



RAPPORT D'ACTIVITÉ

Bilan des actions 2012 & *Projets*

Avril 2013

SOMMAIRE

I - ACTIVITE 2012 ET PROJETS	3
I-1 – Le GERES	3
I-2 – Actions subventionnées dans le cadre de la convention DGS 2012	3
I-2.1. Action 1 : Formation continue du réseau de binômes relais « Stratégie de prévention des AES »	3
I-2.2. Action 2 : Site internet et base de donnée sur les matériels de protection	4
I-2.3. Action 3 : Guide sous forme d'affichette « Que faire en cas d'AES ? » à destination des médecins libéraux	4
I-2.4. Action 4 : Enquête-action sur les freins à la vaccination grippale chez les infirmières	5
I-2.5. Action 5 : Action d'évaluation des AES	6
I-2.6. Achèvement de 2 actions antérieures :	7
I-3 – Les autres actions conduites en 2012	7
I-3.1. Veille des matériels de sécurité	7
I-3.2. Activité d'expertise	8
I-3.3. Ecoute, information et conseil	8
I-3.4. Etudes	9
I-3.5. Formations	9
I-3.6. Actions en Afrique	10
I-4 – Les projets dans le cadre de la convention DGS 2013	12
I-4.1. Action 1 : Journée annuelle de formation continue du réseau de binômes relais « Stratégie de prévention des AES »	12
I-4.2. Action 2 : Site internet et base de donnée sur les matériels de protection	12
I-4.3. Action 3 : Etude chez les médecins et les infirmières pour comparer leurs perceptions de la vaccination grippale et d'autres vaccins non obligatoires	13
I-4.4. Action 4 : Action d'évaluation des AES	13
I-5 – Les autres actions en cours et projets 2013 – 2014	14
I-5.1. Etudes	14
I-5.2. Formations	15
I-5.3. Expertise	16
I-5.4. Actions en Europe	17
I-5.5. Actions en Afrique	17
II - Le GERES – ANNEXES	18
II-1 - Présentation du GERES	19
II-2 - Bureau et principaux Collaborateurs	22
II-3 - Commissions et Groupes de Travail	23
II-4 - Collaborations et Financements	24
II-5 - Publications et Communications 2009-2013	25
III - CONVENTION DGS 2012 - ANNEXES	30
III -1 – Annexes Action 1 : Journée annuelle de formation continue du réseau de relais « Prévention des AES »	30
III -1.1. Programme de la 22 ^e Journée annuelle du GERES	31
III -1.2. Compte rendu de l'évaluation de la 22 ^e Journée annuelle du GERES	32
III -1.3. Auto-questionnaire d'évaluation de la 22 ^e Journée annuelle du GERES	33
III -1.4. Composition du dossier documentaire remis à la 22 ^e Journée annuelle du GERES	34
III -1.5. Appel à communications à la 22 ^e Journée annuelle du GERES : abstracts	35
III -2 – Annexes Action 2 : Site internet et base de données informatisée sur les matériels de sécurité	36
III -2.1. Historique et bilan 2012 de l'action	37
III -2.2. Suivi des indicateurs de fréquentation du site internet et analyse de l'audience 2012 du site	38
III -2.3. Tableaux récapitulatifs – actualisation 2012 de la base de données sur les matériels de sécurité	42
III -2.4. Newsletters trimestrielles 2012	47
III -3 – Annexes Action 3 : Guide sous forme d'affichette « Que faire en cas d'AES ? » à destination des médecins libéraux	52
III -3.1. Rapport d'activité 2012 du groupe de travail	53
III -3.2. CAT pratique en cas d'AES (document de travail)	54
III -4 – Annexes Action 4 : Enquête-action sur les freins à la vaccination grippale chez les infirmières	56
III -4.1. Résumé de l'enquête et calendrier de réalisation 2012	57
III -4.2. Programme de formation des IDE relais	58
III -4.3. Communications orales, 22 ^e Journée annuelle du GERES, déc. 2012	60
III -4.4. Communication poster, 14 ^e JNI, juin 2013	66
III -5 – Annexes Action 5 : Action d'évaluation des AES	67
III -5.1. Suivi des TPE par l'intermédiaire des COREVIH	68

III -5.2. Comparaison des risques infectieux professionnels chez les médecins libéraux en milieu urbain (Etude Cabipic région Paris) et semi-urbain/rural (Etude région Nancy)	72
III -5.3. Participation aux travaux de transposition en droit français de la Directive européenne 2010/32/UE sous l'égide de la DGT	76
III -6 – Annexes : Achèvement de 2 actions antérieures	
III -6.1. Revue actualisée du risque de transmission de soignant à patient	77
IV- AUTRES ACTIONS 2012 - ANNEXES	85
IV -1 - Activité de la Commission Matériels de sécurité	
IV-1.1. Membres de la Commission	86
IV-1.2. Activité de la Commission	87
IV-1.3. Mailing annuel d'actualisation des informations sur les matériels de sécurité auprès des fournisseurs	92
IV-2 – Activité d'expertise	94
IV-3 – Action d'écoute, information et conseil	96
IV-4 – Etudes	97
IV-5 – Formations	
IV-5.1. Formation de « binômes relais » à la stratégie de prévention des AES	99
IV-5.2. Ateliers « Urgentistes »	107
IV-5.3. Formation « TROD »	108
IV-5.4. Autres actions de formation	111
IV-6 – Actions Afrique	
IV-6.1. Organisation du 2 ^e Colloque sur les AES, Lomé, Togo, mars 2012	112
IV-6.2. Collaboration au site de E-learning ESTHER	118

I - COMPTE RENDU D'ACTIVITE 2012 ET PROJETS

I-1 - LE GERES

(Cf Annexes II-1 à II-5, pages 18 à 29 du présent rapport)

Groupe de recherche structuré en association loi de 1901, créé en janvier 1991

- soutenu notamment par : la DGS, l'InVS, l'INRS
 - des compétences multidisciplinaires : épidémiologistes, infectiologues, virologues, chirurgiens, médecins de santé au travail, hygiénistes, infirmiers, spécialistes en législation du travail et en prévention du risque professionnel.

Ses missions :

- identifier les facteurs de risque d'exposition accidentelle au sang ou aux produits biologiques et de contamination post exposition
- étudier les circonstances de survenue des Accidents Exposant au Sang (AES)
- proposer des mesures préventives ; répertorier et évaluer des matériels de sécurité
- apporter une expertise auprès des pouvoirs publics
- organiser des formations et diffuser l'information auprès des professionnels

Objectif final : assurer la sécurité des professionnels de santé en réduisant le nombre des AES et donc le risque de contamination en particulier par le VIH et le VHC.

Un Conseil d'Administration (CA) : 5 membres jusqu'à l'AG du 7 déc. 2012 ; 15 membres depuis cette date

Un bureau de 5 membres (1 Président, 2 Vice-Présidents, 1 Trésorier, 1 Secrétaire), choisi par le CA.

3 salariés (2,8 équivalents temps pleins) ; 40 collaborateurs permanents ; un fonctionnement en commissions (Matériels de sécurité, Formation, Laboratoire...) et groupes projets (Hépatites, Masques de protection respiratoire, Couverture vaccinale des soignants, Risque infectieux professionnel en extra-hospitalier, Afrique, Europe...)

Un conseil scientifique qui se réunit annuellement (1 réunion le 23 janv. 2013) pour faire un bilan des actions réalisées et des propositions d'axes de travail.

Un réseau national de professionnels de santé présents dans plus de 15% des établissements de santé : 680 relais, médecins du travail et cadres hygiénistes hospitaliers pour la plupart, ayant participé depuis son initiation en 1996 à une formation GERES à la prévention des AES, 150 adhérents 2012 à l'Association (individuels, établissements de santé, structures privées).

Un site internet (www.geres.org) mettant à disposition des professionnels une information actualisée en rapport avec les objectifs et missions de l'Association, qui a enregistré plus de 90 000 visites en 2012 (vs 85 000 visites en 2011 ; 70 000 visites en 2010 et 60 000 visites en 2009).

I-2 - ACTIONS SUBVENTIONNEES DANS LE CADRE DE LA CONVENTION DGS 2012

I-2.1. Action 1 : Journée annuelle de formation continue des professionnels de santé / réseau de « binômes relais » stratégie de prévention des accidents d'exposition au sang dans les établissements de santé

(Soutiens financiers : inscriptions des participants ; DGS ; Industrie : Ansell, B Braun, BD, Cellestis, Covidien, Didactic Groupe, GSK, Greiner Bio One, Hospidex, Novo Nordisk, Pfizer, Sarstedt, Smiths Medical, Terumo, Ypsomed).

(Cf Annexes III-1.1 à III-1.5, pages 30 à 35 du présent rapport)

Calendrier : juin-décembre 2012 (organisation : élaboration du programme, contact des intervenants, diffusion de l'information, suivi des inscriptions et de l'appel à communications...)

Objectifs opérationnels : Formation continue des professionnels de santé pour prévenir les AES et les risques infectieux professionnels dans les établissements de santé.

Indicateurs de l'action : nombre de journées de formation (réalisé : 1 ; prévu : 1) ; nombre de professionnels bénéficiaires d'une formation continue: plus de 300 participants (location d'un amphitheatre de 400 places) dont 260 inscrits (prévu : 330) ; évaluation de la formation par les participants (autoquestionnaire de fin de formation).

Bilan de l'action :

- Formation continue du réseau de relais : 22^e Journée annuelle du GERES, 7 décembre 2012, UFR de Médecine Bichat, Paris, qui a réuni environ 300 participants.

Moyens

Un responsable formation et un secrétariat GERES (0,25 ETP), une Commission Formation du GERES : organisation de la journée, élaboration du programme, diffusion de l'information et suivi de l'action.

Partenaires mobilisés : 23 intervenants et présidents de sessions ; industriels (15 stands ; 3 symposiums).

Prestations : Location d'un amphithéâtre, d'espaces stands et de panneaux posters, café d'accueil, pauses café et déjeuner offerts aux participants notamment.

I-2.2. Action 2 : Suivi du site internet de l'Association et exploitation de la base de données informatisée sur les matériels de sécurité (<http://www.geres.org>)

(Cf Annexes III-2.1 à III-2.4, pages 36 à 51 du présent rapport)

Objectif opérationnel : Assurer le suivi du site internet de l'Association (mise à disposition d'une information actualisée en rapport avec les objectifs et missions de l'association) et l'exploitation de la base de données informatisée sur les matériels de sécurité portée sur le site internet de l'Association, à destination des professionnels de santé.

Indicateurs de l'action : Nombre de visites enregistrées sur le site internet.

Bilan de l'action 2012 :

- Site internet : près de 90 000 visites comptabilisées en 2012 (prévu : 80 000 visites). Il faut noter la fréquentation croissante du site : 85 000 visites comptabilisées en 2011 ; 73 000 visites en 2010, 61 000 en 2009 et 2008, 58 000 en 2007, 40 000 en 2006.
- Base de données :
 - o La base de données comportait début 2012 : 271 fiches Matériels et 77 fournisseurs indexés.
 - o Un e-mailing a été envoyé aux fournisseurs en avril 2012, avec réponse souhaitée en juillet 2012, pour l'actualisation annuelle de la base de données, en plus des actualisations régulières réalisées tout au long de l'année.
 - o L'actualisation réalisée en 2012 a conduit à (*le détail de l'actualisation est présenté en annexe III-2.3. page 42*) :
 - Référencer 27 nouveaux matériels ;
 - Compléter ou modifier 43 fiches matériels ;
 - Supprimer 3 fiches matériels ;
 - Introduire 7 modifications de coordonnées dans l'index des fournisseurs ;
 - Créer une nouvelle fiche Geste.
- Newsletter : depuis mi-2010, réalisation et diffusion au réseau (plus de 600 destinataires) d'une « newsletter » trimestrielle : 4 newsletters (N° 7 à 10) ont ainsi été diffusées en 2012 : en janvier, avril, juillet et octobre. Une newsletter a été diffusée au 1^{er} trimestre 2013 (N°11).

Moyens : Un temps GERES affecté au suivi de l'action (veille, tri, formatage des documents et informations à porter sur le site), ainsi qu'un prestataire réalisant les mises à jour sur le site internet (soit environ 1/6 d'équivalent temps plein).

I-2.3. Action 3 : Réalisation d'un guide sous forme d'affichette « Que faire en cas d'AES ? » à destination des professionnels de santé exerçant en extra-hospitalier (financement principal DGS, Collaboration GERES, Département de Médecine Générale de l'Université Paris 7)

(Cf Annexe III-3.1 à III-3.2, pages 52 à 55 du présent rapport)

Intitulé : Réalisation d'un guide sous forme d'affichette à destination des professionnels de santé libéraux ou exerçant en extra-hospitalier.

Rationnel : Si la prévention et la prise en charge des accidents d'exposition au sang et aux autres produits biologiques (AES) est généralement bien organisée dans les établissements de santé, il n'en est pas de même en dehors de ces établissements. Peu de données épidémiologiques sur les risques infectieux professionnels en extra-hospitalier et notamment concernant les AES liés aux soins réalisés dans ce secteur sont disponibles. Une étude coordonnée par le GERES et le Département de Médecine Générale de l'Université Paris 7 (Cabipic : risques d'accidents d'exposition au sang et couvertures vaccinales des médecins libéraux en région parisienne en 2011. Cambon-Lalanne C, et al. BEH 2012 ;38 :421-423) a montré que la fréquence des AES était importante chez ces professionnels. Cependant, ces AES n'étaient déclarés que dans 25% des cas et moins d'un tiers des médecins accidentés avaient consulté un médecin référent dans les 48 heures pour évaluer le risque infectieux lié à l'accident. Un tiers des médecins avaient déclaré avoir souscrit une assurance complémentaire accident de travail – maladie professionnelle. La lourdeur mais également la méconnaissance des démarches expliquent en partie le faible taux d'adhérence à la conduite à tenir après AES.

Objectifs : Faire connaître aux professionnels de santé exerçant en libéral / en extra-hospitalier la conduite à tenir après un AES (Premiers soins à réaliser en urgence ; évaluation du risque infectieux et mesures à prendre ; déclaration de l'accident et suivi clinique et sérologique adapté ; rappel des recommandations vaccinales et des

mesures de prévention des AES ; couverture spécifique pour les risques d'accident de travail et les maladies professionnelles par souscription à une assurance spécifique volontaire).

Description de l'action : Réalisation d'un guide sous forme d'affichette destinée à être mise en ligne sur le site internet du GERES avec des liens vers des sites ressources pour ces professionnels de santé (sites internet des DMG et UMRL, avec une information relayée notamment par les Conseils de l'Ordre...).

Date de mise en œuvre : année 2012 (septembre 2012, durée environ 6 mois).

Etat d'avancement : constitution (octobre 2012) d'un groupe de travail (GERES/DMG Université Paris 7) ; une réunion le 8 nov. 2012 avec établissement d'une version 2 du document (une affichette sur la conduite à tenir pratique, et un document complémentaire recensant les moyens à réunir en amont) ; une réunion prévue le 10 janvier 2013 pour finalisation du document avant maquettage.

Moyens mis en œuvre : un coordonnateur GERES, un groupe de travail, recours à un prestataire pour le maquettage de l'affichette notamment.

I-2.4. Action 4 : Enquête sur les freins à la vaccination grippale chez le personnel infirmier en milieu hospitalier – Mesure de l'impact d'une intervention engageante sur la couverture vaccinale grippale – année 2 (Collaboration GERES – Laboratoire de Psychologie Sociale de l'Université d'Aix-Marseille ; financement : DGS, SPILF, Sanofi-Pasteur MSD, GSK, MNH)

(Cf Annexes III-4.1 à III-4.4, pages 56 à 66 du présent rapport)

Rationnel : La couverture vaccinale des professionnels de santé, notamment les personnels infirmiers, vis-à-vis de certaines vaccinations comme la grippe reste faible (voir notamment : *Couverture vaccinale des soignants travaillant dans les établissements de soins de France. Résultats de l'enquête nationale Vaxisoin, 2009. Guthmann JP, Fonteneau L, Ciotti C, Bouvet E, Pellissier G, Lévy-Bruhl D, Abiteboul D. BEH 2011 ;35-36 :371-6.*) malgré les efforts des équipes vaccinatrices sur le terrain. Les personnels infirmiers occupent une position clef. Parmi les plus exposées par les soins rapprochés qu'ils donnent, ils peuvent participer à la transmission nosocomiale aux patients. Ce sont des relais d'opinion importants auprès de leurs collègues et ils ont un rôle essentiel dans la formation des élèves en soins infirmiers. Enfin, ils sont eux-mêmes amenés à vacciner et ont un rôle important dans le domaine de la prévention.

Objectifs : Etudier chez les personnels infirmiers leurs connaissances et leur perception, leurs pratiques et comportement, leurs motivations et leurs freins à la vaccination grippale. Vérifier si un positionnement plus actif et valorisant des IDE dans le geste vaccinal est susceptible d'influer sur la couverture vaccinale grippale.

Calendrier de mise en oeuvre : 4^e trimestre 2011 – 1^e trimestre 2013.

Méthodes et calendrier de réalisation : Recrutement d'établissements volontaires au sein du réseau GERES. Conduite de l'enquête en deux volets :

- Volet 1 (1^{er} trimestre 2012) : réalisation par autoquestionnaire d'un état des lieux des modalités de vaccination grippale et couverture vaccinale grippale dans les établissements du réseau GERES ;
- Volet 2 : démarche de « recherche-action » menée en trois phases reposant sur l'identification préalable d'équipes d'IDE « relais de vaccination » (1^{er} trimestre 2012) dans 10-15 établissements volontaires parmi ceux ayant participé au volet 1, à raison de 2 à 4 IDE relais par établissement. L'action nécessite le soutien de la Direction de l'établissement ainsi que l'implication active de la Médecine de Santé au travail et peut s'appuyer sur des collaborations locales (Equipe d'Hygiène...).
- o Phase I (2^e trimestre 2012) : entretiens individuels de 8 IDE identifiés comme « réticents » à la vaccination par une équipe de psycho-sociologues. L'interview des IDE porte sur leurs connaissances, leur perception et les freins perçus et ressentis vis-à-vis de la vaccination grippale.
- o Phase II (2^e trimestre 2012) : participation des IDE relais à une formation sur l'analyse des freins à la vaccination des IDE et visant à leur donner des outils pour devenir des relais de vaccination dans leur établissement (session de 2 jour à Paris, les 23 et 24 mai 2012).
- o Phase III (3^e et 4^e trimestre 2012) : élaboration d'une stratégie de campagne vaccinale grippale 2012 dans l'établissement par les IDE « relais de vaccination ». Trois établissements bénéficieront de la technique de communication engageante dispensée par l'équipe de psychosociologues. L'impact de cette approche sera mesurée en comparant les couvertures vaccinales grippales 2011 et 2012 dans les établissements participant au volet 2 et dans les établissements référents.

L'analyse des données ne fournira pas de résultats par établissement. Les résultats seront communiqués au Ministère chargé de la Santé et serviront à guider les politiques vaccinales.

Public visé : les infirmières participant à l'étude ; bénéficiaires indirects : les professionnels de santé des établissements participants et plus largement tous professionnels de santé et tous patients pris en charge par ces professionnels de santé.

Moyens mis en œuvre, outils, démarche : Un coordonnateur GERES de l'action, un conseil scientifique, un secrétariat GERES d'organisation et de suivi de l'action (rédaction du protocole et du questionnaire d'enquête, réalisation de l'enquête, rédaction d'un rapport d'enquête ; organisation des réunions de suivi) ; des formateurs ; une équipe de psycho-sociologues dont des enquêteurs dans les établissements et animateurs d'interviews. Calendrier de réalisation conforme au calendrier prévisionnel.

Indicateurs d'évaluation de l'action : rapport de fin d'étude. Les premiers résultats de l'enquête ont été présentés à la 22^e Journée annuelle du GERES, Paris, 7 décembre 2012 : Etude GERES sur les freins à la vaccination grippale chez les IDE en milieu hospitalier : - Perception des IDE de la vaccination anti-grippale (D. Castella et G. Lomonaco, Université Aix-Marseille) – Premières données de couverture vaccinale (S. Fendri, Paris). Une communication Poster sera présentée aux 14^e JNI, juin 2013.

I-2.5. Action 5 : Action d'évaluation des AES (Collaboration GERES – Corevih Ile de France Ouest, DMG Universités Paris 7 et Lorraine ; financement principal : DGS)

(Cf Annexes III-5.1 à III-5.3, pages 67 à 76 du présent rapport)

Rationnel : L'action répond à un besoin, en regard des textes réglementaires et de la transposition prochaine de la Directive Européenne 2010/32/UE du 10 mai 2010 portant application de l'accord-cadre relatif à la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et sanitaire, de poursuivre la dynamique en cours dans les établissements de santé et notamment dans les secteurs privé et extra-hospitalier, moins avancés dans la démarche de prévention et prise en charge des AES par rapport au secteur public.

Objectifs : Optimiser le programme de prévention et de prise en charge des AES dans les établissements de santé et en extra-hospitalier.

Description de l'action : L'action comporte les sous-actions suivantes :

- **Le suivi des traitements post-exposition** : réalisation d'une étude sur l'approche méthodologique et échantillonnage, pour un recueil de données concernant la mise en route d'un traitement post-exposition (TPE) au risque VIH par l'intermédiaire des COREVIH (Coordinations Régionales de lutte contre l'infection due au VIH) : délivrance, nombre de sites de prise en charge, nombre de traitements délivrés, suivi des patients traités, effets secondaires...).
- **Etude sur le risque infectieux professionnel chez les médecins libéraux** : comparaison des données sur le risque en milieu rural ou semi-urbain (*Enquête conduite au 1^{er} trimestre 2012 en région de Nancy ayant fait l'objet d'une soutenance de Thèse de Médecine Générale « Evaluation des pratiques des médecins libéraux sur la gestion des risques professionnels liés à l'exposition aux liquides biologiques » en sept. 2012, Université de Lorraine*) vs en ville (*Enquête conduite au 1^{er} trimestre 2011 en région Paris-Nord, ayant fait l'objet d'une soutenance de Thèse de Médecine Générale « Cabipic : évaluation des risques infectieux professionnels chez les médecins libéraux » en octobre 2011, Université Paris 7 et d'un article : Cabipic : Risques d'accidents d'exposition au sang et couvertures vaccinales des médecins libéraux en région parisienne en 2011. Cambon-Lalanne C, Le Bel J, Ciotti C, Pellissier G, Lariven S, Aubert JP, Bouvet E. BEH 2012 ;38 :421-4*).
- **Participation aux travaux de transposition de la Directive Européenne 2010/32/UE** en droit français, conduits sous l'égide de la Direction Générale du Travail (DGT).

Moyens mis en œuvre : environ 20% d'un ETP sur l'année (coordination et secrétariat de suivi) ; des collaborateurs GERES et des personnes ressources expertes associés selon les sous-actions.

Indicateurs d'évaluation de l'action : rendu d'une étude sur l'approche méthodologique et échantillonnage pour un recueil de données concernant la mise en route d'un TPE par l'intermédiaire des COREVIH ; rapport d'analyse comparée des données sur le risque infectieux chez les médecins libéraux en milieu rural ou semi-urbain versus en milieu urbain ; rapport d'activité de participation aux travaux de transposition de la Directive Européenne 2010/32/UE.

Date de mise en œuvre : année 2012.

Etat d'avancement :

- Réalisation d'une analyse des données médico-épidémiologiques disponibles sur le suivi des traitements post-exposition dans les rapports d'activité 2011 des COREVIH. Ce travail a fait l'objet d'une présentation à la 22^e Journée annuelle du GERES, 7 déc. 2012, Paris (*Données AES des COREVIH, G. Pellissier*) ; un rapport de fin d'étude est en cours de rédaction.
- Travail en cours de comparaison des données de 2 études sur le risque infectieux chez les médecins libéraux, en milieu urbain (région Paris) vs en milieu semi-urbain/rural (région Nancy) dans le cadre d'une collaboration GERES - Université Lorraine – Département de Médecine Générale, Université Paris 7 ; un rapport de fin d'étude est en cours de rédaction.

- Poursuite tout au long de l'année 2012 de la participation, initiée en 2011, aux travaux de transposition en droit français de la Directive Européenne 2010/32/UE conduits sous l'égide de la DGT.

I-2.6. Achèvement de deux actions antérieures :

Enquête sur le risque infectieux professionnel des médecins libéraux en milieu rural/semi-urbain (*action 3/convention 2011 ; financement principal DGS ; collaboration GERES, Département de Médecine Générale de l'Université Paris 7, Université Lorraine*)

(Cf Annexe III-5.2, pages 72-73 du présent rapport)

Objectifs : Evaluer la couverture vaccinale (vaccinations obligatoires et recommandées), le risque d'accident d'exposition au sang (AES), la conduite à tenir post-AES et la gestion des déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI) piquants/tranchants dans un réseau de médecins libéraux en Région Nancy/Lorraine.

Date de mise en œuvre : année 2011 -2012 (octobre 2011 – mars 2012).

Méthode : réalisation d'une enquête par autoquestionnaire sur la base du questionnaire utilisé pour réaliser l'enquête Cabipic en 2011 dans le réseau de Santé Paris-Nord.

Public bénéficiaire : bénéficiaires directs : les professionnels participant à l'enquête ; bénéficiaires indirects : tous professionnels de santé exerçant en milieu libéral.

Moyens mobilisés : un coordonnateur GERES de l'action, un comité de pilotage (professionnels experts associés : GERES / DMG Université Paris 7 / Université de Lorraine), un enquêteur (thésard en Médecine générale réalisant sa thèse sur ce thème).

Indicateurs d'évaluation de l'action : thèse de médecine générale « Evaluation des pratiques des médecins libéraux sur la gestion des risques professionnels liés à l'exposition aux liquides biologiques », Université de Lorraine, soutenue le 19 sept. 2012 par M. Cédric Wagenheim, et remise à la DGS en nov. 2012 en tant que rapport de fin d'étude. Une publication des données de cette étude est par ailleurs prévue courant 2013.

Revue actualisée du risque de transmission de soignant à patient (*action 3/convention 2010 ; soutien financier Société Hutchinson Santé, co-financement DGS*)

(Cf Annexe III-6.1 , pages 77 à 84 du présent rapport)

Objectifs : Point des connaissances actuelles sur le risque de transmission virale de soignant à patient, les facteurs de risques, les mesures de prévention, les recommandations ou réglementations existantes et leurs difficultés d'application.

Date de mise en œuvre : fin 2010 (octobre 2010) ; une présentation des données a été faite lors de la 22^e Journée annuelle du GERES, 7 décembre 2012, Paris (Revue de la littérature sur les risques de transmission soignant-soigné ; Dr A. Leprince).

Moyens mobilisés : un comité de pilotage/suivi GERES ; un médecin prestataire d'étude.

Indicateurs d'évaluation de l'action : rapport d'étude, en cours de finalisation pour achèvement début 2013.

I-3 - LES AUTRES ACTIONS CONDUITES EN 2012

I-3.1. Veille des matériels de sécurité et expertise

(Cf Annexes IV-1.1 à IV-1.3, pages 86 à 93 du présent rapport)

• Animation d'une Commission Matériels de sécurité

Objectifs :

- Veille des matériels de sécurité commercialisés (recensement et décision de référencement des matériels dans la base de données informatisée sur les matériels de protection) pour mettre à disposition des professionnels de santé et des décideurs d'une information actualisée sur ces matériels et les aider dans le choix de matériels adaptés pour prévenir le risque d'AES.
- Avis rendus sur les matériels et prototypes présentés par les fabricants et inventeurs.
- Coordination et suivi des enquêtes, évaluations, expertises... dans le champ des matériels de sécurité.
- Réponse aux questions des établissements concernant les matériels de sécurité.
- Suivi des signalements par le réseau national de correspondants GERES dans les établissements de santé, permettant de relever des problèmes pouvant justifier le cas échéant une alerte ou une enquête complémentaire de la part du GERES.

Activité 2012 de la Commission :

- Fonctionnement : La commission matériels de sécurité s'est réunie 3 fois en 2012, le 28 mars, le 27 juin et le 3 octobre. Une réunion a eu lieu le 9 janvier 2013 (*les comptes rendus de ces réunions sont joints en annexe IV-1.2, pages 82 à 86 du présent rapport*).
- Contacts et rencontres des fabricants et fournisseurs :

- Contacts réguliers avec environ 100 fournisseurs de matériels.
- Les membres de la Commission matériels, tant lors des réunions de Commission qu'en dehors de ces réunions, ont rencontré dans l'année environ 40 représentants de Sociétés (fabricants, fournisseurs) et inventeurs venus présenter des matériels ou des prototypes, solliciter un avis ou apporter une réponse à des demandes d'information.
- Avis rendus (intérêt et réserves formulées) sur des matériels ou des prototypes présentés par les industriels en réunion de Commission matériels :
 - Avis du 28 mars 2012 :
 - Dispositif de transfert en système clos BD PhaSeal™, de la société Becton Dickinson,
 - Avis du 27 juin 2012 :
 - Dispositif Auto-Protect BD Vacutainer® Passive, de la société Becton Dickinson,
 - Aiguille BD Vacutainer® Eclipse™ Signal™, de la société Becton Dickinson,
 - Cathéters Plusfon Safe et Pluscan Alpha Safe, de la société Mediplus et distribués par de la société Opsyse,
 - Avis du 3 octobre 2012 :
 - Aiguille de Huber sécurisée Surecan® Safety II, de la société B.Braun,
 - Aiguille à fistule sécurisée, de la société B. Braun,
 - Zone neutre Z-Friction Drape™, de la société Ansell,
 - Plateau de transfert Z-Tray™, de la société Ansell,
 - Gants Gammex® PF with AMT, de la société Ansell,
 - Avis du 9 janvier 2013 :
 - Epicranienne Venofix Safety, de la société B.Braun.
- Evaluations terrain de matériels dans des hôpitaux du réseau de relais GERES (aucune évaluation n'a été menée en 2012).
- Suivi des signalements d'incidents ou d'AES liés à l'utilisation des matériels dans le réseau GERES, qui permet le cas échéant d'identifier des problématiques justifiant une alerte ou une enquête complémentaire (comme cela a été le cas dans le passé pour les stylos injecteurs, les aiguilles SC, les boîtes à OPCT...).

Moyens : Un coordonnateur GERES et un assistant (2 quart de temps) pour assurer l'action de veille et d'expertise des matériels de sécurité, ainsi que la coordination de la Commission matériels de sécurité.

• **Suivi / exploitation de la base de données informatisée sur les matériels de sécurité portée sur le site internet du GERES (www.geres.org).**

(voir paragraphe I-2.2. Action 2 : Suivi du site internet de l'Association et exploitation de la base de données informatisée sur les matériels de sécurité, page 4 du présent rapport)

I-3.2. Activité d'expertise

(Cf Annexe IV-2, page 94 du présent rapport)

• **Activité d'expertise auprès des instances :**

Participation estimée en 2012 à environ 30 jours de travail expert. Le GERES a poursuivi en 2012 son rôle d'expert auprès des instances, notamment auprès de la DGS, du CSHPF, du CTV, du CTIN, de l'InVS, du RAISIN, de l'INRS, de l'AFNOR... pour les aspects risque d'exposition au sang / prévention et prise en charge des AES, risque soignant-soigné, matériels de sécurité, traitements prophylactiques en cas d'exposition, recensement des séroconversions professionnelles VIH, VHC, VHB chez les soignants, surveillance nationale des AES, DASRI...

• **Autes expertises:**

Le GERES a poursuivi en 2012 dans ses domaines d'activité ses actions d'expertises en direction des structures non institutionnelles, des associations de professionnels et des industriels des secteurs pharmaceutique et du matériel médical avec une activité 2012 évaluée à environ 20 jours de travail expert. Il a également poursuivi ses actions de coopération en europe s'inscrivant dans le cadre de la transposition de la Directive européenne 2010/32/UE et de sa participation au groupe de travail européen « Sharps Safety in the European Union Group ».

I-3.3. Une action d'écoute, information et conseil

(Cf Annexe IV-3, page-96 du présent rapport)

Action en direction des personnels de santé et des autres professionnels exposés : Le GERES a assuré en 2012 une permanence pour répondre quotidiennement, aux demandes d'information émanant de professionnels d'horizons divers (personnels de santé des secteurs public et privé, étudiants hospitaliers, autres catégories professionnelles à risque, organismes de formation, administrations, associations...) en rapport avec le risque

d'exposition au sang et plus largement aux agents infectieux, la prévention et la conduite à tenir en cas d'accident. Il s'agit souvent d'informations techniques mais aussi parfois de conseil et d'écoute.

Moyens : accueil téléphonique, collaborateurs référents pour répondre aux demandes spécifiques (téléphone, courrier, e-mail...).

Environ 750 demandes ont été traitées en 2012 (par téléphone, courrier, e-mail, ou sur rendez-vous au GERES), représentant plus de 200 heures d'activité (temps moyen de traitement d'une demande estimé à 18 min).

I-3.4. Etudes :

Isentress + Truvada - Etude observationnelle multicentrique relative à la tolérance d'une nouvelle trithérapie antirétrovirale prescrite dans le cadre de la prophylaxie post-exposition de personnes récemment soumises au risque de transmission d'une infection par le VIH. (Promoteur GERES – Pr Christian Rabaud, Pr Elisabeth Bouvet ; N° EudraCT : 2009-017742-31 – soutien financier MSD)

(Cf Annexe IV-4, pages 97 à 98 du présent rapport)

Objectifs : Evaluer la nature et l'incidence des intolérances médicamenteuses observées sous cette nouvelle trithérapie antirétrovirale. Comparer les résultats à ceux des précédentes études réalisées selon la même méthodologie, avec d'autres associations d'antirétroviraux.

Critères de jugement principal : proportion de patients ayant arrêté le TPE avant les 28 jours prévus, en raison d'effets indésirables. Proportion de patients indiquant l'apparition d'un effet secondaire attribué au TPE avant la fin de celui-ci.

Méthode : Etude observationnelle prospective multicentrique.

Date de mise en œuvre : 2010 - 2012. Les résultats de l'étude ont fait l'objet de communications (C.Rabaud, 22^e Journée annuelle du GERES, 7 déc. 2012) et doivent faire l'objet de d'une publication.

I-3.5. Actions de formation initiale et continue

Formation de professionnels de santé « binômes relais » à la stratégie de prévention des AES dans les établissements de santé–Session 2012 (financement principal : formation continue des établissements)

(Cf Annexe IV-5.1., pages 99 à 106 du présent rapport)

Formation initiée en 1996 à raison d'une session par an.

Objectifs opérationnels : Former des professionnels de santé pour prévenir les AES et les risques infectieux associés dans les établissements de santé.

Calendrier et indicateurs : Formation de 2 jours, les 22 et 23 novembre 2012, Faculté de Médecine Bichat, Paris ; 25 participants de 15 établissements de santé. Un atelier Matériels de sécurité animé par les fournisseurs de matériels : Ansell, B.Braun, BD, Cellestis Qiagen, Didactic, Greiner Bio One, Hospidex, Novo Nordisk, Sarstedt, Smiths Medical, Terumo, Ypsomed. Evaluation de la formation par les participants (autoquestionnaire).

Formations - Ateliers « Urgentistes »

(Cf Annexe IV-5.2., page 107 du présent rapport)

Objectifs : développer par l'organisation d'ateliers d'échanges les compétences des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des expositions virales ; optimiser au final la prise en charge des personnes exposées (professionnels et populations à risque).

Historique :

Dans les suites des ateliers réalisés à Paris (2006, 2007, 2008), Niort (2008), Marseille (2008, 2009), et Nantes (2010) (financement principal Laboratoires Abbott ; soutien DGS – action 4/convention 2010), un atelier, coordonné par le Dr Patrick DESCHAMPS, Urgences Médico-chirurgicales, CH de Pontoise et le Dr Martin DARY, Médecine Polyvalente d'Urgences, CHU de Nantes, avait été organisé dans le cadre du Congrès annuel (8-10 juin, Paris) de la SFMU (Société Française de Médecine d'Urgence), 8-10 juin 2011 à Paris.

Calendrier : Un atelier « Prise en charge des accidents d'exposition au sang et aux liquides biologiques », animé par M. Dary (Urgences CHU Nantes), intervenants E. Bouvet et P. Deschamps (Urgences CH Pontoise), a été organisé en 2012 lors du 6^{ème} Congrès de la SFMU, Paris, 30 mai-1^{er} juin 2012.

Moyens : Un responsable formation, un secrétariat de suivi, un groupe de pilotage GERES, intervenants experts acteurs de la prise en charge associés à l'action. Frais d'organisation (frais de déplacement d'intervenants...).

Formation – Tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) (Collaboration GERES, Corevih Ile de France Nord et Corevih Ile de France Ouest ; partenariat Nephrotek et Biomérieux)
(Cf Annexe IV-5.3., pages 108 à 110 du présent rapport)

Rationnel : Dans le cadre des missions de l'Association et de la poursuite des actions initiées en direction des COREVIH, en matière d'analyse et de gestion des risques infectieux (VIH et hépatites virales) des professionnels exposés au sang et aux autres produits biologiques, développement d'une session de formation « TROD » organisée en 3 modules : Place des TROD et manipulations pratiques ; Place des TROD dans les CDAG ; Prise en charge des AES dans les établissements non référents VIH.

Calendrier et indicateurs : Formation d'une journée, le 14 novembre 2012, Paris ; 16 participants de 11 établissements de santé, avec un atelier de manipulations pratiques des TROD réalisé en partenariat avec Nephrotek et Biomérieux. Evaluation de la formation par les participants (autoquestionnaire).

Diplôme Universitaire « Gestion du risque infectieux associé aux professionnels de santé dans les établissements de soins, UFR de Médecine Paris 7 Diderot.

(<http://www.medecine.univ-paris-diderot.fr/index.php/formation-continue/du-et-diu/700-gestion-du-risque-infectieux-associe-aux-professionnels-de-sante-dans-les-etablissements-de-soins>)

Responsables : Pr E. Bouvet ; Pr Yazdan Yazdanpanah.

Objectif : mettre en place un enseignement sur les risques infectieux auxquels les professionnels de santé peuvent être exposés et dont ils peuvent également être les vecteurs. Sont notamment abordés dans cet enseignement : les modes de transmission, la conduite à tenir, les moyens de prévention...

Calendrier :

- Arrêté n° 2012-377 du 15 juin 2012 portant création du DU ;
- Année universitaire 2012-2013 : DU annulé car nombre d'inscrits insuffisant ;
- DU reconduit pour l'année universitaire 2013-2014.

Autres actions de formation initiale ou continue en direction des professionnels de santé des secteurs public et privé ; enseignement universitaire et encadrement de thèses (Etudiants France ; Etudiants Afrique) sur le thème du Risque d'exposition au sang (Pr E. Bouvet)

(Cf Annexe IV-5.4., page 111 du présent rapport)

Le GERES a poursuivi en 2012 ses interventions en direction des personnels soignants des établissements publics et privés, des étudiants, associations, libéraux...

I-3.6. Les actions en Afrique

(Cf Annexes IV-6.1. à IV-6.2., pages 112 à 119 du présent rapport)

Poursuite en 2012 des collaborations GERES / GIP-ESTHER / ES 92

Elles s'inscrivent dans le cadre des missions du GERES qui sont de favoriser la protection et la sécurité des professionnels de santé par différentes actions : de formation, d'information, d'améliorations techniques et d'aide dans l'organisation du travail. Les actions déjà conduites en Afrique (formations, études, Colloques...) doivent être poursuivies. Ces rencontres favorisent le maintien d'une dynamique dans les équipes et au niveau des décideurs et permettent à chacun de profiter des expériences et des solutions d'autres équipes.

- Poursuite de la mise en œuvre d'un programme de maîtrise des accidents d'exposition au sang et des risques infectieux liés aux soins adaptable aux caractéristiques des établissements de santé au Niger (Financement GIP-ESTHER ; Autres partenaires : Hôpital National de Niamey, CTA de Niamey (Croix Rouge Française), Maternité Gazoby de Niamey, Hôpital Ambroise Paré/Entraide Santé 92, COREVIH IDF Ouest).

L'action a été initiée fin 2006 avec à compter de 2011 un changement d'échelle et un passage d'un programme « Sites » à un programme « Pays ».

Objectifs généraux :

- Prévenir les risques de transmission des agents transmissibles dans les milieux de soins. Améliorer notamment les principes d'hygiène hospitalière et de sécurité des soignants, par la mise en œuvre d'un programme de maîtrise des AES et des risques infectieux liés aux soins dans les structures de soins ; renforcer les capacités des laboratoires du CTA et de l'HNN pour le diagnostic et le suivi des patients VIH, en particulier dans le domaine des infections opportunistes (soutien matériel et technique) et renforcer la sécurité des soignants au laboratoire.

- Améliorer la prise en charge globale médicale, paramédicale et psychologique des personnes infectées par le VIH suivies dans les structures partenaires de Niamey,
- Aider à définir la stratégie de prévention des AES dans les programmes ESTHER.

Objectifs spécifiques / Volet AES : Diminuer l'incidence des AES chez les personnels de santé ; mettre en place une surveillance des AES ; organiser le circuit de prise en charge post-AES ; réaliser une enquête de prévalence des marqueurs viraux VHB chez le personnel de santé et définir une stratégie vaccinale du personnel soignant contre le VHB, implanter des matériels de sécurité pour le prélèvement veineux sous vide, optimiser la filière d'élimination des DASRI perforants.

Bénéficiaires directs : les personnels de santé des structures de soins partenaires du Sud.

Communications et publications :

Des travaux réalisés dans ce cadre par les équipes Nord-Sud ont notamment été présentés à la 6^e Conférence francophone sur le VIH/Sida, 25-28 mars 2012, Genève, Suisse (conférence organisée par l'Alliance francophone des acteurs de santé contre le VIH) :

- *Evaluation de matériels de sécurité pour prélèvement veineux sous vide (PV-SV) à l'Hôpital National de Niamey (NNH), Niger. Goutondhi G, Lolom I, Madougou B, Ciotti C, Oumarou S, Diaouga H, Daou M, Sadorge C, Rouveix E, Bouvet E, et ESTHER. Communication orale n°227, Session Accidents d'exposition au sang, Hygiène et Sécurité ;*
- *Quelle stratégie vaccinale peut-on proposer pour les professionnels de santé vis-à-vis de l'hépatite B dans des pays à forte prévalence : résultats d'une action menée à l'Hôpital National de Niamey (HNN), Niger. Tosini W, Madougou B, Lolom I, Adehossi E, Kaza I, Nabias R, Saidou M, Rouveix E, Bouvet E. Communication Poster n°667, Session 90A, Accidents d'exposition au sang.*

Ces travaux ont également fait l'objet d'une publication : *Is Universal HBV vaccination of healthcare workers a relevant strategy in developing endemic countries ? The case of a University Hospital in Niger. Pellissier G, Yazdanpanah Y, Adehossi E, Tosini W, Madougou B, Ibrahima K, Lolom I, Legac S, Rouveix E, Champenois K, Rabaud C, Bouvet E. PLoS ONE 2012 ;7(9) : e44442. doi :10.1371/journal.pone.0044442.*

- **Projet Pays Togo : Appui à la prise en charge globale des PVVIH au Togo** (Coordination et financement GIP-ESTHER ; autres partenaires : CHU Cochin (Paris), CHU Tokoin (Lomé), CHU Kara, CHR Atakpamé, PNLs, Associations locales, Hôpital Ambroise Paré/Entraide Santé 92, GERES)

Participation du GERES à l'action à compter de 2010, dans l'année 2 du projet, en appui aux autres partenaires sur le volet prévention des AES et Hygiène hospitalière.

Collaboration au site de formation continue à distance (e-learning) développé par ESTHER (www.estherformation.fr)

- Mise en ligne sur le site des interventions du 2^e Colloque sur les AES et la protection du personnel de santé en Afrique (Epidémiologie des AES – Pr Elisabeth Bouvet ; Généralités et impacts des matériels de sécurité sur la réduction des AES percutanés – Dr Jean-Michel Descamps ; Conteneurs pour objets piquants coupants tranchants – Gérard Pellissier ; Matériels de sécurité en Afrique : Etat des lieux des politiques nationales et expériences de terrain – Pr Marcel Zannou, CNHU de Cotonou, Bénin ; Elimination des DASRI : incinérations et méthodes alternatives – Dr Annie Leprince ; Expérience de terrain sur la gestion des DASRI – Dr Marianne Branco).
- Elaboration en cours de modules de formation complémentaires sur les accidents d'exposition au sang.

Organisation par le GERES du 2^e Colloque sur les AES et la protection du personnel de santé en Afrique – « Protéger les soignants pour protéger les patients », 15-16 mars 2012, Lomé, Togo (avec le soutien du GIP ESTHER, du Comité international de l'AISS pour la prévention des risques professionnels dans le secteur santé, Roche, BD, et le parrainage de l'OMS et du Ministère de la Santé du Togo), en marge des 2^{ème} Journées Scientifiques Togolaises sur le VIH organisées par ESTHER.

- Rationnel : La mise à disposition des traitements antirétroviraux dans les pays en développement (PED), notamment en Afrique Sub-saharienne conduisent à la prise en charge médicale d'un nombre croissant de patients infectés par le VIH et à une augmentation des gestes invasifs pratiqués par les personnels de soins. Les personnels soignants sont particulièrement exposés à un risque de transmission d'agents pathogènes au décours d'un accident exposant au sang (AES). La prise en compte de ce risque est devenu une préoccupation des autorités sanitaires et des établissements de soins. La présence de plus de 130 participants de 18 Pays africains francophones au premier Colloque AES organisé par le GERES à Cotonou, le 3 mars 2008, en marge du Congrès Pan-Africain de Médecine du Travail, témoigne de cette sensibilisation. Il faut profiter de cette dynamique pour maintenir la mobilisation des personnels de santé et des institutions. Parmi les axes de travail à envisager pour accélérer la diminution de ce risque, les questions

de la mise à disposition de matériels de sécurité et la gestion des déchets d'activités de soins à risque infectieux paraissent prioritaires. C'est dans ce contexte que le GERES organise en mars 2012 à Lomé, au Togo, le 2^{ème} Colloque francophone sur les AES et la protection des personnels de santé en Afrique.

- Participants : plus de 250 professionnels de santé, représentant 14 Pays d'Afrique (francophones pour la plupart) et de France.
- Des recommandations fortes : sécuriser le prélèvement veineux et la filière d'élimination des déchets piquants/tranchants.
- En conclusion :
 - o La sécurisation du prélèvement veineux, par l'adoption généralisée de systèmes de prélèvement sous vide, est apparue comme une priorité préalable à toute autre action de sécurisation des soins pour les professionnels de santé dans les PED.
 - o Constituer un comité de suivi pour la sécurisation du prélèvement veineux, regroupant des professionnels du Nord et du Sud, afin que les recommandations émises lors du Colloque soient diffusées le plus largement possible et entendues par les institutions.
 - o Projet d'organiser un 3^e Colloque AES afin de faire un état des lieux de la sécurisation des professionnels de santé, dans les deux ans.

SEVENAF : Mouvement pour la sécurisation du prélèvement veineux en Afrique (avril 2012), dans les suites du 2^e Colloque francophone sur les AES et la protection des personnels de santé en Afrique.

- Constitution d'un Comité de pilotage composé de 15 membres, professionnels du Nord et du Sud.
- Un Comité de soutien, constitué de toutes les personnes souhaitant adhérer à l'initiative.
- Communications orales : *Evaluation de matériels de sécurité pour prélèvement veineux sous vide (PV-SV) à l'Hôpital National de Niamey (HNN), Niger. Goutondji G, Lolom I, Madougou B, Ciotti C, Oumarou S, Diaouga H, Daou M, Sadorge C, Rouveix E, Bouvet E, et ESTHER.* Session 3/8 – Sécurité du médicament, des injections, des équipements et des matériels utilisés. 1^{ere} Conférence Internationale des Ministres de la Santé de l'espace francophone sur la prévention et le contrôle de l'infection en milieu de soins en Afrique, Cotonou, Bénin, 12 décembre 2012. Communication acceptée à la session spéciale Afrique de l'ICPIC-RIPAQS 2013.

I-4 - LES PROJETS DANS LE CADRE DE LA CONVENTIONS DGS 2013

I-4.1. Action 1 : Journée annuelle de formation continue des professionnels de santé à la prévention des risques infectieux liés à l'exposition au sang et aux autres produits biologiques (Journée annuelle du GERES) (*Financement principal DGS et Industrie*)

(Cf Annexes III-1, pages 30 à 35 du présent rapport pour l'action 2012)

Objectifs : proposer une actualisation régulière des connaissances du réseau GERES de formateurs relais (professionnels référents sur la base d'une culture de prévention commune) à même d'intervenir dans leur établissement, mais également dans des établissements voisins.

Moyen : Organiser une Journée annuelle de rencontre et d'échanges autour des expériences de terrain et des actions réalisées et aider à amorcer / entretenir une fédération du réseau des relais formés (formation initiale de « binômes » à la stratégie de prévention des AES).

Contenu : une journée annuelle de formation continue proposée à l'ensemble du réseau (environ 300 participants).

Calendrier : juin-décembre 2013 (contact des intervenants, élaboration du programme, diffusion de l'information, suivi des inscriptions et de l'appel à communications...) ; 23^e Journée annuelle prévue fin 2013, Paris).

Indicateurs d'évaluation de l'action :

Nombre de professionnels bénéficiaires d'une formation continue (environ 300) ; nombre de journées de formation (1) ; évaluation de la formation par les participants (autoquestionnaire de fin de formation).

Moyens mobilisés : Un responsable formation et un assistant-secrétariat GERES (0,25 ETP) affectés au suivi de l'action ; environ 20 intervenants spécialisés ; frais de location d'Amphithéâtre, d'espaces stands pour les industriels, de matériel audio-visuel, déjeuner et pauses-café pour les participants notamment.

I-4.2. Action 2 : Suivi du site internet de l'association et exploitation de la base de données informatisée sur les matériels de sécurité (*Financement DGS et INRS*)

Objectifs : mise à disposition des professionnels de santé d'informations actualisées correspondant aux missions de l'Association.

Date de mise en œuvre : année 2013, dans la continuité de l'action conduite en 2012.

Indicateurs d'évaluation de l'action : indicateur 2013 : 85 000 visites. Suivi du nombre de visites sur le site internet de janvier à mars 2013 : 24 267 visites, soit environ 95 000 visites attendues pour l'année 2013). Il est également prévu de poursuivre en 2013 la diffusion trimestrielle d'une newsletter (une newsletter déjà diffusée au 1^{er} trimestre 2013).

(Voir Annexes III-2, pages 36 à 46 du présent rapport pour l'action 2012)

Moyens mobilisés : un personnel GERES (1/6 de temps plein) affecté au suivi de l'action, ainsi qu'un prestataire réalisant les mises à jour sur le site internet ; un prestataire pour l'hébergement du site internet.

I-4.3. Action 3 : Réalisation d'une étude (focus groupe) chez les médecins et chez les infirmières pour comparer leurs perceptions de la vaccination grippale et d'autres vaccins non obligatoires (financement principal DGS)

Rationnel : La vaccination antigrippale est la seule vaccination recommandée pour laquelle la couverture vaccinale des médecins est supérieure à celle des autres professions, dont les infirmières, comme l'avait en particulier montré l'enquête Vaxisoin, conduite en 2008 en collaboration avec l'InVS. Les infirmières sont des relais d'opinion et peuvent assurer un rôle déterminant de relais de vaccination. Une enquête a ainsi été conduite en 2012 (Enquête sur les freins à la vaccination grippale chez le personnel infirmier en milieu hospitalier, avec mesure de l'impact d'une intervention engageante sur la couverture vaccinale grippale) pour investiguer chez ces personnels l'origine du frein spécifique à la vaccination antigrippale. Les premiers résultats de cette enquête vont dans le sens d'une diminution, à confirmer, de la couverture vaccinale après l'épisode de la grippe H1N1 en 2009. Ils montrent que la couverture vaccinale grippe 2010 chez les Infirmières était deux fois plus faible que celle relevée pour 2009 dans l'enquête Vaxisoin. L'analyse des entretiens conduits par des psychosociologues révèlent que le vaccin est considéré par les infirmières comme inutile du fait de la non-obligation de vaccination antigrippale et de la perception de risques très faibles. Les polémiques liées à la gestion de la grippe H1N1 en 2009 semblent avoir cristallisé et conforté cette position. Cette étude s'inscrit dans les suites des enquêtes précédentes. Il paraît particulièrement intéressant de poursuivre en comparant les perceptions de la vaccination grippale et d'autres vaccins non obligatoires chez les médecins et chez les infirmières.

Objectif : améliorer la connaissance des freins et des leviers respectifs chez ces personnels afin de permettre d'améliorer la couverture vaccinale.

Méthode : méthode d'enquête qualitative par la réalisation d'entretiens de groupe (technique du focus groupe) permettant d'obtenir des informations relatives aux opinions, attitudes et expériences des professionnels concernés, expliciter leurs attentes et décomposer le fondement des opinions exprimées par les participants . Ces entretiens seront animés par des professionnels maîtrisant les thématiques et les enjeux de l'évaluation, ainsi que les techniques d'animation de groupe. Des étapes préparatoires seront conduites : détermination des types et du nombre de focus groupes utiles, recrutement des animateurs, identification au sein des catégories de soignants ciblées des différents groupes d'intérêt, sélection des participants, élaboration du guide d'animation, planification du/ ou des focus groupes notamment. A l'issue de l'entretien, sera réalisé une analyse du verbatim et une interprétation du contenu de l'entretien.

Public bénéficiaire : les professionnels de santé et les instances en charge de la politique vaccinale.

Date de mise en œuvre : 2013.

Indicateurs d'évaluation de l'action : nombre de focus groupes conduits, analyse et interprétation du contenu du ou des entretiens ; rédaction d'un rapport de fin d'étude.

Moyens mis en œuvre : un coordonnateur GERES, un groupe de travail, recours à un/des prestataires pour l'animation du ou des entretiens, ainsi que pour l'analyse et l'interprétation du contenu des entretiens notamment.

I-4.4. Action 4 : Action d'évaluation des AES, comportant les sous-actions suivantes :

- **Transposition de la Directive Européenne 2010/32/UE du Conseil du 10 mai 2010 portant application de l'accord-cadre relatif à la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et sanitaire** : accompagnement aux travaux de transposition, dans les suites de la participation en 2012 au groupe de travail en charge de la transposition sous l'égide de la DGT, notamment facilitation de la mise en œuvre des textes, plus particulièrement dans les petits établissements et les structures privées (cliniques...), plutôt moins avancés dans la gestion de ce risque. Dans ce cadre, projet de réaliser par sondage une enquête par autoquestionnaire pour un état des lieux (risque d'AES, mesures de prévention, situation de l'implantation des matériels de sécurité, matériels utilisés et pratiques associées lors des gestes invasifs avec aiguilles creuses...) ; si possible réalisation d'une enquête terrain complémentaire dans un échantillon d'établissements ; ceci devant

permettre de mieux préciser les actions de prévention à mettre en œuvre dans ces structures et les aider dans la priorisation des mesures de prévention des AES.

- **Organisation d'un atelier de formation thématique sur la place des TROD (tests VIH rapides d'orientation diagnostique) dans le cadre des AES et sur la prise en charge des AES dans les établissements non référents VIH et les CDAG-CIDDIST, avec rappel de la conduite à tenir en cas d'AES :** Cette formation d'une journée sera réalisée en collaboration avec les COREVIH et notamment dans un premier temps avec les COREVIH Ile de France Nord et Ouest, et s'inscrit dans un cadre plus large de promotion des TROD dans cette indication.
- **Valoriser les actions conduites en direction des médecins libéraux sur les risques infectieux professionnels :** Des enquêtes « Cabipic » ont été conduites pour réaliser un état des lieux (risque d'AES et prise en charge des AES, couverture vaccinale, gestion des DASRI) en zone urbaine (région Paris) versus en zone semi-rurale ou rurale (région Nancy), en 2010 et en 2011. Un guide de conduite à tenir en cas d'AES destiné aux professionnels libéraux, élaboré en 2012 est en voie de finalisation pour diffusion et un complément de financement 2013 doit permettre le maquettage de ce guide. Une valorisation de ces actions sera réalisée en 2013, en identifiant les priorités d'actions de prévention à mettre en œuvre (affiches, communication, formation, amélioration des pratiques, incitation à la souscription d'une assurance spécifique couvrant ces risques...).

I-5 – AUTRES ACTIONS EN COURS ET PROJETS (2013-2014)

I-5.1. Etudes :

Projet d'étude observationnelle multicentrique relative à la tolérance d'une nouvelle trithérapie antirétrovirale prescrite dans le cadre de la prophylaxie post-exposition de personnes récemment soumises au risque de transmission d'une infection par le VIH. (*Promoteur GERES – sollicitation des Laboratoires pharmaceutiques pour soutien financier*)

Objectifs : Evaluer la nature et l'incidence des intolérances médicamenteuses observées sous cette nouvelle trithérapie antirétrovirale. Comparer les résultats à ceux des précédentes études réalisées selon la même méthodologie, avec d'autres associations d'antirétroviraux.

Critères de jugement principal : proportion de patients ayant arrêté le TPE avant les 28 jours prévus, en raison d'effets indésirables. Proportion de patients indiquant l'apparition d'un effet secondaire attribué au TPE avant la fin de celui-ci.

Méthode : Etude observationnelle prospective multicentrique.

Date de mise en œuvre : 2013 - 2014.

Projet d'enquête auprès des infirmières libérales sur le risque d'AES.

Conduire auprès des infirmières libérales (échantillonnage ou réseaux à préciser) une enquête sur le modèle de l'enquête Cabipic réalisée auprès des médecins libéraux pour obtenir une description de la réalité des AES chez ces professionnels (risque d'AES, prise en charge des AES, couverture vaccinale, gestion des DASRI, matériels utilisés...).

Vaccinations des professionnels :

Dans les suites des études déjà conduites (enquête nationale Vaxisoin, 2009 ; enquête 2012 sur les freins à la vaccination grippale chez les infirmières), projet de poursuivre la mobilisation d'infirmières relais, par le biais des formations sur le thème des vaccinations et d'une réflexion sur la place de la communication engageante, mais également par des études complémentaires.

Projet d'étude / de publication : Protection des soignants vis à vis des risques infectieux et impact sur la sécurité des patients. La question a du sens particulièrement en Afrique.

Des évidences : Quand le soignant n'est pas infecté, il ne risque pas de contaminer le patient (tuberculose, grippe, hépatite virale, rougeole...). Les soignants qui utilisent des protections pour eux protègent aussi les patients d'autres risques de contamination (gants, masques, conteneurs à OPCT...). Les mesures pour la sécurité des soignants font partie d'un ensemble de mesures qui participent de la sécurité et de la qualité des soins.

Les questions : La maîtrise de la transmission des agents infectieux dans les structures de santé commence par la protection des soignants ? Si les soignants ne sont pas préalablement rassurés sur leur protection, les messages de prévention/contrôle des infections ne peuvent pas passer ? Il doit exister une symétrie dans la mise

en œuvre des mesures concernant les patients et les soignants ? Peut-on établir des corrélations entre sécurité du soignant et sécurité du patient ?

Projet d'étude sur la place des tests rapides de dépistage VIH dans le dispositif de prise en charge des expositions virales et notamment des AES

Rationnel : Disponibilité de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) utilisés sur sang capillaire et qui peuvent être faits sur place et lus immédiatement ; arrêté du 28 mai 2010 fixant les conditions de réalisation du diagnostic biologique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2) et les conditions de réalisation du test rapide d'orientation diagnostique dans les situations d'urgence.

Ces tests apportent un éclairage nouveau à la prise en charge des AES et des questions : être formé et former les personnels, définir un algorithme de réalisation du test dans chaque établissement, former les personnels (IDE et médecins – lesquels ?) à la réalisation du test (le rendu du résultat doit être médical), traçabilité et confirmation, attention aux primo-infections.

Une étude sur les conditions de réalisation de ces tests dans le cadre de la prise en charge des expositions virales est envisagée en établissement de santé, ainsi que la rédaction de recommandations spécifiques.

Projet de rédaction d'un guide tuberculose à destination des soignants (sur le modèle du guide VIH et hépatites, 100 questions que se posent les soignants), en collaboration avec la MNH.

I-5.2. Formations

Projet de formation « Ateliers Vaccinations et personnels de santé »

Poursuite d'actions spécifiques de stimulation de la vaccination des soignants par la mobilisation des relais importants que sont les médecins de santé au travail des établissements en continuant notamment à organiser des ateliers de sensibilisation à la vaccination des soignants réunissant en petits groupes les médecins du travail de différents établissements afin d'en faire des référents dans ce domaine, dans les suites des ateliers organisés en novembre 2010 et en mai 2011 à Paris (un tel atelier a été organisé en 2012, spécifiquement dans le cadre de l'étude sur les freins à la vaccination chez les IDE). Projet d'atelier en novembre 2013.

Projet de formation « Risque infectieux respiratoire »

Objectifs : aider au choix des masques dans les établissements pour améliorer la protection des soignants en sensibilisant et en mobilisant les relais participant à la formation en leur donnant des outils d'information pour les aider à mettre en place des stratégies visant à améliorer la protection des soignants.

Rationnel : Plusieurs types de masques sont utilisés pour protéger les personnels soignants contre les agents infectieux transmissibles par voie « gouttelettes » ou « aérienne ». La DGS a établi des recommandations récentes pour guider le choix d'un masque de protection respiratoire ou d'un masque médical selon les indications. Le choix de la protection optimale va dépendre des modes de transmission de l'agent infectieux, de la gravité de l'affection qu'il entraîne mais aussi du confort de port et du coût des masques. Ce choix n'est pas forcément évident dans les établissements de santé pour lesquels on dispose actuellement de peu d'information sur l'application des recommandations et sur l'accueil fait aux masques par les personnels soignants, ainsi que l'ont montré les études réalisées (enquête GERES-INRS 2008 sur la protection respiratoire du personnel dans les établissements de santé ; Etude d'évaluation de l'étanchéité de masques de protection respiratoire FFP2 chez les soignants – Fit-testing quantitatif, 2009).

Description de l'action : organisation d'une formation d'une journée (prérequis théoriques le matin et atelier pratique l'après-midi : fit-check, fit-test...) réunissant environ 25 participants (relais importants à la prévention du risque infectieux respiratoire) de différents établissements, à raison de 1 à 3 relais par établissement.

Date de mise en œuvre : 2013, Paris ; recrutement des participants, élaboration du programme, logistique d'organisation.

Moyens : Coordination GERES, professionnels experts intervenant dans l'animation de l'atelier ; location de salle(s) / journées-séminaires et de matériel audio-visuel, frais de déjeuner et pauses-café.

Projet de réaliser une session 2013 de formation initiale des professionnels de santé à la stratégie de prévention et prise en charge des AES dans les établissements de santé.

Objectifs : prévenir les accidents d'exposition au sang dans les établissements de santé publics et privés ; répondre aux demandes de formation émanant des établissements.

Moyen : former des professionnels de santé qui ont/ou auront un rôle moteur dans la politique de prévention des AES dans leurs établissements et également à même d'intervenir dans des établissements voisins (« binômes

relais » médecin du travail et cadre hygiéniste d'un même établissement) à la mise en place d'actions de prévention adaptées à la spécificité de l'institution où ils interviennent. Structurer un réseau national de professionnels référents sur la base d'une culture de prévention commune.

Contenu : une formation de 2 jours (limitée à environ 30 participants).

Calendrier prévisionnel : novembre 2013, Paris

Projet de coupler cette formation à des ateliers complémentaires optionnels le 3^e jour : Vaccinations et personnels de santé ; Risque infectieux respiratoires (voir plus haut le descriptif de ces modules).

Atelier « Prise en charge des accidents d'exposition au sang et aux liquides biologiques »

Objectifs : développer par l'organisation d'ateliers d'échanges les compétences des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des expositions virales ; optimiser au final la prise en charge des personnes exposées (professionnels et populations à risque).

Projet de poursuite de cette formation en 2013 après l'organisation d'un atelier animé par le Dr Martin Dary, Médecine Polyvalente d'Urgences, CHU de Nantes (intervenants : Dr Patrick Deschamps, Urgences Médico-chirurgicales, CH de Pontoise, Pr Elisabeth Bouvet) lors du Congrès SFMU (Société Française de Médecine d'Urgence), 30 mai – 1^{er} juin 2012, Paris.

Contenu : Connaître la prise en charge et les examens à réaliser en cas d'AES professionnels et sexuels. Savoir évaluer le risque de transmission virale. Connaître la réalisation pratique, l'interprétation, les indications et la faisabilité des tests rapides VIH aux urgences. Connaître les indications et les non-indications du traitement post-exposition et les molécules à utiliser. Connaître les dernières recommandations. Proposer un schéma organisationnel de la prise en charge de ces patients.

Projet de formation des personnels de santé des EHPAD à la prévention des risques infectieux et des AES.

Dans les suites de l'état des lieux conduit en 2010 sur les pratiques liées aux gestes invasifs et antécédants d'accidents exposant au sang (AES) dans les EHPAD, des perspectives de poursuite de l'action sont envisagées : engagement d'une action de formation à la prévention des risques infectieux chez les personnels ; élaboration de recommandations de conduite à tenir ; réalisation d'une affiche conduite à tenir adaptée aux EHPAD... Des contacts avec des opérateurs privés sont en cours pour une étude de faisabilité de ce projet.

Actions de formation initiale ou continue; enseignement universitaire et encadrement de thèses (Etudiants France ; Etudiants Afrique) sur le thème du Risque d'exposition au sang (Pr E. Bouvet)

Le GERES poursuit en 2013 ses interventions en direction des personnels soignants des établissements publics et privés, des étudiants, associations, libéraux...

Un DU – Gestion du risque infectieux associé aux professionnels de santé dans les établissements de soins - Université Paris Diderot, a été créé pour l'année universitaire 2012-2013 à l'initiative du Pr Elisabeth Bouvet et du Pr Yazdan Yazdanpanah, et reconduit pour l'année universitaire 2013-2014.

1-5.3. Expertise

Le GERES compte poursuivre dans ses domaines d'activité ses actions d'expertises en direction des structures non institutionnelles (INRS, MNH...), des associations de professionnels et des industriels des secteurs pharmaceutique et du matériel médical. Un projet de guide sur la tuberculose, sur le modèle du guide VIH et hépatites de la MNH est à l'étude. Le GERES compte par ailleurs poursuivre en 2013 dans ce cadre ses autres missions :

- **Une veille des matériels de sécurité** : veille assurée par la Commission Matériels de Sécurité. L'objectif est la mise à disposition des soignants et des autres personnels de santé des secteurs public et privé d'informations actualisées sur les matériels de protection et les dispositifs médicaux de sécurité destinés à la prévention du risque d'AES. Dans ce cadre, un travail de révision de la méthodologie d'évaluation des matériels par la commission Matériels de sécurité est entrepris en 2013.
- **Une mission d'expertise auprès des instances** : Le GERES compte poursuivre en 2013 son rôle d'expert auprès des instances, notamment auprès de la DGS, du CSHPF, du CTIN, de l'INVS, du RAISIN ; de l'ANSM... pour les aspects risque d'exposition au sang / prévention et prise en charge des AES, risque soignant-soigné, matériels de sécurité, traitements prophylactiques en cas d'exposition...
- **Une action d'écoute, information et conseil**, en direction des personnels de santé et des autres professionnels exposés : Le GERES compte continuer à assurer une permanence pour répondre quotidiennement, aux demandes d'information émanant de professionnels d'horizons divers (personnels de santé des secteurs public

et privé, étudiants hospitaliers, autres catégories professionnelles à risque, organismes de formation, administrations, associations...) en rapport avec le risque d'exposition au sang et plus largement aux agents infectieux, la prévention et la conduite à tenir en cas d'accident. Il s'agit souvent d'informations techniques mais aussi parfois de conseil et d'écoute.

Moyens : accueil téléphonique, collaborateurs référents pour répondre aux demandes spécifiques.

1-5.4. Les actions de coopération en Europe

Elles s'inscrivent dans le cadre de la transposition de la Directive européenne 2010/32/UE du Conseil du 10 mai 2010 portant application de l'accord-cadre relatif à la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et sanitaire. Le GERES projette d'accompagner au plan européen la transposition de la Directive. Il participe à ce titre au « Sharps Safety in the European Union Group », réunissant des experts des pays « les plus avancés » (Espagne, Italie, France, Royaume-Uni, Allemagne, Belgique...), qui s'était réuni à Rome les 24-26 mars 2011, avec comme objet de rédiger des recommandations pratiques et des outils pour aider les établissements dans la mise en œuvre de la Directive. Dans la perspective de la poursuite des travaux du groupe d'experts, un 2^e workshop est prévu à Paris fin 2013 (une réunion préparatoire s'est tenue à Paris en nov. 2012). Un projet de création d'un site internet européen ainsi que le développement d'une base de données européenne sur les matériels de sécurité dont le GERES serait l'opérateur, sont notamment envisagés. Les réflexions sur les standard pour définir un dispositif comme étant de sécurité et sur la méthodologie d'évaluation des matériels de sécurité rejoignent le travail de révision de la méthodologie d'évaluation des matériels par la commission Matériels de sécurité entrepris en 2013.

1-5.5. Les actions en Afrique

Poursuite des collaborations GERES / GIP-ESTHER

Elles s'inscrivent dans le cadre des missions du GERES qui sont de favoriser la protection et la sécurité des professionnels de santé par différentes actions : de formation, d'information, d'améliorations techniques et d'aide dans l'organisation du travail. Les actions déjà conduites en Afrique (formations, études, Colloques...) doivent être poursuivies. Ces rencontres favorisent le maintien d'une dynamique dans les équipes et au niveau des décideurs et permettent à chacun de profiter des expériences et des solutions d'autres équipes.

- **Poursuite de la mise en œuvre d'un programme de maîtrise des accidents d'exposition au sang et des risques infectieux liés aux soins adaptable aux caractéristiques des établissements de santé au Niger** (Financement GIP-ESTHER ; Autres partenaires : Hôpital National de Niamey, CTA de Niamey (Croix Rouge Française), Maternité Gazoby de Niamey, Hôpital Ambroise Paré/Entraide Santé 92, COREVIH IDF Ouest). L'action a été initiée fin 2006 avec à compter de 2011 changement d'échelle et passage d'un programme « Sites » à un programme « Pays ».

- **Projet Pays Togo : Appui à la prise en charge globale des PVVIH au Togo** (Coordination et financement GIP-ESTHER ; autres partenaires : CHU Cochin (Paris), CHU Tokoin (Lomé), CHU Kara, CHR Atakpamé, PNLs, Associations locales, Hôpital Ambroise Paré/Entraide Santé 92, GERES).

Participation du GERES à l'action à compter de 2010, en appui aux autres partenaires sur le volet AES et Hygiène.

- **Projets dans le cadre du programme APPS (African Partnership for Patient Safety) piloté pour le volet français par ESTHER dans le cadre d'un partenariat entre le Ministère du travail, de l'emploi et de la santé et l'Organisation Mondiale du Travail, au Niger (APPS 2011 ; APPS 2013) et au Togo (APPS 2013).**

- **E-learning : Collaboration au site de formation continue à distance développé par ESTHER (www.estherformation.fr) poursuivie en 2013 dans le cadre du développement de modules de formation sur les AES.**

II - LE GERES / Annexes

ANNEXE II-1 - PRÉSENTATION DU GERES

Le Groupe d'Étude sur le Risque d'Exposition des Soignants aux agents infectieux (GERES), association loi 1901 depuis 1991, réunit des compétences pluridisciplinaires (épidémiologistes, infectiologues, virologues, chirurgiens, médecins du travail, surveillant(e)s hygiénistes, infirmier(e)s, spécialistes en législation du travail et en prévention du risque professionnel...). Il a été créé avec l'avènement des problèmes liés au VIH, pour étudier les risques de contamination liés à l'exposition accidentelle au sang ou à des produits biologiques, et apporter aux soignants des éléments de connaissance et de prévention de ces risques. Son objectif final est de réduire le nombre des accidents exposant au sang (AES) et donc le risque de contamination, en particulier par le VIH et par le VHC.

Le GERES, de par son rôle reconnu d'expert dans le domaine des risques professionnels d'exposition au sang chez le personnel de santé, travaille en collaboration avec de nombreux organismes. Il est soutenu notamment par la Direction Générale de la Santé (DGS), l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS), l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida (ANRS), l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS), l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de la Santé (AFSSAPS) et exerce son activité dans différents domaines :

1 - Le suivi épidémiologique des AES et des infections professionnelles transmises par le sang

Le réseau GERES qui comprend des relais dans près de 400 établissements de santé, associé au savoir-faire méthodologique acquis sur le terrain et renforcé par la compétence des épidémiologistes de l'équipe, permet la réalisation d'études fiables, dans des délais relativement rapides. Ces enquêtes ont permis d'identifier des situations à risque et de cibler des actions de prévention (recommandations, conduite à tenir, choix de matériels de protection, formations...).

• Le suivi épidémiologique des AES : le GERES a réalisé dans son domaine de base plusieurs enquêtes :

- des études sur le risque infectieux professionnel des médecins généralistes libéraux (2010-2012)
- 3 études d'identification des situations à risques infectieux dans les laboratoires d'analyses médicales (2005 ; 1998 ; 1996), en collaboration avec l'INRS,
- 3 études prospectives (2000 ; 1992 ; 1990) sur l'incidence du risque d'AES chez le personnel infirmier des services de médecine et réanimation,
- une enquête rétrospective (1999-2000) sur les AES lors des injections SC,
- 2 étude de perception du risque chez les chirurgiens réalisée en 1997 – 1998 et en 1992,
- Enquête sur la fréquence des accidents et la perception du risque chez les étudiants hospitaliers en 1995,
- Rôle de conseil auprès du RAISIN dans le cadre de la surveillance nationale des AES dont l'objectif est de permettre une actualisation de l'épidémiologie des AES, de mesurer le niveau d'implantation des matériels de protection et leur impact sur les AES, de dégager des tendances évolutives.
- Détermination des facteurs de risque de survenue des AES et mise en place d'un programme de prévention et prise en charge des AES dans différents types de structures de soins en Afrique, depuis 1997 (GIP-ESTHER ; Fondation Bristol Myers Squibb « Sécuriser le Futur » ; ANRS 99160/00176 notamment).

• Risque infectieux et suivi des infections professionnelles :

- Etude sur les freins à la vaccination grippale chez le personnel infirmier en milieu hospitalier, 2012.
- Etude VAXISOIN : enquête sur les vaccinations chez les soignants des établissements de soins en France, 2009–Couverture vaccinale, connaissances et perceptions des vaccinations (*Collaboration GERES-INVS*).
- Collaboration depuis 2002 avec l'INRS dans le cadre de la réalisation d'un guide de conduites à tenir après exposition à des agents infectieux (guide EFICATT : Exposition Fortuite aux agents infectieux et conduite à tenir en milieu de travail) et d'un guide d'accès aux tableaux des maladies professionnelles.
- Collaboration avec l'INVS depuis les débuts pour un recensement des séroconversions professionnelles VIH, VHC puis VHB ;
- Coordination d'une étude cas-témoin européenne (Angleterre, Espagne, France, Italie Suisse) sur les facteurs de risque de transmission accidentelle du VHC au personnel soignant au décours d'un accident exposant au sang (2000-2005 ; ANRS 1286).
- Le GERES a fait une mise sur les pathogènes transmissibles dans son rôle de secrétariat scientifique du Colloque AISS sur les risques professionnels et leur prévention (Paris, 8-9 juin 1995); une actualisation en a été réalisée en 2003 (revue de la littérature, Dr. A. Tarantola).

2 – Risque de transmission aéroportée

Le Champ des travaux du GERES s'est récemment élargi à d'autres modes de transmission, notamment le risque de transmission aérienne ou par contact, et à d'autres agents infectieux : bacille de la tuberculose, virus grippal, arbovirus...

- Organisation en partenariat avec la revue Hygiènes, des entretiens d'Hygiènes, Le Mans, 1^{er} avril 2004, sur le thème : Maîtrise des risques de transmission respiratoire des agents infectieux pour les professionnels de santé.
- Travaux en cours ou en projet sur ce thème, portant notamment sur les masques de protection respiratoire (audit des pratiques, évaluation de l'efficacité...) avec une enquête conduite en 2008 en collaboration avec l'INRS – La protection respiratoire du personnel dans les établissements de santé ; et une étude réalisée en 2009 avec le soutien de la DGS – Evaluation de l'étanchéité de masques de protection respiratoire FFP2 chez les soignants par fit-testing quantitatif.

3 - L'approche fondamentale du risque professionnel

La présence en son sein de cliniciens et de virologues et les contacts établis en particulier avec les CDC aux Etats-Unis, ont incité le GERES à mettre en oeuvre une approche virologique et immunologique des AES, qui permettrait de mieux cibler la prophylaxie.

- Etude de la résistance aux antirétroviraux des souches de VIH isolées chez le patient source lors des expositions accidentelles professionnelles, 1999-2000.
- Evaluation des pratiques de chimioprophylaxie antirétrovirale après AES, 1998-1999.
- Mise en oeuvre d'une approche virologique et immunologique des AES, à l'occasion d'un protocole de prophylaxie par une association d'anti-rétroviraux après exposition au sang VIH, 1998-1999.
- Publication dans le MMWR (1995) d'une étude cas-contrôle des CDC, à laquelle le GERES a été associé, montrant que la prise de Retrovir après accident exposant au sang VIH diminue le risque de contamination d'environ 80 %.

4 - Les matériels de sécurité

Le GERES a développé sa réflexion sur les matériels de sécurité à partir des connaissances acquises par les données épidémiologiques et les évaluations de terrain de ces matériels. Il a également la possibilité de croiser des informations épidémiologiques venant des hôpitaux avec le niveau d'implantation de matériel de sécurité et le type de matériel de sécurité implanté.

- Une enquête (2005-2006) sur les accidents d'exposition au sang lors de l'utilisation de matériels de sécurité conduite en collaboration avec l'AFSSAPS
- Il a mis en place depuis décembre 2005 sur son site internet une base de données informatisée sur les matériels de sécurité.
- Il a été la première structure à établir un guide des matériels de sécurité (à partir des contacts pris avec les fabricants et grâce à la collaboration active de la Pharmacie Centrale de l'AP-HP et de l'INRS), au début des années 1990. Les éditions 2004 et 1999-2000 de ce guide, réalisées avec le soutien de la DGS, de la DHOS et de l'INRS, ont été diffusées à plus de 20 000 exemplaires, à l'ensemble des établissements de santé ; l'édition 2010 du guide a été diffusée à 10 000 exemplaires avec le soutien de la DGS et de l'INRS.

5 - Conseils de prévention

Les compétences du GERES (risque professionnel, épidémiologie, prévention des accidents) lui permettent :

- De mettre en place un réseau national de formateurs relais « Stratégie de prévention des AES » (projet soutenu par la DGS et initié en 1996), en Métropole, mais également dans les DOM (Martinique, Guyane, La Réunion) ; cette méthodologie a été adaptée pour des actions de formation à la prévention et à la prise en charge des AES en Afrique (Côte d'Ivoire, Sénégal, Mali notamment), puis plus récemment pour la réalisation d'ateliers thématiques : « Urgentistes », « Vaccins ».
- De dispenser des formations à la prévention des risques infectieux liés aux AES en direction des personnels soignants du public et du privé et des étudiants, dans le cadre de la formation initiale ou continue,
- De donner régulièrement des conseils de prévention (risque en fonction du mode d'exercice, du type de contact, du type de produit biologique en cause...),
- D'être un lieu de convergence des informations concernant les problèmes légaux et les textes concernant les accidents du travail pouvant donner lieu à réparation après AES (grâce à sa collaboration avec les médecins du travail, l'INRS, des juristes...).
- De participer à des réflexions sur des politiques de prévention concernant les AES et le risque infectieux dans un sens plus large, auprès d'institutions hospitalières désireuses de mettre en place une politique de prévention, mais également auprès du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France (élaboration de recommandations de prévention) et de la Direction des Hôpitaux dans le passé (dans ses programmes de formation-action).

Cette expertise du GERES englobe les milieux soignants hospitaliers, les professionnels exerçant des activités de soins à domicile, les familles des personnes hospitalisées à domicile et porteuses du VIH, VHC..., les volontaires d'associations qui interviennent auprès de ces personnes, d'autres professionnels (policiers,

ambulanciers...), voire des personnes pour des accidents dans la vie quotidienne (piqûre avec une aiguille de seringue abandonnée, risque dans le sport...).

ANNEXE II-2 –

BUREAU, CONSEIL D'ADMINISTRATION ET PRINCIPAUX COLLABORATEURS

BUREAU / CONSEIL D'ADMINISTRATION (élection pour 2 ans en AG du 10/12/2010)

Pr. Elisabeth BOUVET, Président du GERES, PU-PH, Service Maladies Infectieuses, GH Bichat Claude Bernard, AP-HP, Paris
 Pr. Christian RABAUD, Vice-Président du GERES, PU-PH, Service Maladies Infectieuses, Hôpitaux du Brabois, Vandoeuvre-Nancy
 Dr. Jean-Michel DESCAMPS, Vice-Président du GERES, Médecin des Hôpitaux, Service Réanimation Polyvalente, CHG de Niort
 Dr. Martine DOMART, Secrétaire du GERES, Médecin du Travail, Hôpital Européen Georges Pompidou, AP-HP, Paris
 Isabelle LOLOM, Trésorier, Biohygiéniste, UHLIN, GH Bichat Claude Bernard, AP-HP, Paris

CONSEIL D'ADMINISTRATION (élection en AG du 07/12/2012)

- Dr Jean-Pierre AUBERT, DMG, Université Paris 7
- Pr Elisabeth BOUVET, SMIT, Hôpital Bichat, AP-HP, Paris
- M. Thierry CASAGRANDE, Juriste, Analys Santé, Lorient
- Dr Gabriella De CARLI, Institut Spallanzani, Rome, Italie
- Dr Jean-Michel DESCAMPS, Hôpital de Niort
- Dr Martine DOMART, Service de Santé au Travail, HEGP, AP-HP, Paris
- Dr Claire FABIN, Brie Comte Robert
- Pr Jean-François GEHANNO, Médecine du Travail, CHU, Université de Rouen
- Melle Isabelle LOLOM, UHLIN, Hôpital Bichat, AP-HP, Paris
- Pr Jean-Christophe LUCET, UHLIN, Hôpital Bichat, AP-HP, Paris
- Dr Boubacar MADOUGOU, Hôpital National de Niamey, Niger
- Pr Christian RABAUD, SMIT, CHU Nancy
- Pr Elisabeth ROUVEIX, Service de Médecine, Hôpital Ambroise Paré, AP-HP, Boulogne-Billancourt
- Pr Yazdan YAZDANPANAHAH, SMIT, Hôpital Bichat, AP-HP, Paris
- Dr Marcel ZANNOU, CHU de Cotonou, Bénin

BUREAU (Choisi par le Conseil d'Administration en réunion du 23/01/2013)

Pr. Elisabeth BOUVET, Président du GERES, PU-PH, Service Maladies Infectieuses, GH Bichat Claude Bernard, AP-HP, Paris
 Pr. Christian RABAUD, Vice-Président du GERES, PU-PH, Service Maladies Infectieuses, Hôpitaux du Brabois, Vandoeuvre-Nancy
 Dr. Jean-Michel DESCAMPS, Vice-Président du GERES, Médecin des Hôpitaux, Service Réanimation Polyvalente, CHG de Niort
 Pr. Yazdan YAZDANPANAHAH, Secrétaire du GERES, PU-PH, Service Maladies Infectieuses, GH Bichat Claude Bernard, AP-HP, Paris
 Isabelle LOLOM, Trésorier, Biohygiéniste, UHLIN, GH Bichat Claude Bernard, AP-HP, Paris

PRINCIPAUX COLLABORATEURS

Dominique ABITEBOUL :	Médecin du Travail, GH Bichat Claude-Bernard, AP-HP, Paris
Isabelle BALTU :	Ingénieur, Dépt Risque Chimique et Biologique, INRS, Paris
Marie-Cécile BAYEUX :	Conseiller Médical, Dépt Etude et Assistance Médicale, INRS, Paris
Enrique CASALINO :	Médecin des Hôpitaux, Service des Urgences, GH Bichat Claude-Bernard, AP-HP, Paris
Martin DARY :	Médecin des Hôpitaux, Médecine Polyvalente d'Urgences, Hôtel Dieu, CHU de Nantes
Patrick DESCHAMPS	Médecin des Hôpitaux, Urgences Médico-Chirurgicales, CHR René Dubos, Pontoise
Claire FABIN :	Médecin du Travail, ACMS, Pontault Combault
Anika FICHELLE	Médecin des Hôpitaux, Responsable EPP Médicales, GH Bichat Claude Bernard, AP-HP, Paris
Marie-Jeanne KOSMANN :	Cadre Infirmier Hygiéniste, UHLIN, Hôpital Saint-Antoine, AP-HP, Paris
Patrick LAGRON :	Surveillant, SAMU des Hauts de Seine, H. Raymond Poincaré, Garches
Sylvie LE-GAC :	TEC, SMIT, GH Bichat Claude Bernard, AP-HP, Paris
Annie LEPRINCE :	Médecin à la retraite, Paris
François L'HERITEAU :	Médecin Hygiéniste, CCLIN Paris-Nord, Paris
Brigitte MIGUERES	Médecin Hygiéniste, Webmaster du site GERES ; C-CLIN Paris-Nord ; HAD, AP-HP, Paris
Micheline PERNET :	Consultant, Cadre Infirmier Hygiéniste à la retraite, AP-HP
Christiane SADORGE :	Consultant, Cadre Supérieur de Santé à la retraite, AP-HP
William TOSINI :	Médecin, SMIT, GH Bichat Claude Bernard, AP-HP, Paris
Sylvie TOUCHE :	Médecin du Travail, Hôpital Maison Blanche, CHU de Reims

ANNEXE II-3 - COMMISSIONS ET GROUPES DE TRAVAIL

COMMISSION MATERIELS :

Béatrice ADJAMAGBO	CS Hygiéniste, HAD, AP-HP
Xavier ARRAULT	Pharmacien, Hôpital Bichat Claude Bernard, AP-HP, Paris
Marie-Cécile BAYEUX	Médecin, Département Etudes et Assistance Médicales, INRS, Paris
Elisabeth BOUVET	Président du GERES ; SMIT, Hôpital Bichat Claude Bernard, AP-HP, Paris
Céline CIOTTI	Technicienne Biohygiéniste, EOH, Hôpital Beaujon, APHP, Clichy
Claire FABIN	Médecin du Travail, Collaborateur GERES
Anika FICHELLE	Responsable EPP Médicales, GH Bichat Claude Bernard, AP-HP, Paris
Ariane LEDEZ	IDE, SMIT, GH Bichat Claude Bernard, AP-HP, Paris
Isabelle LOLOM	Technicienne Biohygiéniste, UHLIN, GH Bichat Claude Bernard, AP-HP, Paris
Yamina MERAH	Médecin du Travail, CHR Robert Ballanger, Aulnay sous Bois,
Brigitte MIGUERES	Médecin Hygiéniste, HAD APHP ; CCLIN Paris-Nord
Gérard PELLISSIER	Président de la Commission, GERES, Paris
Micheline PERNET	CS Hygiéniste, Collaborateur GERES
Bruno RIPAUT	Médecin de Santé au Travail, CHU Angers
Christiane SADORGE	CSS, Collaborateur GERES

COMMISSION FORMATION :

Dominique ABITEBOUL :	Médecin du Travail, GH Bichat Claude-Bernard, AP-HP, Paris
Elisabeth BOUVET	Président du GERES, PU-PH, Maladies Infectieuses, Hôpital BICHAT, Paris
Enrique CASALINO	Service des Urgences, GH Bichat Claude-Bernard, AP-HP, Paris
Martin DARY :	Médecin des Hôpitaux, Médecine Polyvalente d'Urgences, Hôtel Dieu, CHU de Nantes
Jean-Michel DESCAMPS	Vice-Pdt du GERES, PH, Réanimation, CHG Niort, Responsable formation
Patrick DESCHAMPS	Médecin des Hôpitaux, Urgences Médico-Chirurgicales, CHR René Dubos, Pontoise
Gérard PELLISSIER	GERES
Christian RABAUD	Service Maladies Infectieuses, Hôpitaux du Brabois, Vandoeuvre-Nancy

COMMISSION LABORATOIRE (INRS/GERES) :

Christine BERLIE	Biologiste, CH Alençon
Hervé CLERMONT	Ingénieur sécurité CRAM Ile-de-France
Christine DAVID	Biologiste, INRS
Martine DOMART	Médecin du Travail, Hôpital Européen Georges Pompidou, AP-HP, Paris
Claire FABIN	Médecin du Travail, ACMS
Sylvie TOUCHE	Médecin du Travail, CHU Reims, animatrice du groupe

COORDINATION & COMITES DE PILOTAGE / CONSEILS SCIENTIFIQUES

Etude Freins à la vaccination chez les IDE :	Dr D Abiteboul, GH Bichat, GERES ; L Belloc, Groupe IDE de la SPILF ; S Belorgey, GH Bichat ; Pr E Bouvet, GH Bichat, GERES ; Dr A C Delavelle, ANMTEPH ; S Fendri ; Pr J F Gehanno, CHU Rouen ; F Girandola, Université de Provence / Aix-Marseille I ; Dr JP Guthmann, InVS ; C Jestin, INPES ; G. Pellissier, GERES ; Dr S. Quelet, DASES ; Pr C. Rabaud, SPILF, GERES ; Dr O. Robert, H E Herriot, HCL Lyon ; S. Touche, CHU Reims
Etudes Risques infectieux chez les médecins libéraux :	Dr C. Cambon-Lalanne ; Dr J Le Bel, DMG Université Paris 7 ; Dr S Lariven, GH Bichat ; C Ciotti, GERES ; G Pellissier, GERES ; Dr J P Aubert ; Pr E Bouvet, GH Bichat, GERES ; Pr C Rabaud, CHU Nancy, GERES.
Actions Afrique :	Pr E Bouvet, GH Bichat, GERES ; Pr E Rouveix, GH Ambroise Paré, ES92, GERES ; Pr C Rabaud, CHU Nancy, GERES ; Dr JM Descamps, CH Niort, GERES ; Dr A Leprince ; Dr D Abiteboul, GH Bichat, GERES ; S Le-Gac ; I Lolom, GH Bichat, GERES ; C Ciotti, GERES ; G Pellissier, GERES ; Dr W Tosini, GERES...
Site internet :	Dr B Miguères ; Dr D Abiteboul, GH Bichat, GERES ; Pr E Bouvet, GH Bichat, GERES ; C Ciotti, GERES, Dr W Tosini, GERES ; I Lolom, GH Bichat, GERES ; G Pellissier, GERES

ANNEXE II-4 - COLLABORATIONS - FINANCEMENTS

Association interprofessionnelle des Centres Médicaux et Sociaux de santé au travail de la région Ile-de-France (ACMS) : enquête 2008 GERES-INRS sur la protection respiratoire du personnel dans les établissements de santé ; enquête 2009 VAXISOIN sur la couverture vaccinale des soignants des établissements de santé

Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de la Santé (AFSSAPS/ devenue l'ANSM) : Problématiques de l'utilisation des stylos injecteurs par les soignants, des DM protégés ; Enquête sur les AES survenus lors de l'utilisation de DM de sécurité

Agence Nationale de Recherche sur le SIDA (ANRS) : Parrainage du Colloque AES, 3 mars 2008, Cotonou, Bénin ; Soutien du Symposium AES, 4 déc. 2008, Dakar, Sénégal

Association Internationale de la Sécurité Sociale (AISS) : Collaboration et soutien dans le cadre de l'organisation du 1^{er} Colloque AES, 3 mars 2008, Cotonou, Bénin et du 2^e Colloque AES, 15-16 mars 2012, Lomé, Togo.

Association nationale de Médecine du Travail et d'Ergonomie du Personnel des Hôpitaux (ANMTEPH) : Enquête 2008 GERES-INRS sur la protection respiratoire du personnel dans les établissements de santé ; enquête 2009 VAXISOIN sur la couverture vaccinale des soignants des établissements de santé ; enquête sur les freins à la vaccination chez les IDE (2012)

Croix Rouge française : Soutien notamment dans le cadre de l'organisation du Colloque AES, 3 mars 2008, Cotonou, Bénin

Direction Générale de la Santé (DGS) : dans le cadre d'actions de formation initiale ou continue ; d'expertises (risque d'exposition au sang et prévention, conduite à tenir et suivi post-AES, risque soignant-soigné, risques infectieux professionnels, vaccinations des professionnels...), guide des matériels de sécurité notamment

Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau (ESTHER) : Collaborations pour la mise en œuvre d'un programme de maîtrise des AES et des risques infectieux liés aux soins adaptable aux caractéristiques des établissements de santé : expérience pilote, Niamey, Niger depuis fin 2006 ; Togo depuis 2010 ; Réalisation d'un manuel d'aide à la mise en œuvre d'un programme de prévention et de prise en charge des AES à destination des pays du Sud à ressources limitées (2007-2008) ; Soutien du Colloque AES, 3 mars 2008, Cotonou, Bénin, du Symposium AES, 4 déc. 2008, Dakar, Sénégal et du 2^e Colloque AES, 15-16 mars 2012, Lomé, Togo.

Entraide Santé 92 (ES 92) : collaborations notamment dans le cadre des actions en Afrique.

Réseau de relais dans les établissements de santé : Formations (relais référents Stratégie de prévention des AES ; ateliers Prise en charge des expositions virales ; ateliers Vaccins ; réalisation d'enquêtes ; alertes réseau...

Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) : Expertise sur les matériels de sécurité ; Guide des matériels de sécurité ; Commission Laboratoire ; enquêtes d'évaluation du risque au laboratoire (1996, 1998, 2005) ; Guide EFICATT de conduites à tenir après exposition à des agents infectieux (depuis 2002) ; Guide d'accès aux tableaux des maladies professionnelles (2002). Enquête sur les masques de protection respiratoire dans les établissements de santé : évaluation de l'application des recommandations et des pratiques d'utilisation par les soignants (2007-2008).

Institut de Veille Sanitaire (IVS) : Enquête nationale VAXISOIN sur la couverture vaccinale des soignants des établissements de santé (2009) ; Recensement des cas documentés de séroconversion VHC, VIH, VHB chez les soignants exposés en France ; Participation au groupe RAISIN (Réseau d'Alerte d'Investigation et de Surveillance des Infections Nosocomiales) de réflexion permanent sur les AES, dans le cadre de la surveillance nationale des accidents avec exposition au sang dans les établissements de santé.

Laboratoires Pharmaceutiques et Fournisseurs de matériel médical, notamment en 2012 : Ansell, B Braun, BD, Cellestis, Didactic Groupe, Gilead, GSK, Greiner Bio One, Hospidex, Novo Nordisk, Pfizer, Sanofi Pasteur MSD, Sarstedt, Smiths Medical, Terumo, Ypsomed.

Mutuelle Nationale des Hospitaliers et des personnels de santé (MNH) : Colloque AES, 3 mars 2008, Cotonou, Bénin ; Symposium AES, 4 déc. 2008, Dakar, Sénégal ; Enquête nationale VAXISOIN sur la couverture vaccinale des soignants des établissements de santé... ; réalisation d'affichettes sur la conduite à tenir en cas d'accidents exposant au sang, réalisation d'une brochure prévention du VIH et des hépatites chez les professionnels de santé.

Solidarité Thérapeutique et Initiatives contre le SIDA (SOLTHIS) : Soutien d'actions en Afrique (Colloque AES, 3 mars 2008, Cotonou, Bénin ; Symposium AES, 4 déc. 2008, Dakar, Sénégal...)

Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF) : Soutien de l'enquête nationale VAXISOIN sur la couverture vaccinale des soignants des établissements de santé et de l'enquête sur les freins à la vaccination grippale chez le personnel infirmier en milieu hospitalier.

ANNEXE II – 5 – PUBLICATIONS ET COMMUNICATIONS (2009-2013)

PRINCIPALES PUBLICATIONS

2013

- De Carli G, Rabaud C. The burden of disease of needlestick injuries in Europe. Hospital Pharmacy Europe 2013 ;Sup Content-Working together to improve healthcare worker safety-EU Directive Implementation reference book:4-6.

2012

- Floret N, Abiteboul D, Ayzac L, Bernas C, Bouvet E, Jarno P, L'Hériveau F, Pellissier G, Poujol I, Vignaud MC, Rabaud C ; au nom du comité de pilotage national de la surveillance AES Raisin (Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales) - GeresSuivi des AES dans les établissements de santé. Place et intérêt des matériels de sécurité. *Feuillets de Biologie* 2012;LIII(309):41-8.
- Cambon-Lalanne C, Le Bel J, Ciotti C, Pellissier G, Lariven S, Aubert JP, Bouvet E. Cabipic : risques d'accidents d'exposition au sang et couvertures vaccinales des médecins libéraux en région parisienne en 2011. *BEH* 2012;38:421-4.
- Pellissier G, Yazdanpanah Y, Akehossi E, Tosini W, Madougou B, Ibrahima K, Lolom I, Legac S, Rouveix E, Champenois K, Rabaud C, Bouvet E. Is universal vaccination to protect healthcare workers against hepatitis B virus a relevant strategy in resources constrained endemic countries ? *Article soumis à PloS ONE*.
- Ciotti C, Pellissier G, Rabaud C, Lucet JC, Abiteboul D, Bouvet E, et le GERES. Effectiveness of respirator masks for healthcare workers, in France - Les soignants sont-ils correctement protégés avec les appareils de protection respiratoire disponibles dans leur établissement de santé en France ? *Med Mal Infect* 2012;42:264-9.
- Guthmann JP, Fonteneau L, Ciotti C, Bouvet E, Pellissier G, Lévy-Bruhl D, Abiteboul D. Vaccination coverage of health care personnel working in health care facilities in France: Results of a national survey, 2009. *Vaccine* 2012;30:4648-54.

2011

- Baudu A, Lot F, Abiteboul D, L'Hériveau F, Touche S, Giard M, Jarno P, Venier AG, Bouvet E, Rabaud C, Floret N, pour le comité de pilotage national de la surveillance AES-Raisin-Geres. Suivi des accidents exposant au sang chez les professionnels de santé non immunisés et exposés au VHB, 2005-2007 (France). *BEH* 2011 ;35-36 :388-91.
- Guthmann JP, Fonteneau L, Ciotti C, Bouvet E, Pellissier G, Lévy-Bruhl D, Abiteboul D. Couverture vaccinale des soignants travaillant dans les établissements de soins de France. Résultats de l'enquête nationale Vaxisoin, 2009. *BEH* 2011 ;35-36 :371-6.
- Deuffic-Burban S, Delarocque-Astagneau E, Abiteboul D, Bouvet E, Yazdanpanah Y. Blood-borne viruses in health care workers : Prevention and management. *J Clin Virol* 2011 ;52 :4-10.
- Abiteboul D. Vaccination des professionnels de santé : obligations et recommandations. *Journal des Anti-infectieux* 2011 ;13 :56-64.

2010

- Abiteboul D, Pellissier G, Tosini W, Bouvet E. Risques infectieux et prévention des accidents exposant au sang et aux liquides biologiques. *Revue Francophone des Laboratoires* 2010 ;426 :71-7.
- Tosini W, Muller P, Prazuck T, et al. Tolerability of HIV postexposure prophylaxis with tenofovir/emtricitabine and lopinavir/ritonavir tablet formulation. *AIDS* 2010 ;24 :2375-80.
- Deuffic-Burban S, Atsou K, Viget N, et al. Cost-effectiveness of QuantiFERON-TB tests vs. Tuberculin skin test in the diagnosis of latent tuberculosis infection. *Int J Tuberc Lung Dis* 2010 ;14 :471-81.
- Miguères B, Carbonne A, Abiteboul D, Poirier C, Bouvet E, Astagneau P. Tuberculose pulmonaire chez les personnels de santé de l'inter-région Nord (2002-2007) : Description des cas signalés et des campagnes de dépistage des sujets contacts. *Medecine et Maladies Infectieuses* 2010 ;40(9) :524-9.
- Tosini W, Ciotti C, Goyer F, Lolom I, L'Hériveau F, Abiteboul D, Pellissier G, Bouvet E. Needlestick injury rates according to different types of safety-engineered devices : results of a French multicenter study. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2010 ;31 :402-7.
- Tosini W, Muller P, Prazuck T, Benabdelmoumen G, Peyrouse E, Christian B, Quertainmont Y, Bouvet E, Rabaud C. Tolerability of HIV postexposure prophylaxis with tenofovir/emtricitabine and lopinavir/ritonavir tablet formulation. *AIDS* 2010 ; 24(15) :2375-80.
- SFHH – Recommandations. Surveiller et prévenir les infections associées aux soins. E. Bouvet – participation au groupe de travail. *Hygienes* 2010 ;XVIII(4) :180 p.
- Lot F, Abiteboul D. Surveillance des contaminations professionnelles par le VIH, le VHC et le VHB chez le personnel de santé. Situation au 31 décembre 2009. *Rapport InVS*,

2009

- Abiteboul D. Modalités de vaccination contre l'hépatite B. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement* 2009 ;70(2) :204-5.

- Bouvet E. Interferon gamma and tuberculosis diagnosis : a real progress ? Rev Prat 2009 ;59 :896-8.
- Bouvet E, Pellissier G, Abiteboul D, L'Héritau F, and the Group for the Prevention of Occupational Infections in Healthcare Workers. Is double gloving an effective barrier to protect surgeons against blood exposure due to needlestick injury ? Letter. Infect Control Hosp Epidemiol 2009 ;30 :928-9.
- Ciotti C, Pellissier G, Balty I, et al. La protection respiratoire du personnel dans les établissements de santé : enquête GERES-INRS 2008. Documents pour le Médecin du Travail 2009 ;119 :325-36.
- Ciotti C, Pellissier G, Tosini W, Lolom I, Rabaud C, Abiteboul D, Rouveix E, Bouvet E, et le GERES. Compte-rendu du Symposium satellite organisé par le GERES, 4 décembre 2008, Dakar, Sénégal : Quelles mesures de santé publique pour prévenir les infections transmissibles par le sang chez les professionnels de santé en Afrique ? HYGIENES 2009 ;XVII(1) :71-2.
- Deuffic-Burban S, Abiteboul D, Lot F, Branger M, Bouvet E, Yazdanpanah Y. Costs and cost-effectiveness of different follow-up schedules for detection of occupational Hepatitis C virus infection (ANRS 2006-248). Gut 2009 ;58 :104-10.
- Tosini W, Rioux C, Pellissier G, Bouvet E. Etude de perception des risques de l'hépatite virale B et de sa prévention vaccinale dans une Consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) parisienne en 2007. BEH thématique 1999 ;20-21 :217-20.
- Tosini W, Abiteboul D, Bouvet E. Suivi biologique et clinique après un accident d'exposition au sang dans le cadre d'un laboratoire d'analyses médicales. Feuilles de Biologie 2009 ;50 :17-23.

PRINCIPALES COMMUNICATIONS

2013

- Lo Monaco G, Castella D, Girandola F, Fendri S, Pellissier G, Abiteboul D, Bouvet E. Impact de l'épisode de la grippe H1N1 sur la perception de la vaccination antigrippale (VAG) par les IDE. Communication poster K-16. 14^e Journées Nationales d'Infectiologie, Clermont-Ferrand, 12-14 juin 2013.
- Rouveix E, Bouvet E, et le GERES. Securing the venous sampling : a priority for the safety of patients and caregivers in developing countries. Session spéciale Afrique. 1^{er} Congrès International du RIPAQS-ICPIC, Genève, juin 2013.
- Pellissier G. Safety implications in hospitals and the highlights of Legislation in Europe. Clinical Day, Dubai, EAU, 29 janv. 2013.

2012

- Bouvet E. Safety devices in the prevention of sharps injuries. 4th Pointers Conference, Edinburgh, UK, 6-7 Dec. 2012.
- Rouveix E, Bouvet E, et le GERES. Sécuriser le prélèvement veineux : une priorité pour la sécurité des soignants et des patients dans les PED. 1^{ere} Conférence internationale des ministres de la Santé de l'Afrique sur la prévention et le contrôle de l'infection en milieu de soins en Afrique, Cotonou, Bénin, 13 déc. 2012.
- Etude GERES sur les freins à la vaccination grippale chez les IDE en milieu hospitalier. D. Castella, G. Lomonaco : Perception des IDE de la vaccination antigrippale. S. Fendri : Premières données de couverture vaccinale. 22^e Journée annuelle du GERES, Paris, 7 déc. 2012.
- Rabaud C. Résultats de l'étude Isentress/ Truvada. 22^e Journée annuelle du GERES, Paris, 7 déc. 2012.
- Leprince A. Revue de la littérature sur les risques de transmission soignant-soigné. 22^e Journée annuelle du GERES, Paris, 7 déc. 2012.
- Pellissier G. Données AES des COREVIH. 22^e Journée annuelle du GERES, Paris, 7 déc. 2012.
- Fendri S, Ciotti C, Abiteboul D, Girandola F, Bouvet E. La communication engageante comme stratégie d'adhésion à la vaccination antigrippale. 25^e Rencontres sur la grippe et sa prévention. 24 oct. 2012, Paris.
- Bouvet E. Les accidents exposant au sang. 4^e Congrès de Biologie Clinique au Liban ; 2^e Congrès de la Fédération Internationale Francophone de Biologie clinique et Médecine de Laboratoire, Beyrouth, Liban, 4-6 oct. 2012.
- Pellissier G. Actualités européennes sur les AES, quel impact pour les établissements français ? Réunion du Réseau GRRIFES, ARS Ile de France, 5 oct. 2012.
- Pellissier G. Prévenir les AES : évolutions des matériels de sécurité et perspectives en 2012. CCLIN Sud-Ouest – 6emes Rendez-Vous d'Arcachon, 20-21 sept. 2012.
- Bouvet E. Attitude face à un résultat positif, négatif, indéterminé. Atelier intégré Cellestis – Intérêts des tests IGRA (Interferon-Gamma Release Assays) dans la prise en charge des patients VIH. 13^e Journées Nationales d'Infectiologie, 13-15 juin 2012, Tours.
- Paulet L, Guinot I, Touche S, Lolom I, Jarmo P, Poujol I, Neveu C, Courgeon M, Emmanuelle R, Rabaud C, Floret N, au nom de l'ensemble des membres du comité de pilotage national AES. Présentation de l'application Web AES. XXIII^e Congrès de la Société Française d'Hygiène Hospitalière, Lille, 6-8 juin 2012.
- Dary M, Bouvet E, Deschamps P. Prise en charge des accidents d'exposition au sang et aux liquides biologiques. Atelier Médecins. 6^e Congrès de la Société Française de Médecine d'Urgence, Paris, 30 mai-1^{er} juin 2012.
- Abiteboul D. Utilisation chez les personnels de santé. Symposium Les tests de détection d'Interféron Gamma en 2012 : bases scientifiques et aspects pratiques au cours de l'infection tuberculeuse. Paris, 17 avr. 2012.
- Tosini W, Madougou B, Lolom I, Adehossi E, Kaza I, Nabias R, Saidou M, Rouveix E, Bouvet E, et ESTHER. Quelle stratégie vaccinale peut-on proposer pour les professionnels de santé vis-à-vis de l'hépatite B dans des pays à forte

- prévalence : résultat d'une action menée à l'Hôpital National de Niamey, Niger. Communication Poster. 6^e Conférence Francophone sur le VIH/SIDA, organisée par l'AFRAVIH, 25-28 mars 2012, Genève.
- Goutondhi G, Lolom I, Ciotti C, Oumarou S, Diaouga H, Madougou B, Sadorge C, Rouveix E, Bouvet E. Evaluation de matériels de sécurité pour le prélèvement intraveineux sous vide à l'Hôpital National de Niamey, Niger. Communication orale. 6^e Conférence Francophone sur le VIH/SIDA, organisée par l'AFRAVIH, 25-28 mars 2012, Genève.
 - Ciotti C. La technologie au secours de la prévention des AES. Communication orale. 17^e Rencontre d'Hygiène Hospitalière, de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins, ARLIN Picardie, 20 mars 2012, Amiens.
 - Bouvet E. Epidémiologie des risques de transmission virale après un AES et épidémiologie des gestes à risque. Session Gestion des dispositifs de soins en Afrique – Constat actuel. 2^e Colloque Francophone sur les AES et la protection du personnel de santé en Afrique – Protéger les soignants pour protéger les patients ?, 15-16 mars 2012, Lomé, Togo.
 - Bouvet E. Point de vue et débat : Sécuriser les soignants pour sécuriser les patients ? Session Sécurité des patients. 2^e Colloque Francophone sur les AES et la protection du personnel de santé en Afrique – Protéger les soignants pour protéger les patients ?, 15-16 mars 2012, Lomé, Togo.
 - Descamps JM. Généralités et impact des matériels de sécurité sur la réduction des AES percutanés : revue de la littérature. 2^e Colloque Francophone sur les AES et la protection du personnel de santé en Afrique – Protéger les soignants pour protéger les patients ?, 15-16 mars 2012, Lomé, Togo.
 - Pellissier G. Conteneurs pour OPCT. 2^e Colloque Francophone sur les AES et la protection du personnel de santé en Afrique – Protéger les soignants pour protéger les patients ?, 15-16 mars 2012, Lomé, Togo.
 - Leprince A. Elimination des DASRI : incinération et méthodes alternatives. 2^e Colloque Francophone sur les AES et la protection du personnel de santé en Afrique – Protéger les soignants pour protéger les patients ?, 15-16 mars 2012, Lomé, Togo.

2011

- Pellissier G. Sharp injuries – Data on risks : GERES studies. Workshop on Injection Safety in Endocrinology, 13-16 October 2011, Brussels, Belgium.
- Cambon-Lalanne C, Aubert JP, Bouvet E, Ciotti C, Lariven S, Le Bel J, Pellissier G. Enquête Cabipic – Evaluation de la gestion des risques infectieux professionnels chez les médecins libéraux. Communication orale. 5^e Congrès de la Médecine Générale France 2011, 23 juin 2011, Nice.
- Abiteboul D. Hépatite B et personnels soignants, toujours difficile au quotidien. Communication Orale. 12^e Journées Nationales d'Infectiologie, 8-10 juin 2011, Toulouse.
- Guthmann JP, Fonteneau L, Ciotti C, Bouvet E, Pellissier G, Lévy-Bruhl D, Abiteboul D. Couverture vaccinale chez les établissements de soins de France : enquête nationale Vaxisoin, 2009. Communication orale. 12^e Journées Nationales d'Infectiologie, 8-10 juin 2011, Toulouse.
- Bouvet E. Grippe nosocomiale. 4^e Journée Jean-Gérard Guillet de vaccinologie clinique, 7 avril 2011, Paris.
- Ciotti C, Pellissier G, Ajuelos F, Lucet JC, Abiteboul D, Bouvet E. Fit-testing quantitatif des masques de protection respiratoire FFP2 chez des soignants. Communication orale. 12^e Journées Nationales d'Infectiologie, 8-10 juin 2011, Toulouse.
- Bayeux-Dunlas MC, Abadia G, Bouvet E, Abiteboul D. Guide EFICATT : Exposition Fortuite à un Agent Infectieux et Conduite à Tenir en milieu de Travail. Communication Poster C-01. 12^e Journées Nationales d'Infectiologie, 8-10 juin 2011, Toulouse.
- Rouveix E, Blaise-Stevens A, Boyer L, Pellissier G, Rabaud C, Bouvet E. Enquête sur la prise en charge des accidents avec exposition au sang professionnels (AES) dans les établissements hospitaliers : expérience de 3 comités de Coordination Regionale de la lutte contre le VIH (COREVIH). Communication Poster I-06. 12^e Journées Nationales d'Infectiologie, 8-10 juin 2011, Toulouse.
- Guthmann JP, Fonteneau L, Ciotti C, Bouvet E, Pellissier G, Lévy-Bruhl D, Abiteboul D. Couverture vaccinale des soignants travaillant dans les établissements de soins de France. Résultats de l'enquête nationale Vaxisoin, 2009. CP14. Session Prévention du risque infectieux chez les professionnels de santé. XXII^e Congrès national de la SF2H, 8-10 juin 2011, Lyon.
- Ciotti C. Piqûres et expositions cutanéomuqueuses - Résultats 2008 de la surveillance AES-Raisin. Session Internationale, Symposium S01. XXII^e Congrès national de la SF2H, 8-10 juin 2011, Lyon.
- Bouvet E. Grippe nosocomiale. Communication orale. 4^e Journée Jean-Gérard Guillet de vaccinologie clinique, 7 avril 2011, Paris.
- Cambon-Lalanne C, Aubert JP, Bouvet E, Ciotti C, Lariven S, Le Bel J, Pellissier G. Présentation de l'étude Cabipic. Abiteboul D. Aspects médico-légaux des AES des libéraux. Bouvet E. Gestion des AES en médecine de ville. Formation organisée par le Département Maladies Infectieuses du Réseau de Santé Paris-Nord, 19 mai 2011, Paris.
- Fabin C. Risques liés aux prélèvements biologiques d'origine humaine. XXVIII^e Journées ADHYS Université Paris Descartes, Les risques biologiques. 31 mars- 1^{er} avril 2011, Paris.
- Abiteboul D. Blood exposure prevention : role of safety devices – The French experience. Symposium Sharps Safety in the European Union, 24-26 March 2011, Rome, Italy.
- Bouvet E. Surveillance data on safety devices from a French hospital network. Symposium Sharps Safety in the European Union, 24-26 March 2011, Rome, Italy.

- Abiteboul D, Bouvet E. Présentations de l'expérience française et des résultats de l'enquête GERES médecine-réanimation. WorkShop International Point of view on occupational risk and prevention, Congrès SIROH, Rome, 16-17 mars 2011.
- Bouvet E. Etat des lieux : quels professionnels ? Quels Gestes/actes et quelles circonstances sont les plus à risque ? Combien de professionnels contaminés à ce jour et a-t-on des explications pour ces contaminations ? Séminaire de formation de la SFLS – Accidents d'exposition au VIH. 10-11 fév. 2011, Paris.
- Rabaud C. Evolution des combinaisons utilisées en traitement post-exposition et leur tolérance. Séminaire de formation de la SFLS – Accidents d'exposition au VIH. 10-11 fév. 2011, Paris.

2010

- Bouvet E. Surveillance data on safety devices from a French hospital network. Health Protection Agency ; Third Pointers Conference Prevention of Occupational Infections, Treatment and Exposure Reporting Strategies for Healthcare Workers, 2-3 December 2010, London, UK.
- Adehossi E, Madougou B, Tosini W, Lolom I, Kaza I, Rouveix E, Bouvet E. Séroprévalence des hépatites virales B et C au sein du personnel de l'Hôpital National de Niamey. Communication Poster. ICOH/ISSA Conference, 28 octobre 2010, Casablanca, Maroc.
- Bouvet E, Abiteboul D. Session organisée par le GERES – Surveillance des AES. ICOH/ISSA Conference, 28 octobre 2010, Casablanca, Maroc.
- Abiteboul D. Couverture vaccinale anti-VHB du personnel hospitalier : enquête GERES/ InVS. Communication orale. FMC organisée par l'ANMTEPH - Santé et sécurité au travail dans les établissements de santé. 22-23 sept. 2010, Paris.
- Pellissier G. Epidémiologie du risque lié aux AES – Bilan des séroconversions professionnelles VIH, VHB, VHC en France. Comment orienter le choix des matériels de sécurité. XVIème Journée Hôpital propre en Franche-Comté – Les accidents d'exposition au sang, Besançon, 10 juin 2010.
- Bouvet E. Part et responsabilité des piqûres accidentelles dans les AES. Workshop Safety, Symposium Smiths Medical – Biohazard by Accidental Needlestick, Lisbonne, 28 mai 2010
- Ciotti C. Le GERES : 20 ans de prévention des AES. Journée anniversaire Formation en Hygiène de l'ENCPB, Paris, 6 mai 2010.
- Adehossi E, Madougou B, Tosini W, Lolom I, Nabias R, Kaza I, Rouveix E, Bouvet E. Séroprévalence des hépatites virales B et C au sein du personnel de l'Hôpital National de Niamey. Communication orale. Congrès VIH, 28-30 mars 2010, Casablanca, Maroc.
- Bouvet E. Comment peut-on utiliser les tests interféron chez les patients infectés par le VIH. Symposium Cellestis Utilisation des tests interféron en pratique quotidienne, Marseille, 29 avril 2010.
- Ciotti C. Prévention de la transmission gouttelettes et aérienne : aspects techniques. 2^{ème} réunion du Groupe Prévention de la SPILF, Paris, 26 mars 2010.
- Pellissier G. Enquête sur les circonstances de survenue des AES par piqûre avec matériels de sécurité : étude multicentrique 2005-2006. Formation continue Becton Dickinson « L'optimisation de la chaîne de perfusion périphérique », Paris, 23 mars 2010.
- Bouvet E, Giard M, Jarno P, et al. Incidence of Occupational blood and body fluids exposures in French hospitals : 2002-2007. Results of the AES-Raisin National Network. International Conference on Healthcare-Associated Infections, Atlanta, USA, March 18-22, 2010.
- Bouvet E. Tests Interféron : comment les utiliser chez les patients infectés par le VIH ? ; Abiteboul D. Médecine du Travail- Rôle des tests IGRAs dans le dépistage des ITL. Symposium Tests IGRA, Paris, 26 février 2010.

2009

- Tosini W, et al. Evaluation de la tolérance de l'association Tenofovir/Emtricitabine + Lopinavir/Ritonavir comprimés (Truvada® + Kaletra®) utilisée dans le cadre de la prophylaxie post exposition au risque de transmission du VIH (TPE). 29^e RICAI (Réunion Interdisciplinaire de Chimiothérapie Anti-Infectieuse), Paris, 3-4 déc. 2009.
- Bouvet E. Surveillance data on safety devices from a French hospital network. SIGN 2009 Annual Meeting of the Safe Injection Global Network Injection safety in light of primary Health care reforms, World Health Organization Headquarters, Geneva, Switzerland, 30 Nov-2 Dec 2009.
- Abiteboul D. French strategy to prevent ABE in healthcare settings. International Conference on the topic of protecting healthcare workers from bloodborne pathogens, Madrid, Spain, October 28-30, 2009.
- Pellissier G. DM de sécurité pour la prévention des risques d'AES. 19èmes Journées nationales Euro-Pharmat sur les dispositifs médicaux, Strasbourg, 13-15 octobre 2009.
- Abiteboul D. Calendrier vaccinal 2009 : recommandations pour les professionnels. Journées Entreprises et milieux de soins : les risques professionnels, organisées par la SMSTO (Société de Médecine et de Santé au Travail de l'Ouest) et l'ANMTEPH (Association Nationale de Médecine du Travail et d'Ergonomie du Personnel des Hôpitaux), 8-9 octobre 2009, La Baule.
- Tosini W, Adehossi E, Madougou B, Lolom I, René N, Mamadou S, Kaza I, Rabaud C, Rouveix E, Bouvet E. Determination of Hepatitis B markers in Healthcare workers in National Hospital of Niamey, Niger. Communication

Poster. 49th ICAAC (Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy), San Francisco, CA, USA, September 12-15, 2009.

- Tosini W, Muller P, Prazuck T, Benabdelmoumen G, Peyrouse E, Christian B, Quertainmont Y, Bouvet E, Rabaud C. Tolerability of post-exposure prophylaxis (PEP) of HIV infection with the combination of Tenofovir/Emtricitabine and Lopinavir/Ritonavir Tablet formulation (Truvada® + Kaletra®). 5th IAS Conference on HIV pathogenesis, Treatment and Prevention, Cape Town, South Africa, July 19-22, 2009.
- Bouvet E. Tests Interferon - Population VIH : peut-on les utiliser ? 10^e JNI (Journées Nationales d'Infectiologie), Lyon, 10-12 juin 2009.
- Bouvet E. Epidémiologie de la tuberculose en France et chez les soignants – Etat des lieux des mesures de protection respiratoire dans les établissements de santé. Symposium parrainé par 3M Santé. XXe Congrès de la SFHH, Nice, 4-5 juin 2009.
- Ciotti C. Un exemple d'évaluation : fit-testing quantitatif des masques de protection respiratoire type FFP2 chez des soignants. Symposium parrainé par 3M Santé. XXe Congrès de la SFHH, Nice, 4-5 juin 2009.
- Ciotti C. Accidents d'exposition au sang par piqûres avec matériels de sécurité : étude multicentrique nationale 2005-2006. XXe Congrès de la SFHH, Nice, 4-5 juin 2009.
- Tosini W. Evaluation de la tolérance de l'association Tenofovir/emtricitabine + Lopinavir boosté par Ritonavir formulation comprimé Truvada + Kaletra dans le cadre du traitement post-exposition au risque de transmission du VIH. Avec le soutien des Laboratoires Abbott et Gilead. Communication orale. Colloque sur les accidents d'exposition au risque viral, Nancy, 3 février 2009.

III – Annexes Actions Convention DGS 2012

III – 1. Annexes action 1 : Journée annuelle de formation continue du réseau de relais des établissements de santé

Co-financement DGS

*Avec le soutien et la participation de : Ansell, B Braun, BD, Cellestis,
Covidien, Didactic Groupe, GSK, Greiner Bio One, Hospidex, Novo
Nordisk, Pfizer, Sarstedt, Smiths Medical, Terumo, Ypsomed*

22^{ème} Journée Annuelle du GERES
Vendredi 7 décembre 2012 – Faculté de Médecine Bichat, Paris 18
Programme

9h00	Accueil des participants	
9h30	Vaccination anti-grippale	Modérateurs : D. Abiteboul, Paris ; O. Launay, Paris
-	Efficacité du vaccin sur le virus H3N2 de l'hiver 2011-2012	<i>O. Launay, Paris</i>
-	Etude GERES sur les freins à la vaccination grippale chez les IDE en milieu hospitalier : premiers résultats	
o	Premières données de couverture vaccinale	<i>S. Fendri, Paris</i>
o	Perception des IDE de la vaccination anti-grippale	<i>D. Castella, G. Lomonaco, Aix</i>
10h15	Tuberculose	Modérateurs : G. Carcelain, Paris ; M. Louët, Paris
-	Résultats de l'étude TUBEXPO : exposition des personnels soignants à <i>M. Tuberculosis</i>	<i>JC. Lucet, Paris</i>
-	Utilisation des tests IGRA pour la surveillance des personnels de santé :	<i>D. Abiteboul, Paris</i>
o	Résultats de l'étude QUANTIPS	
o	Surveillance d'une cohorte de personnels « tests IGRA + » pendant 2 ans	
11h00	Pause – Visite des stands et de l'espace Posters	
11h30	Autres actualités	Modérateurs : JM. Descamps, Niort ; E. Rouveix, Boulogne-Billancourt
-	Nouvelles recommandations « air et gouttelettes » de la SF2H	<i>A. Carbonne-Berger, Paris</i>
-	Résultats de l'étude Isentress/Truvada	<i>C. Rabaud, Nancy</i>
-	Les risques infectieux en thanatopraxie	<i>JF. Gehanno, Rouen</i>
-	Objectifs et transposition de la directive objets tranchants en France	<i>J. Casabielhe, Paris</i>
12h30	Assemblée générale pour les adhérents – Déjeuner – Visite des stands et de l'espace Posters	
13h30	Symposiums animés par les laboratoires (salles au 2 ^{ème} sous-sol)	
-	La prévention des ISO à travers l'utilisation d'approches novatrices : comment des gants chirurgicaux peuvent-ils y contribuer ?	<i>Animé par Ansell, salle S212</i>
-	L'intérêt d'un test rapide dans la prévention des maladies nosocomiales	<i>Animé par Greiner Bio One, salle S211</i>
-	Atelier Innovation	<i>Animé par Smiths Medical, salle S216</i>
14h00	AES	Modérateurs : E. Bouvet, Paris ; F. Lot, Saint Maurice
-	AES : résultats de la surveillance 2010, bilan de la première année d'exploitation de l'application web-AES, perspectives	<i>F. L'Hériteau, Paris</i>
-	Revue de la littérature sur les risques de transmission soignant-soigné	<i>A. Leprince, Paris</i>
-	Données AES des COREVIH	<i>G. Pellissier, Paris</i>
15h15	Pause – Visite des stands et de l'espace Posters	
15h45	Autres actualités (suite)	Modérateurs : F. L'Hériteau, Paris ; I. Lolom, Paris
-	Effet barrière des gants	<i>J. Hajjar, Valence</i>
-	Enquête autour d'un cas de tuberculose pleuropulmonaire chez une aide-soignante de pédiatrie. Un exemple de stratégie d'investigation conduite par le service de santé au travail du CHI Créteil et le CLAT 94	<i>M. Cherbit, Créteil</i>
-	Connaissance de la conduite à tenir en cas d'AES chez les infirmiers libéraux de Picardie	<i>A. Brenet, Amiens</i>
17h00	Fin de la Journée	

Avec le soutien des partenaires :



ANNEXE III-1.2

Compte-rendu de l'évaluation – 22^{ème} Journée Annuelle du GERES

Vendredi 7 décembre 2012

Données générales

- 62 questionnaires documentés
- Profession : 27 infirmiers(ères) / 23 médecins / 12 autres
- Service : 4 participants de service de soins / 37 de services de médecine du travail / 16 de services d'hygiène / 2 d'autres services / Non renseigné (NR) : 3
- Type d'établissement : 51 publics / 3 ESPIC (ex PSPH) / 8 privés
- Département : 22 participants d'IDF / 39 participants de Province / NR : 1
- Ayant déjà participé à une journée GERES : 52 participants (- de 5 fois : 19 / entre 5 et 10 fois : 23 / + de 10 fois : 6 / NR : 4)

Thèmes traités (notes de 0 à 10)

- Vaccination antigrippale : 8,0/10 (n=59 ; [min : 1 – max : 10])
- Tuberculose : 8,2/10 (n=60 ; [min : 1 – max : 10])
- Autres actualités : 7,8/10 (n=55 ; [min : 5 – max : 10])
- Symposiums animés par les laboratoires : 6,9/10 (n=14 ; [min : 4 – max : 10])
- AES : 7,6/10 (n=48 ; [min : 0 – max : 10])
- Autres actualités (suite) : 8,0/10 (n=31 ; [min : 5 – max : 10])

Organisation de la journée (note de 0 à 10)

- Le contenu : 8,3/10 (n=61, [min : 2 – max : 10])
- Le lieu retenu : 7,6/10 (n=59, [min : 0 – max : 10])
- L'animation générale : 8,1/10 (n=60, [min : 5 – max : 10])
- La clé USB en remplacement du dossier papier : 9,2/10 (n=59, [min : 2 – max : 10])
- Le découpage et les horaires de la Journée : 7,3/10 (n=59, [min : 5 – max : 10])
- Satisfaction générale : 8,02/10 (n=58, [min : 2 – max : 10])

Satisfaction générale - Note : 7,5/10 ([min : 5 – max : 9] / 26 NR)

Points forts (n)	Points faibles (n)	Suggestions (n)
<ul style="list-style-type: none"> - Contenu (actualité, diversité, etc.) : 25 - Intervention sur la thanatopraxie : 8 - Qualité des interventions/intervenants : 6 - Session sur la vaccination antigrippale : 5 - Qualité de l'accueil et de l'organisation : 5 - Repas : 3 - Session sur la tuberculose : 2 - Présence des laboratoires : 2 - Respect de l'horaire de fin : 2 - Intervention soignant-soigné : 1 - Communications portées sur le site internet du GERES : 1 - Symposiums animés par les laboratoires : 1 - Prix faible : 1 	<ul style="list-style-type: none"> - Repas : 15 - Lieu (amphithéâtre, etc.) / Localisation dans Paris : 13 - Retard / Mauvaise gestion des horaires : 10 - Trop dense / Manque de temps pour les discussions : 9 - Certaines interventions trop courtes : 3 - Intervention de la DGT : 3 - Intervention sur les COREVIH : 3 - Pas de sacs pour les participants : 1 - Clé USB : 1 - Exposés trop pointus : 1 - Trop de pauses : 1 - Pas de données pratiques : 1 - Certaines interventions inintéressantes : 1 	<ul style="list-style-type: none"> - Changer de mois : 2 - Donner les diaporamas au format papier pour prendre des notes : 2 - Organiser des ateliers en petit effectif pour favoriser les échanges : 1 - Prévoir une journée et demie : 1 - Prévoir plusieurs manifestations de ce type par an : 1 - Annoncer et présenter les symposiums : 1 - Alléger le programme : 1 - Ne pas traiter de sujets pas encore publiés : 1 - Prévoir un autre jour : 1 - Garder plus de temps pour les échanges : 1

Suggestions de thèmes pour la prochaine Journée :

<ul style="list-style-type: none"> - Rougeole : 3 - Gale : 3 - Suite de l'enquête Freins à la vaccination : 3 - Risques pour les soignants face aux BMR/BHR : 3 - Comment former et sensibiliser les agents à la prévention des AES ? : 2 - Gastro-entérite : 2 - Matériels de sécurité au bloc opératoire : 2 - VIH : 1 - Place des TROD dans les AES : 1 	<ul style="list-style-type: none"> - Comment impliquer les COREVIH dans la prévention des AES ? : 1 - Pathologies manuportées : 1 - Précautions standard et gants : 1 - Problèmes médico-légaux par rapport aux AES et aux vaccinations professionnelles : 1 - Conférence de consensus sur le quantiféron : 1 - CMV : 1 - <i>Clostridium difficile</i> : 1 - Transmission VIH/VHB/VHC du patient au soignant : 1 - Précautions standard chez les IDE libérales : 1
---	---

ANNEXE III-1.3

Questionnaire – Enquête de satisfaction 22^e Journée Annuelle

7 décembre 2012, Faculté de Médecine Xavier Bichat, Paris

A REMETTRE EN FIN DE JOURNEE A L'ACCUEIL

- **Profession :** Infirmier(e) Médecin Autre : _____
- **Spécialité :** Service de Soins Médecine du travail Hygiène Autre : _____
- **Type d'établissement :** Public ESPIC (ex PSPH) Privé
- **Département** (ex : 75 pour Paris) : /___/___/
- **Est-ce votre première participation à une journée annuelle du GERES ?** Oui Non
 Si «Non», à combien de Journées avez-vous participé : /___/___/

Intérêt des différents thèmes traités

- **Noter* les items suivants :**
 - Le matin :
 - Vaccination anti-grippale : _____ / 10
 - Tuberculose : _____ / 10
 - Autres actualités : _____ / 10
 - L'après-midi :
 - Symposiums animés par les laboratoires
 - Précisez lequel :* _____ / 10
 - AES : _____ / 10
 - Autres actualités (suite) : _____ / 10

Organisation de la Journée

- **Noter* les items suivants :**
 - Le contenu : _____ / 10 - Le lieu : _____ / 10
 - L'animation générale : _____ / 10 - La clé USB en remplacement du dossier papier : _____ / 10
 - Le découpage et les horaires de la Journée : _____ / 10
- **Votre indice de satisfaction générale* :** _____ / 10

Vos commentaires sur la Journée

- **Points forts :** _____

- **Points faibles :** _____

- **Vos suggestions :** _____

- **Quels thèmes aimeriez-vous voir traités à la prochaine Journée Annuelle du GERES :** _____

* notation sur une échelle de 0 = très mauvais à 10 = très bon

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de remplir ce questionnaire

22^{ème} Journée annuelle du GERES – 7 déc. 2012
Dossier documentaire remis aux participants

POCHETTE

Programme

Fiche d'évaluation de la Journée

Documents des Partenaires

CLE USB

- Avis du HCSP du 01/07/11 relatif à l'utilisation des tests de détection de la production d'interféron gamma
- Rapport du HCSP de 01/07/11 : Tuberculose et tests de détection de l'interféron gamma
- Article de l'étude Fit-test (*Ciotti C, et al. Effectiveness of respirator masks for healthcare workers, in France. Médecine et maladies infectieuses 2012 ;42 :264-9*)
- Article de l'étude CABIPIC (*Cambon-Lalanne C, et al. Cabipic: risques d'accidents d'exposition au sang et couvertures vaccinales dse médecins libéraux en région parisienne en 2011. BEH 2012;38:421-4*)
- Article de l'étude VHB Niger (*Pellissier G, et al. Is universal HBV vaccination of healthcare workers a relevant strategy in developing endemic countries ? The case of a university hospital in Niger. PlosOne 2012 ;7(9) :e44442. doi :10.1371/journal.pone.0044442*)
- Article sur la surveillance AES-RAISIN 2010 (*Floret N, et al. Suivi des AES dans les établissements de santé et intérêt des matériels de sécurité. Feuilles de biologie 2012 ;LIII(309) :41-8*)
- Article sur l'étude VAXISOIN (*Guthmann JP, et al. Vaccination coverage of health care personnel working in health care facilities in France : Results of a national survey, 2009. Vaccine 2012 ;30 :4648-54*)
- Résumé de l'Enquête en cours sur les freins à la vaccination grippale chez le personnel infirmier en milieu hospitalier – Mesure de l'impact d'une intervention engageante sur la couverture vaccinale grippale.
- Etat des contaminations professionnelles au 30/06/2012 (document InVS)
- Annonce des formations GERES 2013
- Lien vers le Site internet du GERES
- Les Partenaires
- Documents des Partenaires

22^{ème} Journée annuelle du GERES – 7 déc. 2012
Point appel à communications

Titre	Etablissement - Ville	1^{er} auteur	Communication
Enquête autour d'un cas de tuberculose pleuro pulmonaire chez une aide soignante de pédiatrie. Un exemple de stratégie d'investigation conduite par le service de santé au travail du CHI Créteil et le CLAT 94	CHI - Créteil	Muriel CHERBIT	Orale
Garantir la sécurité des injections lors du traitement du diabète : Les recommandations des experts de WISE	BD	Kenneth STRAUSS	Poster
Synthèse des AES avec les dispositifs à ailettes pour le prélèvement sanguin : exemple de l'hôpital Beaujon	Beaujon - Clichy	Carline AMIEL- TAIEB	Poster
Prévention des accidents d'exposition au sang : rôle des DM sécurisés	SNITEM		Poster
Connaissance de la conduite à tenir en cas d'AES chez les infirmiers libéraux de Picardie	Antenne Régionale du CCLIN Paris- Nord en Picardie	Annie BRENET	Orale
Présentation du guide EFICATT « Exposition fortuite à un agent infectieux et conduite à tenir en milieu de travail », constitué de fiches rédigées par un groupe de travail, créé à l'initiative du département Etudes et assistance médicales de l'INRS, en collaboration avec le GERES	INRS		Poster
Importance de la formation : Expérience de l'Hôpital A. Béclère dans la prévention des AES	Antoine Béclère, Paris	Véronique BARRE	Poster

III – 2. Annexes action 2 :
Site internet et base de données informatisée sur
les matériels de sécurité
(www.geres.org)

(soutien financier : DGS, INRS)

ANNEXE III-2.1

HISTORIQUE ET BILAN 2012 DE L'ACTION

Suivi du site internet du GERES (www.geres.org) et exploitation d'une base de données informatisée sur les matériels de sécurité.

Objectifs

- Mettre à disposition des publics cibles (professionnels de santé, soignants des secteurs public et privé, étudiants en médecine et soins infirmiers, responsables de santé publique, autres professionnels à risque hors secteur de la santé) une information actualisée en rapport avec les missions de l'association.

Moyens :

Des personnels GERES affectés à l'action : suivi du site internet, exploitation et maintenance de la base de données et un prestataire extérieur pour la réalisation des mises à jour du site (20% d'un équivalent temps plein au total), ainsi qu'un hébergeur du site.

Indicateurs de l'action 2012 :

Nombre de requêtes (visites) attendues : 80 000.

Historique et bilan de l'action 2012

Suivi du nombre de consultations sur le site internet :

- année 2003 : 11 371 visites,
- année 2004 : 20 381 visites,
- année 2005 : 36 668 visites / 738 859 hits,
- année 2006 : 40 059 visites / 959 793 hits,
- année 2007 : 59 800 visites / 1 080 372 hits,
- année 2008 : 61 874 visites / 1 239 519 hits,
- année 2009 : 61 038 visites / 1 183 351 hits,
- année 2010 : 73 079 visites / 1 274 913 hits,
- **année 2011 : 85 215 visites (cible 2011 : 60 000 visites) / 1 695 341 hits.**
- **année 2012 : 90 821 visites (cible 2012 : 80 000 visites) /**
- *année 2013 : 24 267 visites et xxx hits comptabilisés sur 3 mois (janvier-mars) ; estimation sur 12 mois : 97 000 visites/ 1 873 516 hits (cible 2013 : 85 000 visites).*

Se reporter à l'annexe III-2.2 (page suivante) pour le récapitulatif des indicateurs de fréquentation du site internet.

Actualisation 2011 de la base de données informatisée sur les matériels de sécurité :

La base de données a été portée sur le site internet du GERES en déc. 2005.

La base de données comportait en début d'année 2011, 264 fiches Matériels et 77 fournisseurs indexés.

L'actualisation réalisée en 2011 a conduit à :

- Référencer 12 nouveaux matériels ;
- Compléter ou modifier 21 fiches matériels ;
- Supprimer 5 fiches matériels ;
- Introduire 1 modification de coordonnées dans l'index des fournisseurs ;
- Mettre à jour 18 des fiches Geste ;
- Actualiser l'introduction de la base de données.

L'actualisation est poursuivie en 2012 (mise à jour, suppression ou création de fiches).

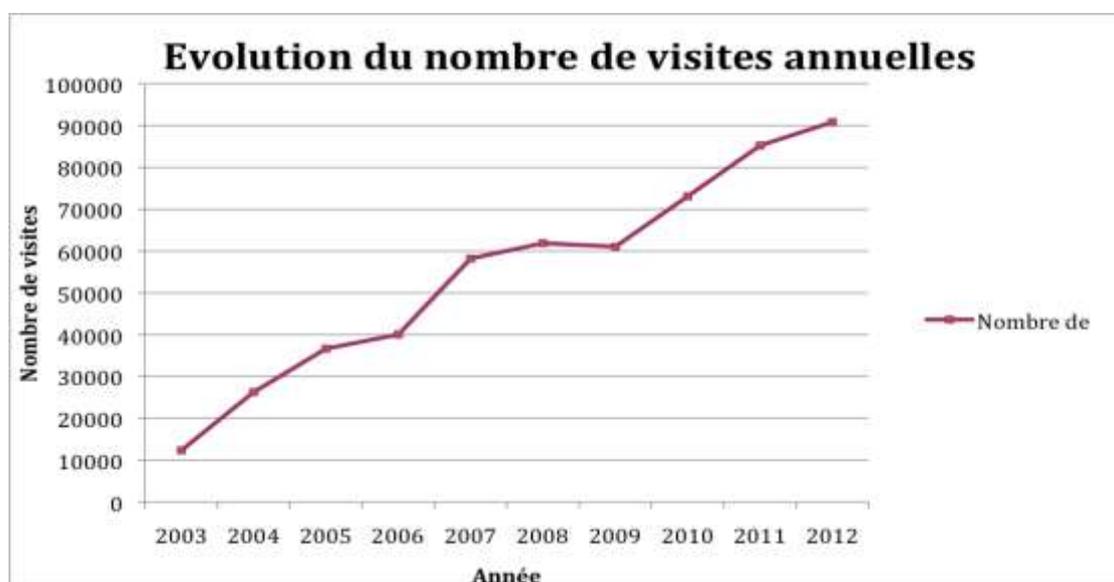
Se reporter à l'annexe III-2.3 pour le récapitulatif des données actualisées en 2011.

ANNEXE III-2.2

SUIVI DES INDICATEURS DE FREQUENTATION DU SITE INTERNET

(Statistiques générées par Webalizer Version 2.20)

	Résumé par mois - Totaux mensuels					
	Sites	Ko	Visites	Pages	Fichiers	Hits
Total 2003			11 371			
Total 2004			20 381			
Total 2005			36 668			738 859
Total 2006			40 059			959 793
Total 2007	35 259	29 501 589	58 211	208 738	695 829	1 080 372
Total 2008	40 366	39 731 086	61 874	235 127	770 400	1 239 519
Total 2009	44 587	49 791 169	61 038	210 861	727 919	1 183 351
Total 2010	48 673	104 097 491	73 079	230 642	814 183	1 274 913
Total 2011	72 076	136 817 962	85 215	305 772	1 083 155	1 695 341
Janv 2012	7 737	12 241 142	7 878	26 193	108 691	168 257
Fev 2012	6 724	9 356 749	7 158	23 457	95 880	142 022
Mars 2012	7 659	10 869 514	7 470	24 986	105 076	158 100
Avr 2012	7 381	9 885 486	7 259	23 112	98 130	148 624
Mai 2012	7 695	9 907 517	7 929	22 076	91 486	137 368
Juin 2012	7 197	8 287 447	7 297	21 958	88 948	135 273
Juil 2012	5 684	20 191 109	6 719	18 622	71 618	117 292
Aout 2012	4 915	7 239 629	5 671	15 159	56 800	86 954
Sept 2012	7 044	10 325 311	7 381	21 405	88 332	135 532
Oct 2012	8 353	12 263 805	8 901	26 256	109 112	166 790
Nov 2012	8 222	12 537 355	8 648	25 873	103 066	158 171
Déc 2012	7 212	12 335 980	8 510	26 270	95 741	139 965
Total 2012	78 611	135 441 044	90 821	275 367	1 112 880	1 694 348
Janv 2013	8 131	12 857 415	8 225	26 078	102 045	151 410
Fev 2013	7 108	11 293 793	7 709	25 972	92 920	139 658
Mars 2013	7 974	11 586 986	8 333	25 940	102 004	151 461
Sous total 3 mois 2013	23 213	35 738 194	24 267	77 990	296 969	442 529
<i>Estimation 2013</i>	<i>92 852</i>	<i>142 952 776</i>	<i>97 068</i>	<i>311 960</i>	<i>1 187 876</i>	<i>1 770 116</i>



ANALYSE DE L'AUDIENCE DU SITE, ANNEE 2012 (application Webalizer)

Résumé :

	Visiteurs différents	Visites	Pages	Hits	Bande passante
Trafic « vu »*	69 599	102 467 (1.47 visites/visiteur)	327 750 (3 .19 pages/visite)	1 177 852 (11.49 Hits/Visite)	60.19 Go (615.96 Ko/Visite)
Trafic « non vu »*			401 771	412 438	68.84 Go

* Le trafic « non vu » est le trafic généré par les robots, vers ou réponses http avec code retour spécial

Domaines/pays visiteurs (Top 10) :

Domaines/Pays		Pages	Hits	Bande passante
France	Fr	125 047	480 143	17.44 Go
Network	Net	85 414	325 835	13.44 Go
Inconnu	Ip	81 278	281 015	19.58 Go
Commercial	Com	16 404	38 439	4.18 Go
Germany	De	3 356	3 724	1.05 Go
Belgium	Be	3 196	11 729	801.59 Mo
Switzerland	Ch	2 413	6 802	514.58 Mo
Non-Profit Organizations	Org	1 758	6 420	454.79 Mo
Canada	Ca	1 095	2 928	1.01 Go
Morocco	Ma	848	2 674	305.77 Mo
Autres		6 941	18 143	1.47 Go

Pages-URL les plus fréquentées – regroupement par thèmes (Analyse des 55 pages les plus fréquentées sur un total de 1124 pages différentes)

Intitulé page	Nombre de visites
AES	81 952
Que faire en cas d'AES - Conduite à tenir	32 457
AES et risques - Les accidents d'exposition au sang	22 473
AES et prévention - programme de prévention	10 886
Chimioprophylaxie post AES	4 877
AES et prévention - précautions standard	4 653
AES - Suivi sérologique	3 604
AES et risques - Epidémiologie du risque infectieux	3 002
Guide des matériels de protection	21 027
Guide des matériels de protection - Présentation de la base de données	10 855
Guide matériels de sécurité - Dispositifs pour gestes invasifs	3 351
Guide de sécurité - Recherche par type de matériel	1 812
Guide matériel de sécurité - Dispositifs barrière	1 800
Guide matériel de sécurité - intégralité	1 775
Guide matériel de sécurité - Recherche par geste	1 434
Articles - Textes officiels	20 244
Documents - Guides et recommandations	8 374
Circulaire DGS/DH N°98/249 du 20 avril 1998	2 398
Documents - textes officiels	1 593
Articles - Le gant et les AES - D.Abiteboul, C. Fargeot, C.Deblangy, JC. Lucet	4 148
Articles - Les collecteurs à objets piquants, coupants	2 081
Articles - Les risques infectieux après accident exposant au sang ou aux liquides biologiques	1 650
Affiche CAT	16 139
Affiche CAT - Que faire en cas d'AES	14 563
Affiche CAT - En cas de souillures et de bris de tubes ou de flacon de produit biologique	1 576
Diaporamas	11 359
AES	4 229
Isolement technique	3 485
Epidémiologie du risque lié aux AES	1 993
Hépatite B	1 652
Accueil et infos GERES	10 889
Le GERES - Présentation	6 532
Actions formations - Les journées du GERES	4 357
Risque infectieux	5 546
Risque infectieux respiratoire	5 546
Vaccination	3 505
Vaccinations - Le calendrier vaccinal	3 505

Pages-URL les plus fréquentées

(Analyse des 55 pages les plus fréquentées sur un total de 1124 pages différentes)

Top	Intitulé page	Nombre de visites
1	Que faire en cas d'AES - Conduite à tenir	32 457
2	AES et risques - Les accidents d'exposition au sang	22 473
3	Guide des matériels de protection - Présentation de la base de données	10 855
4	AES et prévention - programme de prévention	10 886
5	Affiche CAT - Que faire en cas d'AES	14 563
6	Documents - Guides et recommandations	8 374
7	Le GERES - Présentation	6 532
8	Chimioprofylaxie post AES	4 877
9	AES et prévention - précautions standard	4 653
10	Actions formations - Les journées du GERES	4 357
11	AES - diaporama	4 229
12	Risque infectieux respiratoire	4 207
13	Articles - Le gant et les AES - D.Abiteboul, C. Fargeot, C.Deblangy, JC. Lucet	4 148
14	AES - Suivi sérologique	3 604
15	Vaccinations - Le calendrier vaccinal	3 505
16	Power point - Isolement technique	3 485
17	Guide matériels de sécurité - Dispositifs pour gestes invasifs	3 351
18	AES et risques - Epidémiologie du risque infectieux	3 002
19	Circulaire DGS/DH N°98/249 du 20 avril 1998	2 398
20	Articles - Les collecteurs à objets piquants, coupants	2 081
21	Power point - Epidémiologie du risque lié aux AES	1 993
22	Guide de sécurité - Recherche par type de matériel	1 812
23	Guide matériel de sécurité - Dispositifs barrière	1 800
24	Guide matériel de sécurité - intégralité	1 775
25	Power point - Hepatite B	1 652
26	Articles - Les risques infectieux après accident exposant au sang ou aux liquides biologiques	1 650
27	Documents - textes officiels	1 593
28	Affiche CAT - En cas de souillures et de bris de tubes ou de flacon de produit biologique	1 576
29	Guide matériel de sécurité - Recherche par geste	1 434

ANNEXE III-2.3 ACTUALISATION - BASE DE DONNEES MATERIELS DE SECURITE

Suivi Référencement 2012

ELEMENT REFERENCE	NOM DE LA FICHE	GESTE	TYPE DE MATERIEL	FOURNISSEUR	DATE COMMISSION	DATE REFERENCEMENT
Fiche + Photo	Dispositifs de reconstitution – Baxject II et Baxject II Hi-Flow	Injection	Aiguilles et sets de transfert pour la préparation d'injections	Baxter	∅	06/01/2012
Fiche + Photo	Aiguille pour stylo à insuline – BD AutoShield™ Duo	Injection	Aiguilles protégées pour stylos injecteurs d'insuline	Becton Dickinson	14/12/2011	11/01/2012
Fiche + Photo	Autopiqueur – Nipro GlucoPro™	Micro-prélèvement	Autopiqueurs pour incision capillaire	Didactic Groupe	∅	04/02/2012
Fiche + Photo	Valve bi-directionnelle Flush Neutre	Cathétérisme veineux périphérique	Connecteurs / systèmes clos pour perfusion	Didactic Groupe	∅	04/02/2012
Fiche + Photo	Unité filtrante – 3M™ Versaflo™ TR-300	Port de système de ventilation assistée	Système de ventilation assistée	3M Santé	09/03/2011	08/02/2012
Fiche + Photo	Masques anti-projections – Splash Mask™	Port de lunettes, écran	Ecran	CG Medical	∅	27/04/2012
Fiche + Photo	Lunettes de protection CG Médical	Port de lunettes, écran	Lunettes, surlunettes de protection	CG Medical	∅	27/04/2012
Fiche + Photo	Boîte – Scalpel Disarmer™	Elimination des piquants/tranchants	Extracteurs / récupérateurs de piquants/tranchants	Ansell	∅	16/06/2012
Fiche + Photo	Gamme de scalpels SANDEL	Utilisation de bistouris et scalpels	Bistouris, scalpels de sécurité	Ansell	∅	16/06/2012
Fiche + Photo	Gants de chirurgie – GAMMEX® AMT™	Gantage	Gants chirurgicaux	Ansell	∅	21/06/2012
Fiche + Photo	Lunettes de protection VALMY	Port de lunettes, écran	Lunettes, surlunettes de protection	Valmy	∅	21/06/2012
Fiche + Photo	Masque anti-odeurs – SPIREOR® Anti-odeurs	Port de masque	Masques de protection respiratoire	Valmy	∅	21/06/2012
Fiche + Photo	Masque anti-vapeurs et anti-gaz – FITEOR®	Port de masque	Masques de protection respiratoire	Valmy	∅	21/06/2012
Fiche + Photo	Gamme de fûts – EVO	Elimination des piquants/tranchants	Jerricanes et fûts	ABM sarl - Division AP MEDICAL	∅	30/06/2012
Fiche + Photo	Gamme de collecteurs - PackaBox	Elimination des piquants/tranchants	Boîtes / collecteurs pour piquants/tranchants	Trolitan	∅	14/07/2012
Fiche + Photo	Gamme de fûts - PackaFût	Elimination des piquants/tranchants	Jerricanes et fûts	Trolitan	∅	14/07/2012
Fiche + Photo	Flacons	Prélèvement	Flacons	BD	∅	10/09/2012

	d'hémocultures BD BATEC™	d'hémoculture	d'hémoculture			
Fiche + Photo	Set de prélèvements - SURSHIELD™	Prélèvement veineux sous vide	Unités de prélèvement protégées Corps de prélèvement simples à usage unique	Terumo	∅	11/09/2012
Fiche + Photo	Microtubes - BD Microtainer® MAP	Micro-prélèvement	Microtubes à prélèvement sanguin capillaire	BD	∅	11/09/2012
Fiche + Photo	Dispositif de prélèvement sécurité - Auto-Protect BD Vacutainer® Passive	Prélèvement veineux sous vide	Aiguilles de sécurité pour prélèvement veineux sous vide	BD	27/06/2012	11/09/2012
Fiche + Photo	Aiguilles - BD Eclipse™ Signal™	Prélèvement veineux sous vide	Aiguilles de sécurité pour prélèvement veineux sous vide	BD	27/06/2012	11/09/2012
Fiche + Photo	BD BATEC™ SafePod	Recueil et transport des prélèvements	Emballages pour recueil et transport des prélèvements	BD	∅	11/09/2012
Fiche + Photo	Aiguille de Huber – Surecan® Safety II	Gestes sur chambre implantée	Aiguilles sécurisées pour gestes sur chambre implantée	B. Braun	03/10/2012	15/10/2012
Fiche + Photo	Cathéters – Jelco IntuitIV™	Cathétérisme veineux périphérique	Cathéters courts protégés	Smiths Medical	23/03/2012	15/10/2012
Fiche + Photo	Plateau de transfert – Z-Tray™	Gestion de l'instrumentation au bloc opératoire	Dispositif de dépose transitoire	Ansell	03/10/2012	18/10/2012
Fiche + Photo	Zone neutre pour instruments – Z-Fiction Drape™	Gestion de l'instrumentation au bloc opératoire	Dispositif de dépose transitoire	Ansell	03/10/2012	18/10/2012
Fiche + Photo	Système clos de transfert des médicaments – BD PhaSeal™	Injection	Aiguilles et sets de transfert pour la préparation d'injections	BD	28/03/2012	18/10/2012

Suivi Actualisation 2012

ELEMENT ACTUALISE	NOM DE LA FICHE	GESTE	TYPE DE MATERIEL	FOURNISSEUR	DATE ACTUALISATION
Modification Coordonnées Société				3M Santé	27/04/2012
Modification Fiche	Casaques chirurgicales – 3M™ Haute Performance	Port de casaque chirurgicale	Casaques chirurgicales en non-tissé à usage unique	3M Santé	27/04/2012
Modification Fiche	Lunettes de protection – 3M™	Port de lunettes, écran	Lunettes, surlunettes de protection	3M Santé	27/04/2012
Modification Fiche + Photo	Lunettes-masques – 3M™ 2790 et 2790A	Port de lunettes, écran	Lunettes, surlunettes de protection	3M Santé	27/04/2012
Modification Fiche + Photo	Masques chirurgicaux –	Port de masques	Masques chirurgicaux	3M Santé	27/04/2012

	3M™				
Modification Fiche + Photo	Masques de protection respiratoire – 3M™	Port de masques	Masques de protection respiratoire	3M Santé	27/04/2012
Suppression Fiche	Aiguille de Huber sécurisé - Surecan® SafeStep®	Gestes sur chambre implantée	Aiguilles sécurisées pour gestes sur chambre implantée	B.Braun Medical	27/04/2012
Modification Coordonnées Société				CG Medical	27/04/2012
Modification Fiche	Boîte à aiguilles et à lames	Elimination des piquants/tranchants	Extracteurs / récupérateurs de piquants/tranchants		27/04/2012
Modification Fiche + Photo	Lunettes de protection CG Medical	Port de lunettes, écran	Lunettes à monture réutilisable et visière interchangeable		27/04/2012
Modification Coordonnées Société				Laboratoires Nephrotek	27/04/2012
Modification Fiche	Gants d'examen – Gamme Hartmann	Gantage	Gants d'examen	Laboratoires Paul Hartmann	27/04/2012
Modification Fiche	Seringue - SafePICO	Prélèvement artériel	Seringues montées avec protecteurs d'aiguille	Radiometer	27/04/2012
Modification Coordonnées Société				Swann-Morton/Sinner	27/04/2012
Modification Fiche	Extracteur de lames	Elimination des piquants/tranchants	Extracteurs / récupérateurs de piquants/tranchants	Swann-Morton/Sinner	27/04/2012
Modification Coordonnées Société				FB Medical	16/06/2012
Modification Fiche	Cathéters – BD Insyte™ Autoguard™ Blood Control	Cathétérisme veineux périphérique	Cathéters courts protégés	Becton Dickinson	16/06/2012
Modification Fiche	Seringue préremplie - BD PREVENTIS™	Injection	Seringues de sécurité pour pré-remplis	Becton Dickinson	16/06/2012
Modification Fiche	Corps prélèvement veineux – MAGELLAN™	Prélèvement veineux sous vide	Corps de prélèvement de sécurité à usage unique	Covidien	16/06/2012
Modification Fiche	Seringue Insuline et Tuberculine de sécurité – MAGELLAN™	Injection	Seringues de sécurité	Covidien	16/06/2012
Suppression Fiche	Seringue Monoject®	Injection	Seringues de sécurité	Covidien	16/06/2012
Modification Coordonnées Société				Deltalyo & Valmy	21/06/2012
Modification Fiche	Masques chirurgicaux – SURGEOR®	Port de masque	Masques chirurgicaux	Valmy S.A.S	21/06/2012
Modification Fiche	Masques de protection respiratoire et chirurgicaux – SPIREOR®	Port de masque	Masques de protection respiratoire Masques chirurgicaux	Valmy S.A.S	21/06/2012
Modification	Masques de	Port de	Masques de	Valmy S.A.S	21/06/2012

Fiche	protection respiratoire – EOR®	masque	protection respiratoire		
Modification Fiche	Aiguilles pour angiographie – SecureLoc™	Utilisation d'aiguilles spécialisées	Aiguilles spécialisées	Merit Medical	14/07/2012
Modification Fiche	BACKSTOP® MBS 100 ; DUGOUT® DUG 100	Recueil des liquides biologiques	Absorbants pour liquides	Merit Medical	14/07/2012
Modification Fiche	Poches pour fluides – MERIT DISPOSAL DEPOT®	Recueil des liquides biologiques	Systèmes de recueil clos / fermé des liquides biologiques	Merit Medical	14/07/2012
Modification Fiche	Scalpels de sécurité – Futura®	Utilisation de bistouris et scalpels	Bistouris, scalpels de sécurité	Merit Medical	14/07/2012
Modification Coordonnées Société				CML	14/07/2012
Modification Fiche + Photo	Autopiqueur – Lancette de sécurité	Micro-prélèvement	Autopiqueurs pour incision capillaire	CML	14/07/2012
Modification Fiche	Autopiqueur – SURGICUTT™	Micro-prélèvement	Autopiqueurs pour incision capillaire	CML	14/07/2012
Modification Fiche + Photo	Gamme d'emballage CML	Recueil et transports des prélèvements	Emballages pour recueil et transport des prélèvements	CML	14/07/2012
Modification Fiche + Photo	Gants anticoupure	Gantage	Gants et sous-gants résistants aux coupures	CML	14/07/2012
Modification Fiche + Photo	Gants d'examen - CML	Gantage	Gants d'examen	CML	14/07/2012
Modification Fiche + Photo	Lunettes de protection CML	Port de lunettes, écran	Lunettes, surlunettes de protection	CML	14/07/2012
Suppression Fiche	Gants d'examen - Teruglove	Gantage	Gants d'examen	Terumo	06/09/2012
Modification Fiche	Aiguille de Huber – EZ Huber™	Gestes sur chambre implantée	Aiguilles sécurisées pour geste sur chambre implantée	pfm medical	06/09/2012
Modification Fiche + Photo	Microperfuseur – SURSHIELD™ SURFLO®	Cathétérisme sous cutané	Microperfuseurs	Terumo	06/09/2012
Modification Fiche + Photo	Unité de prélèvement – SURSHIELD™	Prélèvement veineux sous vide	Unités de prélèvement protégées	Terumo	06/09/2012
Modification Fiche + Photo	Autopiqueur – BD Quickheel™	Micro-prélèvement	Autopiqueurs pour incision capillaire	BD	06/09/2012
Modification Fiche + Photo	Autopiqueur – BD Microtainer® Contact	Micro-prélèvement	Autopiqueurs pour incision capillaire	BD	06/09/2012
Modification Fiche + Photo	Gamme BD Vacutainer® pour le recueil des urines	Recueil des liquides biologiques	Système de recueil des liquides biologiques à destination du laboratoire	BD	06/09/2012
Modification Fiche + Photo	Corps de prélèvement veineux – BD Vacutainer® Pronto™	Prélèvement veineux sous vide	Corps de prélèvement simples réutilisables	BD	06/09/2012
Modification Fiche + Photo	Corps prélèvement veineux – BD Vacutainer®	Prélèvement veineux sous vide	Corps de prélèvement simples à usage unique	BD	06/09/2012

Modification Fiche + Photo	Emballages - MoveBox	Recueil et transport des prélèvements	Emballages pour recueil et transport des prélèvements	BD	06/09/2012
Modification Fiche + Photo	Emballages – Hemobox® 4	Recueil et transport des prélèvements	Emballages pour recueil et transport des prélèvements	BD	10/06/2012
Modification Fiche + Photo	Microtubes – BD Microtainer®	Micro- prélèvement	Microtubes à prélèvement sanguin capillaire	BD	10/06/2012
Modification Fiche + Photo	Tubes de prélèvement – BD Vacutainer® Hemogard™	Prélèvement veineux sous vide	Tubes pour prélèvement veineux sous vide	BD	10/06/2012
Modification Fiche + Photo	Unité de prélèvement Pro-Active BD Vacutainer® Push Button	Prélèvement veineux sous vide	Unités de prélèvement protégées	BD	10/06/2012
Modification Fiche + Photo	Sur-lunettes de protection - ARMANAX	Port de lunettes, écran	Lunettes, surlunettes de protection	CML	12/06/2012
Modification Fiche	Aiguille à fistule artério-veineuse – Diacan® S	Cathétérisme sur fistule artério- veineuse	Aiguilles à fistule artério-veineuse protégées	Nephrotek, B. Braun Avitum	15/10/2012
Modification Fiche	Bistouri sécurisé SWANN- MORTON/SINNE R	Utilisation de bistouris et scalpels	Bistouris, scalpels de sécurité	Swann- Morton/Sinner	26/10/2012

NEWSLETTERS DIFFUSEES EN 2012



N°7 – Janvier 2012

Sommaire

- Actualités
- Formations / Congrès
- Matériels de sécurité
- Textes / Réglementations
- Sociétés partenaires

▼ ACTUALITES

➤ **L'équipe du GERES vous transmet ses meilleurs vœux pour l'année 2012**

➤ **Enquête sur les freins à la vaccination chez les IDE**

Le recrutement des centres pour l'enquête sur les freins à la vaccination chez les IDE que le GERES mènera en 2012 à commencer. Pour rappel, l'objectif principal de cette étude est de vérifier si un positionnement plus actif et valorisant des IDEs dans le geste vaccinal est susceptible d'influer sur la couverture vaccinale.

• Plus d'infos : geres@geres.org

▼ FORMATIONS / CONGRES

➤ **21ème Journée annuelle du GERES**

Les présentations sont en ligne sur le site du GERES.

• Plus d'infos : http://www.geres.org/08_acpr/08_loge.htm

➤ **2ème Colloque francophone sur les AES et la protection des personnels de santé en Afrique. "Protéger les soignants pour protéger les patients ?"**

Le GERES organise son deuxième colloque sur les AES et la protection des personnels de santé en Afrique, les 15 et 16 mars 2012, à Lomé, au Togo. Ce colloque portera sur deux thèmes principaux : la mise à disposition de matériels de sécurité pour le prélèvement veineux sous vide et la gestion des DASRI dans les pays en développement.

• Plus d'infos : http://geres.org/10_acin/10_coll.htm

▼ MATERIELS DE SECURITE

➤ **Nouveaux référencements**

- **Baxter** : Dispositifs de reconstitution – Baxject II et Baxject Hi-Flow

• Plus d'infos : http://geres.org/admin/fiche_materiel_2.php?id=646

- **Becton Dickinson** : Aiguille pour stylos à insuline – BD AutoShield™ Duo

• Plus d'infos : http://geres.org/admin/fiche_materiel_2.php?id=647

➤ **Commission Matériels de sécurité**

La prochaine réunion de la Commission Matériels de sécurité aura lieu **le 28 mars 2012**. Nous invitons les fabricants/fournisseurs de matériels de sécurité à nous contacter s'ils souhaitent y présenter un nouveau dispositif en rapport avec la prévention du risque infectieux chez les personnels soignants.

▼ TEXTES / REGLEMENTATIONS

➤ **Rapport du HCSP. Prévention de la transmission soignant-soigné des virus hématogènes– VHB, VHC, VIH. Juin 2011.**

• Plus d'infos : http://www.hcsp.fr/doc/pdf/avisrapports/hcsp20110614_trstsevirushema.pdf

▼ SOCIETES PARTENAIRES

Les sociétés suivantes sont partenaires du GERES.

Nous les remercions pour leur soutien dans le respect de l'indépendance du GERES.

smiths medical
bringing technology to life





N°8 – Avril 2012

Sommaire

- Actualités
- Formations / Congrès
- Matériels de sécurité
- Textes / Réglementations

▼ ACTUALITES

👉 2ème colloque sur les AES et la protection du personnel de santé en Afrique

Ce colloque s'est déroulé les 15 et 16 mars 2012, à Lomé, au Togo. La synthèse et les diaporamas sont en ligne sur le site du GERES.

🔗 Plus d'infos : http://www.geres.org/10_acin/10_coli.htm

Les vidéos des sessions plénières du 1er jour sont en ligne sur le site ESTHER Formation.

🔗 Plus d'infos : <http://www.estherformation.fr/uncategorized/podcasts-lome-mars-2012-hygiene-hospitaliere>

▼ FORMATIONS / CONGRES

👉 22ème Journée annuelle du GERES

La 22ème Journée annuelle du GERES aura lieu le vendredi 7 décembre 2012 à Paris.

Le lieu précis, ainsi que le programme et les modalités d'inscription seront bientôt disponibles sur le site Internet du GERES.

👉 Formation Binômes relais - Stratégie de prévention des AES

La formation "Binômes relais - Stratégie de prévention des AES" aura lieu les jeudi 22 et vendredi 23 novembre 2012 à Paris.

Le lieu précis, ainsi que le programme et les modalités d'inscription seront bientôt disponibles sur le site Internet du GERES.

▼ MATERIELS DE SECURITE

👉 Actualisation annuelle de la base de données "Guide des matériels de protection"

Le GERES lance l'actualisation annuelle de sa base de données "Guide des matériels de protection" consultable depuis son site Internet.

🔗 Plus d'infos : http://www.geres.org/14_bdd/14_bbd.htm

Nous invitons les fabricants/fournisseurs de matériels de sécurité à nous contacter s'ils souhaitent actualiser les données concernant leurs dispositifs ou leurs coordonnées et/ou faire référencer un nouveau dispositif.

🔗 Pour nous contacter : celine.ciotti@geres.org

👉 Nouveaux référencements

- **Didactic groupe** : Autopiqueur – Nipro GlucoPro

🔗 Plus d'infos : http://www.geres.org/admin/fiche_materiel_2.php?id=649

- **Didactic groupe** : Valve bidirectionnelle - Flush Neutre

🔗 Plus d'infos : http://www.geres.org/admin/fiche_materiel_2.php?id=648

- **3M Santé** : Unité filtrante - 3M Versaflo TR-300

🔗 Plus d'infos : http://www.geres.org/admin/fiche_materiel_2.php?id=650

👉 Commission Matériels de sécurité

La prochaine réunion de la Commission Matériels de sécurité aura lieu **le 27 juin 2012**.

Nous invitons les fabricants/fournisseurs de matériels de sécurité à nous contacter s'ils souhaitent y présenter un nouveau dispositif en rapport avec la prévention du risque infectieux chez les personnels soignants.

🔗 Pour nous contacter : celine.ciotti@geres.org

▼ TEXTES / REGLEMENTATIONS

👉 Un nouveau dossier thématique "Couverture Vaccinale" a été créé sur le site de l'InVS. Vous y trouverez toutes les données disponibles de couverture vaccinale en France produites par l'InVS et ses partenaires. Vous trouverez également d'autres informations, notamment des informations sur les outils d'évaluation, des résumés de rapports, des références actualisées d'études faites par d'autres institutions, des liens vers des institutions travaillant sur le sujet, des présentations faites à des congrès, des rapports, des articles du BEH, etc.

🔗 Plus d'infos : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale>

👉 Rapport du HCSP. Prévention de la transmission soignant-soigné des virus-hématogènes - VHB, VHC, VIH. Juin 2011.

🔗 Plus d'infos : <http://www.geres.org/docpdf/hcspr20110614trstsevirushema.pdf>



N°10 – Octobre 2012

Sommaire

- Actualités
- Formations / Congrès
- Matériels de sécurité
- Publications
- Sociétés partenaires

ACTUALITES

22^{ème} Journée annuelle du GERES - Appel à communication

La 22^{ème} Journée annuelle du GERES se prépare. Un appel à communication est lancé autour des thèmes de la Journée et de la prévention des risques d'exposition des soignants aux agents infectieux. Nous attendons vos résumés (2000 caractères espaces compris ou 250 mots, police Times New Roman, taille 12).

[Nous envoyer vos résumés](#)

FORMATIONS / CONGRES

22^{ème} journée annuelle du GERES

La 22^{ème} Journée annuelle du GERES aura lieu le vendredi 7 décembre 2012, à la faculté de Médecine X. Bichat, à Paris. Le programme et le bulletin d'inscription sont consultables et téléchargeables depuis le site Internet du GERES.

[Plus d'infos](#)

DU : Gestion du risque infectieux associé aux professionnels de santé dans les établissements de soins
Le DU est annulé faute de participants. Il sera reconduit pour l'année universitaire 2013-2014.

MATERIELS DE SECURITE

Nouveaux référencements

Ansell :

- Plateau de transfert – Z-Tray™
- Zone neutre pour Instruments – Z-Fiction Drape™

[Plus d'infos](#)

[Plus d'infos](#)

B. Braun medical :

- Aiguille de Huber – Surecan® Safety II

[Plus d'infos](#)

BD :

- Aiguilles - BD Eclipse™ Signal™
- Dispositif de prélèvement sécurisé - Auto-Protect BD Vacutainer® Passive
- Flacons d'hémocultures BD BATEC™
- Emballages - BD BATEC™ SafePod
- Microtubes - BD Microtainer® MAP
- Système clos de transfert des médicaments – BD PhaSeal™

[Plus d'infos](#)

[Plus d'infos](#)

[Plus d'infos](#)

[Plus d'infos](#)

[Plus d'infos](#)

[Plus d'infos](#)

Smiths medical :

- Cathéters – Jelco Intuitiv™

[Plus d'infos](#)

Terumo :

- Set de prélèvements – SURSHIELD™

[Plus d'infos](#)

Trolltan :

- Gamme de collecteurs - PackaBox
- Gamme de fûts - PackaFût

[Plus d'infos](#)

[Plus d'infos](#)

Commission Matériels de sécurité

La prochaine réunion de la Commission Matériels de sécurité aura lieu le 8 janvier 2013. Nous invitons les fabricants/fournisseurs de matériels de sécurité à nous contacter s'ils souhaitent y présenter un nouveau dispositif en rapport avec la prévention du risque infectieux chez les personnels soignants.

[Nous contacter](#)

PUBLICATIONS

Pellissier G, Yazdanpanah Y, Adehossi E, Tosini W, Madougou B, et al. (2012) Is Universal HBV Vaccination of Healthcare Workers a Relevant Strategy in Developing Endemic Countries? The Case of a University Hospital in Niger. PLoS ONE 7(9): e44442. doi:10.1371/journal.pone.0044442

SOCIETES PARTENAIRES

Les sociétés suivantes sont partenaires du GERES.

Nous les remercions pour leur soutien dans le respect de l'indépendance du GERES.



Si vous ne parvenez pas à visualiser ce message correctement, cliquez ici.



N° - 11

[Sommaire](#)
[Actualités](#)
[Formations / Congrès](#)
[Matériels de sécurité](#)
[Textes / Réglementations](#)
[Publications](#)
[Sociétés partenaires](#)

ACTUALITÉS

Information sur la composition du Conseil d'Administration et du Bureau du GERES

Conseil d'Administration (AG du 7 décembre 2012) : Dr Jean-Pierre AUBERT, DMG, Université Paris 7 ; Pr Elisabeth BOUVET, SMIT, Hôpital Bichat, AP-HP, Paris ; M. Thierry CASAGRANDE, Analys Santé, Lorient ; Dr Gabriella De CARLI, Institut Spallanzani, Rome, Italie ; Dr Jean-Michel DESCAMPS, Hôpital de Nant ; Dr Martine DOMART, Service de Santé au Travail, HEGP, AP-HP, Paris ; Dr Claire FABIN, Brie Comte Robert ; Pr Jean-François GEHANNNO, Médecine du Travail, CHU, Université de Rouen ; Melle Isabelle LOLOM, UHLIN, Hôpital Bichat, AP-HP, Paris ; Pr Jean-Christophe LUCET, UHLIN, Hôpital Bichat, AP-HP, Paris ; Dr Boubacar MADOUYOU, Hôpital National de Niamey, Niger ; Pr Christian RABAUD, OCLIN Est, CHU Nancy ; Pr Elisabeth ROUVEIX, Service de Médecine, Hôpital Ambroise Paré, AP-HP, Boulogne-Billancourt ; Pr Yazdan YAZDANPANAH, SMIT, Hôpital Bichat, AP-HP, Paris ; Dr Marcel ZANNOU, CHU de Cotonou, Bénin

Bureau (Réunion du CA, 23 janvier 2013) : Pr Elisabeth BOUVET, Président ; Dr Jean-Michel DESCAMPS, Vice-Président ; Pr Christian RABAUD, Vice-Président ; Pr Yazdan YAZDANPANAH, Secrétaire ; Melle Isabelle LOLOM, Trésorier.

Participez à l'Enquête de Léotoral INRS en cours

Une enquête de léctoral est actuellement en cours : vos réponses permettront de faire évoluer ces fiches en fonction de vos avis et de vos besoins. N'oubliez pas de répondre au questionnaire en ligne www.inrs.fr/eficatt.

FORMATIONS / CONGRES

22^{ème} Journée annuelle du GERES

Les diaporamas sont en ligne.

[Consulter les diaporamas.](#)

Formation TROD (Test rapide à Orientation Diagnostique - VIH)

Une formation TROD sera organisée le 24 avril 2013 à l'Eurosite République - 08 rue de la Fontaine au Roi - 75011 Paris.

[Nous contacter](#)

DU Gestion du risque infectieux associé aux professionnels de santé dans les établissements de santé, Université Paris 7

Le Service de Maladies Infectieuses et Tropicales et l'Unité d'Hygiène et de Lutte contre les infections nosocomiales du GH Bichat-Claude Bernard mettent en place un DU pour l'année 2013/2014 à la Faculté de Médecine Bichat.

L'enseignement portera sur les risques infectieux auxquels les professionnels de santé peuvent être exposés et dont ils peuvent également être les vecteurs. Seront abordés : les modes de transmission, la conduite à tenir, les moyens de prévention... Il s'adresse aux médecins et professionnels en santé au travail, de médecine préventive et de centres de santé, pharmaciens, biologistes, hygiénistes, personnels de l'industrie du secteur de la santé. Il se déroulera de novembre 2013 à juin 2014, avec deux jours consécutifs de cours par mois, soit 100 heures de cours.

Plus d'infos : [site du GERES](#) OU [Site de la faculté](#)

MATÉRIELS DE SÉCURITÉ

Commission Matériels de sécurité

Nous invitons les fabricants/fournisseurs de matériels de sécurité à nous contacter s'ils souhaitent y présenter un nouveau dispositif en rapport avec la prévention du risque infectieux chez les personnels soignants.

[Nous contacter](#)

Nouveaux référencements

- **Nephrotek, B.Braun Avitum France** : Aiguille à fistule artériovoineuse protégée – Diacan® 3
[Plus d'infos](#)

Actualisations

- **Savane-Moxon/liner** : Bistouri sécurisé [Plus d'infos](#)

TEXTES / RÉGLEMENTATIONS

Recommandations pour les conditions d'exercice de la thanatopraxie

Dans son rapport et son avis adopté en décembre dernier, le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) rappelle que les soins de thanatopraxie sont des actes invasifs qui génèrent des risques pour le thanatopracteur. Il propose un encadrement des conditions de travail tel que ces risques soient réduits à un niveau aussi faible que possible. Il recommande, sous ces conditions, la levée de l'interdiction des soins de corps pour les personnes décédées des infections par le VIH, le VHC ou le VHB.

[Plus d'infos](#)

Patients en auto-traitement

Arrêté du 12 décembre 2012 portant agrément d'un organisme ayant pour objet d'enlever et de traiter les déchets d'activités de soins à risques infectieux perforants produits par les patients en auto-traitement en application des articles R. 1335-9-7 à R. 1335-9-11 du code de la santé

[Plus d'infos](#)

Base de données EFICATT 2012 (INRS)

En 2012 une nouvelle fiche Chikungunya a été créée et 4 fiches ont été actualisées : conjonctivite à adénovirus, Infections à streptocoques du groupe A, maladie de Lyme et grippe.

[Plus d'infos](#)

Mise en ligne du Guide pratique Collectivités de jeunes enfants et maladies infectieuses

Ce guide, développé par l'Assurance Maladie, en collaboration avec le Ministère de la Santé et la Société française de pédiatrie, est destiné aux responsables de structures. Il clarifie les règles d'accueil de l'enfant en butte à une maladie infectieuse en fonction des pathologies (origine de l'infection, mode de contamination, éviction ou non, mesures d'hygiène à prendre dans la collectivité...).

[Plus d'infos](#)

PUBLICATIONS

Cambon-Lalanne C, Le Bel J, Clotil C, Pellissier G, Lariven S, Aubert JP, Bouvet E. Cabilic : risques d'accidents d'exposition au sang et couvertures vaccinales des médecins libéraux en région parisienne en 2011. *Bull Epidemiol Hebd* 2012;38:421-4.

Fiorot N, Abiteboul D, Azzac L, Bemas C, Bouvet E, Jarno P, L'Héritier F, Pellissier G, Poujol I, Vignaud MC, Rabaud C. Suivi des AES dans les établissements de santé. Place et intérêt des matériels de sécurité. *Feuilles de Biologie* 2012;LIII(308):41-7.

SOCIÉTÉS PARTENAIRES

Les sociétés suivantes sont partenaires du GERES.
 Nous les remercions pour leur soutien dans le respect de l'indépendance du GERES.



Si vous ne souhaitez plus recevoir la newsletter du GERES, envoyez un mail à geres@geres.org

III – 3. Annexes action 3 :

Réalisation d'un guide sous forme d'affichette « Que faire en cas d'AES » à destination des médecins libéraux

*Collaboration Département de Médecine Générale, Université Paris 7,
Financement principal DGS*

Rapport d'activité 2012 du Groupe de travail Guide « Que faire en cas d'AES » destiné aux médecins libéraux

Travail préliminaire (septembre 2012) :

Réalisation d'une première ébauche du guide et prises de contact pour constitution du Groupe de travail

Groupe de travail (constitué en octobre 2012) :

Jean-Pierre Aubert, Département de Médecine Générale, UFR Médecine Bichat, UP7

Josselin Le Bel, Département de Médecine Générale, UFR Médecine Bichat, UP7

Elisabeth Bouvet, GERES et SMIT, GH Bichat Claude Bernard, AP-HP.

Clotilde Cambon-Lalanne, Médecin Généraliste

Gérard Pellissier, GERES

Réunions et ordres du jour du Groupe de travail :

• Le 8 nov. 2012 :

- Révision de la première ébauche du guide (et distinguer dans le document la conduite à tenir médicale de la conduite à tenir administrative qui sera reportée dans la fiche annexe) ;
- Remarques générales formulées par les médecins du DMG concernant les modalités de diffusion du guide :
 - o Un support type fiche plastifiée affichée dans le cabinet semble plus adapté
 - o Souhait que l'affichage de cette fiche CAT soit rendu obligatoire
 - o Souhait que l'adresse du site internet sur lequel consulter / se procurer cette affiche soit par exemple mentionnée sur les boîtes à OPCT

• Le 10 janv. 2013 :

- Suivi de la révision de la 2^e ébauche du guide

• Le 7 fév. 2013 :

- Révision de la 3^e ébauche du guide de CAT post AES

• Le 21 mars 2013 :

- Révision de la 4^e ébauche du guide. Décision d'introduire un algorithme pour aider à évaluer le risque infectieux lié à l'AES et l'indication de traitement (la typologie des AES indique que les plupart des AES ne sont pas à risque et ne nécessiteraient pas le déplacement du médecin vers une structure de prise en charge).

• Prochaine réunion programmée le 26 avril :

- Finalisation du fond et de la forme du document pour maquettage.

Guide « Que faire en cas d'AES » destiné aux médecins libéraux (Document de travail version 4)

I - CONDUITE A TENIR PRATIQUE EN CAS D'ACCIDENT AVEC EXPOSITION AU SANG OU A DES PRODUITS BIOLOGIQUES

Notice à afficher et à remettre au personnel lors d'un accident

JE SUIS VICTIME D'UN AES

(Accident avec Exposition au Sang ou à des produits biologiques)

1 – JE REALISE LES SOINS IMMEDIATS :

En cas de piqûre, coupure ou contact direct sur peau lésée :

- Je ne fais pas saigner (je laisse saigner si la plaie saigne),
- Je nettoie la zone atteinte à l'eau courante et au savon et rince,
- Je réalise l'antisepsie locale (Dakin ou eau de Javel à 2,6% de chlore actif diluée au 1/5^e, ou à défaut tout autre antiseptique à large spectre disponible) en assurant un temps de contact d'au moins 5 minutes.

En cas de projection sur une muqueuse (oculaire, buccale, nasale) :

Je rince abondamment de préférence au soluté physiologique, ou sinon à l'eau, au moins 5 minutes.

2 – JE RECUEILLE PAR ECRIT UNE INFORMATION SUR L'ACCIDENT, EN LISTANT :

- Caractéristiques de l'accident : La nature du produit biologique le type de matériel en cause, le type de lésion ou le temps de contact, le geste réalisé au moment de l'accident.
- Le statut sérologique et les coordonnées du patient source
 - o Recherche dans le dossier médical de son statut sérologique complet pour le VIH, le VHC, et le VHB.
 - o *Si le statut sérologique n'est pas connu ou si le patient est à risque, réaliser un prélèvement sanguin chez le patient source (avec son accord) pour le VIH, le VHC et le VHB / intérêt de disposer d'un test rapide VIH ou de s'adresser au laboratoire de ville le plus proche à même de réaliser un test rapide VIH (+ Elisa)*

Coordonnées du laboratoire pouvant réaliser le prélèvement dans les meilleurs délais :

3 – JE CONSULTE EN URGENCE UN MEDECIN REFERENT AES, AU MIEUX DANS L'HEURE ET AU PLUS TARD DANS LES 48 HEURES, QUI :

- Evalue le risque infectieux (VIH, VHC, VHB...)
 - o **La non connaissance du statut sérologique du patient source ne doit pas faire différer la consultation avec un référent médical AES**
 - o **La prophylaxie est d'autant plus efficace qu'elle est prise tôt (au mieux dans l'heure), mais elle reste utile jusqu'à 48 heures**
- M'informe des mesures à prendre :
 - o rédige le certificat initial d'accident de travail,
 - o met en route le suivi sérologique,
 - o propose/prescrit si nécessaire une prophylaxie (prophylaxie anti-VIH, immunoglobulines spécifiques anti-VHB +/- vaccination). **La prophylaxie anti-VIH doit être débutée le plus tôt possible, idéalement dans les 4 heures et jusqu'à 48 heures après l'exposition.**

Où dois-je me rendre en pratique :

Identification et coordonnées de l'établissement, N° de téléphone _____

En cas de prophylaxie anti-VIH, je consulte un médecin référent VIH dans les 48 Heures pour réévaluation (risque / traitement).

4 – JE DECLARE L'ACCIDENT DU TRAVAIL

(Se reporter à la fiche Ressources / au verso pour les modalités administratives)

5 – J'ASSURE UN SUIVI SEROLOGIQUE ET CLINIQUE ADAPTE (VIH, VHB, VHC)

- Il sera réalisé par un médecin de mon choix (médecin traitant, médecin de santé au travail...)

J'analyse les circonstances de l'accident pour éviter qu'il ne se reproduise et faire progresser la prévention

Consulter la fiche Ressources en annexe / au verso pour les modalités d'organisation de la prise en charge

II - Conduite à tenir après accident d'exposition au sang (AES) ou à des produits biologiques

Ressources nécessaires à prévoir en amont et informations complémentaires

1 – Le matériel nécessaire aux soins immédiats / antiseptie post-AES :

- dérivé chloré stable ou fraîchement préparé (soluté de Dakin ou eau de Javel à 2,6% de chlore actif diluée au 1/5),
- à défaut tout antiseptique à large spectre disponible (polyvidone iodée en solution dermique, autres produits iodés, alcool à 70°, chlorhexidine alcoolique...)

2 – Aide à l'évaluation du risque

- Statut sérologique du patient source/ intérêt de disposer de tests rapides VIH
- Le professionnel de santé doit disposer d'un dosage de son titre d'Ac anti-HBs
- Identification / coordonnées du laboratoire de ville le plus proche à même de réaliser un test rapide VIH (statut sérologique du patient source)

3 - Identification de l'établissement ou se rendre en cas d'AES :

- Les coordonnées du médecin référent AES le plus proche et les numéros de téléphone à solliciter sur la conduite à tenir en cas d'AES, doivent être immédiatement accessibles :
 - o Habituellement le service des urgences d'un établissement hospitalier ;
 - o Ou une consultation hospitalière de maladies infectieuses (aux heures ouvrables) ;
 - o Vous pouvez également contacter :
 - *le service des urgences au 15,*
 - la ligne Sida Info Service (<http://www.sida-info-service.org>) au 0 800 840 800 pour obtenir les coordonnées du dispositif d'accueil le plus proche

4 - Pour la reconnaissance de l'origine professionnelle d'une éventuelle contamination liée à l'AES :

- Modalités de déclaration de l'accident du travail :
 - o Je suis salarié (praticien, assistant ou autre employé du cabinet) : je dois déclarer l'accident auprès de mon employeur dans les 24 heures (l'employeur informe dans les 48 heures la CPAM du lieu de travail, l'inspecteur du travail de la Direction des Relations du Travail, ainsi que son assureur). La déclaration d'accident doit être accompagnée d'un certificat médical (qui peut être établi par le médecin référent AES ou tout autre médecin) descriptif de la lésion, avec la mention « potentiellement contaminante ».
 - o Je suis praticien libéral : pour bénéficier d'une prise en charge et d'une indemnisation en cas de contamination professionnelle, **je dois avoir souscrit antérieurement une assurance volontaire** « accidents du travail et maladies professionnelles »
 - Soit auprès de la caisse primaire d'assurance maladie / formulaire CERFA S 6101a (<http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-medicale/en-cas-de-maladie-professionnelle/maladie-professionnelle-etes-vous-assure.php> ; http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/formulaires/S6101.pdf)
 - Soit auprès d'une mutuelle ou d'un assureur privé.
 - Je dois alors déclarer l'accident dans les 48 heures auprès de mon assureur (CPAM, Mutuelle ou Assureur privé).

5 – Suivi médical et biologique adapté (VIH, VHB, VHC) :

Les personnes accidentées doivent ensuite pouvoir bénéficier d'un suivi adapté en fonction du risque évalué et, si elles sont traitées, que le traitement n'est pas à l'origine d'effets secondaires.

La coordination entre le médecin prenant en charge la personne blessée, celui du patient-source et celui chargé du suivi est essentielle pour apporter à la victime d'un AES le plus de sécurité et le meilleur soutien possible.

Les points-clés à retenir

Toute personne qui manipule des matériels piquants ou tranchants souillés peut être victime d'un AES

Un AES est à risque de transmission d'agents infectieux, notamment le VIH, VHC, VHB

La conduite à tenir en cas d'AES soit être connue, le référent médical, le service d'urgences et le laboratoire d'analyse doivent être identifiés par tout professionnel exposé au risque.

Si l'indication d'un traitement post-exposition (anti-VIH) est posée, le traitement doit débiter le plus rapidement possible après l'AES, idéalement dans les 4 heures, et avant 48 heures.

Toujours analyser les causes de l'accident afin d'éviter qu'il ne se reproduise et faire progresser la prévention.

La prévention des AES repose sur des mesures de base :

- le respect des précautions standard
- le non-recapuchonnage des aiguilles
- la présence d'une boîte pour objets piquants, coupants, tranchants de taille adaptée, disposée à proximité du soin/ à portée de main pour permettre une élimination des objets piquants, coupants, tranchants immédiatement après utilisation
- la vaccination contre l'hépatite B et son contrôle
- l'utilisation de matériels de sécurité.

Pour en savoir plus

Circulaire interministérielle N° DGS/R12/DHOS/DGT/DSS/2008/91 du 13 mars 2008... (http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2008/08-05/ste_20080005_0100_0079.pdf)

Prise en charge des situations d'exposition au risque viral chez l'adulte. Rapport sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH, sous la Direction du Pr Yeni, Edition 2010 (<http://www.sante.gouv.fr/rapport-2010-sur-la-prise-en-charge-medicale-des-personnes-infectees-par-le-vih-sous-la-direction-du-pr-patrick-yeni.html>)

Circulaire N° DGS/DH/98/249 du 20 avril 1998 (http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_249_20_avril_1998.pdf)

GERES : Groupe d'Etude sur le risque d'exposition des soignants aux agents infectieux (www.geres.org)

III – 4. Annexes action 4 :

**Enquête sur les freins à la vaccination grippale
chez le personnel infirmier en milieu hospitalier
et mesure de l'impact d'une intervention
engageante sur la couverture vaccinale
grippale**

Collaboration Université de Provence Aix-Marseille I

Financement principal DGS

Soutien : Sanofi Pasteur MSD, GSK, MN, SPILF notamment

Enquête sur les freins à la vaccination chez les infirmiers(ères) en milieu hospitalier

Mesure de l'impact d'une intervention engageante sur la couverture vaccinale grippale

Résumé de l'enquête et calendrier de réalisation 2012

Rationnel :

La couverture vaccinale des professionnels de santé, notamment les personnels infirmiers, vis-à-vis de certaines vaccinations comme la grippe reste faible malgré les efforts des équipes vaccinatrices sur le terrain. Les personnels infirmiers occupent une position clef. Parmi les plus exposés par les soins rapprochés qu'ils donnent, ils peuvent participer à la transmission nosocomiale aux patients. Ce sont des relais d'opinion importants auprès de leurs collègues et ils ont un rôle essentiel dans la formation des élèves en soins infirmiers. Enfin, ils sont eux-mêmes amenés à vacciner et ont un rôle important dans le domaine de la prévention.

Objectifs :

Etudier chez les personnels infirmiers leurs connaissances et leur perception des vaccinations, leurs pratiques et comportement, leurs motivations et leurs freins à la vaccination. Vérifier si un positionnement plus actif et valorisant des IDE dans le geste vaccinal est susceptible d'influer sur la couverture vaccinale (l'indicateur choisi est la vaccination grippe).

Méthodes et calendrier de réalisation :

Recrutement de 96 établissements volontaires au sein des réseaux GERES et ANMTEPH.

Conduite de l'enquête en deux volets :

- **Volet 1** (1^{er} trimestre 2012) : réalisation par autoquestionnaire d'un état des lieux des modalités de vaccination grippe et couverture vaccinale grippe dans les établissements du réseau GERES ;
- **Volet 2** : démarche de « recherche-action » menée en trois phases reposant sur l'identification préalable d'équipes d'IDE « relais de vaccination » (réalisée au 1^{er} trimestre 2012) dans 15 établissements volontaires parmi ceux ayant participé au volet 1, à raison de 2 à 4 IDE relais par établissement. L'action nécessite le soutien de la Direction de l'établissement ainsi que l'implication active de la Médecine de Santé au travail et peut s'appuyer sur des collaborations locales (Equipe d'Hygiène...).
- Phase I (conduite au 2^{ème} trimestre 2012) : entretiens individuels d'un échantillon de 8 IDE non sensibilisés par une équipe de psycho-sociologues. L'interview des IDEs a porté sur leurs connaissances, leur perception et les freins perçus et ressentis vis-à-vis des vaccinations.
- Phase II (23-24 mai 2012) : participation des IDE relais à une formation sur l'analyse des freins à la vaccination des IDE et visant à leur donner des outils pour devenir des relais de vaccination dans leur établissement (session de 2 jours à Paris).
- Phase III (3^{ème} et 4^{ème} trimestre 2012) : élaboration d'une stratégie de campagne vaccinale grippe 2012 dans l'établissement par les IDE « relais de vaccination ». L'impact de cette approche sera mesuré en comparant les couvertures vaccinales grippe 2011 et 2012 dans les établissements participant au volet 2 et dans les établissements référents.

Les données de fin d'étude sont en cours de récupération (mars-avril 2013). L'analyse des données ne fournira pas de résultats par établissement. Les résultats seront communiqués au Ministère chargé de la Santé et serviront à guider les politiques vaccinales. Un rapport de fin d'étude doit être rédigé courant juin 2013. Des résultats préliminaires de cette étude ont été et vont être présentés :

- La communication engageante comme stratégie d'adhésion à la vaccination antigrippale (E. Bouvet), communication orale, 25^e Rencontres sur la grippe et sa prévention, 24 oct. 2012, Paris.
- Perception des IDE de la vaccination anti-grippale (D. Castella, G. Lomonaco), communication orale, 22^e Journée annuelle du GERES, 7 déc. 2012, Paris
- Premières données de couverture vaccinale (S. Fendri), communication orale, 22^e Journée annuelle du GERES, 7 déc. 2012, Paris
- Impact de l'épisode de la grippe H1N1 sur la perception de la vaccination antigrippale (VAG) par les IDE (E. Bouvet). Communication Poster K-16. 14^e Journées Nationales d'Infectiologie, 12-14 juin 2013, Clermont-Ferrand.

Enquête sur les freins à la vaccination grippale chez les IDEs

VOLET 2/PHASE II : Formation des IDE « relais de vaccination »

Programme de formation

Eurosites République Paris, 23 et 24 mai 2012

MERCREDI 23 MAI 2012

9h30	Accueil des participants	
10h00-12h30	Modérateur : E. Bouvet, GERES/Bichat-Paris	
10h00	Introduction de la formation, tour de table	
10h30	La grippe : épidémiologie, voie de transmission, clinique et traitement	<i>E. Bouvet, GERES/Bichat-Paris</i>
11h15	Principes généraux de la vaccination. Particularités du vaccin grippal. Efficacité et effets secondaires potentiels	
		<i>O. Launay, CIC Cochin-Paris</i>
12h30	<i>Pause déjeuner</i>	
14h00-15h30	Modérateur : G. Pellissier, GERES-Paris	
14h00	La mauvaise couverture vaccinale contre la grippe des personnels de santé : intérêt de la vaccination grippale, réticences à la vaccination et difficultés à vacciner	<i>O. Robert, Edouard Herriot-Lyon</i>
14h45	Les aspects juridiques de la vaccination grippale en milieu de soins. Le rôle de l'IDE dans la vaccination.	
		<i>S. Touche, CHU-Reims</i>
15h30	<i>Pause-café</i>	
16h00-17h30	Modérateur : S. Touche, CHU-Reims	
16h00	Hiver 2011-2012 : beaucoup de gripes chez les vaccinés ?	<i>E. Bouvet, GERES/Bichat-Paris</i>
16h20	Printemps 2009 : émergence d'un nouveau virus grippal H1N1. Prise en charge, vaccination... Retour d'expérience	
		<i>C. Rabaud, CHU-Nancy</i>
17h30	<i>Fin de la journée</i>	

JEUDI 24 MAI 2012

9h30	Accueil des participants	
10h00-12h30	Modérateurs : S. Quelet, DASES-Paris ; AC. Delavelle, CHU-Reims	
10h00	Retour d'expériences des IDE relais	
	<i>CH, Belfort-Montbéliard</i>	<i>CH, Charleville Mézières</i>
	<i>CHI Eure Seine, Evreux-Vernon</i>	<i>EPSM Georges Mazurelle, La Roche sur Yon</i>
	<i>CHU-Hôpital Maison Blanche, Reims</i>	
11h00	Restitution des données des interviews des IDE	<i>D. Castella, Aix en Provence</i>
11h45	Communication engageante : méthodologie et retour d'expérience	
		<i>F. Girandola ; F. Michelik, Aix</i>
12h30	<i>Pause déjeuner</i>	
14h00-16h00	Modérateurs : S. Belorgey, Bichat-Paris ; C. Rabaud, CHU-Nancy	
14h00	Atelier : mise en place d'une campagne de vaccination (outils, messages à faire passer, etc.)	
16h00	<i>Fin de la journée</i>	

Enquête sur les freins à la vaccination chez les IDE Formation des IDE « relais de vaccination »

Synthèse des questions des IDE

La grippe : épidémiologie, voie de transmission, clinique et traitement E. Bouvet, Bichat-Paris

- Données nationales (caraïbes, Ile de France) sur les incidences de grippe, atteintes, séquelles, absentéisme... par tranches d'âge
- Historique des épidémies

Principes généraux de la vaccination. Particularités du vaccin grippe. Efficacité et effets secondaires potentiels O. Launay, CIC Cochin-Paris

- La vaccination est-elle efficace ? Quelle est l'efficacité du vaccin sur la souche de l'année suivante ?
- Est-elle nécessaire tous les ans ?
- Pourquoi la vaccination grippe n'est-elle pas obligatoire ?
- Quels sont les risques post-vaccinaux : Guillain-Barré, effets indésirables ? Quelle est la douleur possible dans le bras, le risque de ne pas être en forme pour le week-end de repos ou la garde qui suivra ? Quelle est le risque de faire un syndrome grippal atténué après la vaccination ? Le vaccin va-t-il me rendre malade ?
- Quelle est la composition des vaccins antigrippaux ? Quels sont les risques liés à la présence des excipients (aluminium, etc.) ?
- Quels sont les effets des autres thérapeutiques à visée préventive (homéopathie, etc.) ?
- Vaccination altruiste : taux pour une couverture efficace.
- Quel comportement adopter face à une femme enceinte ?

La mauvaise couverture vaccinale contre la grippe des personnels de santé : intérêt de la vaccination grippe, réticences à la vaccination et difficultés à vacciner O. Robert, Edouard Herriot-Lyon

- Je m'interroge surtout sur les raisons que peuvent avoir mes collègues à ne pas se faire vacciner.
- Le lobbying des laboratoires pharmaceutique est évoqué comme raison de non vaccination.
- Comment améliorer la couverture vaccinale du personnel hospitalier ?
- Quels messages, quels outils pourraient nous y aider ? Quels outils de communication utilisés ?
- Comment rassurer les professionnels, les convaincre de l'intérêt de la vaccination ?
- Pourquoi la vaccination n'est-elle pas perçue de façon identique entre le personnel médical et paramédical ?
- Quel niveau d'information faut-il adopter ?
- Comment faire passer le message de la protection du patient ?

Printemps 2009 : émergence d'un nouveau virus grippal H1N1. Prise en charge, vaccination... Retour d'expérience C. Rabaud, CHU-Nancy

- La campagne grippe 2009 concernant H1N1 doit nous interroger
- Comment sensibiliser les professionnels à la vaccination après la campagne H1N1 ?

Questions non réparties

- Comment connaître et recenser les vaccinations grippe réalisées en dehors du CH (ex : réalisées par les médecins traitants) ?
- Vaccination altruiste : taux pour une couverture efficace

Enquête sur les freins à la vaccination chez les IDE

Communications orales, 22^e Journée annuelle du GERES, 7 déc. 2012

ENQUÊTE SUR LES FREINS A LA VACCINATION GRIPPALE CHEZ LE PERSONNEL INFIRMIER EN MILIEU HOSPITALIER

Mesure de l'impact d'une intervention engageante sur la couverture vaccinale grippale

RESULTATS PRELIMINAIRES

S.FENDRI, C.CIOTTI, D.ABITEBOUL, F.GIRANDOLA, E.BOUVET

07-12-2012

CONSTATS

COUVERTURE VACCINALE DES SOIGNANTS : VAXISOIN (2009) [1]

- Couvertures vaccinales obligatoires satisfaisantes
- Couvertures vaccinales recommandées faibles

	Médicins		Infirmières		Echecs formels		Autres soignants		Total	
	N	% (IC95 %)	N	% (IC95 %)	N	% (IC95 %)	N	% (IC95 %)	N	% (IC95 %)
Régularité 8 complète (2-4 doses consécutives)	34	76,2 (61,8-90,6)	33	90,8 (80,8-100)	41	77,7 (69,8-85,6)	33	95,9 (90,9-100)	208	87,7 (81,7-93,6)
A jour du dernier rappel d'EP couronné	42	95,0 (87,8-100)	36	97,9 (91,9-100)	34	99,7 (98,9-100)	43	99,0 (98,9-100)	305	95,5 (91,7-99,3)
Vaccination BCG déclarée	103	76,8 (69,8-83,8)	107	94,8 (91,8-97,8)	38	99,6 (99,6-100)	100	99,7 (99,7-100)	428	94,9 (93,9-95,9)
Rappel vaccinal obligatoire à l'accès de l'EP	19	24,7 (9,4-40)	18	8,4 (0,4-16,4)	27	43,8 (34,8-52,8)	17	13,8 (8,8-18,8)	82	13,4 (8,4-18,4)
Régularité 1 dose déclarée	37	87,0 (80,8-93,2)	23	42,0 (31,8-52,2)	14	93,7 (89,7-97,7)	21	55,0 (51,0-59,0)	95	48,7 (44,7-52,7)
Validité 1 dose déclarée	3	11,5 (0,5-22,5)	4	26,7 (12,7-40,7)	1	95,3 (85,3-100)	4	23,8 (12,8-34,8)	14	28,9 (18,9-38,9)
Grippe 2009-10 déclarée	34	55,0 (41,0-69,0)	27	34,8 (21,8-47,8)	15	22,6 (14,6-30,6)	22	18,8 (13,8-23,8)	108	25,6 (21,6-29,6)

COUVERTURE VACCINALE DES SOIGNANTS : VAXISOIN (2009) [2]

- Couverture vaccinale grippale : 25.6%
- IDE moins bien vaccinés que les médecins
 - 24.4% versus 55%
- Freins spécifiques chez les IDE ?

COMMENT FAIRE PROGESSER LA COUVERTURE VACCINALE CHEZ LES IDE ?

1. Comprendre leurs réticences ciblées sur la vaccination grippale
 - Nombreuses enquêtes sur les freins à la vaccination publiées (questionnaire)
 - Autre méthode ?

COMMENT FAIRE PROGESSER LA COUVERTURE VACCINALE CHEZ LES IDE ?

2. Les impliquer de façon plus active dans les campagnes ?
 - Personnels parmi les plus exposés
 - Les vaccinations = un acte infirmier
 - Délégation croissante des actes
 - Relais d'opinion auprès de leurs collègues moins qualifiés et des patients
 - ⇒ IDE = Relais de vaccination ?

UNE ENQUETE A PLUSIEURS VOLETS

OBJECTIFS

- 1- Etudier chez les personnels infirmiers leurs perceptions et leurs freins à la vaccination grippale
- 2- Former des IDE potentiellement vaccinateurs (formation sur la vaccination grippale, communication engageante...)
- 3- Vérifier si un positionnement plus actif («communication engageante») et plus valorisant des IDE dans le geste vaccinal est susceptible d'influer sur la couverture vaccinale grippale

METHODOLOGIE

- Recrutement d'établissements volontaires au sein du réseau GERES et ANMTEPH
- Enquête en deux volets :
 - Volet 1 : état des lieux des modalités de vaccination grippale et couverture vaccinale grippale dans les établissements participants par auto-questionnaire
 - Volet 2 : démarche de « recherche-action » en 3 phases reposant sur l'identification préalable d'équipes d'IDE « relais de vaccination » dans 10-15 établissements volontaires parmi ceux ayant participé au volet 1, à raison de 2 à 4 IDE relais par établissement

LE VOLET 2 EN DETAILS

- **Phase I** : entretien individuel de 8 IDE « réticents » à la vaccination par une équipe de psycho-sociologues : connaissances, perception et les freins perçus et ressentis vis-à-vis de la vaccination grippale
- **Phase II** : participation des IDE relais à une formation visant à leur donner des outils pour devenir des relais de vaccination dans leur établissement
- **Phase III** :
 - élaboration d'une stratégie de campagne vaccinale grippale 2012 dans l'établissement par les IDE « relais de vaccination »
 - 3 établissements bénéficieront de la technique de communication engageante (avec les psychosociologues)
- ↳ Evaluation de l'impact de ces actions en comparant les couvertures vaccinales grippales 2010-2011 et 2012 dans les hôpitaux participants à celles des hôpitaux non participants

COMMUNICATION ENGAGEANTE F. GIRANDOLA ET RV. JOULE

- Objectif : intention → actes durables
- Principe : acte engageant préparatoire + communication persuasive
- Passer du statut de récepteur au statut d'acteur : c'est ce qui distingue une démarche de communication engageante d'une démarche de communication classique

PREMIERS RESULTATS

VOLET 1 HOPITAUX PARTICIPANTS (1)

•96 établissements participants sollicités parmi le réseau GERES et ANMTEPH

- GERES : 69 établissements sur environ 300 sollicités
- ANMTEPH : 27 établissements

•Types d'établissement :

- CHU/CHR : 14 (14,6%)
- CH : 54 (56,3%)
- Autres : 15 (15,6%)

•Statut : public : 81,3% / privé : 6,3%

•Nombre total de lits : 54 853

VOLET 1 DESCRIPTION DES PARTICIPANTS (2)

•Etablissements avec médecin du travail : 91 (94,8%)

- Sur place dans 88 établissements

•Etablissements avec un hygiéniste : 89 (92,7%)

VOLET 1 MODALITES DE VACCINATIONS (1)

Vaccinateurs

	Nombre d'établissements*
Médecin du travail	79 (82,3 %)
IDE de médecine du travail	70 (72,9%)
Médecin hygiéniste	3 (3,1%)
IDE hygiéniste	6 (6,3%)
Autres médecins	13 (13,5%)
Autres IDE	21 (21,9%)

*Total supérieur à 96 car les établissements peuvent avoir opté pour différentes modalités

- Vaccinateurs exclusivement de médecine du travail : 76 établissements (79%)
- Vaccinateurs exclusivement du service d'hygiène : 2 établissements(2.1%)
- Vaccinateurs exclusivement des autres services : 6 établissements (6.25%)

VOLET 1 MODALITES DE VACCINATION (2)

Lieu de vaccination

	Nombre d'établissements*
Médecine du travail	89 (92,7%)
Equipe mobile	16(16.7%)
Services de soins	64 (66,7%)
Lieu dédié	11 (11,5%)
Autre	10 (10,4%)

*Total supérieur à 96 car les établissements peuvent avoir opté pour différentes modalités

- Uniquement en médecine du travail : 17 établissements (17.7%)
- Uniquement dans un lieu dédié autre : 2 établissements (2.1%)
- Uniquement dans les services de soins : 0 établissements
- Uniquement avec une équipe mobile : 3 établissements (3.1%)

VOLET 1 COUVERTURES VACCINALES 2010 (1)

Par profession

	Globale	Médecins	IDE	Autres personnels paramédicaux	Personnels non soignants
Couverture vaccinale	13,2%	22,9%	13,2%	11,2%	13,1%
Minimum	1,0 %	0	0	0	0
Maximum	33,0 %	69,0%	31,6%	38,0%	38,0%

VOLET 1 COUVERTURES VACCINALES 2010 (2)

Par type d'établissements

	Globale	Médecins	IDE	Autres personnels paramédicaux	Personnels non soignants
CHU/CHR (n=14)	12,1% [2 – 26]	26,6% [1 – 50]	12,8% [0 – 31,6]	8,8% [0 – 24,6]	10,6% [0 – 23,9]
CH (n=54)	13,1% [1 – 26,5]	21,3% [0 – 69]	13,6% [1 – 31]	11,5% [1,5 – 38]	13,2% [1 – 38]
Autres (n=15)	18,8% [4 – 31,7]	23,5% [4,2 – 43]	11,3% [5 – 27]	10,6% [1,5 – 26,3]	12,9% [4,9 – 35]

VOLET 1 COUVERTURES VACCINALES 2010 (3)

Par taille d'établissement

	Globale	Médecins	IDE	Autres personnels paramédicaux	Personnels non soignants
Moins de 500 lits (n=42)	13,0% [2 – 35]	21,2% [0 – 65]	13,0% [0 – 31]	11,0% [0 – 22]	13,4% [0 – 36]
Entre 500 et 1000 lits (n=30)	14,1% [7,4 – 31,7]	27,5% [12 – 69]	14,0% [5,3 – 35]	13,7% [4 – 38]	14,5% [7,3 – 38]
Plus de 1000 lits (n=15)	11,9% [1 – 26]	23,9% [2 – 50]	11,8% [1 – 31,6]	8,4% [1 – 24,6]	10,9% [1 – 23,9]

VOLET 2 PHASE I

- 8 entretiens individuels semi-directifs (IDE)
- 3 hôpitaux :
 - E. Herriot (Lyon)
 - St Eloi (Montpellier)
 - La Timone (Marseille)
- Résultats présentés par D. Castella et G. Lomonaco

VOLET 2 PHASE II

- Sur les 96 établissements du volet 1
 - 14 établissements volontaires pour le volet 2
 - 28 IDEs relais de vaccination, soit 1 à 3 par établissement
- Formation des IDE : 23-24 mai 2012
(point grippe, communication engageante, campagne 2012)
- Nombre de participants : 33 (IDE=25, MdT=8)

VOLET 2 PHASE III

- 14 établissements relais participants: 28 IDE
- 3 établissements bénéficient de la communication engageante avec les psychosociologues
NB : résistances dans un établissement
- 11 établissements : choix libre de la méthode de campagne. (point 30/10)
↳ Actes préparatoires: Concours d'affiches, slogans, logos sur la vaccination antigrippale, signature d'une charte d'engagement

CONCLUSION

- Confirmation couvertures vaccinales faibles :
 - plus faibles que 2010
 - Couvertures + faibles dans les CHU
- La suite... campagne en cours
- Résultats attendus pour le 1er semestre 2013

↳ La communication engageante : un nouveau mode d'action pour l'adhésion des personnels de santé

CONSEIL SCIENTIFIQUE

/ Dominique AUBERTIN, CHU
 / Lucie BELLOC, spécialiste de l'équipe IDE de la CHU
 / Fabrice BELLANGER, CHU de Clermont-Ferrand, CHU Paris
 / Olivier BOUDET, CHU
 / Anne-Catherine DELAVILLE, CHU de Clermont
 / Sylvie FRODAS
 / Fabrice GILARDI, Université de Provence (CHU Marseille)
 / Jean-Paul HUBER, CHU
 / Olivier JOURNET, CHU

AUBERTIN : Association Nationale de Médecins de Travail et d'Hygiène de l'Environnement des Hôpitaux
 BELLOC : Commission de l'Institut National de Veille Sanitaire
 BOUDET : Groupe d'Etudes et de Recherche sur l'Organisation des Soins
 BELLANGER : Institut National de Veille Sanitaire
 DELAVILLE : Institut National de Veille Sanitaire
 FRODAS : Institut National de Veille Sanitaire
 GILARDI : Institut National de Veille Sanitaire
 HUBER : Institut National de Veille Sanitaire
 JOURNET : Institut National de Veille Sanitaire

GERES
GÉNÉRALISTES EN RECHERCHE ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET EN SANTE PUBLIQUE

LPS
LABORATOIRE DE PSYCHOLOGIE SOCIALE

Aix-Marseille université

NEXUS

Enquête sur les freins à la vaccination antigrippale chez les IDE en milieu hospitalier

David CASTELLA
Psychologue social – Consultant RPS – Cabinet Nexus
Chargé de Cours
Université d'Angers & des Pays de Vaucluse

Grégory LO MORACO
Maître de Conférences
Laboratoire de Psychologie Sociale
Aix-Marseille Université

Faculté de Médecine Bichat, Paris le 7 décembre 2012

PLAN DE LA PRÉSENTATION

- 1 Intérêts de l'approche psychosociale des freins à la vaccination antigrippale (VAG)
- 2 Connaissances objectives vs. Construction sociale du vaccin antigrippal
- 3 Aspects théoriques: Pensée Sociale et Représentations sociales
- 4 Méthodologie de l'enquête
- 5 Présentation des principaux résultats
- 6 Interprétation des résultats
- 7 Limites & perspectives

1. INTÉRÊTS DE L'APPROCHE PSYCHOSOCIALE DES FREINS À LA VACCINATION ANTIGRIPPALE

- Un constat résultant de l'enquête nationale Vaxisoïn (2009)
 - « La vaccination grippale mérite une attention particulière car c'est la seule vaccination recommandée pour laquelle la CV des médecins est nettement supérieure à celle des autres professions. Chez ces derniers, il existe vraisemblablement un frein spécifique à la vaccination antigrippale dont l'origine devrait être investiguée par des études psychosociales. » (p. 374)

Source : Dufourcq, Fontanaux, Coll, Sournel, Pellissier, Lévy-Strauss, & Aklestad (2011).

1. INTÉRÊTS DE L'APPROCHE PSYCHOSOCIALE DES FREINS À LA VACCINATION ANTIGRIPPALE

- Approche compréhensive du phénomène étudié
- Interroger les croyances relatives à l'objet
- Questionner les pratiques sociales liées à l'objet
- Identifier les systèmes de croyances afin d'optimiser les communications
 - Identifier les fonctions du non recours à la VAG

2. CONNAISSANCES OBJECTIVES VS. CONSTRUCTION SOCIALE DU VACCIN ANTIGRIPPAL

- Le regard psychosocial (Moscovici, 1964)

- Des prises de position individuelles déterminées dans et par le rapport entretenu avec le social
- De la pensée construite socialement à l'adoption des comportements (Jodelet, 1989 ; Guimel, 1996)

3. ASPECTS THÉORIQUES: PENSÉE SOCIALE ET REPRÉSENTATIONS SOCIALES

- La pensée sociale vs. pensée scientifique (Gurmel, 1999 ; Moscovici & Hershkov, 1964 ; Rouquette, 1977, 1990)
 - Co-existence et interaction entre différentes modalités de pensée
- Les représentations sociales (Moscovici, 1961 ; Abric, 1976, 1987, 1994, 2001 ; Rattiau et al., 2011)
 - Pour décrire et comprendre l'univers de pensées, croyances, opinions et connaissances
 - Pour appréhender et anticiper les pratiques et les comportements

4. MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE

- 8 entretiens semi-directifs auprès d'IDE en milieu hospitalier
- 3 hôpitaux :
 - Edouard Bellet, Lyon ; St Eloi, Montpellier ; La Timone, Marseille
- Temps moyen de passation : entre 35 min. et 1h
- Passation dans un bureau mis à disposition par les services de Médecine au Travail
- Une passation en deux temps :
 1. Une phase d'association verbale libre : chaque association est ensuite développée par le sujet à la manière de la 1^{re} phase de la technique des cartes associatives.
 2. Une phase semi-directive : mobilisation de thèmes à aborder issus de la littérature, et des demandes spécifiques émises par le GERES

5. PRÉSENTATION DES PRINCIPAUX RÉSULTATS

5. PRÉSENTATION DES PRINCIPAUX RÉSULTATS

Arguments scientifiques

- Efficacité
- Défenses immunitaires
- Effets secondaires
- Bénéfices/risques
- Souche

Arguments moraux

- Confiance altérée
- Enjeux financiers
- Rôle des médias
- Pressions déclarées

5. PRÉSENTATION DES PRINCIPAUX RÉSULTATS

Arguments scientifiques

- Efficacité** : « C'est surtout l'efficacité médicale du vaccin qui réincite à ne pas le faire. »
- Souche** : « Le vaccin 2012, il faut le préparer avant, donc sur la souche 2011. Et comme le virus mute chaque année, le vaccin 2012 n'est pas totalement efficace sur la souche 2012 du coup. »
- Défenses immunitaires** : « Ça dépend de tous les ans, parce qu'il y a des nouvelles et qu'elles font tout systématiquement mutatis... Dans je pense même lui un système immunitaire naturel fait. »
- Bénéfices/risques** : « Ça peut avoir les conséquences de la vaccination. Qu'il y ait plus de risques à le faire qu'à ne pas le faire. Tout ça dans la balance fait que je me suis décidé à ne pas le faire. »
- Effets secondaires** : « Le seul moyen que j'ai de ne pas me faire vacciner, c'est de l'oublier. Alors qu'on me fait vacciner, non seulement je risque de l'avoir, mais je peux aussi avoir d'autres effets secondaires par exemple. »

5. PRÉSENTATION DES PRINCIPAUX RÉSULTATS

Arguments moraux

- Confiance altérée** : « Après, pour les autres, c'est plus à cause de ce qui s'est passé pour la grippe A ou un virus à l'été, on leur a pas grand-chose à l'année. » « Moi, sur le terrain, je ne le vois pas vraiment répandre. On n'y croit pas. »
- Enjeux financiers** : « Au plus il y a de la peur, au plus les gens se vaccinent à priori, donc au plus ils gagnent de l'argent en fait. »
- Rôle des médias** : « Depuis le flu de 2009, un gros flu, j'ai entendu de tout, et là de tout avec, sur internet ou dans des journaux, sur à la télé... Donc tout ce flu médiatique déjà. »
- Pressions déclarées** : « C'est un peu ce qu'on entend. Dans le passé de la Moule Marée, ça a été censé avoir toutes les conséquences et que cela n'est pas discuté. »

5. PRÉSENTATION DES PRINCIPAUX RÉSULTATS

Arguments scientifiques

- Efficacité
- Défenses immunitaires
- Effets secondaires
- Coût
- Bénéfices/risques
- Souche

Arguments moraux

- Confiance altérée
- Enjeux financiers
- Rôle des médias
- Pressions déclarées

Négociation du risque

Utilité vs. inutilité de la vaccination

Risque mortel ou non

Obligation vs. recommandation

Construction sociale du risque lié au vaccin

6. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

DEUX TYPES DE RAISONNEMENT :

<p>Vaccination obligatoire</p> <p>↓</p> <p>Perception du risque mortel élevé</p> <p>↓</p> <p>Vaccination perçue comme pertinente et utile</p>	<p>Vaccination recommandée</p> <p>↓</p> <p>Absence de Perception de risque mortel</p> <p>↓</p> <p>Recommandation reconstruite et perçue comme inutile</p>
---	---

6. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

« Donc comme le vaccin contre la grippe n'est pas obligatoire, on peut s'en passer. Sinon, il serait obligatoire, non ? »

7. LIMITES ET PERSPECTIVES

- Nombre de sujets trop faible
- Limite de l'analyse Alceste sur des données fortement consensuelles
- Pondération limitée des facteurs explicatifs liée à l'approche qualitative

7. LIMITES ET PERSPECTIVES

- Etude socio-représentationnelle quantitative à deux niveaux :
 1. Sociocognitif et systèmes de croyances
 2. Comportemental
- Un double objectif :
 1. Approfondir ce qui a été mis en évidence sur un échantillon plus large et avec d'autres méthodologie
 - Triangulation méthodologique et quantification des faits observés
 2. Approfondir les résultats obtenus notamment par Falomir-Pichastor et al. (2009)

Enquête sur les freins à la vaccination chez les IDE

Abstract accepté pour une communication Poster aux 14^e JNI,
juin 2013, Clermont-Ferrand

Impact de l'épisode de la grippe H1N1 sur la perception de la vaccination antigrippale (VAG) par les IDE

Gregory Lo Monaco, LPS, Aix
David Castella, Cabinet Nexus, Avignon
Fabien Girandola, LPS, Aix
Syrine Fendri, GERES, Paris
Gérard Pellissier, GERES, Paris
Dominique Abiteboul, GERES, Paris
Elisabeth Bouvet, GERES, Paris

Objectifs. La VAG est la seule vaccination recommandée pour laquelle la couverture vaccinale des médecins est supérieure à celle des autres professions. Les IDE sont des relais d'opinion et peuvent assurer un rôle déterminant de relais de vaccination. Une enquête a été conduite pour investiguer chez ces personnels l'origine du frein spécifique à la VAG.

Matériels et Méthodes. L'enquête a été réalisée au sein d'hôpitaux volontaires en 2 volets : un état des lieux par autoquestionnaire des modalités de VAG et de la couverture vaccinale ; des entretiens individuels semi-directifs menés par un psychosociologue auprès d'IDE « réticentes » à la vaccination, avec analyses du contenu, lexicométrique, et thématique du corpus discursif.

Résultats. L'état des lieux a été conduit dans 96 centres : 14 CHU, 54 CH et 15 autres. La couverture vaccinale grippe 2010 chez les médecins et les IDE était respectivement de 22,9% et 13,2%. Huit entretiens ont été menés dans 3 hôpitaux. Les IDE, quand on leur demande ce qu'elles pensent de la VAG et des raisons de ne pas se faire vacciner, font systématiquement référence à l'épisode de la grippe H1N1. Les arguments moraux et scientifiques viennent se renforcer mutuellement, les IDE puisant dans leurs connaissances pour justifier et légitimer leurs prises de position.

Conclusion. La couverture vaccinale 2010 est 2 fois plus faible que celle relevée pour 2008 dans l'enquête Vaxisoin. Le vaccin est considéré comme inutile du fait de la non-obligation de VAG et de la perception de risques très faibles. Les polémiques liées à la gestion de la grippe H1N1 en 2009 semblent avoir cristallisé et conforté cette position. Ces données vont dans le sens d'une diminution, à confirmer, de la couverture vaccinale après l'épisode de la grippe H1N1.

III – 5. Annexes : Action d'évaluation des AES

Collaboration GERES, Corevih Ile de France Ouest, Corevih Ile de France Nord, Départements de Médecine Générale, Université Paris 7 et Université de Lorraine notamment

Financement principal DGS

Suivi des TPE par l'intermédiaire des COREVIH

DONNEES AES/AEV DES COREVIH

(Coordinations Régionales de lutte contre l'infection due au VIH)



Rationnel / Prise en charge des AEV

- **Cadre réglementaire**
 - Circ. DGS/RI2/DHOS/DGT/DSS/2008/91 du 13 mars 2008 (prise en charge des expositions virales);
 - Arr. du 1^{er} août 2007 (suivi sérologique AES);
- **Des recommandations d'experts**
 - Rapport « Yent » 2010 - Prise en charge des personnes infectées par le VIH;
 - Référentiel EPP/AES de la SFLS...regard critique sur ses pratiques pour les améliorer
- **GERES mandaté par la DGS / mission en direction des COREVIH pour une évaluation de la prise en charge des AEV**



Dispositif de prise en charge et de suivi des AEV

- **Complexe, intervenants multiples**
 - Nécessité d'évaluer pour améliorer la qualité de la prise en charge



Les COREVIH

- **Créés par décret du 15/11/2005, mis en place en 2007**
 - Réforme des CISH (Centres d'Information et de Soins de l'Immuno-déficience Humaine) créés en 1988
 - Organisation territoriale de référence pour l'ensemble des acteurs qui concourent à la prise en charge médicale, psychologique et sociale des patients infectés par le VIH
 - Pas des structures de terrain mais des structures coordinatrices des actions menées par les acteurs de terrain
- **Missions**
 - Coordonner les actions (les acteurs) de la lutte contre le VIH
 - Améliorer en permanence la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients, participer à l'évaluation et à l'harmonisation des pratiques
 - Analyser les données médico-épidémiologiques relatives aux patients infectés par le VIH
- **Rédaction d'un rapport d'activité annuel sur la base d'un modèle type (Circ. DHOS/E2/DGS/2007/328)**



La prise en charge des AES

- **Elle fait partie des missions du Corevih**
 - Coordination de la prise en charge des AES sur son territoire
 - Evaluation de son activité dans le domaine de la prise en charge des AES
- **Le Corevih doit connaître et suivre les modalités de prise en charge des AES dans les étabs**
 - Un protocole conforme aux bonnes pratiques doit être présent dans tous les étabs du territoire couvert par le Corevih
- **Le Corevih s'assure de l'absence de disparité du dispositif de prise en charge des AES sur son territoire**
 - Accès permanent 24h/24 et 7j/7 à un avis médical pour un AES
 - Accès permanent 24h/24 et 7j/7 aux ARV pour un AES



Les COREVIH

- **28 Corevih**
 - Territoire de référence = la région / sauf Ile de France où 5 Corevih



Mission de suivi des traitements post-exposition

- Réalisation d'une étude pour un recueil de données sur la mise en route d'un TPE par l'intermédiaire des Corevih (Convention DGS/GERES 2012)
 - Délivrance TPE, nombre de sites de prise en charge, nombre de traitements délivrés, suivi des patients traités, effets secondaires...
- Approche 1^{er} niveau:
 - Analyse des données médico-épidémiologiques disponibles dans les rapports d'activité 2011 des Corevih

Méthode

- Recherche / récupération des rapports sur internet
 - 24/28 rapports d'activité récupérés
- Etablissement d'une grille de recueil des données :
 - Disponibilité de données sur les AES (professionnels et sexuels) des établissements de la Corevih
 - Nombre d'établissements référents sur le territoire
 - Nombre d'épisodes d'AES (dont professionnels et sexuels) suivis dans les étabs de la Corevih
 - Nombre de TPE prescrits sur l'ensemble du territoire (dont dans le cadre d'AES professionnels, dans le cadre d'AES sexuels)
 - Majoritairement, types de TPE proposés (BI-, Tri-, Quadrithérapies)
 - Détail des associations
 - Durée moyenne du TPE
 - Modalités de suivi appliquées (suivi à 1 mois, suivi à 3 mois)
 - Nombre de séroconversions notées

Résultats

- 24 rapports d'activité disponibles
 - 4 manquants (1 Corevih n'a pas de site internet)
- Mention de données AES/AEV,
 - Dans 54% des rapports
 - Données toujours partielles:
 - Soit issues d'une minorité des étabs référents
 - Soit non analysées ou analysées partiellement

Types de données mentionnées

Données 24 rapports d'activité	n	%
1 groupe W, Commission ou thème « AES »	15	63
Des AES recensés	13	54
1 thème AES et des AES recensés	10	42
Des données AES prof et sex	10	42
Nb de TPE	10	42
Nb de TPE pour AES prof et sex	6	25
Types de TPE	4	17
TPE – détail des associations	4	17
Nb de recours par AES	3	13
Durée du TPE	2	8
Modalités de suivi à 1 mois	1	4
Modalités de suivi à 3 mois	0	–

% des étabs référents qui ont transmis des données AES

Etabs référents (Données 24 rapports d'activité)	n	%
Nb Etabs référents identifiés	212	100%
AEV recensés	65	31%
AEV analyse partielle	42	20%
TPE	25	12%

Données AES

- 9 920 AES recensés (13 rapports/24)
 - Médiane : 126 (1^{er} quartile : 0 ; 3^e quartile : 329)
 - Maximum : 2 298
- 5 409 AES analysés (55%) / analyse partielle (11 rapports/24)

Données AES – types d'exposition (10 rapports/24)

Type d'exposition	n	%
5 374 AES – 10 rapports/24 (54% des AES recensés)		
AES professionnels	2 363	44
AES sexuels et autres	2 952	55
AES sexuels	1 645	
AES sexuels et autres	1 130	
AES autres	103	
AES non précisé	59	1

AES autres : non professionnels (seringues abandonnées, agressions avec plaques, coupures, morsures, griffures...)

 Journée mondiale de l'OPPV
 Paris 7.06.2012


13

Données AES – TPE (10 rapports/24)

TPE	n	%
4 585 AES – 10 rapports (46% des AES recensés)		
Nb de TPE	1 426	31

 Journée mondiale de l'OPPV
 Paris 7.06.2012


14

AES – TPE selon le type d'exposition (6 rapports/24)

Type d'exposition	AES, n (%)	TPE, n (% des AES considérées)
3 398 AES – 6 rapports (34% des AES recensés)		
AES professionnels	1 556 (46)	132 (8)
AES sexuels et autres	1 857 (54)	860 (46)
AES sexuels et autres	1 149	343 (30)
AES sexuels	633	486 (77)
AES autres	76	26 (36)

 Journée mondiale de l'OPPV
 Paris 7.06.2012


15

Types de TPE et associations proposées

- Information disponible dans 4 rapports/24 :
 - Trithérapies très largement majoritaires

TPE, n	Détail des associations	N (%)
3 Corevith	Kaletra-Truvada (2 Corevith)	271 (75)
	Combivir-Kaletra (1 Corevith)	76 (21)
1 Corevith	Truvada-Reyataz-Norvir Norvir-F Prezista-Truvada Aplivus-Truvada-Norvir Combivir-Viracept Combivir-Isentress Kaletra-Retrovir-Viread Norvir-Reyataz-Trizivir Isentress-Norvir-F Prezista-Truvada Isentress-Truvada	13 (4)
	Kits: Combivir-Kaletra	6 états
	Kaletra-Truvada	6 états
	Truvada-Isentress	2 états

 Journée mondiale de l'OPPV
 Paris 7.06.2012


16

Modalités de suivi (5 rapports)

Corevith, n (sites)	AES, n	TPE, n (%)	Durée TPE	Nb de recours par AES	Suivi à 1 mois	Suivi à 3 mois
1 (1 site/ CHU)	213 (71)	151	–	1 (5% des cas) 2 à 3 (15% des cas) > 3 (2% des cas)	–	–
1 (2 sites)	210 (28)	58	–	80% des AES traités reçus par le référent	–	–
1 (1 site/ Nads)	72 (57)	41	–	–	–	–
1 (1 site/ CHU/ Nads)	398 (50)	233	–	–	–	–
1 (7)	308 (43)	131	–	–	–	–

 Journée mondiale de l'OPPV
 Paris 7.06.2012


17

Séroconversions

- Pas de séroconversions notifiées dans les rapports 2011, mais des cas notifiés dans des rapports antérieurs suite à un AEV

 Journée mondiale de l'OPPV
 Paris 7.06.2012


18

Constats

- Relevé très partiel de l'activité de prise en charge des AES dans les structures
- Quand mention de données AES/AEV (54% des rapports) :
 - Plus ou moins détaillées
 - Hétérogènes – difficulté pour compiler les données de différents rapports
 - Toujours partielles :
 - Soit issues d'une minorité des états référents
 - Soit non analysées ou analysées partiellement
 - Issues essentiellement des données Nadis

Constats

- Des difficultés d'obtention de données chiffrées sur l'activité liée aux AES/AEV
 - Dans les Soes d'Urgence / en dehors de l'information relayée par les Soes référents VIH quand ils prennent la suite d'une prise en charge initiée aux Urgences
 - Dans les Soes de Médecine du travail, avec notamment un refus de certains Soes de communiquer ces données car les jugeant « internes » à l'établissement
- Des difficultés d'analyse des données
 - Des outils de recueil de l'activité hétérogènes
 - Des données encore gérées manuellement dans certains sites
 - Des transformations en cours de Nadis (V4 -> V5) et de la base hospitalière nationale (DMI2 -> DOMEVIH)

Conclusion/perspectives

- Nécessité :
 - D'une coopération renforcée entre services cliniques et médecine du travail, avec un protocole de prise en charge et de répartition des tâches écrit, et régulièrement actualisé;
 - D'une optimisation du circuit de prise en charge dans les états
 - D'une amélioration de la qualité des outils de recueil de l'activité / intérêt d'une saisie dans Nadis des recours liés à une situation d'exposition accidentelle

Conclusion/perspectives

- Une dynamique positive
 - Un groupe de W ou une commission AES mentionnés dans 63% des rapports 2011 (n=15/24);
 - Des démarches d'harmonisation régionale de la prise en charge des AES/AEV mentionnées dans 15 rapports;
 - Parmi les thématiques prospectives citées pour 2012,
 - Le développement des outils informatiques figure en 2^e place (12 Corevih)
 - Le travail en réseau et la coordination des acteurs figure en 5^e place (9 Corevih)
 - Les AES figurent en 10^e place (6 Corevih).
- Intégrer dans le rapport type proposé aux Corevih pour la rédaction du rapport d'activité un cadre pour la documentation des données AES ?

ETUDES SUR LE RISQUE INFECTIEUX PROFESSIONNEL CHEZ LES MEDECINS LIBERAUX

Comparaison des données en milieu urbain (étude Cabipic conduite en région Paris) et en milieu semi-urbain/rural (étude conduite en région Nancy)

Analyse des données des 2 études qui ont donné lieu à 2 soutenances de thèses de médecine générale en cours.

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7
FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2011

n°

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Melle CAMBON-LALANNE Clotilde

Née le 03/10/1983 à Clamart (92)

Présentée et soutenue publiquement le 31/10/2011

**CABIPIC : Evaluation des risques infectieux professionnels
chez les médecins libéraux.**

Présidente de thèse : Professeur BOUVET Elisabeth

Directeur de thèse : Docteur LE BEL Josselin

DES de MEDECINE GENERALE

RESUME

Les risques infectieux sont connus et quantifiés dans les établissements de santé où des mesures de prévention et de prise en charge ont déjà fait la preuve de leur efficacité. Mais il existe peu d'études ayant évalué les risques infectieux professionnels dans les cabinets libéraux.

L'objectif principal de l'étude CABIPIC était d'évaluer les pratiques des médecins libéraux concernant la gestion des risques infectieux professionnels que sont les AES, l'élimination des DASRI et leur couverture vaccinale.

L'enquête comportait deux phases : une phase observationnelle de médecins libéraux (locaux et pratiques au cabinet), suivie d'une phase d'enquête auprès de généralistes et d'autres spécialités (ORL, pédiatres, rhumatologues, dermatologues, gynécologues et radiologues).

- 14 médecins ont été observés dans la 1^{ère} phase : 93% disposaient d'un gel hydro alcoolique et 57% d'un lavabo en salle de consultation. 86% disposaient d'un conteneur à OPCT conforme. Seuls 14% avaient une poubelle pour DASRI mous.

- 69 médecins généralistes et 78 médecins d'autres spécialités ont répondu au questionnaire dans la 2^{ème} phase : 89% d'entre eux réalisaient des gestes invasifs, les précautions standard n'étaient pas toujours respectées.

33% des médecins ayant répondu au questionnaire ont déclaré avoir déjà été victimes d'AES, majoritairement par piqûre, et 8.2% dans l'année écoulée. Seuls 24% des médecins ayant été victimes d'AES ont déclaré cet accident. Seuls 33% des médecins de l'enquête avaient souscrit à une assurance complémentaire AT-MP.

Le tri déclaré des DASRI pour les OPCT était mieux respecté au cabinet qu'en visite au domicile (90% versus 40%).

Le taux de couverture vaccinale déclaré dépassait 85% pour les vaccins obligatoires (DTP, hépatite B). Les pédiatres et gynécologues étaient les mieux immunisés contre la varicelle, rougeole et coqueluche.

La gestion des DASRI par les médecins libéraux et leur couverture vaccinale était satisfaisante, mais la prise en charge des AES pourrait être améliorée.

Mots clefs

Risques infectieux

Médecins libéraux

Exposition professionnelle

AES

DASRI

Couverture vaccinale.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
2012

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY
Thèse n°

THÈSE

Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Cédric WAGENHEIM

le 19 septembre 2012

**ÉVALUATION DES PRATIQUES DES MÉDECINS LIBÉRAUX
SUR LA GESTION DES RISQUES PROFESSIONNELS LIÉS
À L'EXPOSITION AUX LIQUIDES BIOLOGIQUES**

Examineurs de la thèse :

M. RABAUD Christian, Professeur, Président du jury

M. HARTEMANN Philippe, Professeur

M. PARIS Christophe, Professeur

M. DI PATRIZIO Paolo, Maître de Conférences associé

Résumé :

Introduction : Durant leur exercice, les médecins libéraux sont soumis à un risque d'exposition virale aux liquides biologiques qui est bien connu en milieu hospitalier. Ce travail était destiné à évaluer ces risques professionnels en cabinet libéral.

Matériel et méthode : Cette étude observationnelle descriptive transversale multicentrique ciblait, en Lorraine, 400 médecins (médecins généralistes, ORL, dermatologues, pédiatres, rhumatologues et gynécologues) exerçant en cabinet libéral. Un auto-questionnaire anonyme leur était adressé par courrier, les interrogeant sur leur activité, leurs risques d'exposition aux liquides biologiques, leur couverture vaccinale et leur gestion des déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI).

Résultats : 175 médecins ont répondu au questionnaire. 153 réalisaient des gestes invasifs et 58 ont eu un accident d'exposition au sang (AES). La réalisation de gestes invasifs est le principal facteur de survenue d'un AES ($p=0,0023$). Les accidents étaient à 89,5 % d'origine percutanée. 30,9 % des médecins recapuchonnaient toujours les aiguilles. 40 % ne possédaient pas d'assurance complémentaire. Les vaccins obligatoires (hépatite B et diphtérie-tétanos-poliomyélite) sont suivis à plus de 82 %. 97,6 % triaient les objets piquants, coupants, tranchants (OPCT) contre 60,5 % les déchets mous au cabinet et 44,6 % les OPCT au domicile du patient.

Conclusion : La prévention des AES est insuffisante. Le respect des précautions standard et l'utilisation de matériels de sécurité ne sont pas assez respectés. Seuls les vaccins obligatoires sont réalisés. Le tri des DASRI au cabinet se limite aux OPCT. Des informations complémentaires et la création d'une médecine préventive sont demandées.

Mots-clés : déchets médicaux, vaccination, médecins, gestion du risque, prévention, contamination

**DIRECTIVE EUROPEENNE 2010/32 UE DU CONSEIL DE L'UNION EUROPEENNE DU
10 MAI 2010 PORTANT APPLICATION DE L'ACCORD-CADRE RELATIF A LA
PREVENTION DES BLESSURES PAR OBJETS TRANCHANTS DANS LE SECTEUR
HOSPITALIER ET SANITAIRE**

**PARTICIPATION AUX TRAVAUX DE TRANSPOSITION DE LA DIRECTIVE EN
DROIT FRANÇAIS SOUS L'EGIDE DE LA DGT**

Poursuite en 2012 de la participation initiée en 2011 (Elisabeth Bouvet, Dominique Abiteboul, Gérard Pellissier notamment, pour le GERES).

Contribution GERES à la rédaction des textes et annexes des projets d'arrêté et de décret

Dont réunions à la DGT :

Le 4 mai 2012,
documents de travail : projet d'arrêté et tableau de concordance avec la directive ;

Le 15 juin 2012, document de travail : projet d'arrêté et de décret ;

Le 17 décembre 2012,
objet : finalisation des projets d'arrêté et de décret ;

ACTION DE LA CONVENTION DGS 2010 EN COURS D'ACHEVEMENT DEBUT 2013
Revue actualisée du risque de transmission de soignant à patient
(soutien financier Société Hutchinson, co-financement DGS)

Objet de l'étude :

L'objectif de cette étude est de faire le point des connaissances actuelles sur le risque de transmission virale soignant soigné, les facteurs de risques, les mesures de prévention conseillées, les recommandations ou réglementations existantes et les difficultés de leur application. Enfin, cette revue critique des données disponibles pourra conduire à identifier des besoins d'études complémentaires.

Sommaire du rapport de fin d'étude *(en voie d'achèvement, en cours de relecture) :***I – INFECTIONS TRANSMISSIBLES PAR VOIE SANGUINE – RISQUE DE TRANSMISSION DE SOIGNANT A SOIGNE ET PREVENTION** *(36 pages)*

I.1. Introduction

I.2. Données épidémiologiques

I.2.1. Risque de transmission du virus de l'hépatite B (VHB)

I.2.2. Risque de transmission du virus de l'immuno-déficience humaine (VIH)

I.2.3. Risque de transmission du virus de l'hépatite C (VHC)

I.3. Tableaux (11 + 2 + 5 + 6)

I.3.1. Tableau I – Cas de transmission du VHB de soignants à soignés

I.3.2. Tableau II – Cas de transmission du VIH de soignants à soignés

I.3.3. Tableau III – Soignants porteurs du VIH : enquêtes rétrospectives négatives

I.3.4. Tableau IV – Cas de transmission du VHC de soignants à soignés

II – FACTEURS DE RISQUE DE TRANSMISSION *(23 pages)*

II.1. Activité du soignant

II.1.1. Chirurgiens

- Spécialité
- Ancienneté

II.1.2. Anesthésistes

II.1.3. Dentistes

II.2. Statut du soignant par rapport à l'infection virale

II.2.1. Infection par le VHB

II.2.2. Infection par le VIH

II.2.3. Infection par le VHC

II.3. Actes en cause

II.4. Facteurs opératoires favorisants

II.4.1. Interventions longues

II.4.2. Interventions hémorragiques

II.4.3. Interventions dans un contexte d'urgence

II.4.4. Stade de l'intervention

II.4.5. Exposition du patient au sang ou à un fluide biologique d'un soignant, par contact direct ou par « recontact »

II.4.6. Etat immunitaire du patient lié au type d'intervention

II.5. Type de gantage

II.5.1. Absence de port de gants

II.5.2. Simple ou double gantage

II.5.3. Changement de gants en cours d'intervention

II.5.4. Changement des pratiques de gantage après contamination de patient(s)

II.5.5. Perforations des gants en tant qu'indicateur de risque

II.6. En résumé, ce qu'on peut retenir de l'analyse des facteurs de risque de transmission

II.7. Annexes

II.7.1. Tableau V – Cas de transmission de virus hématogènes de soignants à soignés : activité des soignants

II.7.2.

III – EVALUATION DES RISQUES *(19 pages)*

III.1. Critiques du recensement des données concernant la transmission

III.2. Evaluation du risque de transmission utilisant un modèle mathématique

- III.2.1. Evaluation du risque de transmission d'un virus hématogène à un patient par un chirurgien infecté
- III.2.2. Tableau VI – Tableau comparatif des risques de transmission entre soignants et patients (d'après UKAP, 2004)
- III.2.3. Evaluation du risque de transmission au cours d'une intervention chirurgicale par un chirurgien dont le statut vis-à-vis des infections virales hématogènes n'est pas connu
- III.2.4. Evaluation du risque de transmission à au moins un patient au cours de sa carrière professionnelle par un chirurgien infecté
- III.2.5. Evaluation du risque de transmission du VIH par un chirurgien sous traitement anti-rétroviral
- III.2.6. Tableau VII – Estimation du nombre de transmissions, avec et sans traitement anti-rétroviral efficace si les soignants pratiquant des actes invasifs de catégorie 3 avaient été autorisés à poursuivre leur activité
- III.2.7. Evaluation du nombre de patients susceptibles d'être contaminés chaque année par un soignant porteur d'un virus hématogène en France
- III.2.8. Critiques et limites de ce mode d'évaluation des risques
- III.3. Place du risque de transmission de virus hématogènes de soignant à patient parmi les risques associés aux soins
 - III.3.1. Transmission par transfusion sanguine et produits dérivés du sang
 - III.3.2. Transmission nosocomiale de patient à patient des virus hématogènes
 - III.3.3. Infections nosocomiales (hors infections par virus hématogènes)
 - III.3.4. Mortalité anesthésique
 - III.3.5. Affections iatrogènes médicamenteuses
 - III.3.6. Evènements indésirables graves « évitables » associés aux soins
 - III.3.7. Commentaires sur la hiérarchie des risques en milieu de soins
- III.4. Perception du risque de transmission de soignant à patient, acceptabilité du risque
- III.5. En résumé, ce qu'on peut retenir de l'évaluation des risques et de son analyse critique

IV – ANALYSE CRITIQUE DES RECOMMANDATIONS ET REGLEMENTATIONS ET DE LEURS EVOLUTIONS, SELON LES PAYS ET INSTITUTIONS (46 pages)

- IV.1. Recommandations selon les pays et institutions et leurs évolutions
 - IV.1.1. Etats-Unis
 - Centers for Disease Control
 - Society of Hospital Epidemiologists of America
 - Organisations et institutions diverses
 - IV.1.2. Canada
 - Agence de la santé publique du Canada – Laboratoire de lutte contre la maladie
 - Recommandations des Collèges provinciaux
 - Organisations et institutions diverses
 - Recommandations et organisation au Québec
 - IV.1.3. Australie
 - IV.1.4. Nouvelle Zélande
 - IV.1.5. Royaume-Uni
 - UK Advisory Panel for Healthcare Workers Infected with Blood Borne Viruses (UKAP)
 - IV.1.6. France
 - Obligation vaccinale contre le VHB
 - Position des différentes institutions au cours des années 1990 et au début des années 2000
 - Direction générale de la santé – Conseil supérieur d'hygiène publique de France
 - Haut Conseil de la santé publique
 - IV.1.7. Autres recommandations en Europe
 - Groupe de consensus européen
 - Allemagne
 - Espagne (Catalogne)
 - Irlande
 - Italie
 - Pays-Bas
 - Suisse
 - Autres pays européens
- IV.2. Annexes – Restrictions d'activité des soignants porteurs de virus hématogènes – Analyse chronologique des principales recommandations internationales
 - IV.2.1. Tableau VIII – Soignants porteurs du VHB
 - IV.2.2. Tableau IX – Soignants porteurs du VIH
 - IV.2.3. Tableau X – Soignants porteurs du VHC

V _ REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES (10 pages)

Revue actualisée du risque de transmission de soignant à patient (Communication orale, A. Leprince, 22^e Journée annuelle du GERES, 7 déc. 2012, Paris)

GERES
GROUPE ETUDES SUR LE RISQUE
TRANSMISSION DES SOIGNANTS
AU PATIENT

Infections transmissibles par voie sanguine : Étude du risque de transmission de soignant à patient

Étude bibliographique
Annie Leprince
22^e Journée GERES
7 décembre 2012

GERES
GROUPE ETUDES SUR LE RISQUE
TRANSMISSION DES SOIGNANTS
AU PATIENT

Objectifs de l'étude

**Actualisation des travaux antérieurs du
GERES (1997-2000)**

Point des connaissances

- Données épidémiologiques
- Facteurs de risques
- Recommandations et réglementations:
évolutions, difficultés d'application
- Mesures de prévention

Besoins d'études

GERES
GROUPE ETUDES SUR LE RISQUE
TRANSMISSION DES SOIGNANTS
AU PATIENT

Données épidémiologiques

Exploitation de 157 références :

- Cas de transmission
 - Publication d'un ou quelques cas (clusters)
 - Articles de synthèse
- Études rétrospectives (look-back) négatives et synthèses agrégeant des données internationales

Double difficulté : non exhaustivité et redondances

**Au total : 90 cas de transmission (1972-2012),
dont 56 VHB, 4 VIH, 30 VHC**

GERES
GROUPE ETUDES SUR LE RISQUE
TRANSMISSION DES SOIGNANTS
AU PATIENT

Données épidémiologiques

**Pour chaque cas publié, recueil pour
analyse des facteurs de risque :**

- Activité du soignant
- Statut soignant/VHB, VIH ou VHC
- Nombre total de patients contaminés
- Circonstances de découvertes
- Acte(s) en cause
- Facteurs opératoires favorisant
- Gantage
- Enquête rétrospective (nombre de patients rappelés/testés/contaminés)
- Suites et commentaires

GERES
GROUPE ETUDES SUR LE RISQUE
TRANSMISSION DES SOIGNANTS
AU PATIENT

VHB

- Première publication retrouvée : 1972, contamination de 11 patients par une infirmière aux États-Unis (Garibaldi)
- Une cinquantaine de cas entre les années 1970 et l'année 2000 (Chiarello, 2001, Carlson, 2010), clusters le plus souvent
- Une dizaine de cas publiés de 2000 à 2012
- 56 cas recensés et analysés de 1972 à 2012
- Plusieurs études rétrospectives négatives

GERES
GROUPE ETUDES SUR LE RISQUE
TRANSMISSION DES SOIGNANTS
AU PATIENT

VHB : cas recensés depuis 2000

Chirurgien généraliste	2000-2001	Royaume-Uni	3 R, 25 ND	Laurenson, 2007
Chirurgien ND	ND/8 ans	Allemagne	> 100	Roggendorf, 2003
Chirurgien généraliste	1995-1998	Pays-Bas	8 A, 2 R, 10 S	Spijkerman, 2002
Chirurgien cardio-thoracique	ND	Allemagne	66 ND	Gerlich, 2004
Chirurgien obstétricien	ND	France	1 P	Charbonnel, 2005
Chirurgien/unité de soins	1998	Royaume-Uni	2 A	Småls, 2005
Infirmier anesthésiste	2005	France	1 A	Poujol, 2008
Chirurgien orthopédique	2008-2009	États-Unis	2 A, 4 P	Enfield, 2010
Chc gynéco-obstétricien	2006-2010	Japon	1 A	Suginoto, 2012
Activité ND	1995-2001	Irlande	7 P	Denehan, 2012

A contamination avérée, P probable, S suspectée, ND non documentée

GERES
GROUPE ETUDES SUR LE RISQUE
HÉPATITE B ET C
DE LA CHIRURGIE

VIH

- Publication des 1^{er} cas de SIDA : 1981
- Publication du 1^{er} cas documenté de transmission patient-soignant : 1984
- Publication par les CDC du 1^{er} cas de transmission soignant-patient : 1980 (transmission par un dentiste de Floride à 6 patients)
- De 1980 à 2012 : 4 cas de transmission par des soignants à un total de 9 patients (+ 2 cas suspects en France)
- Très nombreuses enquêtes rétrospectives négatives (étude de registres, rappels et tests de patients) de 1985 (Suède) à 2012 :
 - > synthèse de données internationales par le PHLS en 1989
 - États-Unis : 27 soignants/24 438 patients exposés/13 810 testés/ 5 patients du même soignant (dentiste de Floride)
 - Royaume-Uni : 16 soignants/4 381 patients exposés/3 074 testés/ aucune transmission
- > Une trentaine d'études négatives recensées depuis 2000 lors de la recherche bibliographique

GERES
GROUPE ETUDES SUR LE RISQUE
HÉPATITE B ET C
DE LA CHIRURGIE

VIH : cas recensés

Dentiste	1987-1990	États-Unis	8 A / 1 100	CDC, 1980-1993 Ciecielski, 1992
Chirurgien orthopédique	1983-1983	France	1 A / 983 testés	Bianohard, 1988 Lot, 1989
Infirmière	1990-1997	France	1 A / 2 510 testés	Goujon, 2000 Arlagneau, 2002
Obstétricien	2001	Espagne	1 A (pas de rappel patients)	Mallolas, 2008

A : contamination avérée

GERES
GROUPE ETUDES SUR LE RISQUE
HÉPATITE B ET C
DE LA CHIRURGIE

VHC

- Aucun cas de transmission d'hépatite non A-non B publié
- 1^{er} cas de transmission soignant-patient du VHC publié en 1985 (PHLS, 1985 ; Duckworth, 1989)
- De 1985 à 2012 : 7 cas recensés dans le rapport GERES 2000, 23 cas de 2000 à 2012
- Au total 30 cas recensés, dont 6 liés à des conduites toxicoomaniaques et 2 suspects de l'être (détournement d'analgésiques et partage de seringues avec les patients)
- Transmission par 30 soignants à 498 patients, dont transmission par :
 - 9 soignants toxicoomaniaques avérés ou suspects à 394 patients
 - 22 autres soignants à 74 patients
- 2 cas pour lesquels le sens de la contamination n'a pu être affirmé avec certitude :
 - une infirmière libérale
 - une mère soignant son fils hépatite à domicile
- Plusieurs études rétrospectives négatives
- 2 études prospectives négatives après reprise d'activité de chirurgiens cardio-thoraciques infectés (William, États-Unis, 2008 ; Cardel, Suède, 2008)

GERES
GROUPE ETUDES SUR LE RISQUE
HÉPATITE B ET C
DE LA CHIRURGIE

VHC : cas recensés

Chirurgien cardio-thoracique	1993-1995	Royaume-Uni	1 A	PHLS, 1995
Chirurgien cardiaque	1993-1994	Espagne	5 A	Esteban, 1999
Chirurgien gynécologue	1978-1997	Royaume-Uni	9 A	PHLS, 1999
Membre équipe chirurgicale	1994-1996	Royaume-Uni	2 A	PHLS, 2000
Membre équipe chirurgicale	1977-1999	Royaume-Uni	1 A	PHLS, 2000
Anesthésiste	1998	Allemagne	5 A	Rees, 2000
Chirurgien cardiaque	2000	États-Unis	1 P	Fleac, 2002
Chirurgien orthopédique	1999-2000	Allemagne	1 A	Rees, 2002
Chirurgien gynéco-obstétricien	1993-2000	Allemagne	1 A	Rees, 2002
Chirurgien cardiaque	1993-2002	États-Unis	14 P	Lambert, Rubin, 2002
Chirurgien gynécologue	ND	Allemagne	6 ND	Vizov 2003, cité par Gerlich

A contamination avérée, P probable, ND non documenté

GERES
GROUPE ETUDES SUR LE RISQUE
HÉPATITE B ET C
DE LA CHIRURGIE

VHC : cas recensés

Chirurgien généraliste	ND	Allemagne	3 ND	Vizov 2003, cité par Gerlich
Chirurgien généraliste	ND	Allemagne	1 ND	Vizov 2003, cité par Gerlich
Chirurgien orthopédique	ND	Allemagne	2 ND	Vizov 2003, cité par Gerlich
Anesthésiste		Royaume-Uni	1 A	Mawdsley, 2005
Anesthésiste	2001	Allemagne		Stark, 2005
Anesthésiste	2004	Espagne	2 ND	Dominguez, in Sragueno 2007
Technicien CEC	1979-1997	France	1 A	Lot, 2007
Chirurgien thoracique	1990-1993	Suède	2 A	Cardel, 2008
Chirurgien généraliste	2002-2008	Allemagne	1 A	Rees, 2008
Chirurgien cardio-thoracique	2004-2007	Norvège	8 A, 3P	Olsen, 2010
Activité non documentée	2004-2008	Irlande	1 A	Donohue, 2012

A contamination avérée, P probable, ND non documenté

GERES
GROUPE ETUDES SUR LE RISQUE
HÉPATITE B ET C
DE LA CHIRURGIE

VHC : cas en rapport avec une addiction

Technicien stérilisation (A)	1992	États-Unis	45 P	Schulster 1997
Anesthésiste (A)	1993-1998	Espagne	217 A	Boech, 1999
Anesthésiste (B)	1998	États-Unis	1 A	Cody, 2002, William, 2006
Infirmière anesthésiste (B)	2004	États-Unis	15 P	William, 2006
Anesthésiste en formation (A)	2001-2003	Israël	33 A	Shamer-Avni, 2007
Technicien service chirurgie (A)	2008-2009	États-Unis	10 A, 11P	CDPHE, Abernethy, 2010
Anesthésiste (A)	2006-2010	Australie	40 A (étude en cours)	Carrivie 2010
Technicien radiologie interventionnelle (A)	2007-2008	États-Unis	5 A	Hellinger 2012

A contamination avérée, P probable

GERES Activité des soignants

Activité	VHB	VIH	VHC	Total
Chirurgiens	38	2	14	54
Dentistes/stomatologistes	8	1		10
Membres équipe chir.			2	2
Médecins anesthésistes			4+4*	8 (dont 4*)
Infirmier anesthésiste	1	1*	2 (dont 1*)	
Techniciens CEC	2		1	3
Tech. gazomètre	1			1
Tech. radiol. Interventionnelle			1*	1*
Tech. bloc opératoire			1*	1*
Tech. stérilisation			1*	1*
Technicien EEG	1**			1**
Acupuncteur	1**			1**
Médecin généraliste	1			1
Infirmier(ère)s	1	1		2
Activité non précisée	1		1	2
Total	56	4	30	90 (dont 8*)

* Addiction avérée ou suspectée
** Non respect règles d'hygiène, transmissions patiente-patients probables

GERES Cas recensés : chirurgiens

Spécialité	VHB	VIH	VHC	Total
Chir. généralistes	5		3	8
Chir. cardio-thoraciques	8		8	14
Chir. gynéco-obstétricaux	8	1	3	13
Chir. orthopédiques	5	1	2	8
(dont un + chir. générale)				
Chir. urologues	2			2
(dont un + chir. générale)				
Spécialité non précisée	8			8
Total chirurgiens	38	2	14	54

GERES Activité du soignant

Chirurgiens

- L'incidence des AES percutanés peut être corrélée comme un indicateur du risque
- De nombreuses études montrent que le risque d'AES percutané reste élevé, même si, en France, les données de surveillance par le réseau RANIN montrent une incidence faiblement décroissante chez les chirurgiens :
 - taux d'AES/100 chirurgiens : 7,8 % en 2006, 7,2 % en 2008, 6,8 % en 2009
- Les spécialités chirurgicales les plus à risque sont les plus à risque sont la chirurgie cardio-thoracique, la chirurgie gynécologique et obstétricale, l'orthopédie
- L'ancienneté dans la profession et l'expérience ne paraissent pas jouer en tant que facteur de risque, c'est toujours l'opérateur principal qui semble le plus exposé

Anesthésistes

- Peu d'études spécifiques du risque d'AES
- 4 cas de transmission sur 8 liés au partage de drogue ou de matériel d'injection avec les patients : prévalence des addictions ?
- Hypothèse de Kopets : microcupules lors de l'ouverture des ampoules

Dentistes

- Aucun cas de transmission depuis 1987, en dehors du cas du dentiste de Floride
- Évolution des pratiques
- Les enquêtes successives montrent une réduction progressive des AES percutanés, dont plus de 50 % survenant hors de la bouche

GERES Statut / VHB

- Période d'incubation : 5 cas
- Hépatite aiguë : 5 cas
- Hépatite chronique : 3 cas
- HBe (mutation précoce), avant contrôle systématique de l'ADN-VHB et HBsAg* : 3 cas
- Charge virale mesurée élevée : 10 cas :
 - de $2,5 \times 10^6$ copies/ml à plus de 10^{10} copies/ml
 - supérieure à la charge virale la plus basse, 4×10^4 lors de l'étude rétrospective de Cordan en 2003 sur des sérum conservés de chirurgiens ayant transmis le VHB
- Chez 2 soignants ayant les charges virales les plus élevées, recherche de virus à l'intérieur des gants :
 - chirurgien thoracique, 10^{11} copies/ml, stimulation du geste de culture avec fil métallique → HBs et ADN-VHB retrouvés dans l'eau de lavage des mains (Harpaz, 1998)
 - gynéco-obstétricien, 10^8 copies/ml, port d'un gant pendant 10 mn → ADN-VHB = $2,5 \times 10^4$ copies/ml dans le liquide de lavage du gant (Sugimoto, 2012)
- Transmission par soignants voisins : 12 cas

GERES Statut / VHB (suite)

Soignants vaccinés ayant transmis le VHB :

Soignants vaccinés sans contrôle préalable d'un portage du VHB	5 cas
le plus souvent, soignants originaires de pays de forte endémie, où y ayant travaillé avant la vaccination, et/ou soignants ayant une grande mobilité professionnelle (travail dans 6 hôpitaux dans un cas)	
Soignants non répondeurs à la vaccination	4 cas
Soignant vacciné sous traitement immuno-suppresseur	1 cas
Non explicité	2 cas

GERES Statut / VIH et VHC

Cas de transmission du VIH

Dentiste	→ stade SIDA
Chirurgien orthopédique	→ stade SIDA
Obstétricien	→ $1\ 600$ copies/ml (7 mois après l'intervention)
Infirmière	→ $83\ 800$ copies/ml et immunodéfiol sévère

Cas de transmission du VHC

Hépatite aiguë	→ 3 cas (dont 2 après contamination professionnelle)
Charge virale élevée mesurée	→ 7 cas (charges supérieures à 10^8 U/ml)
Portage chronique	→ 7 cas (sans estimation de la charge virale ; portage méconnu dans 4 cas)
Portage VHC (sans autre précision)	→ 8 cas
Non documenté	→ 4 cas

Actes en cause

Actes à haut risque d'exposition au sang (« exposition prone procéduraire » selon les CDC) :

- « procédures médicales invasives au cours desquelles les mains du personnel soignant, protégées par des gants, peuvent entrer en contact avec des instruments tranchants, des pointes d'aiguilles ou des tissus aérés, dans un espace anatomique confiné » (définition de l'Office fédéral de santé publique suisse)

Classement en 3 catégories, par risque croissant, au Royaume-Uni (UKAP, rapport 2004-2008) :

- « catégorie 3 : actes où le bout des doigts est hors de la vue pendant une partie significative de l'acte, ou pendant certaines phases critiques, et où il y a clairement un risque de blessure des mains gantées du soignant par des instruments ou des fragments de tissus piquants ou coupants »

Classement en 2 catégories par les CDC (2012) : actes de catégorie I exposent au risque de transmission, tous les autres actes sont catégorie II

Ces types de classements ont des limites évidentes

Facteurs opératoires favorisants

- Interventions longues : risque majoré pour interventions > à 3 h
- Interventions hémorragiques : risque majoré pour une perte sanguine > à 300 ml
- Interventions dans un contexte d'urgence : données divergentes, mais pas de différence significative entre interventions programmées ou non
- Stade de l'intervention : la suture est le geste le plus à risque, c'est en fin d'intervention lors de la fermeture de la paroi qu'il y a le plus d'accidents percutanés (anesthésie abdominale, chirurgie thoracique)
- 3 conditions sont considérées comme nécessaires pour qu'il y ait exposition du patient au sang du soignant par contact direct ou recontact :
 - le soignant doit être viremique,
 - le soignant doit être blessé ou avoir une lésion source directe d'exposition*
 - le mécanisme de la blessure doit provoquer un « re-contact » avec une muqueuse ou une plaie du patient
- Ces conditions de l'exposition du patient peuvent être reconsidérées après la publication de Sagimoto montrant un taux de virus élevé à l'intérieur du gant, un contact direct avec le virus au travers de gants dégradés au cours de l'intervention étant alors possible
- État immunitaire du patient altéré au cours de certaines interventions (transplantations, CEC)
 - * Analyse des 80 cas de transmission : 1 seul cas relié à un AES précis

Type de gantage

Le port de gants est peu documenté dans les publications des cas de transmission

Absence de port de gants en cause dans certaines publications, le plus souvent anciennes, avec non respect des règles d'hygiène et/ou lésions cutanées non protégées

Lorsque le port de gant est noté, il n'est pas précisé si c'est un simple ou double gantage

Le double gantage préconisé dans la plupart des recommandations internationales, tant pour la protection du chirurgien que pour celle du soignant, est encore loin d'être pratiqué en routine

Lorsque le double gantage est signalé il n'est pas constant, il est parfois réservé à certains types d'interventions

Le double gantage est essentiellement retrouvé dans des cas de chirurgie orthopédique ou de traumatologie, ce qui est la norme instituée par certaines « écoles » d'orthopédie depuis les années 1980 pour prévenir les infections nosocomiales

Les changements de gants en cours d'intervention sont exceptionnellement signalés, ils semblent plus liés à la survenue d'une blessure qu'à la durée de l'intervention

Le changement de pratique après contamination d'un patient ne sont pas toujours suffisantes pour éviter de nouvelles contaminations

Type de gantage

Le port de gants est peu documenté dans les publications des cas de transmission

Absence de port de gants en cause dans certaines publications le plus souvent anciennes, avec non respect des règles d'hygiène et/ou lésions cutanées non protégées

Lorsque le port de gant est noté, il n'est pas précisé si c'est un simple ou double gantage

Le double gantage préconisé dans la plupart des recommandations internationales, tant pour la protection du chirurgien que pour celle du soignant, est encore loin d'être pratiqué en routine

Lorsque le double gantage est signalé il n'est pas constant, il est parfois réservé à certains types d'interventions

Le double gantage est essentiellement retrouvé dans des cas de chirurgie orthopédique ou de traumatologie, ce qui est la norme instituée par certaines « écoles » d'orthopédie depuis les années 1980 pour prévenir les infections nosocomiales

Les changements de gants en cours d'intervention sont exceptionnellement signalés, ils semblent plus liés à la survenue d'une blessure qu'à la durée de l'intervention

Le changement de pratique après contamination d'un patient ne sont pas toujours suffisantes pour éviter de nouvelles contaminations

Évaluation des risques

- Même si les cas de transmission de soignant à patient ne sont pas tous identifiés ni publiés, on peut conclure au vu des cas publiés et de différentes études, que le risque est très faible
- Un modèle mathématique a été proposé par Bell en 1982, reposant sur 3 probabilités :
 - probabilité d'AES percutané au cours d'un acte invasif
 - probabilité de recontact
 - probabilité de transmission au patient après ce type d'exposition
- Ce modèle a permis de calculer le risque de transmission à un patient par un chirurgien infecté, beaucoup plus faible que le risque soigné-soignant après AES :
 - entre 0,0024 et 0,0024 pour le VIH (Bell, 1982)
 - entre 0,024 et 0,24 pour le VHC (Bell, 1982)
 - entre 0,082 et 0,067 pour le VHC (Ross, 2008)
- Le modèle mathématique proposé par Bell a été décliné pour différents scénarios de risque. Dans la perspective de prise en compte des viremies, le calcul récent de la réduction du risque de transmission du VIH par un chirurgien sous TAR est le plus intéressant (cf. diapo suivante)
- Le risque d'acquiescence à une infection par un virus hématogène par transmission de soignant à soigné est comparable au risque transfusionnel résiduel et très inférieur à tous les autres risques associés aux soins
- Même si les études sont en faveur d'un risque très faible, cette estimation du risque doit être confrontée à la perception du risque et à son acceptabilité par la population générale

Estimation du nombre de transmissions du VIH, avec et sans TAR efficace (source UKAP, Royaume-Uni)

Niveau de risque utilisé pour le calcul	Estimation du risque exprimée en 1/10000	Estimation du nombre de transmissions par an si les chirurgiens HIV+ avaient pratiqué des actes de catégorie 3*	Estimation du risque basé sur une réduction par 30 ans de TAR**	Estimation du nombre de transmissions par an si les chirurgiens HIV+ avaient pratiqué des actes de catégorie 3*, avec TAR** efficace
Risque des Royaume-Uni	Plausible	1/1600	1,5 par an	1 sur les 780 ans
Risque des Royaume-Uni + France	Plausible	1/3000	0,8 par an	1 sur les 22 ans
Estimation du risque par Bell	Moyen	1/42 000	0,07 par an	1 sur les 300 ans

* Entre 2004 et 2008, les cas de 11 chirurgiens pratiquant des actes invasifs de catégorie 3 ont été rapportés à UKAP. Il a été estimé qu'en moyenne un chirurgien pratiquait 200 actes de catégorie 3 par an. Donc 2200 actes de catégorie 3 seraient réalisés par les 11 chirurgiens HIV+ ayant pratiqué ce type d'actes.

** TAR6 traitement utilisé 2 agents anti-rétroviraux ou plus avec efficacité démontrée un niveau sérologique indétectable du VIH.

*** Tous les actes invasifs d'élite par Bell sont considérés de niveau 3 (source UKAP)

GERES
GROUPE ÉTUDES SUR LE RISQUE
ÉPIDÉMIOLOGIQUE DES SOIGNANTS
DES SOINS DENTAIRES

Recommandations internationales / controverses

Quelques exemples :

- Définition et catégorisation des procédures à risque d'exposition
- Question du dépistage chez les soignants
- Inégalités de protection entre soignants et patients
- Conditions permettant à un soignant de continuer à exercer
- Difficultés de reclassement en cas d'interdiction d'exercer
- Gestion du risque centrée sur le soignant et les restrictions d'activités, plutôt que sur l'amélioration des conditions de travail et de la sécurité
- ...

GERES
GROUPE ÉTUDES SUR LE RISQUE
ÉPIDÉMIOLOGIQUE DES SOIGNANTS
DES SOINS DENTAIRES

Recommandations internationales / controverses

Cas particulier des dentistes porteurs du VIH

- Transmission du VIH à 8 patients par un dentiste de Floride (1981)
- Aucun autre cas de transmission à un patient depuis 1987
- Modification des pratiques, réduction des AEs8 percutanées
- Définition des procédures exposantes : tous les actes dentaires sont inclus, ce qui revient à une interdiction d'exercer
- Demande de redéfinition des actes à risque : exclusion de la définition ce qui est sous contrôle de la vue
- Reclassement plus difficile que pour les autres soignants
 - Déclaration de Pékin en 1989 demandant la révision des recommandations (8th World Workshop on Oral Health & Disease in AIDS)

GERES
GROUPE ÉTUDES SUR LE RISQUE
ÉPIDÉMIOLOGIQUE DES SOIGNANTS
DES SOINS DENTAIRES

Recommandations / vers un consensus ?

Même si certaines recommandations n'ont pas été modifiées (CDC 1981, pour le VIH, par exemple), plusieurs points de consensus semblent s'établir au niveau international :

- Tests sérologiques volontaires (à l'exception de l'Ontario, au Canada), plutôt que dépistage systématique obligatoire : le soignant doit être responsabilisé et connaître son statut vis-à-vis des virus hématogènes
- Les seuls tests imposés sont ceux encadrant la vaccination contre le VHB qui est, sinon obligatoire, recommandée de façon plus ou moins prégnante selon les pays (« offerte activement » en Italie, par exemple)
- Pas d'obligation d'information des patients avant intervention (à l'exception des États-Unis, mais en pratique pas dans tous les États)
- Classement des actes en niveaux de risque
- Prise en compte de la charge virale des soignants pour la gestion du risque
- Appel à un comité d'experts ou une commission *ad hoc* pour les cas limites
- Enquêtes rétrospectives uniquement en cas de contamination d'un ou plusieurs patients et cas particuliers (conversion, normes d'hygiène et précautions standard non respectées...)

GERES
GROUPE ÉTUDES SUR LE RISQUE
ÉPIDÉMIOLOGIQUE DES SOIGNANTS
DES SOINS DENTAIRES

Recommandations / vers un consensus ?

- La prise en compte de la virémie des soignants pour la gestion du risque est introduite progressivement dans la plupart des recommandations depuis le début des années 2000
- S'il n'y a pas encore de consensus sur les seuils de virémie à partir desquels les soignants ne devraient pas pratiquer d'actes à risque, il y a déjà une stratégie commune
- L'UKAP, au Royaume-Uni a lancé une large consultation publique sur la base d'un rapport préconisant d'autoriser les soignants porteurs du VIH, sous TAR, à pratiquer des actes à risque si leur charge virale est inférieure à 200 copies/ml
- Selon les recommandations, les charges virales seuils varient :
 - VHB, entre 1 000 et 10 000 copies/ml, voire indétectable,
 - VIH, entre 500 équivalents génomiques et indétectable,
 - VHC, entre 10⁶ UI/ml et charge indétectable

GERES
GROUPE ÉTUDES SUR LE RISQUE
ÉPIDÉMIOLOGIQUE DES SOIGNANTS
DES SOINS DENTAIRES

Recommandations et organisation du Québec

Position du Collège des médecins du Québec, déclinée par les autres ordres professionnels et l'Association des établissements de santé (responsabilité de la gestion de son risque professionnel par le médecin)

Mandat donné à l'Institut national de santé publique en 2004 de créer un programme d'évaluation afin de prévenir la transmission d'infections hématogènes

Création du Service d'évaluation des risques de transmission d'infections virales hématogènes, SERTIH, évaluation offerte aux soignants et aux étudiants

Cas soumis à un comité d'experts ; critères établis par un comité scientifique : VHB < 10⁶ copies/ml, charge virale indétectable pour le VIH et le VHC

Politique très proactive et moyens de communication et d'information pour informer personnels de santé et étudiants

GERES
GROUPE ÉTUDES SUR LE RISQUE
ÉPIDÉMIOLOGIQUE DES SOIGNANTS
DES SOINS DENTAIRES

Exemple de communication du SERTIH vers les étudiants des professions de santé pour les responsabiliser et les inciter au dépistage des infections par virus hématogènes

The poster features a red background with white and yellow text. It asks 'ÉTUDE POUR RIEN, vous VOULEZ RIRE?' and provides information about the SERTIH study, including contact details for the Institut national de santé publique (INSP) and the SERTIH service.

GERES France : propositions du groupe de travail du HCSP

4 axes de prévention

- Éviter la contamination des soignants par le respect des précautions standard, la prévention des AES, la vaccination contre le VHB
- Identifier les soignants infectés par un diagnostic précoce au décours d'un AES et un dépistage volontaire en responsabilisant les soignants
- Mesurer et réduire la charge virale des soignants infectés en proposant une éventuelle intervention thérapeutique :
 - si charge virale indétectable → pas de restriction d'activité
 - si charge virale élevée (> 10⁴ UI/ml pour le VHB ou le VHC, > 200 copies par ml pour le VIH) → traitement à envisager pour poursuivre l'activité professionnelle
 - cas intermédiaires → évaluation individuelle
- Proposer une démarche responsable aux soignants infectés et responsabiliser les institutions

Ces recommandations s'adressent également aux étudiants des professions de santé

Proposition de créer une Commission nationale d'évaluation du risque de contamination de soignant à soigné

GERES Stratégie pour les années 2010

Gestion du risque de transmission selon deux grands volets :

1. Prévention de la contamination des soignants et pour les soignants infectés gestion du risque de transmission telles que proposées par le groupe de travail du HCSP ; création d'une commission nationale ad hoc, avec des moyens de fonctionnement
2. Renforcement de la prévention au bloc opératoire qui ne devrait plus rester « optionnelle » (mesures organisationnelles, prévention des AES, type de gantage, traçabilité des mesures de prévention et des accidents)

- Pour cela, informer les soignants sur les risques de transmission et la stratégie de prévention, mais aussi sur les conséquences socio-professionnelles et économiques d'une restriction d'activité, sur les aspects juridique et assurantiels
- Convaincre et mobiliser les organisations professionnelles afin que les informations soient transmises aux soignants par leurs pairs pour favoriser leur compliance

IV – Annexes – Autres actions conduites en 2012

ANNEXE IV-1.1

MEMBRES DE LA COMMISSION MATERIELS DE SECURITE

Béatrice ADJAMAGBO	CS Hygiéniste, HAD, AP-HP
Xavier ARRAULT	Pharmacien, Hôpital Bichat Claude Bernard, AP-HP, Paris
Marie-Cécile BAYEUX	Médecin, Département Etudes et Assistance Médicales, INRS, Paris
Elisabeth BOUVET	Président du GERES ; SMIT, Hôpital Bichat Claude Bernard, AP-HP, Paris
Céline CIOTTI	Technicienne Biohygiéniste, EOH, Hôpital Beaujon, APHP, Clichy
Claire FABIN	Médecin du Travail, Collaborateur GERES
Anika FICHELLE	Responsable EPP Médicales, GH Bichat Claude Bernard, AP-HP, Paris
Ariane LEDEZ	IDE, SMIT, GH Bichat Claude Bernard, AP-HP, Paris
Isabelle LOLOM	Technicienne Biohygiéniste, UHLIN, GH Bichat Claude Bernard, AP-HP, Paris
Yamina MERAH	Médecin du Travail, CHR Robert Ballanger, Aulnay sous Bois,
Brigitte MIGUERES	Médecin Hygiéniste, HAD APHP ; CCLIN Paris-Nord
Gérard PELLISSIER	Président de la Commission, GERES, Paris
Micheline PERNET	CS Hygiéniste, Collaborateur GERES
Bruno RIPAULT	Médecin de Santé au Travail, CHU Angers
Christiane SADORGE	CSS, Collaborateur GERES

ANNEXE IV-1.2

ACTIVITE DE LA COMMISSION MATERIELS DE SECURITE

REUNION DE LA COMMISSION MATERIELS DE SECURITE DU GERES

Compte-rendu de la réunion du 14/12/2011

ETAIENT PRESENTS

ARRAULT Xavier
FABIN Claire
PERNET Micheline
MIGUERES Brigitte
PELLISSIER Gérard
RIPAULT Bruno
SADORGE Christiane

ETAIENT EXCUSES

ADJAMAGBO Béatrice
BOUVET Elisabeth
FICHELE Anika
CIOTTI Céline
LEDEZ Ariane
OLOM Isabelle
MERAH Yamina

MATERIELS PRESENTES

Par la société Becton Dickinson

- BD AutoShield™ Duo : aiguille de sécurité avec double système d'autoverrouillage pour stylos injecteurs

La synthèse des avis émis lors de la Commission est jointe à ce compte-rendu.

Par la société Smiths Medical

- « Galdiator » : cathéter veineux périphérique de sécurité

La synthèse des avis émis lors de la Commission est jointe à ce compte-rendu.

DISCUSSION

La discussion a porté sur les objectifs de la Commission pour 2012 :

- définir les champs « Sécurité » manquants dans la base de données du site Internet,
- inclure dans le thésaurus 2012 de la surveillance AES-RAISIN les matériels non référencés par le GERES. *Ceci a déjà été fait.*
- se limiter aux dispositifs pour la prévention du risque infectieux professionnels. Faut-il exclure les aiguilles à bout mousse pour la préparation d'injection et tout autre dispositif semblable ?

Les membres échangeront par e-mail d'ici la prochaine réunion de la Commission à propos de ces objectifs et d'autres idées.

PROCHAINE REUNION DE LA COMMISSION

Mercredi 28 mars 2012, de 14h à 16h, dans la salle 156 au 1^{er} étage de la faculté de médecine Bichat (accès par ascenseur A)

REUNION DE LA COMMISSION MATERIELS DE SECURITE DU GERES

Compte-rendu de la réunion du 28/03/2012

ETAIENT PRESENTS

ARRAULT Xavier
ADJAMAGBO Béatrice
CIOTTI Céline
FICHELLE Anika
MIGUERES Brigitte
PELLISSIER Gérard
PERNET Micheline
SADORGE Christiane

ETAIENT EXCUSES

BOUVET Elisabeth
FABIN Claire
LEDEZ Ariane
LOLOM Isabelle
RIPAULT Bruno

NB : MERAH Yamina a changé d'établissements et ne peut plus participer aux réunions de la Commission.

MATERIELS PRESENTES

Par la société Becton Dickinson

- BD PhaSeal™ : système de transfert en système clos

La synthèse des avis émis lors de la Commission est jointe à ce compte-rendu.

DISCUSSION

La discussion a porté sur une remontée d'incident concernant le cathéter Autoguard™ Blood Control de la société Becton Dickinson. Ce cathéter est muni d'un système anti-projection qui évite tout reflux sanguin en dehors de la chambre de reflux. Cependant, ce dispositif n'est efficace qu'une seule fois, au moment de la pose. Ainsi des IDE ont signalé des fuites du dispositif lors du changement des tubulures.

Il semble que pour certains membres de la Commission l'efficacité du dispositif à la pose uniquement soit logique, mais tous les membres n'avaient pas compris cela. C'est pourquoi il a été proposé de compléter la fiche de référencement du dispositif sur le site Internet du GERES avec cette notion d'efficacité « unique » et de contacter Becton Dickinson afin que leur discours soit clair lors des formations des IDE.

DIVERS

Il a été évoqué le fait que de moins en moins de laboratoires proposent de nouveaux dispositifs ayant un intérêt pour la Commission. De ce fait, il a été proposé d'espacer les réunions si aucun laboratoire ne se manifeste.

PROCHAINE REUNION DE LA COMMISSION

Mercredi 27 juin 2012, de 14h à 16h, dans la salle 156 au 1^{er} étage de la faculté de médecine Bichat (accès par ascenseur A)

REUNION DE LA COMMISSION MATERIELS DE SECURITE DU GERES

Compte-rendu de la réunion du 27/06/2012

ETAIENT PRESENTS

ARRAULT Xavier
ADJAMAGBO Béatrice
CIOTTI Céline
FABIN Claire
LOLOM Isabelle
MIGUERES Brigitte
PELLISSIER Gérard
SADORGE Christiane
RIPAULT Bruno

ETAIENT EXCUSES

BOUVET Elisabeth
FICHELE Anika
LEDEZ Ariane
PERNET Micheline

MATERIELS PRESENTES

Par la société Becton Dickinson

- BD Auto Protect™ Passive : dispositif de sécurité pour prélèvement veineux à activation automatique

La synthèse des avis émis lors de la Commission est jointe à ce compte-rendu.

- BD Eclipse™ Signal™ : aiguille de sécurité pour prélèvement veineux avec retour veineux

La synthèse des avis émis lors de la Commission est jointe à ce compte-rendu.

Par la société Opsyse

- Plusfon Safe / Pluscan Alpha Safe : cathéters de sécurité

La synthèse des avis émis lors de la Commission est jointe à ce compte-rendu.

DISCUSSION

- Dispositifs pour le bloc opératoire

Il a été proposé d'inviter Ansell à la prochaine réunion de la commission pour qu'ils présentent leurs dispositifs pour le bloc opératoire et leur gants Gammex AMT (« virucides »).

Il a été proposé d'identifier et de signaler les dispositifs pour le bloc opératoire dans la base de données du GERES. Les modalités de signalement restent à définir.

- Lovenox - Sanofi

Sanofi et West Pharma (société fabricant le dispositif de sécurité pour la seringue de Lovenox) nous ont contacté pour nous signifier que leur dispositif est à activation automatique et non semi-automatique. A l'unanimité, la Commission maintient que le dispositif est à activation semi-automatique.

PROCHAINE REUNION DE LA COMMISSION

Mercredi 3 octobre 2012, de 14h à 16h, à la faculté de médecine Bichat (*la salle vous sera précisée courant septembre*)

REUNION DE LA COMMISSION MATERIELS DE SECURITE DU GERES

Compte-rendu de la réunion du 03/10/2012

ETAIENT PRESENTS

ARRAULT Xavier
CIOTTI Céline
PELLISSIER Gérard
SADORGE Christiane
RIPAULT Bruno

ETAIENT EXCUSES

ADJAMAGBO Béatrice
BOUVET Elisabeth
FABIN Claire
FICHELE Anika
LEDEZ Ariane
LOLOM Isabelle
MIGUERES Brigitte
PERNET Micheline

MATERIELS PRESENTES

Par la société B. Braun Medical

- Surecan® Safety II : aiguille de sécurité pour chambre implantée

La synthèse des avis émis lors de la Commission est jointe à ce compte-rendu.

- Diacan® S : aiguille de sécurité pour fistule artério-veineuse

La synthèse des avis émis lors de la Commission est jointe à ce compte-rendu.

Par la société Ansell

- Gammex® PF with AMT : gants de chirurgie

La synthèse des avis émis lors de la Commission est jointe à ce compte-rendu.

- Z-tray™ : plateau de transfert

La synthèse des avis émis lors de la Commission est jointe à ce compte-rendu.

- Z-Friction Drape™ : zone pour instrument

La synthèse des avis émis lors de la Commission est jointe à ce compte-rendu.

DISCUSSION

- Alerte au sujet de collecteurs Adhésia : désadaptation du couvercle

Pour information, l'alerte a été exposée aux membres.

- Référencement d'un dispositif de dépose transitoire au bloc opératoire de la société Merit Medical

Il a été proposé de demander de plus amples informations au laboratoire afin de statuer sur le référencement de ce dispositif.

PROCHAINE REUNION DE LA COMMISSION

Mercredi 9 janvier 2013, de 14h à 16h, à la faculté de médecine Bichat (*la salle vous sera précisée courant décembre*).

REUNION DE LA COMMISSION MATERIELS DE SECURITE DU GERES

Compte-rendu de la réunion du 09/01/2013

ETAIENT PRESENTS

ARRAULT Xavier
FABIN Claire
MIGUERES Brigitte
PELLISSIER Gérard
RIPAULT Bruno
SADORGE Christiane

ETAIENT EXCUSES

ADJAMAGBO Béatrice
BOUVET Elisabeth
CIOTTI Céline
FICHELE Anika
LEDEZ Ariane
LOLOM Isabelle
PERNET Micheline

MATERIELS PRESENTES

- Venofix® Safety : épicerâniennes de sécurité, *Société B. Braun*
La synthèse des avis émis lors de la réunion de la Commission est jointe à ce compte-rendu ;
- Tracheoclean™ : protection trachéale jetable, *Société Ceredas*
Le matériel avait déjà été évalué par la Commission et référencé dans la base de données des matériels de sécurité. La discussion en réunion n'a pas conduit à la nécessité d'actualiser l'avis précédent rendu sur ce matériel.

DISCUSSION

- Projet de professionnalisation de la Commission
Une présentation des pistes envisagées a été faite en réunion, suivie d'une discussion qui reste ouverte. Les membres de la Commission ont convenu de faire tout retour utile dans le cadre de ce projet.
- Travail sur les champs Sécurité
La discussion est reportée à la prochaine réunion de la Commission. Brigitte Migueres retournera aux membres de la Commission d'ici là un document de travail.

DIVERS

PROCHAINE REUNION DE LA COMMISSION

Mercredi 3 avril 2013, de 14h à 16h, à la faculté de médecine Bichat, salle 156 (1^{er} étage, ascenseur A).

**MAILING DE L'ACTUALISATION ANNUELLE DES INFORMATIONS SUR LES
MATERIELS DE SECURITE CONDUITE AUPRES DES FOURNISSEURS
(environ 80 fournisseurs contactés)**

Madame, Monsieur,

Le GERES réalise en continu une veille des matériels de sécurité disponibles sur le marché. L'objectif est de référencer et de faire connaître aux soignants les matériels susceptibles d'apporter un élément de sécurité dans la pratique des soins. A ce titre, le GERES a créé une base de données intitulée "Guide des Matériels de Protection", consultable sur notre site internet www.geres.org (en collaboration avec le Ministère de la Santé et l'INRS).

Comme chaque année, nous menons une campagne d'actualisation de cette base de données. Dans ce cadre, nous vous demandons de nous faire parvenir toute information actualisée concernant les matériels de sécurité figurant dans notre base de données (modifications du dispositif, arrêt de production, éléments complémentaires, etc.). Nous vous demandons également de nous confirmer les coordonnées de votre société ainsi que celles de notre interlocuteur. Pour cela, merci de compléter et de nous renvoyer le bulletin joint.

Vous trouverez en cliquant sur le lien suivant, la liste des matériels de sécurité, distribués par votre société, référencés sur notre site internet : http://www.geres.org/14_bdd/14_bbd_frs.htm

Si vous souhaitez faire référencer un nouveau matériel de sécurité, merci de nous faire parvenir la fiche technique et la plaquette du produit. La Commission Matériels de sécurité du GERES, qui se réunit quatre fois par an, statuera sur l'intérêt d'ajouter ce nouveau dispositif à notre base de données, et vous informera de sa décision. Aucun matériel ne sera référencé sans votre accord définitif.

Nous vous remercions par avance de votre collaboration et restons à votre disposition pour toute information complémentaire.

Cordialement.

ACTUALISATION ANNUELLE DE LA BASE DE DONNEES MATERIELS DE SECURITE DU GERES

Bulletin à retourner au GERES avant le **15 juillet 2012**

Par courrier : Université Paris Diderot Paris 7
UFR de Médecine site Bichat
GERES
A l'attention de Céline CIOTTI
16, rue Henri Huchard
75890 PARIS Cedex 18

Par e-mail : celine.ciotti@geres.org

Par fax : 01.57.27.77.01

⇒ Interlocuteur

Nom : _____

Prénom : _____

E-mail : _____

⇒ Les informations de la base de données consultable sur le site du GERES (coordonnées de la société, informations concernant les dispositifs référencés, etc.)

ne nécessitent aucune modification.

nécessitent des modifications.

Les modifications sont jointes à ce bulletin.

⇒ Référencement d'un(de) nouveau(x) dispositif(s)

Oui

La fiche technique et la plaquette commerciale de ce(s) dispositif(s) sont jointes à ce bulletin.

Non

ANNEXE IV-2

ACTIVITE D'EXPERTISE AUPRES DES INSTANCES ET DE STRUCTURES NON INSTITUTIONNELLES

Le GERES a poursuivi en 2012 son rôle d'expert : participation à des groupes de travail, conseils scientifiques, rédaction de rapports...), pour les aspects risque d'exposition au sang, risques de transmission soignant-soigné, matériels et dispositifs médicaux de sécurité, traitements prophylactiques en cas d'exposition, surveillance nationale des AES, élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux... notamment auprès :

- de la Direction Générale de la Santé (DGS) (Pr E. Bouvet, Dr D. Abiteboul), dans le cadre notamment du suivi VHC, VHB et VIH après AES, du risque soignant-soigné, des risques infectieux chez les thanatopracteurs...
- du Comité Technique des Vaccinations (CTV) (Dr D Abiteboul, membre du CTV)
- Section Risques liés aux maladies transmissibles (Pr E Bouvet) de la Commission spécialisée Sécurité Sanitaire (CS1) du HCSP sur l'évaluation des objectifs de la loi de santé publique du 9 août 2004 (D. Abiteboul),
- de l'Institut National de Veille Sanitaire (InVS) : collaboration pour le recensement des séroconversions professionnelles VIH, VHC, VHB chez les professionnels de santé (D Abiteboul) ; expertise CNR (Pr E. Bouvet),
- du Réseau Alerte Investigation Surveillance des Infections Nosocomiales (RAISIN) : participation au Groupe de réflexion permanent sur les AES, RAISIN-IVS (Dr D Abiteboul ; Pr E Bouvet ; I. Lolom, G Pellissier) dans le cadre de la surveillance nationale des AES.
- du C-CLIN Paris-Nord : Animation du thème AES, Pr Elisabeth Bouvet, Vice-Présidente du CCLIN Paris-Nord ; Dr Dominique Abiteboul, Conseil Scientifique du CLIN Paris-Nord,
- de l'Association Française de Normalisation (AFNOR) : Commission de normalisation « Déchets d'activités de soins » et aux Groupes de travail « Emballages pour DASRI », « Bonnes pratiques de collecte des DASRI », « Terminologie des DAS », « Appareils de prétraitement par désinfection des DASRI », « Sécurité contre les piqûres des dispositifs médicaux »... et dans le cadre des projets de normes ISO sur les matériels de sécurité et sur les collecteurs pour piquants/tranchants (G Pellissier)
- du Groupe d'expertise et d'information sur la grippe (GEIG) (D. Abiteboul),
- de l'Agence Nationale de Recherche sur le SIDA (ANRS) : Groupe de travail Migrants (Pr. E. Bouvet),
- du Haut Conseil de la Santé Publique, Commission spécialisée Sécurité Sanitaire (CS1), Section Risques liés aux maladies transmissibles (Pr E. Bouvet Membre de la section), Section Risques liés au système de soins, aux produits de santé et aux pratiques visant à agir sur la santé des individus (Pr E. Bouvet Membre de la section).
- de l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) dans le cadre de collaborations (expertise sur les matériels de sécurité, conduite d'études...) ; comité de pilotage pour l'élaboration d'un guide EFICATT sur la conduite à tenir en cas d'exposition fortuite à un agent infectieux (Base de données consultable en ligne sur le site internet de l'INRS : www.inrs.fr) : travail mené à l'initiative de l'INRS avec la collaboration du GERES (D. Abiteboul notamment)

Activité 2012 évaluée à environ 20 jours de travail d'expert, en direction de structures non institutionnelles, notamment :

- Revues scientifiques : participation à des comités scientifiques, de rédaction : MMI et Pilly (E Bouvet), HygieneS (E Bouvet, Comité scientifique ; D Abiteboul, Comité de rédaction), Journal du SIDA (Pr E Bouvet, Comité scientifique), Larousse médical (Pr E Bouvet), Risque et Qualité (G Pellissier, Comité de rédaction)... Relectures d'articles...
- Auprès des professionnels (SPILF, APPITT, Ligue pour la Prévention, Amicale des médecins de Courbevoie...), SFLS... (Pr E Bouvet) ; Conseil d'administration de l'Institut Inter universitaire de Médecine du Travail (Dr D Abiteboul);
- Laboratoires Pharmaceutiques et Industries du matériel médical de sécurité et des matériels de protection...
- Auprès d'autres structures : Groupe Total (Pr E Bouvet, conseil médical), Club Méditerranée (Pr E Bouvet, conseil scientifique), CEMI (Comité d'Organisation, Pr E Bouvet),
- Participation au plan national et européen à des réunions et à des groupes de travail sur les thèmes : épidémiologie des AES, prévention des AES, matériels de sécurité, séroconversions professionnelles... notamment depuis 2011 dans la perspective de transposition dans la législation des états membres de la Directive européenne 2010/32/UE.

Collaboration du GERES au Guide EFICATT de l'INRS

Exposition Fortuite à un agent Infectieux et CAT en milieu de Travail

La base de données est consultable en ligne sur le site internet de l'INRS
(<http://www.inrs.fr/accueil/produits/bdd/eficatt.html>)

Historique :

- Convention INRS-GERES: mise en place du groupe en 2004.
- Première fiche publiée en 2006
- Comité de rédaction (GERES et INRS) : contenu, forme, recueil et suivi des fiches
- Comité scientifique : assister le comité de rédaction ; validation des fiches soumises par les auteurs
- Auteurs
- Relecteurs



Actualités | Agenda | Lettre d'information | Presse | Flux RSS | English website | Ma sélection

Santé et sécurité au travail

OK

L'INRS

Démarches de prévention

Risques

Secteurs d'activité

Situations de travail

Accidents et maladies

Activités de recherche

Produits et services

Accueil > Produits et services > Bases de données > Eficatt

GUIDE EFICATT




- Le guide EFICATT "Exposition fortuite à un agent infectieux et conduite à tenir en milieu de travail" est constitué de fiches rédigées par un groupe de travail, créé à l'initiative du département Etudes et assistance médicales de l'INRS, en collaboration avec le GERES (Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants aux agents infectieux).
- Ce guide, destiné en particulier aux médecins du travail, a pour but de leur apporter une aide lorsqu'ils sont confrontés à des salariés ayant subi une exposition accidentelle à un agent biologique pathogène (virus, bactéries, ...). Le guide EFICATT met à disposition du médecin les éléments utiles pour l'aider à évaluer le risque, définir la conduite à tenir immédiate, définir les actions à entreprendre ainsi que le suivi médical à mettre en place.
- Pour plus d'informations consultez le [Guide de lecture](#)

Eficatt : enquête de lectorat

Aidez-nous à améliorer les fiches Eficatt.
Merci de nous accorder quelques minutes pour répondre à ce questionnaire

Accès par pathologies

- Bronchiolite à VRS
- Brucellose
- Charbon
- Chikungunya
- Conjonctivite à adénovirus
- Coqueluche
- Dengue
- Diarrhée à rotavirus
- Diphthérie
- Fièvre hémorragique avec syndrome rénal (FHSR)
- Fièvre Q
- Fièvre typhoïde
- Gale
- Grippe
- Hépatite A
- Hépatite B
- Hépatite C
- Infection à cytomegalovirus
- Infection à streptococcus pyogenes
- Infection à virus de l'herpès B
- Légionellose
- Leptospirose
- Maladie de Lyme
- Méningite à méningocoque
- Oreillons
- Ornithose - psittacose
- Paludisme
- Pasteurellose
- Pédiculose du cuir chevelu

Accès par agents infectieux

- Adénovirus
- Bacillus anthracis
- Bordetella pertussis
- Borrelia
- Brucella
- Chlamydia psittaci
- Corynebacterium diphtheriae
- Coxiella burnetii
- Cytomegalovirus
- Erysipelothrix rhusiopathiae
- Herpès virus B
- Legionella spp
- Leptospira interrogans
- Morbillivirus
- Mycobacterium tuberculosis
- Neisseria meningitidis
- Pasteurella spp
- Pediculus humanus var. capitis
- Plasmodium spp
- Rotavirus
- Rubivirus
- Salmonella typhi
- Sarcoptes Scabiei, variante hominis
- Streptococcus pyogenes
- Varicellovirus
- VIH
- Virus Chikungunya
- Virus de la dengue
- Virus de la grippe
- Virus de la raie

Partager |   

↑ HAUT DE PAGE

ANNEXE IV-3

ACTION D'ECOUTE, INFORMATION ET CONSEIL AUPRES DES PERSONNELS DE SANTÉ ET DES AUTRES PROFESSIONNELS SUR LE RISQUE D'EXPOSITION AU SANG ET AUX AUTRES PRODUITS BIOLOGIQUES

Le GERES répond quotidiennement à des demandes émanant de professionnels d'horizons divers (personnels de santé des secteurs public et privé, étudiants hospitaliers, autres catégories professionnelles à risque, organismes de formation, administrations, associations...) en rapport avec le risque d'exposition aux agents infectieux (risque, prévention, conduite à tenir en cas d'exposition). Il s'agit souvent d'informations techniques mais aussi parfois de conseil et d'écoute.

Il diffuse également à la demande des guides, documents et supports (affichette « Conduite à tenir en cas d'accident avec exposition au sang ou à des produits biologiques » ; Guide MNH «Prévention du VIH et des hépatites chez les professionnels de santé » ; guide des matériels de sécurité...), pour des actions locales d'information et de formation.

Le GERES a ainsi répondu en 2012 à environ 785 demandes d'information ou de documentation.

Tableau de synthèse de l'activité

Activité	Téléphone	Courrier-fax	e-mail	Sur place	Total
Nombre de demandes traitées	300	120	350	15	785
Temps moyen de traitement d'une demande	15 min	30 min	15 min	60 min	
Temps total de traitement	75 H	60 H	87 H	15 H	237 H

ANNEXE IV-4

ISENTRESS + TRUVADA - Etude observationnelle multicentrique relative à la tolérance d'une nouvelle trithérapie antirétrovirale prescrite dans le cadre de la prophylaxie post-exposition de personnes récemment soumises au risque de transmission d'une infection par le VIH

Résumé du protocole :

Titre :

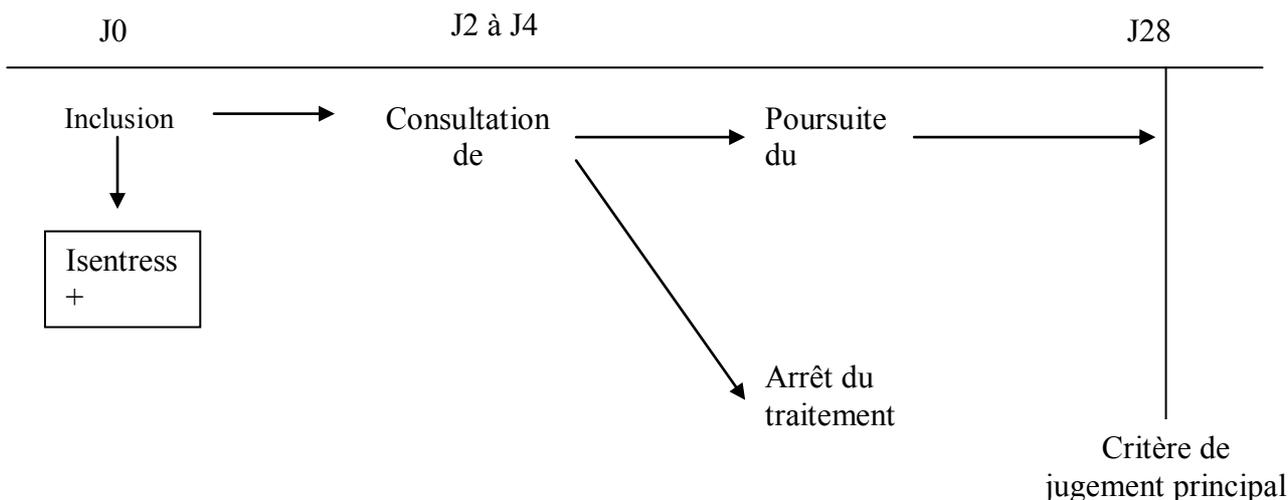
Etude observationnelle prospective multicentrique relative à la tolérance d'une nouvelle trithérapie antirétrovirale contenant un inhibiteur d'intégrase, le raltégravir (ISENTRESS®) et 2 inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (TRUVADA®) prescrite dans le cadre du traitement post-exposition (TPE) de personnes récemment soumises au risque de transmission d'une infection par le VIH.

Méthode :

Etude observationnelle prospective multicentrique ouverte d'une durée de 16 mois.

S'agissant d'une étude observationnelle prospective ouverte, sauf cas particulier (patient source connu, infecté par le VIH et traité), les victimes d'accidents qui consulteront pendant la période d'étude et qui nécessiteront la mise en route immédiate d'un TPE, se verront proposer d'être inclus dans l'étude.

Une réévaluation de ce traitement et une décision quant à la nécessité de le poursuivre sera réalisée dans les 72 heures par un médecin référent conformément à la procédure recommandée au niveau national. En cas de décision de poursuite du TPE, celui-ci le sera pour une durée totale de 28 jours.



Objectif principal :

Evaluer la nature et l'incidence des intolérances médicamenteuses observées sous une nouvelle trithérapie antirétrovirale Truvada® [0-0-1] + Isentress® comprimés 400 mg [1-0-1] prescrite dans le cadre de la prise en charge de personnes récemment exposées au risque de transmission d'une infection par le VIH.

Comparer les résultats à ceux des précédentes études réalisées selon la même méthodologie, avec d'autres associations d'antirétroviraux.

Critères de jugement principal :

Proportion de patients ayant arrêté le TPE avant les 28 jours prévus, en raison d'effet(s) indésirable(s).

Proportion de patients indiquant l'apparition d'un effet secondaire attribué au TPE avant la fin de celui-ci.

Objectifs secondaires :

- Décrire la population des personnes récemment soumises au risque de transmission d'une infection par le VIH et son évolution par rapport aux études précédentes conduites dans les mêmes conditions.

- Décrire :

- La nature et la fréquence des effets indésirables cliniques secondaires au TPE

- La nature et la fréquence des effets indésirables biologiques secondaires au TPE

- La qualité de vie des patients et sa variation pendant la durée du TPE

- L'observance des patients

- Rechercher d'autres facteurs prédictifs de bonne tolérance d'un TPE

Critères de jugement secondaires :

- La description de la population sera réalisée grâce au remplissage du questionnaire « Prise en charge d'une exposition récente au VIH » GERES-InVS au moment de l'inclusion, permettant le recueil de données concernant les caractéristiques de la personne exposée, les circonstances de la consultation, la description de l'exposition, les caractéristiques de la personne source et les prescriptions réalisées chez la personne exposée.
- La nature et la fréquence des effets secondaires cliniques seront recueillies grâce à la fiche de recueil des effets indésirables à J14 et J28 (ou plus tôt si le patient interrompt son TPE ou signale un effet indésirable important)
- La nature et la fréquence des effets secondaires biologiques seront déterminées grâce aux bilans biologiques de suivi réalisés systématiquement à J0, J14 et J28
- La qualité de vie des patients sera évaluée grâce au profil de santé de DUKE : J0, J14 et J28
- L'observance des patients sera évaluée à J14 et J28, dans un item de la fiche de recueil des effets indésirables concernant le nombre d'oublis de prise du traitement.
- Enfin, la recherche de facteurs associés à une meilleure tolérance clinique et/ou biologique sera réalisée en analyse multivariée à partir des données épidémiologiques colligées à l'inclusion (âge, sexe, modalité de l'exposition ...). Les résultats des dosages du raltégravir pourront être inclus dans le modèle

Critères d'inclusion

- âge égal ou supérieur à 18 ans
- consultation dans les suites immédiates d'une exposition au risque de transmission d'une infection par le VIH (moins de 48 heures, sauf dans le cas de viol où ce délai peut être allongé jusqu'à 120 heures maximum)
- personne capable de comprendre le principe de l'étude
- et donnant son consentement éclairé

Critères de non inclusion

- les sujets récemment exposés au risque de transmission d'une infection par le VIH dont le patient source est connu infecté par le VIH **et traité**, et dont l'histoire thérapeutique justifie l'introduction d'un TPE différent de celui proposé dans cette étude
- les sujets présentant une contre-indication à la prescription de Truvada® et/ou d'Isentress® (insuffisance rénale, allergie,...)
- les sujets préalablement traités par phénytoïne, phénobarbital et rifampicine, du fait de l'association contre-indiquée avec le raltégravir
- les sujets connus infectés par le virus de l'hépatite B, traités ou non par lamivudine
- les sujets refusant de participer à l'étude
- les femmes enceintes

Traitement de l'étude :

Truvada® [0-0-1] + Isentress® comprimés 400 mg [1-0-1].

Nombre de sujets nécessaires :

Le nombre de sujets nécessaires est de 200.

Planning de l'étude :

La période d'inclusion est de 12 mois

La durée totale du suivi par patient est de 4 mois

La durée prévue de l'étude, recrutement compris, est de 16mois

ANNEXE IV-5.1.

**FORMATION DE PROFESSIONNELS DE SANTE « BINÔMES RELAIS » A LA
STRATEGIE DE PREVENTION DES AES DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE :**
SESSION 22-23 nov. 2012, Faculté de Médecine Bichat, Paris

PROGRAMME*(Dr Jean-Michel DESCAMPS, Président de Session)***1^{ère} JOURNEE – La politique de prévention des AES : les outils**

9h00	<i>Accueil des participants</i>	
9h30	Conduite à tenir post-AES – Etude de cas cliniques	E. Bouvet / D. Abiteboul
11h30	<i>Pause</i>	
11h45	Le cadre juridique	T. Casagrande
12h45	<i>Déjeuner</i>	
13h45	Surveillance des AES et gestion des risques	F. L'Héritau
15h00	En pratique : mise en place d'une politique de prévention dans un établissement de santé Synergie Médecine du Travail / Service d'hygiène	D. Abiteboul / I. Lolom
15h45	<i>Pause</i>	
16h00	Atelier Matériels de sécurité animé par les laboratoires : Ansell, B.Braun, BD, Cellestis Qiagen, Didactic, Greiner BioOne, Hospidex, Novo Nordisk, Sarstedt, Smiths Medical, Terumo, Ypsomed	
18h00	<i>Fin de la journée</i>	

2^{ème} JOURNEE – Spécificités de certaines spécialités

8h45	<i>Accueil des participants</i>	
9h15	Analyse des AES et prévention par spécialité Radiologie interventionnelle Chirurgie Réanimation Réanimation pré-hospitalière	JP. Laissy M. Secq JM. Descamps P. Lagron
11h15	<i>Pause</i>	
11h30	Analyse des AES et prévention par spécialité (suite) Laboratoire Maternité / Gynécologie-obstétrique Pédiatrie / Néonatalogie	C. Fabin B. Révillon M. Rajguru
12h45	<i>Déjeuner</i>	
13h45	Analyse des AES et prévention par spécialité (suite) Psychiatrie Hémodialyse Stomatologie	C. Sadorge, A. Chaillot F. Boulot C. Bonnal
15h30	Synthèse et questions	
16h00	<i>Fin de la journée</i>	

**FORMATION DE PROFESSIONNELS DE SANTE « BINÔMES RELAIS » A LA STRATEGIE DE PREVENTION DES AES DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE :
SESSION 22-23 nov. 2012, Faculté de Médecine Bichat, Paris**

DOSSIER DOCUMENTAIRE REMIS AUX PARTICIPANTS

- Programme de la formation
- Fiches d'évaluation de la formation
- Résumé de la Surveillance nationale des AES RAISIN-GERES 2009
- Guide méthodologique de la surveillance des AES RAISIN-GERES
- Article RAISIN, Feuilletts de biologie (Floret N, Abiteboul D, Ayzac L, Bernas C, Bouvet E, Jarno P, L'Hériveau F, Pellissier G, Poujol I, Vignaud MC, Rabaud C ; au nom du comité de pilotage national de la surveillance AES Raisin (Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales) - GeresSuivi des AES dans les établissements de santé. Place et intérêt des matériels de sécurité. *Feuilletts de Biologie 2012;LIII(309):41-8.*)
- Contaminations professionnelles VIH, VHC, VHB en France chez le personnel de santé au 30 juin 2012 (*Diaporama « Risque infectieux et conduite à tenir post AES, F. Lot, InVS, sept. 2012*)
- Présentation du Guide EFICATT de l'INRS (<http://www.inrs.fr/accueil/produits/bdd/eficatt.html>)
- Affiche GERES CAT en cas d'AES
- Affiche GERES CAT en cas de bris de tube
- Présentation de la base de données sur les matériels de protection (http://www.geres.org/14_bdd/14_bbd.htm)
- Article CABIPIC, BEH (Cambon-Lalanne C, Le Bel J, Ciotti C, Pellissier G, Lariven S, Aubert JP, Bouvet E. Cabipic : risques d'accidents d'exposition au sang et couvertures vaccinales des médecins libéraux en région parisienne en 2011. *BEH 2012;38:421-4.*)
- Directive 2010/32/UE du Conseil de l'Union Européenne portant application de l'accord-cadre relatif à la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et sanitaire conclu par l'HOSPEEM et la FSESP. *Journal officiel de l'Union européenne. 1.6.2010. L 134/66-L 134/72*

**FORMATION DE PROFESSIONNELS DE SANTE « BINÔMES RELAIS » A LA
STRATEGIE DE PREVENTION DES AES DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE :**
SESSION 22-23 nov. 2012, Faculté de Médecine Bichat, Paris

Résultats de l'enquête de satisfaction

1 - Données générales

Fonction		
	N	%
Médecin	4	16.0
Cadre	3	12.0
IDE	12	48.0
Représentant de laboratoire	4	16.0
Autre	1	4.0
NR	1	4.0
Total	25	100.0

Spécialité		
	N	%
Médecine du travail	8	32.0
Hygiène	8	32.0
Autre	9	36.0
Total	25	100.0

Type d'établissement		
	N	%
Public	11	44.0
ESPIC	1	4.0
Privé	9	36.0
NR	4	16.0
Total	25	100.0

2 - Intérêt des différents thèmes traités lors de la 1ère journée (notes de 0 à 10)

Conduite à tenir post-AES - Etude de cas clinique		
	N	%
8	7	31.8
9	11	50.0
10	4	18.2
Total	22	100.0

Note moyenne : 8,86

Le cadre juridique		
	N	%
6	2	9.1
7	8	36.4
8	6	27.3
9	4	18.2
10	2	9.1
Total	22	100.0

Note moyenne : 7,82

Surveillance des AES et gestion des risques		
	N	%
5	2	8.7
7	3	13.0
8	10	43.5
9	8	34.8
Total	23	100.0

Note moyenne : 7,96

Synergie Médecin du Travail / Service d'hygiène

	N	%
5	1	4.5
7	3	13.6
8	6	27.3
9	11	50.0
10	1	4.5
Total	22	100.0

Note moyenne : 8,32

Atelier Matériels de sécurité

	N	%
4	1	4.8
6	1	4.8
8	10	47.6
9	6	28.6
10	3	14.3
Total	21	100.0

Note moyenne : 8,29

Indice global de satisfaction pour la 1ère journée

	N	%
6	1	4.3
7	1	4.3
8	16	69.6
9	5	21.7
Total	23	100.0

Note moyenne : 8,09

3 - Intérêt des différents thèmes traités lors de la 2ème journée

3.1. Evaluation globale du module « Analyse des AES et prévention par spécialité :

Analyse des AES et prévention par spécialité

	N	%
8	6	37.5
9	10	62.5
Total	16	100.0

Note moyenne : 8,63

3.2. Evaluation par spécialité :

Radiologie interventionnelle

	N	%
8	4	16.7
9	11	45.8
10	9	37.5
Total	24	100.0

Note moyenne : 9,21

Chirurgie

	N	%
8	7	29.2
9	11	45.8
10	6	25.0
Total	24	100.0

Note moyenne : 8,96

Réanimation		
	N	%
2	1	4.3
7	5	21.7
8	6	26.1
9	8	34.8
10	3	13.0
Total	23	100.0

Note moyenne : 8,13

Réanimation pré-hospitalière		
	N	%
8	4	16.7
9	14	58.3
10	6	25.0
Total	24	100.0

Note moyenne : 9,08

Laboratoire		
	N	%
5	2	8.3
7	5	20.8
8	16	66.7
9	1	4.2
Total	24	100.0

Note moyenne : 7,58

Maternité / Gynécologie-obstétrique		
	N	%
8	5	20.8
9	10	41.7
10	9	37.5
Total	24	100.0

Note moyenne : 9,17

Pédiatrie / Néonatalogie		
	N	%
6	1	4.2
7	1	4.2
8	7	29.2
9	12	50.0
10	3	12.5
Total	24	100.0

Note moyenne : 8,63

Psychiatrie		
	N	%
5	1	4.8
7	6	28.6
8	7	33.3
9	6	28.6
10	1	4.8
Total	21	100.0

Note moyenne : 7,95

Hémodialyse		
	N	%
4	1	5.0
7	2	10.0
8	4	20.0
9	7	35.0
10	6	30.0
Total	20	100.0

Note moyenne : 8,65

Stomatologie		
	N	%
8	5	27.8
9	7	38.9
10	6	33.3
Total	18	100.0

Note moyenne : 9,06

3.3. Evaluation globale de la journée :

Indice global de satisfaction pour la 2^{ème} journée		
	N	%
7	1	4.3
8	8	34.8
9	12	52.2
10	2	8.7
Total	23	100.0

Note moyenne : 8,65

4 - Evaluation globale de la formation

Le contenu de la formation		
	N	%
7	1	4.2
8	4	16.7
9	15	62.5
10	4	16.7
Total	24	100.0

Note moyenne : 8,92

Le plan suivi		
	N	%
8	4	17.4
9	12	52.2
10	7	30.4
Total	23	100.0

Note moyenne : 9,13

L'animation de la formation		
	N	%
8	6	25.0
9	13	54.2
10	5	20.8
Total	24	100.0

Note moyenne : 8,96

Les intervenants		
	N	%
8	4	16.7
9	14	58.3
10	6	25.0
Total	24	100.0

Note moyenne : 9,08

Les supports pédagogiques utilisés		
	N	%
7	2	8.3
8	5	20.8
9	11	45.8
10	6	25.0
Total	24	100.0

Note moyenne : 8,88

Dossier documentaire remis		
	N	%
7	1	4.3
8	5	21.7
9	12	52.2
10	5	21.7
Total	23	100.0

Note moyenne : 8,91

Votre indice global de satisfaction pour la formation		
	N	%
8	5	21.7
9	17	73.9
10	1	4.3
Total	23	100.0

Note moyenne : 8,83

5 - Cette formation vous a-t-elle apporté les éléments nécessaires ?

Cette formation vous a-t-elle apporté les éléments nécessaires ?

	N	%
Oui	24	96.0
Non	1	4.0
Total	25	100.0

Commentaires sur la formation :

Points forts

	N
Présentations par spécialité	8
Qualité et expertises des intervenants	6
Contenu de la formation	5
Organisation (accueil, pause, déjeuner, etc.)	4
Etude de cas	3
Atelier Matériels	3
Avoir des données chiffrées	2
Interventions vivantes	1
Adaptabilité des connaissances selon l'auditoire	1
Respect du timing	1
Petit groupe qui facilite les échanges et génère de la convivialité	1
Gynécologie	1
Stomatologie	1

Points faibles

	N
Salle (bruit, chaleur, etc.)	6
Cadre juridique	2
Pas assez de temps de discussion et d'échanges	2
Formation trop dense	1
Remarques acerbes de l'animateur	1
Etudes de cas	1
Trop de chiffres	1
Redondance des supports	1

Suggestions

	N
Formation à continuer	2
Support papier des diaporamas pour prendre des notes	2
Faire la formation sur 3 jours	1
Parler du logiciel web-AES	1
Ajouter un volet sur l'endoscopie	1
Ajouter un volet sur la stérilisation	1
Prévoir une autre salle	1
Présenter les intervenants	1
Ajouter une présentation « Protection AES et type de gants »	1
Laisser une part plus importante au cadre juridique	1
Ajouter une présentation « Comment choisir un matériel de sécurité ? Méthodologie des essais, critères de choix »	1
Ajouter une présentation « Utilisation des matériels de sécurité dans le monde et réglementation selon les pays »	1

ANNEXE IV-5.2.

FORMATION – ATELIER « URGENTISTES »
Prise en charge des accidents d'exposition au sang et aux liquides biologiques
Animateur : Dr M. Dary, Nantes ;
Intervenants : Pr E. Bouvet, Paris ; Dr P. Deschamps, Pontoise

31 mai 2012,
lors du 6^e Congrès de la Société Française de Médecine d'Urgence, Paris

ATM25 14H30 à 16H00

31/05/2012 - salle : NIVEAU 3- SALLE 352A

ATELIER MÉDECINS

[Ajouter cette session à mon parcours de formation](#)

Prise En Charge Des Accidents D'Exposition Au Sang Et Aux Liquides Biologiques

Animateur : M. Dary (Nantes)

Intervenants : E. Bouvet (Paris), P. Deschamps (Pontoise)

Connaître la prise en charge et les examens à réaliser en cas d'AES professionnels et sexuels. Savoir évaluer le risque de transmission virale. Connaître la réalisation pratique, l'interprétation, les indications et la faisabilité des tests rapides VIH aux urgences. Connaître les indications et les non-indications du traitement post-exposition et les molécules à utiliser. Connaître les dernières recommandations. Proposer un schéma organisationnel de la prise en charge de ces patients.



FORMATION

Tests rapides d'orientation diagnostique (TROD)

14 novembre 2012

Eurosite République - 8 bis rue de la Fontaine au Roi - 75011 Paris

PROGRAMME

9h00 – *Accueil des participants*

MODULE 1 : Les TROD

9h30 – Place des TROD : définitions, textes réglementaires, conditions de réalisation, limites, accompagnement de la remise d'un résultat (négatif, positif ou indéterminé)

E. Bouvet

10h30 – Manipulations pratiques

Avec le partenariat de Nephrotek et Biomérieux

12h30 – *Déjeuner*

MODULE 2

Prise en charge des AES dans les établissements non référents VIH

14h00 – Expositions au risque viral : définitions, épidémiologies, risque de contamination
E. Rouveix

14h30 – Chimio prophylaxie et suivi du traitement
E. Rouveix

15h00 – Cadre légal : conduite à tenir, organisation de la prise en charge et déclaration d'accident du travail
C. Amiel-Taieb

15h30 – *Pause*

16h00 – Intérêt des TROD pour le dépistage du patient source et rendu du résultat
C. Dupont

16h30 – Synthèse : le circuit de prise en charge des AES
I. Lolom

17h00 – *Discussion - Conclusion*

MODULE 3

Place des TROD dans les CDAG

J. Ghosn, V. Coquelin, E. Bouvet, S. Rumi

14h00 – Présentation d'expériences d'utilisation des TROD dans des CDAG (Bichat, le Figuier, autres)

14h30 – Expérience de l'association AIDES

15h00 – La proposition du TROD au CDAG : à qui ? comment ?
(test à 2, selon le risque, accident d'exposition, ...)

15h30 – *Pause*

16h00 – La réalisation du TROD au CDAG :
- TROD seul ou associé à un prélèvement veineux
- Plusieurs scénarios : médecin, IDE
- Rendu du résultat : médecin, IDE
- Conduite à tenir devant un résultat positif, négatif ou indéterminé

16h30 – Jeux de rôle
Elaboration d'une procédure TROD au CDAG selon les conditions locales

17h00 – *Discussion - Conclusion*

FORMATION
Tests rapides d'orientation diagnostique (TROD)
14 novembre 2012

DOSSIER DOCUMENTAIRE REMIS AUX PARTICIPANTS

- Programme de la formation
- Fiches d'évaluation de la formation
- Arrêté du 28 mai 2010 fixant les conditions de réalisation du diagnostic biologique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2) et les conditions de réalisation du test rapide d'orientation diagnostique dans les situations d'urgence. NOR : SASP0908446A. Journal officiel de la République Française, 9 juin 2010.
- Arrêté du 9 novembre 2010 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2). NOR : SASP1026545A. Journal officiel de la République Française, 17 nov. 2010.
- Chapitre 17 « Prise en charge des situations d'exposition au risque viral chez l'adulte ». Rapport 2010 sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH sous la direction du Pr. Patrick Yéni, 19 juillet 2010.
- BEH 2011, Expérience pilote, Hôpital St Antoine (*Picard O, et al. Tests rapides d'orientation et de diagnostic de l'infection par le VIH en CDAG : expérience pilote en France (janvier 2010-janvier 2011). BEH 2011 ;42 :438-41*).

FORMATION
Tests rapides d'orientation diagnostique (TROD)
 14 novembre 2012

EVALUATION PAR LES PARTICIPANTS

12 évaluations / 16 participants

➤ **Profil**

Fonction : IDE : 8 / Médecin : 2 / Coordonnatrice : 1 / Responsable des soins : 1

Type d'établissements : Public : 9 / Privé : 3

COREVIH : IdF Nord : 9 / IdF Ouest : 3

➤ **Notes attribuées aux modules**

Module 1 : TROD (n=12) :	8,2/10	[min : 6 – max : 10]
Module 2 : AES (n=4) :	7,3/10	[min : 6 – max : 9]
Module 3 : CDAG (n=6) :	8,2/10	[min : 7 – max : 9]

➤ **Evaluation globale de la formation**

Contenu de la formation :	8,5/10	[min : 7 – max : 10]
Plan suivi :	7,6/10	[min : 6 – max : 10]
Animation de la formation :	8,6/10	[min : 6 – max : 10]
Intervenants :	8,8/10	[min : 6 – max : 10]
Supports pédagogiques :	8,4/10	[min : 7 – max : 10]
Dossier documentaire :	8,5/10	[min : 7 – max : 9,5]

➤ **Points forts**

- Pratique des TROD : 6
- Cas / éléments concrets : 2
- Accueil : 3
- Interventions parlantes / Exposés clairs, précis : 2
- Echange sur les pratiques : 2
- Contenu : 1
- Réelle découverte de la pratique des TROD avec mise en situation : 1
- Formation faite par des gens de terrain : 1
- Rencontre avec d'autres professionnels de terrain : 1
- Salle agréable : 1
- Groupe cohérent : 1

➤ **Points faibles**

- Choisir entre plusieurs modules l'après-midi : 1
- Module 1 dense et rapide : 1
- Manque de matériels pour les manipulations (gants, boîtes, etc.) : 1

➤ **Suggestions**

- Pour les essais TROD, prévoir du matériels (gants, boîtes, SHA, etc.) : 2
- Avoir les supports des présentations à l'arrivée : 1
- Aborder l'entretien pré et post test (counseling) : 1
- Poursuivre une formation régulièrement semble nécessaire (technique de l'entretien) : 1

ANNEXE IV- 5.4.

AUTRES ACTIONS DE FORMATION INITIALE ET CONTINUE

Formation initiale et continue ; enseignement universitaire et encadrement de thèses, de stages

- DU – XXXVe Cours International sur les infections sexuellement transmissibles et l'infection à VIH dans les pays à ressources limitées. Organisé par le Département de Santé Tropicale de Paris 7 et l'IMEA. Cours sur les AES (Pr E Bouvet) ; Atelier « AES – Prélèvement veineux sous vide et gestion des OPCT » (C Ciotti, I Lolom, G Pellissier).
- DU Santé et sécurité au travail en milieu hospitalier : Les risques biologiques à l'hôpital, les AES, les vaccinations (D Abiteboul).
- DIU « Infections nosocomiales et Hygiène hospitalière » : Risques infectieux chez les personnels de soins (D Abiteboul, E Bouvet).
- DES de médecine du travail : Vaccinations en milieu de travail (D Abiteboul).
- DIU de vaccinologie : les vaccinations chez les personnels de santé (D Abiteboul).
- Formation des étudiants hospitaliers, Faculté X. Bichat, à la connaissance et à la prévention des risques d'AES (E Bouvet).
- D.U Prévention clinique et approche psycho-sociale des maladies transmissibles, Faculté de Médecine Bichat : Prise en charge de la tuberculose et de la co-infection avec le VIH (E Bouvet).
- DEA Santé et développement, Université Paris 6 : AES dans les PVD ; tuberculose (E Bouvet).
- Encadrement de thèses et de stages d'étudiants et personnels de santé de pays d'Afrique francophone (E Bouvet)...
- UE Dispositifs Médicaux (DES Pharmacie Hospitalière), mai 2014, Paris ; Cours « AES – Risques, prévention et matériels de sécurité (C. Ciotti).

ORGANISATION D'UN COLLOQUE EN AFRIQUE PLAQUETTE DE PRESENTATION

COMITÉ SCIENTIFIQUE

<p>Bikoro Babo, Ministère de la santé – Direction des établissements de soins, Togo Elisabeth Bouvet, GERES, France Jean Carlet, France Mamane Diouf, Niger Jean-Michel Descamps, GERES, France Moustamadou Salla Diallo, CROCS/SMC/OMU de Fatick, Sénégal Serge Paul Eboué, Gile d'Ivoire Eloi Elou, Gile d'Ivoire Benjamin Fayomi, Bénin Pierre-Majie Girard, France</p>	<p>Jean Baptiste Guandi-Schmidt, Burkina Faso Boudouf Madougou, GP ESTHER, Niger Colette Le Bidec, NRS-NGS Santé, France Jean-Marie Miliéki, Sénégal Akousta Patassi, Togo Christian Rabreau, Infectiologue, Nancy, GERES, France Gilles Raquin, GP ESTHER, France Dominique Salmon, France Papa Saïf Sine, Université de Dakar, Sénégal Moussa Seydi, Sénégal Maïrat Zarema, FSS-URC, Bénin</p>
---	--

COMITÉ D'ORGANISATION

<p>Dominique Aïtebeu, GERES, France Xavier Assamagnan, GP ESTHER, Togo Olivier Boucaut, Université Paris 13, France Emmanuelle Capron, ES 92, France Céline Clutti, GERES, France Djiba Diallo, GERES, France Caroline Dupont, ES 92, France Claire Fidié, GERES, France</p>	<p>Dionké Fatona, GP ESTHER, France Sylvie Le-Gac, COREVIH Ile-de-France Nord, France Annie Leprieux, France Isabelle Lohin, GERES, France Gérard Pellissier, GERES, France Elisabeth Rouveix, GERES-ES 92, France</p>
---	---

Avec le soutien de :

GERES - Association sans but lucratif déclarée conformément à la loi du 1^{er} juillet 1901
 Université Paris Diderot Paris 7 - UFR de Médecine site Richat - 16 rue Henri Huchard - 75009 PARIS Cedex 13
 Tél. : +33 1 57 27 78 70 - Fax : +33 1 57 27 77 01
 E-mail : colloque.lome@geres.org - Site web : www.geres.org

2^{ème} COLLOQUE FRANCOPHONE SUR LES ACCIDENTS EXPOSANT AU SANG (AES) ET LA PROTECTION DU PERSONNEL DE SANTÉ EN AFRIQUE

PROTÉGER LES SOIGNANTS POUR PROTÉGER LES PATIENTS

★ 15 ET 16 MARS 2012, LOMÉ, TOGO

En marge des 2^{èmes} Journées Scientifiques Togolaises sur le VIH

2^{ème} COLLOQUE FRANCOPHONE SUR LES AES ET LA PROTECTION DU PERSONNEL DE SANTÉ EN AFRIQUE

CONTEXTE

La mise à disposition des traitements antirétroviraux dans les pays en développement (PED), notamment en Afrique Sub-saharienne conduisent à la prise en charge médicale d'un nombre croissant de patients infectés par le VIH et à une augmentation des gestes invasifs pratiqués par les personnels de soins. Les personnels soignants sont particulièrement exposés à un risque de transmission d'agents pathogènes au décours d'un accident exposant au sang (AES).

La prise en compte de ce risque est devenue une préoccupation des autorités sanitaires et des établissements de soins, et la présence de plus de 130 participants de 18 pays africains francophones au premier Colloque AES organisé par le GERES à Cotonou, le 3 mars 2008, témoigne de cette sensibilisation.

Il faut profiter de cette dynamique pour **améliorer la mobilisation des personnels de santé et des institutions**. Parmi les axes de travail à envisager pour accélérer la diminution de ce risque, les questions de la mise à disposition de matériels de sécurité et la gestion des déchets d'activités de soins à risque infectieux paraissent prioritaires. C'est dans ce contexte que le GERES organise en mars 2012, à Lomé, au Togo, le 2^{ème} Colloque francophone sur les AES et la protection des personnels de santé en Afrique, avec le soutien de l'AFSS-Santé, en marge des 2^{èmes} Journées Scientifiques Togolaises sur le VIH organisées par ESTHER.

OBJECTIFS

Développer des propositions devant permettre de :

- Faciliter la mise à disposition de matériels de sécurité, en premier lieu pour la réalisation des prélèvements veineux sous vide.
- Sécuriser l'élimination des objets piquants/coupants/tranchants (OPCT) (br, conteneurs, destructions/neutralisations).

PUBLIC VISE

- Professionnels de santé, des secteurs publics et privés, des Pays d'Afrique Francophone et du Maghreb.
- Responsables des structures de santé, médecins responsables en Hygiène et Santé au Travail.
- Représentants institutionnels, associatifs et des ONG dans ces pays.

INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR LE COLLOQUE

- Date : 15 et 16 mars 2012
- Lieu : Lomé
- Langue : Français
- Coordination : Pr Elisabeth Bouvet, Président du GERES, Paris, France
- Droit d'inscription : 150 €
- Réservations : www.geres.org/colloque-lome@geres.org
- Appel à communication : date limite de soumission des abstracts 15 janvier 2012 (Thèmes : gestion des déchets d'activités de soins piquants/tranchants, stratégies de prévention, matériels de protection)

LE PROGRAMME DES SESSIONS 15 ET 16 MARS 2012, LOMÉ, TOGO

<h3 style="background-color: #0070C0; color: white; padding: 2px;">JEUDI 15 MARS</h3> <p>8h00 Accueil des participants</p> <p>8h30 Introduction</p> <p>9h00 Session plénière : "Gestion des dispositifs de soins en Afrique - Contexte actuel"</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Épidémiologie des risques de transmission virale après un AES et épidémiologie des gestes à risque ■ Généralités et impact des matériels de sécurité sur la réduction des AES percutanés : revue de la littérature ■ Conteneurs pour OPCT <p>10h30 Pause, visite des posters et des stands</p> <p>11h00 Session plénière : "Gestion des dispositifs de soins en Afrique - Contexte actuel" (suite)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Élimination des DASRI : incinération et méthodes alternatives ■ Matériels de sécurité en Afrique : état des lieux des politiques nationales et expériences de terrain dans les PED ■ Expérience de terrain sur la gestion des DASRI <p>12h30 Pause déjeuner, visite des posters et des stands</p> <p>14h00 Session posters Appel à communication</p> <p>15h00 Introduction aux ateliers :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ État des lieux : types de matériels utilisés pour le prélèvement veineux et gestion des DASRI : résultats d'une enquête réalisée auprès d'un Réseau d'HOAs d'Afrique Francophone ■ Présentation des ateliers 	<p>15h30 Pause, visite des posters et des stands</p> <p>16h00 Ateliers</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Atelier n°1 : "Comment choisir un conteneur pour OPCT ?" ■ Atelier n°2 : "Comment sécuriser le prélèvement veineux ?" ■ Atelier n°3 : "Quelle stratégie d'implantation des matériels de sécurité ?" <p>16h00 Fin de la journée</p> <h3 style="background-color: #0070C0; color: white; padding: 2px;">VENDREDI 16 MARS</h3> <p>8h30 Session sur la sécurité des patients Partenariats ESTHER, GERES, OMS/AFSS</p> <p>11h00 Restitution des ateliers</p> <p>12h00 Les "recommandations de Cotonou" Où en est-on ?</p> <p>13h00 Pause déjeuner, visite des posters et des stands</p> <p>14h30 Atelier Fabricant : Manipulation des matériels de sécurité</p> <p>15h30 Table ronde : "Mise à disposition de matériels de sécurité dans les PID : des maintenant"</p> <p>17h30 Conclusions</p> <p>18h00 Fin du colloque</p>
---	--

★ 15 ET 16 MARS 2012, LOMÉ, TOGO

PROGRAMME DU COLLOQUE



2^{EME} COLLOQUE FRANCOPHONE SUR LES AES ET LA PROTECTION DU PERSONNEL DE SANTE EN AFRIQUE « Protéger les soignants pour protéger les patients ? » 15 et 16 mars 2012, Lomé, Togo

PROGRAMME

Jeudi 15 mars 2012

-
- 8h00 Accueil des participants
- 8h30 Introduction M. Prince-David, Togo ; E. Bouvet, France
- 9h00 Session plénière : « Gestion des dispositifs de soins en Afrique - Constat actuel »
Modérateurs : D. Abiteboul, France ; E. Rouveix, France
- Epidémiologie des risques de transmission virale après un AES et épidémiologie des gestes à risque E. Bouvet, France
 - Généralités et impact des matériels de sécurité sur la réduction des AES percutanés : revue de la littérature JM. Descamps, France
 - Conteneurs pour objets piquants coupants tranchants (OPCT) G. Pellissier, France
- 10h30 *Pause, visite des posters et des stands*
- 11h00 Session plénière : « Gestion des dispositifs de soins en Afrique - Constat actuel » (suite)
Modérateurs : V. Pitché, Togo ; S. Bertrand, France
- Elimination des DASRI : incinération et méthodes alternatives A. Leprince, France
 - Matériels de sécurité en Afrique : état des lieux des politiques nationales et expériences de terrain dans les PED M. Zannou, Bénin
 - Expérience de terrain sur la gestion des DASRI M. Branco, Bénin
- 12h30 *Pause déjeuner, visite des posters et des stands*
- 14h00 Session posters
Modérateurs : P. Salif Sow, Sénégal ; C. Rabaud, France
Appel à communication
- 15h00 Introduction aux ateliers
- Etat des lieux : types de matériels utilisés pour le prélèvement veineux et gestion des DASRI : résultats d'une enquête réalisée auprès d'un réseau d'hôpitaux d'Afrique Francophone A. Patassi, Togo ;
C. Ciotti, France
 - Présentation des ateliers JM. Descamps, France
- 15h30 *Pause, visite des posters et des stands*
- 16h00 Ateliers
- Atelier n°1 : « Comment choisir un conteneur pour OPCT ? » B. Baba, Togo ;
I. Lolom, France
 - Atelier n°2 : « Comment sécuriser le prélèvement veineux ? » A. Patassi, Togo ;
E. Capron, France
 - Atelier n°3 : « Quelle stratégie d'implantation des matériels de sécurité ? » B. Madougou, Niger ;
E. Rouveix, France
- 18h00 Fin de la journée

Vendredi 16 mars 2012

8h30 Séances sur la sécurité des patients (Partenariats ESTHER, GERES, OMS-APPS)**Modérateurs : B. Baba, Togo ; J. Carlet, France**

- Hygiène hospitalière et sécurité des patients. Stratégie et perspectives ESTHER en Afrique F. Lamara, France
- Le programme OMS « Partenariats africains pour la sécurité des patients » (APPS). Vue d'ensemble J. Hightower, Zimbabwe

Le volet français du programme APPS

- Fonctionnement et architecture institutionnelle F. Lamara, France
- Bilan des activités ESTHER et perspectives dans le cadre APPS sur la sécurité des patients et l'hygiène hospitalière
 - Engagement et réalisations ESTHER dans le pays
 - Perspectives dans le cadre APPS
 - Enseignements des analyses situationnelles
 - Burundi CHU de Rennes et référent pays
 - Côte d'Ivoire CHU de Bordeaux et référent pays
 - Nigér GERES et référent pays
- Point de vue et débat : sécuriser les soignants pour sécuriser les patients ? E. Bouvet, France

11h00 Restitution des ateliers**Modérateurs : MB. Diallo, Sénégal ; JM. Descamps, France****12h00 Atelier pour les préleveurs : matériels de sécurité pour le prélèvement intraveineux***Autour d'un déjeuner avec la participation de Smiths Medical et Becton Dickinson***Modérateurs : C. Fabin, France****14h30 Les « recommandations de Cotonou » :****Fondements, principes de base et perspectives****S. Bertrand, France****15h30 Table ronde : « Mise à disposition de matériels de sécurité dans les PED : dès maintenant »****Modérateurs : TO. Sall, Togo ; J. Carlet, France**

- AISS Santé S. Bertrand, France
- Direction d'hôpital : P. Kadanga, Togo ; M. Pepeyi, Togo ; S. Yorouba, Togo
- Direction Générale de la Santé : B. Baba, Togo
- ESTHER : F. Lamara, France
- GERES : E. Bouvet, France
- Industriels : S. Courtois, Smiths Medical ; GG. Diop, Becton Dickinson
- OMS : P. M'Pelle, Togo
- ONUSIDA : TO. Sall, Togo
- PNLS : V. Pitché, Togo

17h30 Conclusions**18h00 Fin du colloque****GRUPE D'ETUDE SUR LE RISQUE D'EXPOSITION DES SOIGNANTS AUX AGENTS INFECTIEUX**

Université Paris Diderot 7 - UFR de Médecine site Bichat – 16, rue Henri Huchard – 75890 PARIS Cedex 18 – France

E-mail : colloque-lome@geres.org – Site web : www.geres.org

2^{EME} COLLOQUE FRANCOPHONE SUR LES AES ET LA PROTECTION DU PERSONNEL DE SANTE EN AFRIQUE

« Protéger les soignants pour protéger les patients ? »

15 et 16 mars 2012, Lomé, Togo

Synthèse

Plus de 250 professionnels de santé, représentant 14 pays d'Afrique (francophone pour la plupart) et de France ont participé à ce 2^{ème} colloque sur les AES et la protection du personnel de santé en Afrique, organisé par le GERES, avec le soutien d'ESTHER, les 15 et 16 mars 2012, à Lomé, au Togo, en marge des 2^{èmes} Journées scientifiques togolaises sur le VIH. Les pays représentés, ainsi que la répartition des participants par pays sont présentés en Annexe 1.

Le programme du colloque (en Annexe 2) a été construit autour de deux axes de réflexion : la mise à disposition de matériels de sécurité pour le prélèvement veineux et la gestion des déchets d'activités de soins à risque infectieux dans les PED.

Le jeudi matin a été consacré aux sessions plénières sur ces deux thématiques. Le jeudi après-midi a été dédié à des discussions plus pratiques avec :

- la session Posters qui a permis de présenter des expériences de terrain. Chaque poster accepté par le comité scientifique a été présenté en 5 min par son auteur afin de laisser l'opportunité à chacun de présenter son travail lors d'une session orale. 13 posters ont été sélectionnés. Les thèmes et les pays de provenance sont présentés en Annexe 3.
- les ateliers qui ont porté sur les 3 thèmes suivants, et ont réunis 149 personnes de terrain dont de nombreux soignants :
 - o « Comment choisir un conteneur pour OPCT ? » (23 participants)
 - o « Comment sécuriser le prélèvement veineux ? » (62 participants)
 - o « Quelle stratégie d'implantation des matériels de sécurité ? » (64 participants)

Le vendredi matin s'est déroulée une session sur la sécurité des patients (African Partnerships for Patient Safety) organisée en partenariat avec l'OMS et ESTHER. Cette session a été suivie de la restitution des ateliers de la veille. Un atelier de manipulation de dispositifs de sécurité pour le prélèvement veineux a eu lieu pendant le déjeuner. Cet atelier a été animé par Smiths Medical et Prolabo (représentant Becton Dickinson). 56 « préleveurs » pour la plupart (infirmiers, techniciens de laboratoires) ont participé à cet atelier. L'AISS Santé ensuite présentée les « recommandations de Cotonou » qui avaient été élaborées lors du 1^{er} colloque sur les AES organisé au Bénin en 2008, ainsi que leurs perspectives. Le colloque s'est conclu par une table ronde qui avait pour thème « Mise à disposition de matériels de sécurité dans les PED : dès maintenant ».

En conclusion, la sécurisation du prélèvement veineux, par l'adoption généralisée de systèmes de prélèvement sous vide, est apparue comme une priorité préalable à toute autre action de sécurisation des soins pour les professionnels de santé dans les PED.

Perspectives

L'ensemble des diaporamas du colloque sont consultables depuis le site internet du GERES (www.geres.org, rubrique Actions internationales). Les présentations du jeudi matin ont été filmées afin de construire des modules de e-learning disponibles sur le site de formation continue d'ESTHER (www.estherformation.fr).

Un comité de suivi pour la sécurisation du prélèvement veineux, regroupant des professionnels du Nord et du Sud, est en cours de constitution afin que les recommandations émises lors du colloque soient diffusées le plus largement possible et entendues par les institutions. Il est envisagé d'organiser un 3^e colloque AES afin de faire un état des lieux de la sécurisation des professionnels de santé, dans les deux ans.

Avec le soutien de :

INITIATIVE SEVENAF

Sécuriser le prélèvement veineux : une priorité pour la sécurité des soignants et des patients dans les PED

E. Rouveix, E. Bouvet, et le GERES

La mise à disposition des traitements antirétroviraux dans les pays en voie de développement, notamment en Afrique Sub-saharienne, conduit à la prise en charge médicale d'un nombre croissant de patients infectés par le VIH et autres virus et à une augmentation des gestes invasifs pratiqués par les personnels de soins. Les personnels soignants sont ainsi particulièrement exposés à un risque de transmission d'agents pathogènes au décours d'un accident exposant au sang (AES).

En 2012, le problème des risques infectieux liés au prélèvement veineux reste entier et demeure préoccupant pour les soignants en Afrique : sensibilisation insuffisante et manque de moyens, matériels inadaptés et forte prévalence des infections dans la population, augmentation des gestes invasifs réalisés liée à une extension de la prise en charge de ces pathologies et de l'accès aux soins pour la population.

Le GERES (Groupe d'Etude sur le Risque d'Exposition des Soignants aux agents infectieux), association engagée dans la prévention des accidents d'exposition au sang (AES) et du risque infectieux chez les soignants, a incité en France des démarches préventives qui ont démontré leur efficacité dans les pays industrialisés pour réduire ce risque.

Deux colloques sur les risques infectieux en milieu de soin pour le personnel soignant en Afrique ont déjà été organisés par le GERES, en collaboration entre autres avec l'AISS et ESTHER : l'un à Cotonou en 2008, l'autre à Lomé en 2012. Ces rencontres ont montré une forte mobilisation des soignants de nombreux pays d'Afrique francophone et des études pilotes ont prouvé que le prélèvement veineux est le geste le plus à risque et le plus fréquent. Par ailleurs, des retours d'expériences sur différents sites ont déjà prouvé la faisabilité de la sécurisation du prélèvement veineux.

A l'issue du premier colloque, en 2008, à Cotonou, des recommandations spécifiques ont été établies conjointement avec AISS/PACOH/GERES à l'attention des décideurs politiques, gestionnaires, professionnels de santé, et préventeurs, pour la prévention des risques infectieux professionnels des personnels soignants. Ce point est indissociable des démarches de qualité visant à l'amélioration de la sécurité des patients.

L'état des lieux présenté au colloque de Lomé, montre en 2012, que le prélèvement veineux n'est toujours pas sécurisé dans la majorité des lieux de soins en Afrique. La protection des soignants vis à vis des risques infectieux est pourtant de la responsabilité des dirigeants, de ceux qui élaborent les politiques nationales, de ceux qui gèrent les structures de soins. Et comme il le fut pour les médicaments antirétroviraux, il apparaît urgent de trouver des accords permettant l'obtention des matériels sécurisés à moindre coût dans les PED. Le mouvement SEVENAF (mouvement pour la SEcurisation du prélèvement VEiNeux en AFrique) regroupant des soignants d'Afrique subsaharienne a été créé dans ce but.

La sécurisation du prélèvement veineux, au minimum par l'adoption généralisée de systèmes de prélèvement sous vide, apparaît comme une priorité préalable à toute autre action de sécurisation des soins pour les professionnels de santé dans les PED.

2^e COLLOQUE FRANCOPHONE SUR LES AES ET LA PROTECTION DU PERSONNEL DE SANTE EN AFRIQUE, LOME, MARS 2012

Liste des posters

Auteur principal	Ville - Pays	Titre de l'abstract
Farida CHOUTI	Parakou – BENIN	Conditions de travail et comportements à risque d'AES en milieu de soins dans la zone sanitaire Parakou-N'dali
Martin BAZONGO	Ouagadougou – BURKINA FASO	Les AES au CHU Yalgado Ouédraogo de Ougadou au Burkina Faso : état des lieux
Mikaïla KABORE	Ouagadougou – BURKINA FASO	Etudes des connaissances, attitudes et pratiques des agents de santé sur la gestion des déchets d'activités de soins à risque infectieux dans les hôpitaux au Burkina Faso
Georgette NDONGO EKANGA	Yaoundé - CAMEROUN	La Gestion des déchets d'activités de soins piquants et tranchants au Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé
Jules BASHI BAGENDABANGA	Abidjan – COTE D'IVOIRE	Mise en œuvre des mesures de prévention des infections nosocomiales en Afrique Sub-saharienne : résultats préliminaires
Aka KAKOU	Abidjan – COTE D'IVOIRE	Pratiques en matière de gestion des AES et utilisation des dispositifs de prélèvements sanguins chez 381 personnels soignants des CHU d'Abidjan
		Analyse comparée des méthodes de gestion des déchets biomédicaux dans 6 centres de santé à Abidjan
Brigitte CHARDON	Montpellier – FRANCE	Panorama de la gestion des déchets d'activités de soin dans les pays du Sud et dans les pays du Nord
Boubacar TRAORE	Bamako – MALI	Revue des activités de prise en charge des cas d'AES dans un CTA décentralisé : CESAX-Mopti d'ACAD/SIDA Mali
Dahlia MOSSORO-KPINDE	Bangui – RCA	Forte incidence des AES dans un pays en voie de développement : l'exemple de la RCA
		Statut vaccinal du personnel de santé d'un laboratoire de Bangui
Boly NIANG	Dakar – SENEGAL	Mise en place de dispositif de prélèvement sous vide et pratiques à risque d'AES chez les personnels infirmiers du SMIT du CHNU de Fann à Dakar
Bina BETENORA	Atakpamé - TOGO	Evaluation des connaissances, attitudes sur les accidents d'exposition au sang au CHR Atakpamé

ANNEXE IV-6.2.

PRESENTATION DU SITE DE E-LEARNING D'ESTHER ET DU SEMINAIRE SUR LES AES – PODCASTS LOME, MARS 2012

www.estherformation.fr : le site de formation continue développé par ESTHER

novembre 19, 2011 15 h 44 min - Écrit par riegret

Pour que la formation continue à la prise en charge du VIH soit accessible au plus grand nombre d'acteurs de terrain, ESTHER crée un site de formation à distance «ESTHER Formation continue». La formation continue est au cœur des missions d'ESTHER ; Au travers des jumelages hospitaliers et en partenariat avec des organismes de formation, ESTHER ... Continuer à lire

Share Tweet share Like 10 +1

[LIRE LA SUITE](#)

Séminaire sur les AES – Podcasts Lomé, mars 2012

mars 26, 2012 9 h 13 min - Écrit par adrien

Epidémiologie des AES Professeur Elisabeth Bouvet Généralités et impacts des matériels de sécurité sur la réduction des AES percutanés Docteur Jean-Michel Descamps Conteneurs pour Objets Piquants Coupants Tranchants – OPCT Gérard Pellissier Matériels de sécurité en Afrique: Etat des lieux des politiques nationales et expériences terrain Professeur Marcel Zannou, CNHU de Cotonou Elimination des DASRI: ... Continuer à lire

Share Tweet share Like +1

[LIRE LA SUITE](#)

Séminaire sur les AES – Podcasts Lomé, mars 2012

Epidémiologie des AES
Professeur Elisabeth Bouvet

Généralités et impacts des matériels de sécurité sur la réduction des AES percutanés
Docteur Jean-Michel Descamps

Année	Nombre de piques évitables	Pourcentage
1990	157	94%
2000	130	78%

Conteneurs pour Objets Piquants Coupants Tranchants – OPCT
Gérard Pellissier

- Dans des objectifs écologiques et de sécurité, les boîtes réutilisables pour OPCT ont une orientation actuelle dans des pays développés - elles sont conçues pour être traitées dans une installation spécialisée sans intervention manuelle.
- La réutilisation de boîtes prévues pour un usage unique ou d'autres conteneurs pour OPCT pose un problème de sécurité des personnels de la filière déchets en cas : les OPCT ne doivent être évacués ni dans des sacs, ni en vrac dans les bacs d'entreposage et de transport des DASRI.

Matériels de sécurité en Afrique: Etat des lieux des politiques nationales et expériences terrain
Professeur Marcel Zannou, CNHU de Cotonou

Elimination des DASRI: incinérations et méthodes alternatives
Docteur Annie Leprince

- Hygiène hospitalière et prévention des infections nosocomiales: les déchets de gestion in situ des DASRI.
- Prévention de la contamination professionnelle par des agents infectieux des agents et des personnes chargées de l'élimination des DASRI: les pratiques préventives des contaminations par voies hématogènes (prévention des AEE).
- Protection de la santé publique en évitant tout contact de la population avec les DASRI.
- Protection de l'environnement: le Protocole de déchets, incinération de déchets médicaux.

Expérience de terrain sur la gestion des DASRI
Docteur Marienne Branco

- Toute activité de soins génère des déchets : coton usé, aiguilles et seringues, tubulures de perfusion, sacroirs de perfusion, gants, liquides biologiques.
- Un enjeu fondamental pour:
 - La Prévention d'un épidémiotransmission
 - La Réduction des risques sanitaires,
 - La Réduction des Accidents d'exposition au sang.

SITE ESTHER FORMATION CONTINUE - E-LEARNING

<http://www.estherformation.fr>

COLLABORATION 2012 – 2013 AVEC LE GERES POUR LA REALISATION DE MODULES AES

