 22,6)	26,02	20,51	< 0,01
dépôts (dispositifs à ailettes)	3 (3)	6,83	6,8 (1,4 - 27,9)	31,21	4,16	0,02
Chambres implantées	9 (8)	24,96	25 (8,8 - 71)	410,48	390,35	< 0,001
TOTAL	110 (100)	4,72		18,12	14,24	< 0,001

* [(Piqûres/1 506 infirmier(e)s / acte / jours infirmier(e)s X 240)] sachant qu'un(e) infirmier(e) travaille en moyenne 240 jours par an

** Intervalle de confiance à 95 %

*** Piqûres/100 000 actes, taux calculé selon la même méthode lors des deux précédentes enquêtes : 1990 et 1991-1992

été observées selon le type de geste ($p < 0,001$), permettant d'établir une hiérarchie du risque par acte, les interventions sur chambres implantées et les prélèvements artériels étant les gestes les plus dangereux (cf. tableau 2).

Les gestes responsables des 20 piqûres restantes (16 %) sont survenus lors de tâches de rangement par objets souillés trainants (9), lors de sutures (4 dont 3 avec aiguilles droites), ponctions d'ascite (2), contrôles de groupe sanguin (2 avec aiguilles sous-cutanées) et manipulations d'aiguilles diverses (3).

Mécanismes des piqûres

Près des deux tiers des piqûres accidentelles surviennent encore à la phase « d'élimination » du matériel souillé (7,5 % liées au recapuchonnage, 2,5 % à la désadaptation manuelle d'une aiguille d'un corps de prélèvement ou d'une seringue et surtout 20 % à l'élimination différée des aiguilles). Les piqûres pendant le geste (47 soit 36 %), plus difficile à prévenir, surviennent en général à l'introduction ou au retrait de l'aiguille du patient, accidents souvent favorisés par le fait que le patient est agité ou difficile à piquer (19 sur 37).

Deux points méritent d'être soulignés :

- la grande fréquence des AES liés à l'usage du conteneur (25 %) : difficulté d'introduction du matériel (20 piqûres dont 13 liées à un effet ressort d'une tubulure, système à ailette ou à un conflit orifice-matériel) ; matériel saillant d'un conteneur trop plein (8 cas) ; aiguille transperçant le conteneur ; difficulté d'utilisation des encoches de désadaptation (2 cas) ; en maintenant le conteneur avec la main contro-latérale (2 cas) ;

- l'apparition d'accidents avec du matériel de sécurité (23 piqûres) : la majorité surviennent avant l'activation ou sont dues à la non activation du dispositif de sécurité par le soignant. Néanmoins 8 se produisent au moment de l'activation du dispositif de sécurité, notamment quand cette activation est difficile à une main, conduisant à rapprocher la deuxième main de l'aiguille souillée (4 cas avec des systèmes à ailettes protégés), geste à risque parfois effectué de façon inappropriée avec d'autres matériels (2 cas avec des aiguilles sécurisées par des systèmes à bascule, 2 cas avec un double corps de pompe coulissant).

Matériels utilisés

Équipement en matériels de sécurité

Les données ont été fournies par 89 unités sur 102. La proportion de matériel sécurisé utilisé pour les différents actes à risque est décrite dans le tableau 3.

Tableau 3

Utilisation de matériel sécurisé dans 89 unités de soins selon le type d'acte à risque			
	Répartition de 89 unités de soins participant selon le type de matériel utilisé		
	Sécurisé*	Mixte*	Non sécurisé*
Prélèvements artériels	1 (1 %)	1 (1 %)	87 (98 %)
Poses de perfusion	13 (15 %)	5 (5 %)	71 (80 %)
Micro-perfuseurs	34 (38 %)	0 (0 %)	55 (62 %)
Prélèvements veineux**	34 (38 %)	7 (8 %)	48 (54 %)
Hémocultures	57 (64 %)	12 (14 %)	20 (22 %)
Prélèvements capillaires	81 (91 %)	8 (9 %)	0

* Seuils arbitrairement fixés respectivement à plus de 66 %, entre 33 et 66 % et moins de 33 % des commandes constituées de matériel sécurisé

** Hors hémocultures

Les injections et les actes sur chambres implantées n'y figurent pas. Pour les injections, il existe peu de matériel sécurisé : seringue de sécurité pour injection uniquement dans certains volumes, seringues pré-remplies de sécurité pour injections d'HBPM. 30 % des unités ont des seringues de sécurité mais qui ne servent que pour certaines injections. Il est donc impossible pour l'instant de classer les unités pour ce type de geste. En ce qui concerne les chambres implantées, les dispositifs disponibles sont destinés à protéger la main contro-latérale (orthèse de protection ou spatule). Ces dispositifs sont présents dans 34 % des unités participantes mais aucune donnée quantitative n'est disponible.

Tableau 4

Impact des matériels de sécurité sur le taux de piqûres pour 100 000 gestes intraveineux (n = 46 piqûres)							
Gestes	Unités	Actes	Nb de piqûres	Piqûre/ 100 000 actes	RR	IC	p
Prélèvements intraveineux							
non sécurisés	48	125 632	23	18.3			
sécurisés	34	122 265	4	3.3	0.18	0.06-0.52	<0.01
Hémocultures							
non sécurisées	20	6 253	0	0.0			
sécurisées	57	24 973	2	8.0	-	-	1.0
Poses de perfusion							
non sécurisées	71	69 615	13	18.7			
sécurisées	13	23 491	1	4.3	0.23	0.03-1.74	0.2
Dépôts de perfusion							
non sécurisées	55	11 687	2	17.1			
sécurisées	34	12 545	1	8.0	0.47	0.04-5.14	0.6
Total	89	396 461	46	11.6			
non sécurisés		213 187	38	17.8			
sécurisés		183 274	8	4.4	0.24	0.11-0.55	<0.01

Impact du matériel sécurisé sur le risque de piqûre

L'impact du matériel sécurisé a été évalué à l'échelon des unités pour les prélèvements veineux et les perfusions, gestes les plus fréquemment en cause dans les AES potentiellement à haut risque de transmission d'un agent infectieux. Pour chaque type de matériel utilisé pour ces actes - cathéters veineux périphériques, dispositifs à ailettes qui servent à la fois aux prélèvements veineux et aux perfusions, aiguilles montées sur corps de pompe pour prélèvements veineux sous vide - il existe des modèles avec et sans dispositif de sécurité. Les incidences de piqûres pour 100 000 actes ont été comparées entre les unités dites

sécurisées (plus de 66 % des commandes en matériel de sécurité) aux unités non sécurisées (moins de 33 % des commandes). Les unités dites « mixtes » n'ont pas été prises en compte mais ne concerne que 5,6 % des actes. Le risque de piqûre lors des prélèvements veineux est réduit de plus de 75 % ($p < 0,01$) dans les unités utilisant majoritairement des matériels sécurisés (tableau 4).

Cette tendance est confirmée lorsqu'on calcule une incidence de piqûre par volume de matériels commandés. Le risque est près de quatre fois plus faible avec les modèles sécurisés (2,9 piqûres pour 100 000 matériels sécurisés commandés versus 11,1 piqûres/100 000 matériels non sécurisés) avant ($p < 0,01$) et après ajustement ($p = 0,07$) sur le type de matériel.

Application des mesures de prévention

Vaccination anti-VHB

Sur les 184 personnes victimes d'AES, 7 sont immunisées naturellement et les 177 autres sont vaccinées (couverture vaccinale de 100 %).

Précautions standards

Le conteneur n'est pas à portée de main dans 66 des 140 cas (47 %) où sa présence est requise. Des gants sont portés moins d'une fois sur deux (82 fois parmi les 177 où le port des gants aurait été justifié).

39 % des piqûres auraient théoriquement pu être évitées par l'application des précautions standards : non recapuchonnage, pas de dépose transitoire, pas de désadaptation à la main ni objet traînant, pas de conteneur trop plein.

Connaissance du statut du patient-source

26 AES (14 %) sont survenus lors de gestes chez des patients connus pour être infectés par le VHC, 30 AES (16 %) chez des patients infectés par le VIH. Le statut VIH du patient est moins souvent inconnu que lors des précédentes enquêtes (37 % en 1990 ; 31 % en 1992 ; 21 % en 2000).

Prophylaxie antirétrovirale

26 traitements prophylactiques antirétroviraux ont été débutés dont 18 (69 %) après une exposition à un patient VIH+, 5 (19 %) VIH négatif et 3 (12 %) de statut VIH inconnu. La majorité des expositions sont percutanées : 19 piqûres, 2 coupures et 5 projections. Dans les 5 cas où le patient s'avère VIH négatif, les traitements sont arrêtés rapidement. Sur 21 traitements restants, 7 (33 %) ont été arrêtés pour effets secondaires. Dans 12 cas où le patient source est infecté par le VIH, la personne n'est pas traitée. Il s'agit en majorité d'expositions à plus faible risque, avec 10 projections et 2 piqûres superficielles.

Évolution du risque d'exposition au sang entre 1990 et 2000

Le risque d'AES mesuré en 1999-2000 est significativement plus faible que celui observé dans les précédentes enquêtes du Gères. Rapporté aux effectifs infirmiers, le risque d'AES a décru constamment de 1990 à 2000, de façon plus marquée entre 1992 et 2000 (tableau 5).

Tableau 5

Évolution de l'incidence annuelle d'accident exposant au sang par infirmier(e)				
	1990 518 IDEs	1992 363 IDEs	2000 1 506 IDEs	p* (χ^2 90-2000)
AES	183	98	184	
AES / infirmier(e) / an	0,35	0,27	0,12	< 0,0001
Médecine	0,37	0,26	0,11	
Réanimation	0,34	0,28	0,11	
Piqûres	137	76	130	
Piqûres / infirmier(e) / an	0,26	0,21	0,07	< 0,0001
Médecine	0,26	0,19	0,06	
Réanimation	0,26	0,22	0,08	

* Chi2 de tendance linéaire

Piqûres correspondant aux actes à risque recueillis

** RR = risque relatif d'APC ; RRa = risque relatif d'APC ajusté sur le type d'acte en cause

Rapportée aux actes à risque, l'incidence des piqûres a été divisée par quatre, passant de 18,12 pour 100 000 actes en 1990 à 4,72 en 2000 ($p < 0,01$). Entre l'enquête de 1990 et celle de 2000, le risque de piqûre a cependant décru de façon variable selon le type d'acte considéré (tableau 2). La décroissance est significative pour tous les gestes sauf les gaz du sang. Les taux de piqûres par geste ont été divisés par environ 7 pour les hémocultures et les prélèvements capillaires, par environ 3 pour les poses de cathéters, injections sous-cutanées et prélèvements veineux. Cette décroissance s'était déjà amorcée entre 1990 et 1992 sauf pour les injections sous-cutanées. La réduction d'un facteur 4 des accidents à la dépose de perfusion était déjà intervenue entre 1990 et 1992.

Ces différences de réduction du risque sont assez bien corrélées à la diffusion inégale des matériels sécurisés utilisés en pratique courante pour ces différents gestes, sauf pour les micro-perfuseurs où la totalité de la décroissance est intervenue entre 1990 et 1992 du fait d'un changement dans les habitudes de travail (matériel sécurisé non encore disponible à cette époque) : remplacement des micro-perfuseurs à ailettes par des petits cathéters souples (tableau 3). Notons qu'il n'y avait aucun matériel sécurisé dans les services participants à la première enquête de 1990.

DISCUSSION

L'incidence des piqûres a été divisée par 4 en dix ans : 0,07/IDE/an en 2000 pour 0,3/IDE/an en 1990 ; 4,72/100 000 gestes réalisés en 2000 pour 18,12/100 000 en 1990. Pour pratiquement tous les gestes invasifs, les taux d'accidents sont en baisse significative.

Comme dans les enquêtes précédentes, le risque d'AES est fortement lié au type de geste pratiqué. Certains mécanismes, largement décrits sont toujours fréquents bien qu'en régression par rapport aux enquêtes de 1990-1992 (recapuchonnage des aiguilles, objets traînants, élimination différée par manque de proximité du conteneur...). En moyenne, la proportion de ces piqûres évitables par les précautions standards est passée de 53 % en 1990 à 39 % en 2000. D'autres mécanismes sont apparus avec une importance inconnue jusqu'alors, comme le risque paradoxal lié à l'utilisation incorrecte d'un matériel « de sécurité », notamment du conteneur. Néanmoins, la sécurisation des matériels paraît bien être un facteur préventif déterminant, comme le montrent les différences de risque observées, selon le type de matériel utilisé, entre les services participants mais aussi entre les différentes enquêtes dans le temps. Ainsi, la décroissance la plus forte est observée pour les prélèvements capillaires et les hémocultures, actes pour lesquels les unités sont les mieux dotées en matériel de sécurité. Le taux de piqûre pour 100 000 actes réalisés en intraveineux est de 4,4/100 000 dans les services équipés de matériels sécurisés, alors qu'il est de 17,8/100 000 dans les services peu ou pas dotés. Le seul taux resté stable est celui des prélèvements artériels, sachant que dans ce domaine peu de progrès efficaces ont été réalisés concernant le matériel de sécurité et que seul 2 % des services en sont équipés.

La validité des résultats observés peut être discutée. La représentativité de l'étude se limite au personnel infirmier et aux services de médecine et réanimation, bien que certains mécanismes d'accidents puissent être retrouvés quels que soient la fonction de la victime et le cadre de travail. Le large panel d'hôpitaux et de services participants, inhabituel dans ce type d'étude [4], permet probablement de considérer ces chiffres comme des estimations relativement extrapolables, dans la limite de leur précision statistique. La comparabilité avec les enquêtes précédentes du Gères, malgré la non identité des services participants, est probablement correcte pour la même raison.

Des biais de confusion potentiels nécessitent cependant une certaine prudence dans l'interprétation des résultats. La sous-déclaration possible des AES en premier lieu est une difficulté couramment rencontrée dans l'évaluation de la prévention des AES [5]. Néanmoins il s'agit en général d'enquêtes basées sur les déclarations et non de surveillance avec enquêteur comme dans cette étude. Le niveau de sous-déclaration était d'ailleurs estimé faible dans la précédente enquête du Gères qui utilisait la même méthodologie, en confrontant la fréquence d'accidents notifiés à celle évaluée par l'interrogatoire des participants avant l'enquête [1,2].

L'impact du type de matériel utilisé nécessite également d'être nuancé puisque des biais de confusion potentiels comme les conditions de travail, le type de formation reçue, l'adhérence aux précautions standards, n'ont pas été pris en compte. La spécificité de l'impact mesuré (aux accidents occasionnés par un type précis de matériel), aussi bien entre services étudiés en 2000 qu'entre périodes, plaide cependant en faveur d'un réel effet matériel. Par ailleurs, les analyses manquent indéniablement de puissance, compte tenu du faible nombre d'accidents étudiés pour évaluer l'effet matériel pour chaque type de geste à risque.

Malgré ces limites, les résultats observés sont conformes aux données publiées sur le sujet. L'incidence des AES est globalement du même ordre de grandeur que celles décrites dans d'autres études récentes et l'impact des mesures préventives comparable aux évaluations les plus favorables [5-9]. Les différences de risque selon le type de matériel (non sécurisé) utilisé avaient déjà été décrites dans les précédentes enquêtes du Gères, tout comme dans quelques études italiennes et américaines [10-12]. Les profils de risque par matériel observés dans ces différentes enquêtes étaient proches. La hiérarchie du risque s'est cependant modifiée, la réduction du risque ayant été inégale selon les actes. Notons que la décroissance la plus prononcée qui concerne les chambres implantées doit être interprétée avec prudence car les services les utilisant diffèrent notablement entre 1990 et 2000 : services de maladies infectieuses accueillant beaucoup de patients atteints de sida et peu rodés à l'utilisation de ce type de dispositif en 1990, services de cancérologie en 2000 utilisant ce matériel de longue date en routine.

L'impact du matériel sécurisé est relativement peu évalué dans la littérature. Dale et al. trouvent une décroissance dans l'incidence des piqûres liées au prélèvement veineux (en soins hospitaliers et consultations externes) de 15/100 000 prélèvements avant l'implantation des mesures de prévention (précautions universelles, formation, matériel de sécurité) à 2/100 000 en 1996 [8]. J. Jagger décrit, dans trois hôpitaux américains, une décroissance du taux d'accidents par cathéter de 18,4/100 000 dispositifs commandés en 1986 à 7,5 pour 100 000 cathéters standards et à 1,2/100 000 cathéters de sécurité en 1993 [13]. Seule une étude menée par le CDC (Centers for Disease Control and Prevention), avec un protocole quasi-expérimental, trouve un impact spécifique du matériel sécurisé sur l'incidence des piqûres lors des prélèvements veineux [14].

En conclusion, il est donc probable que les nombreux efforts de prévention préconisés par les institutions et investis dans la formation des personnels, la révision des procédures de soins, le développement de matériels plus sécurisés aient porté leur fruit. Le risque résiduel mesuré n'est cependant pas à négliger. Les précautions standards, encore loin d'être respectées chez les accidentés, doivent probablement être mieux intégrées et adaptées à chaque procédure de soins, en tenant compte des mécanismes spécifiques d'accident.

Le rôle des matériels de sécurité est également à souligner. La réduction du risque lié aux hémodécultures par rapport aux précédentes enquêtes, par exemple, est manifestement en rapport avec les progrès matériels réalisés. En revanche, le danger lié aux actes sur chambres implantées ou aux prélèvements artériels, bien que résultant essentiellement de difficultés techniques de l'acte lui-même, est très incomplètement compensé en pratique par l'utilisation de protections, bien que certaines existent. Même s'ils ne sont qu'un élément de la prévention, les matériels de sécurité ayant fait la preuve de leur intérêt doivent être mis à la disposition des personnels. Le coût fait souvent obstacle à leur utilisation [15]. Il faut cependant mettre en balance le coût de la prise en charge post-AES et bien sûr le préjudice inestimable d'une contamination par le VIH ou le VHC.

Cette étude souligne enfin l'importance pour les établissements de mettre en place une surveillance des AES afin d'évaluer leur politique de prévention en la matière.

REMERCIEMENTS :

Les membres du comité de pilotage tiennent à remercier les différents correspondants pour leur active participation à cette enquête, à savoir les coordonnateurs, les enquêteurs, les médecins du travail, les pharmaciens et tous les cadres et infirmier(e)s des hôpitaux suivants :

CH du Pays d'Aix, Aix en Provence - CHU Amiens Nord - CHG de Boulogne sur Mer, CHRU de Bordeaux - CHU A. Paré, Boulogne (AP-HP Paris) - CHU Morvan La Cavalle, Brest - Hôpital L. Mourier, Colombes (AP-HP Paris) - CH de Guéret - CH du Havre - CH du Mans - CH E. Roux, Le Puy - CHU Limoges - CHR Metz - CHR Thionville - CHU Montpellier - CHI Eaubonne et Montmorency - CH Moulins Yzeure - CH de Mulhouse - CH de Niort - CHU Bichat-Claude Bernard (AP-HP Paris) - Institut mutualiste de Montsouris, Paris - Hôpital Saint Joseph, Paris - CH R. Dubos, Pontoise - CHU Reims - CHU Rennes - CH de Rochefort

sur Mer - Centre R. Huguenin, Saint Cloud - CH de Sète - Hôpital Foch (Suresnes) - CH de Vichy - CHI de Villeneuve Saint Georges.

Nous tenons également à remercier pour leur soutien financier la Mutuelle nationale des hospitaliers et les laboratoires : Becton-Dickinson - Bristol Myers Squibb - Glaxo Wellcome - Johnson & Johnson Medical - Kendall Sherwood David & Geck - MAPA Hutchinson - Merck Sharp & Dohme Chibret - Sanofi Winthrop - SIMS France - Terumo.

RÉFÉRENCES

- [1] Fourrier A, Abiteboul D, Bouvet E et le GERES. Surveillance des accidents avec exposition au sang parmi le personnel infirmier : résultats après un an de surveillance. *BEH* 1991; 24 : 95-96
- [2] Abiteboul D, Antona D, Fourrier A, et al. Exposition accidentelle au sang du personnel soignant : résultats d'un an de surveillance du risque pour les infirmières dans 17 hôpitaux. *Path Biol* 1992;40:983-989.
- [3] Abiteboul D, Antona D, Descamps JM, Bouvet E, et le GERES. Procédures à risque d'exposition au sang pour le personnel infirmier(e) : surveillance et évolution de 1990 à 1992 dans 10 hôpitaux. *BEH* 1993;43:195-196.
- [4] Aiken LH, Sloane DM, Klocinski JL. Hospital Nurses' occupational exposure to blood: prospective, retrospective and institutional reports. *Am J Public Health* 1997;87:103-7.
- [5] Beekmann SE, Vaughn TE, McCoy KD, et al. Hospital bloodborne pathogens programs : program characteristics and blood and body exposure rates. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2001;22:73-82.
- [6] Tarantola A, Gollot F, Astagneau P, Brückner G, Bouvet E. Résultats de la surveillance des accidents exposant au sang 1995-1998 des AES sur le réseau CCLIN Paris-Nord. *Bulletin CCLIN Paris-Nord* 2001;19 : 2-3.
- [7] Gershon RRM, Pearce L, Grimes M, et al. The impact of multifocused interventions on sharps injury rates at an acute-care hospital. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1999;20:806-11.
- [8] Dale J, Pruett S, Maker M. Accidental Needlesticks in the Phlebotomy service of the Department of Laboratory Medicine and Pathology at Mayo Clinic Rochester. *Mayo Clin Proc* 1998; 73 : 611-615.
- [9] Beekmann SE, Vlahov D, Koziol DE, et al. Temporal association between implementation of universal precautions and a sustained, progressive decrease in percutaneous exposures to blood. *Clin Infect Dis* 1994;18:562-9.
- [10] Jagger J, Hunt E, Brand-Einaggar J, et al. Rates of needle-stick injury caused by various devices in a university hospital. *New Engl J Med* 1988;319:284-288.
- [11] Ippolito G, Di Carli G, Puro V, et al. Device-specific risk of needlestick injury in Italian health-care workers. *JAMA* 1994;272:607-10.
- [12] Patel N, Tignor G. Device-specific sharps injury and usage rates : an analysis by hospital department. *Am J Inf Control* 1997;25:77-84.
- [13] Jagger J. Reducing occupational exposure to bloodborne pathogens: where do we stand a decade later? *Infect Control Hosp Epidemiol* 1996;17:573-5.
- [14] CDC. Evaluation of safety devices for preventing percutaneous injuries among health-care workers during phlebotomy procedures. Minneapolis-St Paul, New York city and San Francisco, 1993-1995. *MMWR* 1997;46:21-25.
- [15] Roudot-Thoraval F, Montagne O, Schaeffer A, Dubreuil M-L, Hachard D, Durand-Zaleski I. Costs and benefits of measures to prevent needlestick injuries in a University Hospital. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1999 ;20 :614-617.

Comparaison du risque d'exposition au sang lié aux stylos injecteurs et aux seringues : résultats d'une enquête rétrospective dans 24 hôpitaux

G. Pellissier¹, B. Miguères¹, D. Abiteboul^{1,2}, I. Lolom^{1,2}, E. Bouvet^{1,2} et le Gères¹

¹Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants aux agents infectieux, Faculté de médecine X Bichat, Paris

²Groupe hospitalier Bichat-Claude-Bernard, Paris

INTRODUCTION

Le Gères est régulièrement alerté depuis 1999 pour des signalements d'accidents par piqûre chez des soignants utilisateurs de stylos injecteurs (SI), dispositifs médicaux « patient unique » conçus pour l'auto-administration médicamenteuse sous-cutanée (SC). Une enquête rétrospective (octobre 1999 – septembre 2000) a été conduite en deux temps dans les hôpitaux du réseau Gères. Les accidents lors des injections SC ainsi que leurs circonstances de survenue ont été documentés dans un premier volet d'enquête réalisé au dernier trimestre 2000, qui a donné lieu à publication [1], soulignant le risque d'exposition au sang lié à l'utilisation des SI. Un deuxième volet d'enquête a été conduit au premier trimestre 2001 pour obtenir des dénominateurs permettant de quantifier le risque.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

24 des 26 centres qui ont participé à la première phase (2 CHRU, 20 CH et 2 établissements privés) ont répondu au deuxième volet de l'enquête, conduit selon une méthodologie comparable. Le nombre de piqûres accidentelles (toutes aiguilles confondues) déclarées à la Médecine du travail et les quantités d'aiguilles de SI et de seringues SC (préremplies ou non) délivrées par la Pharmacie, ont été recueillis dans chaque centre par le médecin du travail, à l'aide d'un

questionnaire standardisé. La saisie et l'analyse des données ont été réalisées à l'aide du logiciel Epi Info V. 6.04. Les tests statistiques du Chi2 et de Fischer ont été utilisés pour les comparaisons entre données.

RÉSULTATS

2 503 917 dispositifs pour injections SC ont été délivrés pendant la durée de l'enquête, dont 242 835 aiguilles de SI (9,7 %) dans 19 établissements et 2 261 082 seringues SC (90,3 %) dans les 24 établissements. Les seringues SC délivrées, constituées à 65 % de préremplies, étaient en quasi-totalité des seringues non protégées.

Fréquence des piqûres

1465 piqûres, toutes aiguilles confondues, ont été notifiées, dont 144 (9,8 %) survenues lors d'injections SC. Ces dernières se répartissent en 87 piqûres avec seringues SC (60,4 %) et 57 avec SI (39,6 %).

53 accidents avec SI ont été enregistrés dans 12 établissements dans lesquels des aiguilles de SI avait été délivrées et 4 accidents dans un établissement dans lequel aucune aiguille de SI n'avait été délivrée (SI apportés par les patients). Des accidents avec seringues SC ont été déclarés dans 21 établissements.

Taux de piqûres

Le nombre d'accidents rapporté au nombre de matériels délivrés a permis de comparer les taux de survenue de piqûres avec SI et seringues SC (tableau).

Tableau

Risque de piqûre selon le dispositif d'injection SC

Dispositif	Nombre de piqûres	Nombre de matériels délivrés	Taux de piqûres	RR (IC 95 %)
SI	53	242 835	21,8 / 100 000	5,67 (4,03-7,98)
Seringue SC	87	2 261 082	3,8 / 100 000	1

Le risque d'accident par piqûre apparaît très significativement supérieur pour les SI ($p < 10^{-6}$).

DISCUSSION

Les accidents avec SI représentent ici près de 40 % des piqûres lors d'injections SC notifiées. Même si une éventuelle sous-déclaration des accidents est possible dans l'enquête, les piqûres lors d'injections SC représentent 9,8 % des piqûres déclarées, une proportion comparable à celles retrouvées dans d'autres enquêtes prospectives. Ainsi, 12 % des piqûres sont le fait d'aiguilles SC dans le réseau de surveillance des AES du CCLIN Paris-Nord [2], et les piqûres lors des injections SC représentent 13 % des piqûres dans l'enquête Gères réalisée en 1999-2000 [3]. La fréquence des piqûres, rapportée au nombre de dispositifs délivrés, apparaît plus de 5 fois supérieure pour les SI, comparée à celle des seringues standard. Les dénominateurs retenus sont source d'incertitude (les seringues peuvent être utilisées pour d'autres gestes, les stylos peuvent être apportés par les patients...), mais le taux de piqûres estimé pour les seringues SC (3,8 / 100 000 matériels délivrés) est du même ordre que celui calculé dans l'enquête Gères 1999-2000 (3,4 / 100 000 gestes réalisés) [3].

Ces données complètent les résultats déjà présentés [1]. Les accidents avec SI représentaient un tiers des accidents survenus lors d'injections SC. La majorité des accidents sont survenus après le geste pour les deux types de dispositifs, mais la part d'accidents après le geste et lors de la phase de recapuchonnage/désadaptation de l'aiguille, était bien supérieure pour les SI que pour les seringues ($p < 0,001$ et $p < 10^{-6}$ respectivement). Le seul bénéfice retrouvé avec les SI était un pourcentage plus faible d'accidents pendant le geste, à l'introduction ou au retrait de l'aiguille à travers la peau.

Si les piqûres avec aiguilles SC sont à très faible risque de transmission du VIH, elles présentent un risque plus important de transmission du VHC et 3 cas français de séroconversion professionnelle VHC ont ainsi été décrits [4]. Par ailleurs, la prévalence de l'hépatite C semble plus élevée chez les patients les plus susceptibles de recevoir une injection SC (diabétiques, personnes âgées) (5). Ce risque est à considérer tout particulièrement en cas de traitements par l'interféron chez des patients infectés par le VHC.

Il faut noter que 70,2 % des accidents avec SI se sont produits en dehors des Services de médecine interne et de diabéto-endocrinologie, révélant une utilisation qui dépasse le cadre de l'éducation du patient dans les services spécialisés référents.

CONCLUSION

Les stylos injecteurs actuels exposent l'opérateur à un risque élevé de piqûre lors de la réalisation d'injections SC, risque qui semble bien supérieur à celui lié à l'utilisation de seringues non sécurisées. Il est pour le moment souhaitable de déconseiller l'utilisation des SI par un tiers (soignant ou entourage du patient) quand le patient n'est pas en état de s'autoadministrer le traitement, en regard du risque d'exposition au sang. Il faut notamment recommander aux soignants d'utiliser des seringues, en privilégiant les dispositifs de sécurité existants : seringues sécurisées, protecteurs d'aiguilles. A défaut, le dévissage de l'aiguille du SI doit impérativement être réalisé à l'aide d'un dispositif permettant de réduire le risque de piqûre (tulipe de désadaptation, encoches de collecteur, pince...).

Il apparaît urgent de développer des dispositifs sécurisés mieux adaptés : SI pourvus d'un système intégré sécurisant l'étape de désadaptation de l'aiguille, systèmes injecteurs hybrides réunissant les qualités d'une seringue protégée de dernière génération (mise en sécurité automatique, usage unique) et d'un SI (confort d'utilisation, précision du dosage).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Pellissier G, Migueres B, Abiteboul D, Lolom I, Gabriel S, Bouvet E et le Gères. L'utilisation de stylos injecteurs par les soignants, une pratique à risque d'exposition au sang. *BEH* 2001 ; 38 : 185-186.
- [2] Tarantola A, Migueres B, Prevot MH, Fleury L, Lot F, Astagneau P, Brucker G, Bouvet E et le Gères. Accidents exposant au sang et aiguilles sous-cutanées – un axe majeur de prévention. Communication Poster. 4^e Conférence Internationale de la CIST sur la santé des travailleurs de la santé ; 29 septembre-1^{er} octobre 1999, Montréal, Canada.
- [3] Abiteboul D, Lamontagne F, Lolom I, Tarantola A, Descamps JM, Bouvet E et le Gères. Evolution de l'incidence des accidents exposant au sang chez le personnel infirmier en France de 1990 à 2000. *BEH* 2002 ; 51 : 256-259.
- [4] Lot F, Migueres B, Yasdanpanah A, Tarantola A, Abiteboul D, Domart M, Bouvet E. Séroconversions professionnelles par le VIH et le VHC chez le personnel de santé en France, le point au 30 juin 2001. *BEH* 2002 ; 12 : 49-51.
- [5] Sadoul JL, Kézachian B, Strouder F, Canivet B, Benzaken S. La prévalence d'une sérologie positive pour l'hépatite C est plus élevée dans une population de patients diabétiques non sélectionnés. Communication Poster. Réunion scientifique de l'ALFEDIAM, 19-23 mars 1997, Amiens, France.

REMERCIEMENTS

Nous remercions les correspondants des centres ayant participé à l'enquête : les Hôpitaux d'Albi, Apt, Berck-Sur-Mer, Brive, Briis-sous-Forges, Cavaillon, Dax, Dole, Dreux, Evreux, Gap, Issoire, Laon, Luçon, Montbéliard, Neufchâteau, Pertuis, Sarlat, St-Amand-Montrond, St-Denis, St-Etienne, Strasbourg, Thonon-les-Bains, Tourcoing.

Évaluation de l'efficacité d'une mesure de prévention des accidents d'exposition au sang au cours du prélèvement de sang veineux

N. Louis¹, G. Vela² et le Groupe Projet

¹Cellule d'hygiène, Centre hospitalier, Cannes - ²Département d'ergonomie, Centre hospitalier, Cannes

INTRODUCTION

La piqûre accidentelle par aiguille est la première cause d'accident d'exposition au sang (AES). Les circonstances et les dispositifs médicaux les plus fréquemment impliqués sont les prélèvements veineux de sang aux fins de diagnostic biologique effectués avec des aiguilles creuses [1]. Au Centre hospitalier de Cannes (850 lits, 1 350 agents hospitaliers), il est effectué, sur la base des commandes, environ 45 000 prélèvements veineux à l'aiguille par an. En 1998, ces dispositifs ont été impliqués dans 16 (soit 35 pour 100 000 aiguilles) des 69 AES impliquant une aiguille creuse. L'analyse des déclarations d'accident a montré que ces AES survenaient majoritairement au cours de l'élimination du dispositif dans un conteneur. Parmi les différentes solutions de prévention possibles, la mise en place d'aiguilles de prélèvement veineux de sécurité a été retenue et acceptée par la Direction de l'hôpital après consultation du CLIN (Comité de lutte contre les infections nosocomiales) et des médecins référents AES. L'objectif de cette mesure était de diviser par 3 le nombre d'AES liés aux prélèvements. Un bilan de l'efficacité et de l'acceptation des dispositifs par le personnel de soin a été fait après six mois d'utilisation.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une aiguille de prélèvement de sécurité a été sélectionnée sur la base de critères émis par le Gères au nombre desquels figure une

activation de la sécurité unimanuelle, irréversible, sonore et la plus précoce possible par rapport au geste [2].

Le dispositif médical de sécurité retenu se compose d'une gaine en plastique rigide disposée dans l'axe du biseau de l'aiguille que le préleveur rabat d'un doigt dès la sortie de l'aiguille de la veine. La mise en sécurité irréversible est confirmée par un signal sonore « clic ».

La mise en place et la formation du personnel ont été faites entre octobre et décembre 1999. La période d'essai, prévue pour une durée de six mois, a démarré le 1^{er} janvier 2000.

Les critères de performance retenus ont été, d'une part, le nombre d'AES liés aux prélèvements veineux entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2000 sur déclaration volontaire et, d'autre part, le point de vue des utilisateurs. Pour ce dernier critère, un questionnaire individuel portant sur quatre points (fréquence d'utilisation des dispositifs de sécurité, modifications de la technique de prélèvement, identification d'un autre risque d'accident et sentiment global de sécurité pour le soignant) a été rempli trois mois après le début de l'essai.

RÉSULTATS

Durant la période d'essai, 1 seul AES par piqûre accidentelle avec une aiguille de prélèvement veineux a été déclaré. L'aiguille était celle d'une unité de prélèvement à ailette. La baisse

est considérée comme significative puisqu'elle est passée de 35 à 4,4 pour 100 000 aiguilles ($p < 0,001$).

Sur les 257 questionnaires individuels envoyés, 147 ont été retournés dont 142 exploitables (55,25 %).

Plus de la moitié (58 %) du personnel infirmier a utilisé de manière systématique les aiguilles de sécurité, un peu plus d'un tiers (34,5 %) l'a fait en alternance avec des unités de prélèvement à ailette. Enfin les 7,5 % restant se sont servis quasi exclusivement d'adaptateurs à embout luer™ pour prélever à partir d'un cathéter veineux (Service des urgences). La grande majorité des utilisateurs ont jugé qu'il n'y avait ni modification de la technique de prélèvement (97,6 %), ni risque nouveau pour le préleveur (94,5 %) ou pour le patient (99,2 %) et que ce type de dispositif était indispensable (96 %). Les remarques et commentaires du personnel infirmier indiquent également que la mise en place doit s'accompagner d'une formation à leur utilisation et à leur élimination.

DISCUSSION

Cette réflexion s'étant mise en place en 1999, l'année 1998 a été choisie comme année de référence et les différents AES catégorisés à partir du document de déclaration. A l'issue de la période d'essai, l'objectif de diminution par 3 du nombre d'AES a été atteint avec une totale acceptation du dispositif.

Les conséquences psychologiques d'un AES, même non contaminant, sont suffisantes pour justifier l'adoption de mesures de prévention et de prise en charge qui, de plus, sont maintenant codifiées et obligatoires [2-6].

Au cours de l'année suivante, le nombre global d'AES a continué à baisser. Il reste cependant prudent d'envisager des formations de rappel après la mise en place de tels dispositifs.

L'aspect financier ne doit cependant pas être totalement ignoré. L'utilisation de ce système de sécurité pour le prélèvement de sang représente un surcoût de 9 261 € par an soit 0,21 € par prélèvement. Le coût moyen du suivi biologique et de la prophylaxie antivirale d'un des 16 AES a été évalué à 4 939,65 €. Sur cette base, le surcoût n'est pas totalement compensé mais les coûts des arrêts de travail et surtout les conséquences économiques potentielles d'une infection professionnelle ne sont pas pris en compte. Selon le Service de médecine du travail, le montant d'une pension annuelle d'invalidité, pour ce type d'accident, varie de 3 800 à 10 000 €. En incluant ce facteur, l'investissement est justifié et a conduit à

envisager l'extension des systèmes de sécurité aux autres dispositifs médicaux comme les microperfuseurs et les cathéters (les unités de prélèvement à ailettes étant déjà du type sécurité) en commençant par ceux comportant une aiguille creuse considérés comme les plus à risque (7).

CONCLUSION

L'utilisation d'aiguilles de sécurité a permis de diminuer de façon significative et au-delà de l'objectif fixé le nombre d'AES sans modifier la gestuelle du prélèvement ni créer de nouveaux risques. Les remarques du personnel indiquent que la mise en place doit s'accompagner d'une formation à leur utilisation et à leur élimination et il est prudent d'envisager des séances de rappel. L'efficacité de cette mesure, tant sur le plan humain qu'économique, a entraîné une réflexion au sein de l'hôpital pour permuter d'autres dispositifs médicaux vers leurs homologues « sécurité ».

RÉFÉRENCES

- [1] Gères (Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants aux agents infectieux). Incidence des accidents exposant au sang chez le personnel infirmier en France métropolitaine, 1999-2000, résultats d'une enquête multi centrique dans 32 hôpitaux. *BEH* 2002 ; 51 : 256-259.
- [2] Circulaire DGS-DH 98/249 du 20 avril 1998 relative à la prévention de la transmission des agents infectieux véhiculés par le sang ou les autres liquides biologiques.
- [3] Code du travail. Article L230 (91-1414) du 31 décembre 91 modifiant le code du travail et le code de santé publique en vue de favoriser la prévention des risques professionnels et portant transposition de la directive 89/391/CEE.
- [4] Circulaire DGS-DH-DRT 81 du 25 septembre 1995 relative à l'obligation de l'employeur de mettre à la disposition des agents des moyens de protection individuelle et des matériels de sécurité.
- [5] Circulaire DGS-DH 98/554 du 1^{er} septembre 1998 relative à la collecte des objets piquants tranchants, souillés.
- [6] Comité technique national des infections nosocomiales. 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales. Recommandations 55 et 56. Ministère de l'emploi et de la solidarité - Direction Générale des hôpitaux - Imprimerie nationale 1999 2^e édition 121 pages.
- [7] Abiteboul D., Forestier-Auter A-F, Domart M., Laville M-F, Touche S., Bouvet E., Leprince A., Conso F. Accidents avec exposition au sang - I - Prise en charge des professionnels de santé. *Concours médical* 2000 ; 122 : 471-8

Formation continue sur la Gestion des risques en milieu de soins - 21-23 mai 2003, Marseille 14^e journée du Gères - 22 mai 2003

Comité scientifique et d'organisation

D. ABITEBOUL, E. BOUVET, A. BOYER, V. CHAUDIER-DELAGE, P. COUTURIER, J. M. DESCAMPS, B. DEWAZIERES, J. FABRY, F. GABRIEL, A. GUEY, B. GUIMBAUD, P. JAMBOU, B. MIGUERES, G. PELLISSIER, J.-F. QUARANTA, P. VEYRES

Mercredi 21 mai 2003

Gestion des risques liés aux personnes âgées

Coordonnateur : Dr P. Couturier (CHU Grenoble)

Matin

- Epidémiologie des risques dans les établissements pour personnes âgées
- Risques liés à l'immobilisation : recommandations liées à la prévention des escarres
- Risque infectieux pulmonaire : place de la vaccination, pourquoi et pour qui ?
- Risques liés aux troubles psycho-comportementaux : place des nouvelles technologies

Après-midi

- Risques infectieux nosocomiaux : éléments matériels indispensables à l'hygiène et à la qualité des soins
- Risques de chutes : architecture, ergonomie et aides techniques pour la prévention
- Risques iatrogènes : du respect de la prescription à la dispensation des médicaments
- Gestion des risques en établissement de personnes âgées : des indicateurs et une organisation pour une politique de qualité

Ateliers

- Gestion de l'immobilisation
- Isolement septique du malade dépendant

Jeudi 22 mai 2003

Gestion des risques liés aux AES, 14^e Journée du Gères (Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants aux agents infectieux) Coordonnateur : Dr D. Abiteboul (Hôpital Bichat - AP-HP)

Matin

- Référentiel, instances et professionnels concernés
- Le médecin du travail : rôle, interaction avec les différentes instances

Renseignements et inscriptions : SMAREX Entretiens d'HYGIENES - 37 avenue Général de Gaulle - 69300 CALUIRE - email : info@smarex.fr
Informations scientifiques : HYGIENES Laboratoire d'Epidémiologie et Santé Publique

Université Claude Bernard Lyon 1 - 8, avenue Rockefeller - 69373 LYON cedex 08 - Tél : 04 78 77 28 17 - email : hygienes@lyon-sud.univ-lyon1.fr

Langue de la formation : français (une traduction simultanée pourra être mise en place sur demande pour des groupes de 30 personnes au minimum)

- Responsabilités juridiques de l'employeur et des personnels de santé
- Bilan 20 ans après les premières actions

Après-midi

- Matériels de sécurité : impact, nouveaux concepts
- Coût / Efficacité des mesures de prévention et de prise en charge des AES
- Impact du dispositif prophylaxie post-exposition au VIH
- Evaluation de l'application des recommandations de prise en charge après exposition au VHC et au VHB
- Conduites à tenir après exposition à d'autres agents pathogènes que VIH, VHC, VHB

Ateliers

- Matériels de sécurité : principes, intérêts et utilisation

Vendredi 23 mai 2003

Vigilances et gestion des risques

Coordonnateur : A. Guey (HCL)

Matin

- Des vigilances réglementaires vers la gestion des risques liés aux produits de santé
- Instauration du concept de gestion des risques dans les établissements de soins
- Gestion des risques : point de vue de l'assureur
- Approche pluridisciplinaire de la gestion des risques

Après-midi

- Méthodologie de la gestion des risques
- Expérience de mutualisation régionale d'un outil de gestion des risques et d'analyse globale des données
- Pièges à éviter dans la gestion des risques au sein d'un établissement de soins
- Synthèse

Ateliers

- Utilisation de logiciels de gestion des risques.

Cas déclarés pour certaines maladies transmissibles

BEH n° 51/2002

Données provisoires non validées

Semaine du 25 novembre au
1^{er} décembre 2002

RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1999	Typho./Paratypho.	SIDA	Inf. à méningo.	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	T.I.A.C.	Botulisme	Légionellose	Listériose	RÉGIONS	DÉPARTEMENTS	POPULATION EN 1999	Typho./Paratypho.	SIDA	Inf. à méningo.	Brucellose	Tétanos	Tuberculose	T.I.A.C.	Botulisme	Légionellose	Listériose							
ALSACE	67 Rhin (Bas-)	1 026 100	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	MIDI-PYRÉNÉES	09 Ariège	137 200	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/							
	68 Rhin (Haut-)	708 000	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0		12 Aveyron	263 800	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0							
	Total	1 734 100	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0		31 Garonne (Hte-)	1 046 300	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0							
AQUITAINE	24 Dordogne	388 300	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		32 Gers	172 300	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0							
	33 Gironde	1 287 300	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0		46 Lot	160 200	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0							
	40 Landes	327 300	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		65 Pyrénées (Htes-)	222 400	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0							
	47 Lot-et-Garonne	305 400	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		81 Tarn	343 400	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0							
	64 Pyrénées-Atlant.	600 000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		82 Tarn-et-Gar.	206 000	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0							
	Total	2 908 300	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0		Total	2 551 600	0	0	1	0	0	2	2	0	1	0							
AUVERGNE	03 Allier	344 700	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	NORD-PAS-DE-CALAIS	59 Nord	2 555 000	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0							
	15 Cantal	150 800	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		62 Pas-de-Calais	1 441 600	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/							
	43 Loire (Haute-)	209 100	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0		Total	3 996 600	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0							
	63 Puy-de-Dôme	604 300	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	NORMANDIE (BASSE-)	14 Calvados	648 400	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0							
BOURGOGNE	Total	1 308 900	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0		50 Manche	481 500	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0							
	21 Côte-d'Or	506 800	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		61 Orne	292 300	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/							
	58 Nièvre	225 200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Total	1 422 200	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0								
	71 Saône-et-Loire	544 900	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	27 Eure	541 100	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/								
	89 Yonne	333 200	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	76 Seine-Maritime	1 239 100	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0								
BRETAGNE	Total	1 610 100	0	0	0	0	0	3	1	0	0	0	Total	1 780 200	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0							
	22 Côtes-d'Armor	542 400	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	PAYS DE LA LOIRE	44 Loire-Atlant.	1 134 300	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1							
	29 Finistère	852 400	0	3	0	0	0	5	0	0	1	0		49 Maine-et-Loire	732 900	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0							
	35 Ille-et-Vilaine	867 500	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		53 Mayenne	285 300	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0							
	56 Morbihan	643 900	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		72 Sarthe	529 900	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/							
	CENTRE	Total	2 906 2000	0	3	0	0	0	5	0	0	1		1	85 Vendée	539 700	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0						
18 Cher		314 400	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		Total	3 222 100	0	0	0	0	0	2	1	0	0	1							
28 Eure-et-Loir		407 700	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	PICARDIE	02 Aisne	535 500	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/							
36 Indre		231 100	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0		60 Oise	766 400	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0							
37 Indre-et-Loire		554 000	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0		80 Somme	555 600	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0							
41 Loir-et-Cher	315 000	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	Total		1 857 500	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0								
45 Loiret	618 100	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	POITOU-CHARENTES		16 Charente	339 600	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0							
CHAMPAGNE-ARDENNE	Total	2 440 300	0	2	0	0	0	1	1	0	0		0	17 Charente-Mar.	557 000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0							
	08 Ardennes	290 100	/	/	/	/	/	/	/	/	/		/	79 Sèvres (Deux-)	344 400	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/							
	10 Aube	292 100	/	/	/	/	/	/	/	/	/		/	86 Vienne	399 000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0							
	51 Marne	565 200	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	Total	1 640 000	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0							
	52 Marne (Haute-)	194 900	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	PROVENCE-ALPES-CÔTE-D'AZUR	04 Alpes-Hte-Prov.	139 600	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/							
CORSE	Total	1 342 300	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		05 Alpes (Hautes-)	121 400	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0							
	2 A Corse-du-Sud	118 600	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		06 Alpes-Marit.	1 011 300	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/							
	2 B Corse (Haute-)	141 600	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		13 B.-du-Rhône	1 835 700	0	5	0	0	0	3	1	0	1	0							
	Total	260 200	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		83 Var	898 400	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0							
FRANCHE-COMTÉ	25 Doubs	499 100	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	RHÔNE-ALPES	84 Vaucluse	499 700	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/							
	39 Jura	250 900	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		Total	4 506 100	0	5	0	0	0	3	1	0	1	0							
	70 Saône (Haute-)	229 700	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		01 Ain	515 300	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0							
	90 Terr. de Belfort	137 400	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		07 Ardèche	286 000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0							
	Total	1 117 100	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0		26 Drôme	437 800	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/							
ÎLE-DE-FRANCE	75 Paris (Ville)	2 125 200	0	10	0	0	0	39	1	0	3	0	FRANCE OUTRE-MER	38 Isère	1 094 000	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0						
	77 Seine-et-Marne	1 193 800	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0		42 Loire	728 500	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0							
	78 Yvelines	1 354 300	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0		69 Rhône	1 578 900	0	18	1	0	0	2	1	0	0	0							
	91 Essonne	1 134 200	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		73 Savoie	373 300	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0							
	92 Hauts-de-Seine	1 428 900	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		74 Savoie (Haute-)	631 700	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0							
	93 Seine St-Denis	1 382 900	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		Total	5 645 500	0	18	2	0	0	5	1	0	1	0							
	94 Val-de-Marne	1 227 300	0	2	0	0	0	4	0	0	0	0		971 Guadeloupe	422 500	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/							
	95 Val d'Oise	1 105 500	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0		972 Martinique	381 400	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0							
	Total	10 952 100	0	12	0	0	0	46	1	0	5	0		973 Guyane	157 200	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0							
	LANGUEDOC-ROUSSILLON	11 Aude	309 800	/	/	/	/	/	/	/	/	/		/	974 Réunion	706 300	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0						
30 Gard		623 100	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	Total	1 667 400	1	0	2	0	1	1	1	0	0	0								
34 Hérault		896 400	0	0	0	0	0	5	0	0	0	1	TOTAL DE LA SEMAINE FRANCE MÉTROPOLITAINE										0	44	8	0	0	85	13	0	12	3
48 Lozère		73 500	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	TOTAL FRANCE MÉTROPOLITAINE + OUTRE-MER										1	44	10	0	1	86	14	0	12	3
66 Pyrénées-Orient.		392 800	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	A compter du BEH n°11/2001, les données de population sont celles du recensement INSEE 1999																			
LIMOUSIN	19 Corrèze	232 600	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	FRANCE MÉTROPOLITAINE	48 Premières semaines de 2002	128	1307	671	38	13	5765	432	12	852	175								
	23 Creuse	124 500	/	/	/	/	/	/	/	/	/	TOTAL : 58 518 400		48 Premières semaines de 2001	112	1534	641	29	29	5760	418	18	757	145								
	87 Vienne (Haute)	353 900	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0																		
	Total	711 000	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	MÉTROPOLITAINE + OUTRE-MER	48 Premières semaines de 2002	137	1435	679	38	18	5908	469	12	854	178								
LORRAINE	54 Meurthe-et-Mos.	713 800	/	/</																												