

RAPPORT D'ACTIVITÉ 2016

Actions & Projets

Février 2017

SOMMAIRE

I – LE GERES	3
I-1 – Présentation	3
I-2 – Principaux travaux de recherche	4
1 - Les AES	4
2 - Transmission nosocomiale de la Tuberculose et sa prévention	5
3 - Les vaccinations	6
II – LES ACTIONS CONDUITES EN 2016	8
II-1 – Au plan national	8
1 - Avec le soutien de la DGS	8
Action 1 : Formations continues GERES	8
Action 2 : Poursuite de la refonte et du suivi du site internet	8
Action 3 : Action d'évaluation des AES	9
2 - Un soutien de l'Agence Santé publique France	12
3 - Un soutien de l'Institut National de recherche et de sécurité (INRS)	12
4 – Actions conduites en collaboration avec les Corevih	14
5 - Une activité d'expertise auprès des instances	14
6 – Une action d'information, conseil et formation	15
7 - Autres études et enquêtes	15
II-2 – Au plan international	16
II-3 - Publications et communications récentes	17
III – PERSPECTIVES	18
III-1 – Orientations stratégiques	18
III-2 – Les projets dans le cadre de la conventions DGS 2017	19
III-3 – Les autres projets	20
III-4 – Au plan international	21
IV - ANNEXES – LE GERES	22
IV-1 – Conseil d'administration, Bureau, Conseil Scientifique	23
IV-2 - Commissions et Groupes de Travail	24
IV-3 - Collaborations et Soutiens	25
IV-4 – Publications et Communications	27
IV-5 – Programmes des réunions stratégiques	31
V – ANNEXES ACTIONS CONVENTION DGS 2016	32
V -1 – Action 1 : Refonte/actualisation des diaporamas de formation	33
V -2 – Action 1 : Partenariat avec la SF2H lors de leur Congrès national 2017	49
V -3 – Action 1 : E-learning AES	50
V -4 - Action 2 : Poursuite de la refonte et du suivi du site internet	51
V -3 – Actions antérieures – Achèvement de l'étude Focus groups libéraux : Perception de la vaccination anti-grippale	58
VI- ANNEXES - AUTRES ACTIONS CONDUITES	55
VI-1 – Collaboration au guide EFICATT de l'INRS	56
VI -2 – EPI face aux pathogènes émergents à haut risque, Collaboration avec l'INRS	57
VI-3 – Activité d'expertise auprès des instances et de structures non institutionnelles	58
VI-4 – Action d'écoute, information et conseil	59
VI-5 – Autres actions de formation initiale et continue	60
VI-6 – Actions à l'international - Afrique. Abstracts des communications 2016	61
VI-7 – Actions à l'international - Afrique. Organisation du 3 ^e Colloque sur la sécurité des soignants vis à vis des risques infectieux	63
VI-8 – Actions à l'international - Afrique. Réalisation d'un guide pratique : Protection des soignants vis à vis des risques infectieux en milieux de soins	64

I – LE GERES

I-1 - PRESENTATION

(Cf Annexes IV, pages 23 à 31)

Le Groupe d'Étude sur le Risque d'Exposition des Soignants aux agents infectieux (GERES) s'est constitué en association loi de 1901 en 1991 :

Il est soutenu notamment par la Direction Générale de la Santé (DGS), l'Agence Nationale de santé publique, l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS).

Il réunit des compétences pluridisciplinaires : épidémiologistes, infectiologues, virologues, chirurgiens, médecins du travail, hygiénistes, infirmiers, spécialistes en législation du travail et en prévention du risque professionnel...

Domaines d'activité:

- Accidents d'exposition au sang (AES-
- Tolérance des traitements post-exposition (TPE)
- Risque respiratoire (tuberculose...)
- Pathogènes émergents (Ebola...)
- Vaccinations

Missions :

- Identifier les risques de contamination
- Etudier les circonstances de survenue des expositions
- Proposer des mesures préventives
- Répertorier et évaluer des matériels de protection / de sécurité et les référencer dans sa base de données
- Participation aux surveillances nationales : (AES, contaminations professionnelles VIH, VHC, VHB, couvertures vaccinales des professionnels de santé)
- Diffuser l'information (Journées GERES, formations, symposiums, colloque, rédaction de guides, publications, newsletter et site internet)

Objectif final : Prévenir les risques infectieux chez les professionnels de santé

Un Conseil d'Administration (CA) de 15 membres ;

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

L'équipe est constituée de 2 salariés (1,8 équivalents temps pleins), auxquels il faut ajouter des membres bénévoles et des intervenants extérieurs impliqués avec lesquels sont établis des liens réguliers ; 40 collaborateurs permanents ; un fonctionnement en commissions (Matériels de sécurité, Formation...) et groupes projets (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 17 février 2016 ; 1 réunion à programmer au 1^{er} trimestre 2017) pour faire un bilan des actions réalisées et des propositions d'axes de travail.

Un réseau national de professionnels de santé, relais formés par le GERES, présents dans 400 établissements de santé ; 200 adhérents 2016 à l'Association (individuels, établissements de santé, structures privées).

Des collaborations développées avec :

- les COREVIH, le Département de Médecine Générale de l'Université Paris Diderot, le RAISIN, les CClins, la Fédération Nationale des Infirmiers, la MNH, des Société Savantes et Associations professionnelles : SF2H, SFMT, SPILF, ANMTEPH...
- Expertise France, SOLTHIS, l'AISS, le SSEUG, ES 92... pour la conduite d'actions à l'international (Afrique, Europe)

Il reçoit des soutiens financiers de partenaires industriels du secteur.

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 environ 125 000 visites en 2016 ;

Une newsletter à périodicité environ trimestrielle diffusée à plus de 600 destinataires.

I-2 – PRINCIPAUX TRAVAUX DE RECHERCHE

1 – Les AES

La thématique de travail sur les AES s'est imposée à la fin des années 80 avec le constat des contacts répétés du personnel soignants avec le sang des patients, lors de piqûres et autres blessures qui survenaient en manipulant des dispositifs invasifs dont il fallait éliminer les aiguilles, dans un contexte d'absence de conteneur stable, de pratique de recapuchonnage...

Rien n'était prévu pour protéger les personnels de santé et le GERES (Groupe d'Etude sur les Risque d'Exposition des Soignants) est né de cette constatation avec pour objectif de comprendre les circonstances et donc les facteurs de risque de piqûres, leur fréquence, afin de proposer des méthodes préventives et de les évaluer. Un système de surveillances des AES, issu des recommandations et des outils du GERES, fait maintenant partie de la surveillance nationale RAISIN dans le cadre des infections nosocomiales. Les actions conduites sous l'impulsion du GERES et les formations démultipliées dans l'hexagone ont permis en une dizaine d'année, entre 1990 et 2000, une réduction d'un facteur 4 des AES chez les infirmières des hôpitaux. Depuis la réduction a continué grâce à l'utilisation de plus en plus fréquente de dispositifs dits de sécurité.

De nombreux travaux ont été réalisés au GERES :

- Les premiers ont permis d'identifier des facteurs de risque de survenue des AES en milieu de soins, en médecine et en réanimation médicale. (Lamontagne F, Abiteboul D, Lolom I, Pellissier G, Tarantola A, Descamps JM, Bouvet E. Role of safety-engineered devices in preventing needlestick injuries in 32 French hospitals. Infect Control Hosp Epidemiol. 2007 Jan;28(1):18-23.)

Ultérieurement, les facteurs de risque dans d'autres spécialités ont été étudiées = chirurgie, laboratoires, hémodialyse, secteur libéral...

- Des travaux conduits avec le soutien de l'AFSSAPS (devenu l'ANSM) sous forme d'étude multicentrique, ont démontré l'impact des matériels dits de sécurité sur le risque et l'efficacité en termes de prévention des systèmes automatisés versus les systèmes à activation manuelle. (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 Apr; 3(4):402-7).

- Ces travaux ont été largement diffusés et ont pu aider les Etats membres de l'Union Européenne à mettre en œuvre à partir de 2013 une nouvelle directive européenne concernant la protection de personnels de soins contre le risque de piqûre accidentelle. (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).

Des enquêtes sur les AES en ville ont également été conduites :

- En laboratoires de ville, pour estimer le risque d'AES lors des prélèvements veineux (Collaborations/soutiens : Bioqualité, Syndicat des Biologistes, DGS, INRS) : Miguères B, Pellissier G, Boyer F, Touche S, Alcouffe J, Fabin C, Bayeux-Dunglas M-C, Abiteboul D. Risque d'exposition au sang lors des prélèvements veineux. Résultats d'une étude dans les laboratoires d'analyses médicales. Doc Med Trav 2007 ;110 :173-92.

- Chez les médecins libéraux : enquêtes « Cabipic » conduites en collaboration avec le Département de Médecine Générale, Université Paris Diderot (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.) ;

- chez les infirmiers libéraux, en collaboration avec la Fédération nationale des infirmiers.

Des travaux sur les AES ont également été entrepris en Afrique (Côte d'Ivoire, Sénégal, Mali, Niger, Togo...) donnant lieu à des publications et à des initiatives locales. Dans un premier temps les études sur les AES en Afrique ont été réalisées dans le cadre d'un projet ANRS (Tarantola A, Koumaré A, Rachline A, Sow PS, Diallo MB, Doumbia S, Aka C, Ehui E, Brucker G, Bouvet E; Groupe d'Etude des Risques d'Exposition des Soignants aux agents infectieux (GERES). A descriptive, retrospective study of 567 accidental blood exposures in healthcare workers in three West African countries. J Hosp Infect. 2005 Jul; 60(3):276-82.)

La prise en charge des AES nécessite un dispositif bien organisé pour que les professionnels exposés puissent bénéficier d'un **traitement post exposition** dans les meilleurs délais si un risque de transmission du VIH existe. Des recommandations pour optimiser le dispositif de telle sorte que toute personne exposée puisse bénéficier

d'un traitement post exposition dans les heures qui suivent l'exposition ont été établies et diffusées dans les établissements et ont fait l'objet de recommandations dans le cadre de rapports d'experts dans l'infection VIH (Pr Yeni, Pr Morlat), expertise à laquelle le GERES a participé.

Par ailleurs la tolérance du traitement post exposition est cruciale. Dans cet objectif, nous avons réalisé une étude observationnelle évaluant la tolérance d'une trithérapie par kaletra truvada en post exposition démontrant que par comparaison avec des séries historiques faites avec la même méthodologie et dans les mêmes sites, cette trithérapie était la moins mal tolérée. (Tolerability of HIV postexposure prophylaxis with tenofovir/emtricitabine and lopinavir/ritonavir tablet formulation. Tosini W, Muller P, Prazuck T, Benabdelmoumen G, Peyrouse E, Christian B, Quertainmont Y, Bouvet E, Rabaud C. AIDS. 2010 Sep 24;24(15):2375-80).

Dans le même esprit une nouvelle étude prospective évaluant la tolérance et l'observance d'une trithérapie par Isentress Truvada a été conduite dans une étude multicentrique nationale. La bonne tolérance d'un inhibiteur d'intégrase et son mode d'action permettent ainsi d'espérer une meilleure observance du traitement post exposition que dans les schémas comportant une anti protéase. (Henard S, Rouveix E, Katlama C, Huleux T, Prazuck T, Mehawej H, Rey D, Tosini W, Bouvet E, Rabaud C. Tolerability of Post-Exposure Prophylaxis (PEP) of HIV Infection with Tenofovir/Emtricitabine and Raltegravir (Truvada® + Isentress®) combination. 14th European AIDS Conference/EACS Bruxelles 16-19 Octobre 2013 - PE18/1)

Le risque de transmission du VHC lors d'un AES est bien connu et plus important que le risque VIH. Les facteurs de risque de transmission du VHC ont été identifiés et quantifiés dans une étude cas témoin européenne réalisée sous la direction du Pr Elisabeth Bouvet par le GERES. Cette étude publiée (Yazdanpanah Y, De Carli G, Miguères B, Lot F, Campins M, Colombo C, Thomas T, Deuffic-Burban S, Prevot MH, Domart M, Tarantola A, Abiteboul D, Deny P, Pol S, Desenclos JC, Puro V, Bouvet E. Risk factors for hepatitis C virus transmission to health care workers after occupational exposure: a European case-control study. Clin Infect Dis. 2005 Nov 15;41(10):1423-30) a confirmé les mêmes facteurs de risque de transmission que pour le VIH (Cardo D, Culver D, Ciesielski C, Srivastava P, Marcus R, Abiteboul D, Heptonstall J, Ippolito G, Lot F, McKibben, P, Bell D, and the CDC. N Engl J Med 1997 ;337 : 1485-90) ainsi que l'importance de la charge virale et de façon étonnante le sexe masculin comme à risque plus élevé de transmission, toute autre chose égale par ailleurs.

En 2010 nous avons élaboré et proposé un nouveau suivi biologique après exposition au VHC pour améliorer le coût efficacité de la mesure. (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. Gut. 2009 Jan;58(1):105-10.)

2 - Transmission nosocomiale de la tuberculose et sa prévention

Nous avons réalisé un **état des lieux des mesures de protection respiratoire dans les établissements de santé** (Ciotti C, Pellissier G, Balty I, Bayeux MC, Bouvet E, Abiteboul D. 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, Bouvet E, Abiteboul D, le GERES et l'INRS. Use of respiratory masks in healthcare workers. Med Mal Infect. 2008 Aug, 38 :452-456) puis mis en œuvre des tests pour évaluer l'efficacité des masques de protection respiratoire mis à disposition dans les hôpitaux par la réalisation de « fit tests quantitatifs ». Les résultats montrent que les masques coquilles qui adhèrent mal au visage du fait de leur non adaptabilité ont une faible capacité de filtration. En revanche les masques à plis ont une meilleure capacité d'adhérence et un meilleur pouvoir filtrant. Ces résultats ont été présentés aux autorités administratives (DGS) et responsables d'hygiène et plaident pour que les établissements puissent proposer différents types et tailles de masques aux utilisateurs exposés et que des fits tests puissent être pratiqués sur le terrain afin de fournir aux soignants des protections efficaces.

(Ciotti C, Pellissier G, Rabaud C, Lucet JC, Abiteboul D, Bouvet E, et le GERES. Effectiveness of respirator masks for healthcare workers, in France. Med Mal Infect 2012 ;42 :264-269).

L'importance de la transmission nosocomiale dans des pays de forte prévalence comme le Niger n'est pas évaluée. Aucune mesure de prévention n'est prise pour limiter sa transmission notamment vis-à-vis des patients immunodéprimés. Le risque de transmission au personnel et aux patients n'est pas connu. Ainsi à l'Hôpital National de Niamey nous avons entrepris d'étudier le parcours de soins des patients tuberculeux avant la mise en route du traitement, de repérer les cas de tuberculose non diagnostiqués sur une période donnée parmi les patients hospitalisés en maladie infectieuse en utilisant le test GENEXPERT, les patients VIH et tous les patients pour lesquels une demande de recherche de BAAR dans les crachats a été demandée, afin d'estimer la partie cachée de

cas de tuberculose et donc le risque de transmission non repéré. Cette partie cachée est explorée dans le cadre d'une étude APPS (African Partnership for Patient Safety) et fait l'objet d'une thèse de médecine chez un interne Nigérien. Dans le même temps la prévalence de l'infection latente par la mesure de la réponse au test Quantiferon chez les personnels de l'hôpital est étudiée et comparée selon le niveau d'exposition professionnelle pour apprécier la part éventuelle de l'exposition nosocomiale parmi les infections latentes du personnel.

Le même protocole est en cours de réalisation au Togo où la situation épidémiologique de la tuberculose est équivalente à celle du Niger avec l'avantage de disposer déjà sur place de la technique GENEXPERT et d'une meilleure organisation au niveau de la prise en charge des patients.

Ces deux projets sont réalisés dans le cadre de l'initiative APPS avec le GERES comme opérateur et sous la direction scientifique du Pr Elisabeth Bouvet.

3 - Vaccinations

La vaccination des soignants est un sujet sensible car les soignants sont à la fois des effecteurs et prescripteurs de vaccination et des cibles des vaccinations car ils sont exposés à de nombreux risques infectieux dans le cadre professionnel et susceptibles d'en être les vecteurs. Cette position en fait des acteurs tout à fait à part dans la stratégie vaccinale.

Dans ce contexte le GERES en collaboration avec l'InVS a participé à l'élaboration et à la réalisation en 2009 d'une **étude multicentrique nationale sur la couverture vaccinale des soignants des établissements de santé** en France dont les résultats ont été présentés dans le BEH (Guthmann JP, Fonteneau L, Ciotti C, Bouvet E, Pellissier G, Lévy-Bruhl D. Couverture vaccinale des soignants travaillant dans les établissements de soins de France. Résultats de l'enquête nationale Vaxisoin, 2009. Bull Epidémiol Hebd 2011 ;(35-36) :371-6) et dans Vaccine (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).

Les principaux résultats montrent que la couverture vaccinale des soignants pour les vaccinations obligatoires est correcte mais insuffisante pour les vaccinations recommandées et en particulier la grippe. La couverture vaccinale des vaccinations recommandées vis-à-vis des infections émergentes où les soignants peuvent jouer un rôle de vecteur important est nettement insuffisante malgré une bonne connaissance des maladies visées par ces vaccinations. Enfin, il existe une très nette différence pour la vaccination grippale entre la couverture vaccinale des IDE et des médecins en défaveur des IDE, montrant ici une probable défiance vis-à-vis de cette vaccination et des autorités sanitaires. Des études complémentaires sont certainement fondamentales pour mieux comprendre et prendre en compte l'attitude des personnels non médicaux vis-à-vis de la vaccination grippale.

Les freins à la vaccination grippale des professionnels de santé et en particulier des IDE méritent d'être mieux compris et interprétés. Nous avons conduit une recherche action avec le Laboratoire de Psychologie Sociale de l'Université d'Aix-Marseille (Pr. Fabien Girandola), financée notamment par la DGS et la SPILF.

Cette étude a porté sur 10 hôpitaux volontaires, 80 hôpitaux témoins, pendant l'année 2012. Les résultats confirment la baisse de la couverture vaccinale grippale des personnels depuis l'épidémie de H1N1, montrent que cette remise en question est le fait d'une réticence psychologique vis-à-vis des autorités sanitaires et du pouvoir médical, cette réticence pouvant s'exprimer dans un domaine où le risque n'est pas perçu comme important car ne faisant pas l'objet d'une obligation vaccinale.

Les résultats de cette étude ont fait l'objet de communications aux JNI 2013 et 2014. (Lo Monaca 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. K-16, 14^e Journées Nationales d'Infectiologie, Clermont-Ferrand, 12-14 juin 2013. Med Mal Infect 2013 ; 43 (4HS) :48).

(Abiteboul D, Fendri S, Lolom I, Pellissier G, Michelik F, Girandola F, Bouvet E. Impact d'une intervention engageante sur la couverture vaccinale grippale (CVG) chez le personnel infirmier. N-14, 15^e Journées Nationales d'Infectiologie, Bordeaux, 11-13 juin 2014. Med Mal Infect 2014 ;44(1HS) : 77).

Une enquête qualitative par focus group, développée en collaboration avec le Département de Médecine Générale de Paris Diderot, a été conduite en 2014-2015 pour explorer les déterminants des comportements des professionnels libéraux concernant la vaccination antigrippale. Huit focus group ont été réalisés chez des infirmiers, des pharmaciens, des internes et des médecins généralistes.

Les freins étaient liés à la non perception de la gravité de la maladie ou au fait de se sentir protégé contre celle-ci, à des problèmes organisationnels, à la non perception du rôle du soignant dans la transmission de la maladie ; à la crainte des effets secondaires, à la peur de la composition du vaccin, à la peur de la piqûre, à l'absence

d'efficacité ressentie et à la remise en cause des autorités et des recommandations. Les facilitateurs étaient la protection personnelle, la protection de l'entourage et des patients, le fait de considérer le vaccin comme sûr et efficace et sa disponibilité ; la crainte de l'arrêt de travail était un argument majeur en libéral.

Les résultats de cette enquête ont fait l'objet d'une [Thèse](#) d'exercice de médecine soutenue le 12 juillet 2017 (Université Paris Diderot – Paris 7. Médaille de bronze) : Obstacles à la vaccination antigrippale des professionnels de santé libéraux : une étude qualitative par focus group. Auteur : Marion Jeannin, Directeur : Laurence Baumann, Président : Jean-Pierre Aubert.

La vaccination hépatite B est une mesure reconnue comme universelle pour les soignants dans le monde entier. Cependant dans les pays où la prévalence est très élevée le risque de transmission professionnelle chez les professionnels de santé doit être plus faible. Dans ce cas la vaccination des professionnels est probablement inutile et non coût efficace. **Une étude de prévalence des marqueurs de l'infection VHB** dans un échantillon du personnel de l'Hôpital de Niamey (Niger) a été réalisée dans le cadre d'un projet ESTHER et a permis de montrer que plus de 90 % des personnes étaient immunisées naturellement et que le taux d'immunisation était identique chez les soignants et les personnels de l'administration. De même ce taux n'était pas influencé par l'âge ni la durée de l'emploi démontrant que la vaccination généralisée des professionnels de santé n'est pas indiquée. (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 HBV vaccination of healthcare workers a relevant strategy in developing endemic countries ? The case of a University hospital in Niger. PLoS ONE 2012 ;7(9): e44442. doi:10.1371/journal.pone.0044442). Une étude comparable a également été conduite au Togo, suivie en 2016 des 1ères Journées de réflexion nationale sur l'hépatite B au Togo, avec en particulier un atelier sur la stratégie de vaccination VHB des soignants et de prise en charge des porteurs chroniques.

Une enquête pilote sur la vaccination coqueluche en maternités, en France

Les objectifs en étaient d'évaluer chez les professionnels de santé les couvertures vaccinales par professions ; évaluer la couverture vaccinale des femmes accouchées ou qui vont accoucher ; évaluer chez les sages-femmes leur perception de leur rôle de vaccinatrices ; réaliser une action de campagne vaccinale sur les vaccinations de la femme par les sages-femmes avec proposition de vaccin coqueluche.

Cette enquête pilote dans une maternité d'un groupement de l'APHP, conduite en 2016, a montré la faisabilité et l'intérêt d'une telle approche et a permis de préciser la méthodologie d'une enquête multicentrique à plus grande échelle, qui pourrait être conduite en 2017. (Torregrosa G, Meunier G, Saignavong C, Mandelbrot L, Bouvet E. Comment améliorer la vaccination anticoquelucheuse à la maternité ? Etude de faisabilité d'un protocole de vaccination. Communication Poster VAC-10. 17^e Journées Nationales d'Infectiologie, 7-9 juin 2016, Lille.)

II – LES ACTIONS CONDUITES EN 2016

II - 1 - AU PLAN NATIONAL

1 - Avec le soutien de la DGS :

Action 1 : Formations continues GERES

(Cf Annexes V-1 à V-3, pages 33 à 50)

Renforcement de la Commission Formation avec pour missions, en conséquence de l'évolution nécessaire des outils de formation prenant en compte les nouvelles technologies et de la difficulté pour les professionnels de se rendre à des formations présentielle :

- de faire évoluer les formations : formations présentielle, E-learning, MOOC,
- la préparation d'un symposium GERES qui sera organisé en 2017 dans le cadre d'un grand congrès national,
- la refonte/ actualisation des diaporamas de formation GERES,
- la réalisation d'un e-learning AES

Bilan 2016 de l'action

- Refonte et actualisation des diaporama GERES : 3 diaporama élaborés et 2 diaporama déjà mis en ligne sur le site du GERES : [Epidémiologie des AES](#) ; [Epidémiologie du risque lié aux AES](#). Mise en ligne prochaine d'un 3^e diaporama : Prévention et matériels de sécurité.
- Partenariat développé avec la SF2H pour proposer lors de son [Congrès national 2017](#) une animation pédagogique sur les risques infectieux professionnels, ainsi qu'un espace d'exposition.
- Réalisation d'un e-learning AES et réflexion engagée sur des thématiques prioritaires qui pourraient être retenues pour développer d'autres animations pédagogiques.
- dossier en cours d'élaboration pour proposer à partir de 2017 des formations GERES qui pourraient être validantes pour le DPC (Ateliers Vaccinations ; Journée GERES...).

Action 2 : Poursuite de la refonte et du suivi du site internet (www.geres.org)

(Cf Annexe V-4, pages 50 à 53)

Objectifs : mise à disposition des professionnels de santé d'informations actualisées correspondant aux missions de l'Association, avec refonte du site internet élaboré il y a 10 ans.

Date de mise en œuvre : année 2016, dans la continuité de l'action conduite en 2015.

Indicateurs d'évaluation de l'action : Suivi du nombre de visites sur le site internet (indicateur 2016 : 100 000 visites). Poursuite en 2016 de la diffusion d'une newsletter à périodicité trimestrielle (environ 600 destinataires).

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

Bilan 2016 de l'action

- Site internet : plus de 125 000 visites comptabilisées en 2016, soit près de 10% de plus qu'en 2015. Parallèlement au travail de refonte du site, le travail d'actualisation du site en ligne a été poursuivi.
- Exploitation de la [base de données](#) informatisée sur les matériels de sécurité : La base de données comportait, en fin d'année 2015, 289 fiches matériels et 80 fournisseurs indexés. L'actualisation réalisée en 2016 a conduit à référencer 3 nouveaux matériels, supprimer 2 fiches matériels, actualiser 2015 fiches matériels, introduire 1 modification de coordonnées, ajouter 2 fournisseurs et supprimer 1 fournisseur dans l'index des fournisseurs. La base de données comporte ainsi fin 2016 290 fiches matériels et 81 Industriels indexés. Le mailing annuel en direction des industriels répertoriés dans la base pour en actualiser le contenu est en cours de préparation.
- Projet 2015-2016 de refonte du site internet : le basculement vers le nouveau site est prévu au 1^{er} trimestre 2017.
- Diffusion périodique d'une newsletter (environ 600 destinataires) : 3 Newsletters ont été diffusées en 2016 (http://www.geres.org/17_news/17_news.htm), en janvier, avril et octobre. Une Newsletter a été diffusée en janvier 2017.

Action 3 - Action d'évaluation des AES, comportant les sous-actions suivantes :

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 et/ou des prestataires selon les sous-actions.

• **Poursuite de l'étude de faisabilité de la mise en place par le GERES d'un dispositif de surveillance des AES** pour proposer un dispositif qui serait opérationnel en 2017 et qui prendrait le relais de la surveillance nationale des AES, arrêtée en 2016.

Poursuite en 2016 de l'étude de faisabilité initiée en 2015, du fait de la complexité du dossier de transfert de cette surveillance, tant sur le plan politique qu'économique.

Il a été acté que la surveillance nationale des AES s'arrête à compter du 1^{er} janvier 2016. En effet, le Comité RAISIN (qui associe l'Institut de Veille Sanitaire et les 5 CCLIN - Centres de Coordination de la lutte contre les infections nosocomiales) du 2 juillet 2015 n'a pas retenu la poursuite de la surveillance des AES comme surveillance nationale prioritaire, mais a cependant souligné l'importance de la poursuivre au niveau local dans les établissements.

Le GERES a proposé :

- d'œuvrer au maintien de l'utilisation de l'outil WebAES par les établissements afin qu'ils puissent poursuivre leur surveillance locale
- d'assurer, à partir des données ainsi recueillies une surveillance des AES avec un nombre restreint d'établissements qui s'engageraient sur la qualité des données transmises, et d'en assurer la coordination nationale.

Les résultats de l'enquête conduite en direction des établissements qui participaient à la surveillance ont été présentés : 222 hôpitaux ont répondu ; 75% sont volontaires pour poursuivre une participation à la surveillance, dont 59% seraient disposés à participer financièrement.

En l'attente de propositions de financement, pas de modification possible de Web AES, indispensable pour permettre aux établissements de poursuivre indépendamment des CCLINs vu le coût. Il a donc été proposé et acté, et l'ensemble du réseau en a été informé, que 2016 soit une année de transition où les établissements peuvent continuer à s'inscrire auprès de leur CCLIN afin de poursuivre l'utilisation de Web AES, pour leur permettre de rester mobilisés et de poursuivre leur surveillance locale en éditant leur bilan local 2016. Cependant il n'y aura pas d'agrégation nationale des données et de bilan national RAISIN des AES pour 2016.

Le GERES n'a pu obtenir un financement en 2016 pour permettre :

- La réalisation de la maintenance évolutive de Web AES qui aurait permis que les CCLINs n'aient plus à intervenir pour l'inscription des établissements participants.
- Le recensement par le GERES des hôpitaux susceptibles de poursuivre la surveillance, en proposant en priorité aux établissements de son réseau et en complétant avec les hôpitaux volontaires recensés lors de l'enquête.
- La réunion d'un COPIL afin de préciser les objectifs et les modalités d'une future surveillance opérationnelle en 2017.

Un nouvel appel à financement est en préparation pour 2017.

Des possibilités de poursuite d'une surveillance peuvent s'envisager :

- sous forme d'enquêtes GERES ponctuelles annuelles dans un sous-réseau des établissements de santé (tirage au sort / ou sous-réseau d'établissements s'engageant à réaliser un contrôle qualité des données...) avec analyse à minima pour disposer d'indicateurs de suivi des AES et de l'utilisation des matériels de sécurité ;
- par l'analyse des données AES de Web AES (pour lesquelles n'est plus effectué un contrôle qualité) ; il faut pour cela demander/obtenir les données régionales de Web AES, les données n'étant plus agrégées au niveau national ;

La surveillance des AES à l'échelle des établissements avec l'outil Web AES, qui autorise un rapport d'analyse automatisé des AES de l'établissement (et l'alimentation de Web AES en données), implique par ailleurs que les structures régionales amenées à remplacer les CCLINs continuent à inscrire les établissements pour leur permettre l'accès à Web AES.

A ce stade, l'incertitude quant aux financements qui seraient alloués reste un élément déterminant dans la décision à prendre. Se pose également la question de savoir qui mandate le GERES et lui apporte la légitimité pour ce faire.

• Réalisation d'une enquête sur le risque d'AES lors des prélèvements veineux en laboratoires de ville et au domicile des patients et estimation de la part de matériels de sécurité utilisés.

Cette enquête menée en collaboration avec l'Association de biologistes « Bioqualité » et le Syndicat des Biologistes, soutenue par la DGS et l'INRS (un financement complémentaire a été apporté par Greiner BioOne) doit permettre de décrire les pratiques associées au prélèvement veineux dans les laboratoires de Biologie Médicale (LBM) du secteur privé/libéral en France, recenser les matériels à disposition et la proportion de matériels de sécurité, estimer la fréquence des AES associés au prélèvement veineux. Les données seront comparées à celles obtenues dans la 1^{er} enquête GERES conduite en 2005 (Migueres B, Pellissier G, Goyer F, Touche S, Alcouffe J, Fabin C, et al. Risque d'exposition au sang lors des prélèvements veineux. Résultats d'une étude dans les laboratoires d'analyses médicales. Documents pour le Médecin du Travail 2007 ; 110 : 173-92).

Etat d'avancement 2016 :

L'étude comprenait 3 volets d'enquête : un volet en direction des fournisseurs de matériels pour le prélèvement ; un volet en direction des LBM, et un volet en direction des préleveurs, d'évaluation des pratiques associées au prélèvement veineux.

Le planning prévoyait une réalisation au second semestre 2015 des 2 premiers volets d'enquête. La difficulté d'obtention des financements pressentis pour 2015, la recherche de financements complémentaires avant d'initier l'étude ont retardé le calendrier de démarrage de l'étude.

L'enquête est en cours. Le premier volet d'enquête auprès des industriels a été conduit au 1^{er} semestre 2016. Le 2^e volet d'enquête, conduit par questionnaire informatisé est en court. Il faut noter que la réalisation du 3^e volet, conditionné à l'obtention d'un financement complémentaire qui n'a pu être obtenu, ne pourra être réalisé. Le rapport de fin d'enquête sera disponible courant 2017 ; une publication est également prévue fin 2017..

- Participation du GERES au Comité de pilotage de la surveillance RAISIN des couvertures vaccinales chez les soignants.

Le GERES a défendu l'idée de maintenir une surveillance nationale tournée vers les professionnels de santé, et soutenu le projet de mise en place d'une surveillance de leurs couvertures vaccinales.

Le Comité RAISIN (qui associe l'Institut de Veille Sanitaire et les 5 CCLIN - Centres de Coordination de la lutte contre les infections nosocomiales) du 2 juillet 2015 a acté, à l'issue de la présentation des résultats de l'enquête de faisabilité, d'orienter le réseau AES-Raisin vers la surveillance des couvertures vaccinales et immunitaires du personnel des établissements de santé à partir de 2016. Cette surveillance identifiée comme prioritaire au niveau national a vocation à utiliser le carnet de vaccination électronique (CVE) de « MesVaccins.net » comme outil support.

Le GERES participe au Comité de pilotage national de la surveillance. L'année 2016 a été l'année de mise en œuvre de la phase pilote de ce réseau. L'objectif général était la mise en place d'une méthode standardisée de recueil et de suivi des vaccinations et des conditions d'immunisation du personnel des établissements de santé à partir du CVE de MesVaccins.net et d'en évaluer la mise en place et l'utilisation.

- Suivi /évaluation de l'outil AEScllic

Outil développé dans le cadre d'un groupe de travail associant le GERES, le Département de Médecine Générale de Paris Diderot, et le SAU de l'Hôpital Bichat, intégrant une version adaptée de l'algorithme décisionnel utilisé sur URCAL au SAU Bichat pour la prise en charge des expositions virales, et mis en ligne en juin 2015 (<http://aescllic.fr>) dans une version non finalisée.

Ce travail a fait l'objet d'une thèse de Médecine (thèse présentée et soutenue publiquement le 16 novembre 2015 par Juan Sebastian Suarez Valencia. Université Paris Descartes, Faculté de Médecine Paris Descartes) : AEScllic : Outil en ligne d'aide à la décision dans le cadre de l'exposition aux liquides biologiques chez les professionnels de santé médicaux et paramédicaux. <http://www.theseimg.fr/1/node/277>

Etat d'avancement 2016 :

Une réflexion a été menée dans le cadre du Conseil Scientifique du GERES (février 2016) et poursuivie dans le cadre du groupe de travail InterCorevih IdF AEV, concernant le devenir de l'outil AEScllic, notamment en termes de propriété intellectuelle, définition de l'outil (un produit de santé ?), réalisation des mises à jour, financement, soutien institutionnel, extension aux AES non professionnels, définition et mise en œuvre d'une campagne de communication, définition du protocole d'une étude d'évaluation de l'outil.

L'évaluation de l'outil a conclu à la difficulté de la maîtrise de son contenu et à une interrogation sur sa pertinence. Une décision d'arrêt / de mise en pause du projet a été prise à ce stade.

- Etude qualitative chez les infirmiers et médecins libéraux, et chez les pharmaciens d'officines, via des focus groups) pour comparer leurs perceptions de la vaccination anti-grippale (Collaboration avec le Département de Médecine Générale de l'Université Paris 7)

Cette étude (cf. *Supra*, Principaux travaux de recherche) s'inscrit dans les suites des travaux antérieurs du GERES sur la vaccination anti-grippale chez les professionnels des établissements de santé .

8 focus groups ont été réalisés, 2 d'internes en médecine, 2 de pharmaciens, 2 de médecins généralistes et 2 d'IDEL.

Communications :

- Jeannin M, Baumann L, Pellissier G, Bouvet E, Aubert JP. Freins à la vaccination antigrippale chez les professionnels de santé libéraux. Communication orale. 24^e Journée annuelle du GERES, Paris, 5 décembre 2014.

- Jeannin M, Baumann L. Perception de la vaccination anti-grippale par les professionnels libéraux. Communication orale. 25^e Journée annuelle du GERES, Paris, 27 novembre 2015.

Les résultats de cette enquête ont fait l'objet d'une [Thèse](#) d'exercice de médecine soutenue le 12 juillet 2017 (Université Paris Diderot – Paris 7. Médaille de bronze) : Obstacles à la vaccination antigrippale des professionnels de santé libéraux : une étude qualitative par focus group. Auteur : Marion Jeannin, Directeur : Laurence Baumann, Président : Jean-Pierre Aubert.

Il serait intéressant d'associer à ce travail une étude quantitative pour préciser les améliorations à envisager pour augmenter le taux de vaccination chez ces professionnels.

- Enquête pour un état des lieux dans les petits établissements de santé et structures privées

Rationnel : les résultats du réseau AES-Raisin suggèrent que la sécurité d'exercice des professionnels de santé a été fortement améliorée au cours des sept dernières années en France. Le taux d'AES pour 100 lits d'hospitalisation a ainsi diminué de 23% entre 2008 et 2014 au sein de l'ensemble des établissements participants. Ce suivi confirme l'intérêt des matériels de sécurité dont l'usage apparaît significativement associé à un moindre risque d'accident par acte et a permis par ailleurs de montrer la part croissante des matériels de sécurité commandés par les établissements, avec une tendance à sécuriser davantage de gestes au fur et à mesure des années. Cependant, une grande variabilité est observée selon le type d'établissements. Le recours aux matériels de sécurité semble ainsi moindre dans les établissements privé et les petits établissements, dans lesquels un décalage comparable pourrait exister quant aux autres indicateurs des mesures organisationnelles et techniques de prévention des AES en place.

Cadre de l'état des lieux : le risque d'AES, la conduite à tenir en cas d'AES, les mesures de prévention et les matériels utilisés pour les gestes invasifs, la gestion des DASRI, la couverture vaccinale des personnels.

La surveillance nationale Raisin des AES fédérant plus de 1000 établissements de santé, et représentant une base de données de référence de près de 20 000 AES par an, une extraction des données de la base relative aux petits établissements participant à la surveillance des AES pour l'année 2014 a été demandée, afin d'en conduire une analyse statistique descriptive. Le critère d'inclusion a été : établissements et structures de soins de moins de 150 lits.

Cette enquête doit permettre une meilleure connaissance des AES dans ces structures, et guider les actions de prévention spécifiques à mettre en œuvre dans les suites des textes de transposition de la Directive européenne 2010/32/UE. Le rapport de fin d'enquête est en cours de rédaction.

- Participation sous l'égide de la DGT aux travaux de transposition en droit français de la Directive européenne 2010/32/UE – participation à l'élaboration du projet de circulaire

Le Geres a participé au groupe de travail en charge de la transposition : élaboration du décret et de l'arrêté parus en juillet 2013 ; élaboration initiée en 2014 du projet de circulaire d'explicitation du décret et de l'arrêté sous l'égide de la Direction Générale du Travail, en collaboration avec l'INRS. Le projet est actuellement gelé du fait d'autres travaux prioritaires à la DGT.

2 - Un soutien de l'Agence Santé publique France (ex InVS)

• **Participation à la surveillance des contaminations professionnelles VIH, VHC, VHB chez les soignants en France depuis 1990 : préparation du transfert de cette surveillance au GERES à partir de 2015.**

L'agence Santé publique France, dans le cadre de la poursuite de leur collaboration, a souhaité confier au GERES la surveillance des contaminations professionnelles virales chez le personnel de santé. L'année 2015 a été une année de transition et de préparation du transfert de la surveillance (animation du réseau) au GERES (établissement d'une convention de partenariat ; révision des documents de la surveillance – protocole et questionnaires ; dépôt d'un dossier auprès de la CNIL). En 2016, la responsabilité de la surveillance a été déléguée par l'Agence Santé publique France au GERES qui dès réception de la notification d'autorisation de la CNIL mettra en œuvre le traitement des données dans le cadre de cette surveillance.

3 - Un soutien de l'Institut National de recherche et de sécurité (INRS)

• **Collaboration du GERES au guide EFICATT (Exposition fortuite à un agent infectieux et conduite à tenir en milieu de travail)**

Ce guide 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. Il est destiné en particulier aux médecins du travail et a pour but de leur apporter des éléments utiles pour les aider à évaluer le risque, définir la conduite à tenir immédiate et le suivi médical à mettre en place lorsqu'ils sont confrontés à des salariés ayant subi une exposition accidentelle à un agent biologique pathogène.

Ce travail a fait l'objet d'une communication : Bayeux-Dunglas MC, Siano B, Bouvet E, Abiteboul D. Guide EFICATT : exposition fortuite à un agent infectieux et conduite à tenir en milieu de travail. 34^{ème} Congrès National de Médecine et Santé au Travail, 21-24 juin 2016, Paris. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement* 2016;77(3):544.

Le guide est consultable en ligne sur le site de l'INRS (<http://www.inrs.fr/publications/bdd/eficatt.html>).
(Cf *Annexe VI-1, page 56*)

• **Recensement des matériels de sécurité et animation d'une Commission Matériels de sécurité**

Les matériels de sécurité représentent un des grands domaines d'activité du GERES. 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.

- Le GERES a conduit une enquête (2005-2006) sur les accidents d'exposition au sang lors de l'utilisation de matériels de sécurité, en collaboration avec l'AFSSAPS (devenue l'ANSM), qui a montré une meilleure efficacité des systèmes automatisés versus les systèmes à activation manuelle dans la prévention des AES.
- Il a été la première structure à établir un guide des matériels de sécurité, à partir des contacts pris avec les fabricants, grâce à la collaboration active de la Pharmacie Centrale de l'AP-HP et avec le soutien de l'INRS, au début des années 1990. Les éditions papier (1999-2000, 2004 et 2010) de ce guide, réalisées avec le soutien de la DGS et de l'INRS, ont été diffusées (10 000 à 20 000 exemplaires selon les éditions) à l'ensemble des établissements de santé.
- Il a mis en place depuis décembre 2005 sur son site Internet une base de données informatisée sur les matériels de sécurité disponibles en France, pour une mise à disposition du public cible d'une information actualisée en libre consultation. Cette base autorise des recherches multicritères : par matériel, fournisseur, type de matériel, geste de soins, et type de sécurité.

Objectifs :

- Veille des matériels de protection 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'exposition.
- 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 protection.
- Réponse aux questions des établissements concernant les matériels.
- 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.

Dans les suites des travaux conduits en 2014 de révision de la méthodologie d'évaluation des matériels de sécurité, un nouvel axe de travail a été entériné, initié en 2015 et poursuivi en 2016, **de recensement et d'évaluation des EPI disponibles** face aux pathogènes émergents à haut risque. (Cf *Annexe VI-2, page 57*)

Ce travail a fait l'objet d'une communication Poster : Bayeux-Dunglas MC, Balty I, Pellissier G, Lolom I, Coignard-Biehler H, Leport C. Vêtements de protection pour les soignants : des évolutions nécessaires. 34ème Congrès National de Médecine et Santé au Travail, 21-24 juin 2016, Paris. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement 2016;77(3):422.*

Le rationnel de la démarche :

- contexte d'épidémie Ebola en Afrique de l'Ouest / problématique de la gestion du risque en France (dans les suites des alertes SRAS, H5N1, MERS-CoV)
- des recommandations sur les EPI (spécifications techniques et référentiels opérationnels) faites par l'EPRUS, le HCSP notamment.
- Les Etablissements de Santé Référents (ESR) ont chacun faits leur propre choix d'EPI et des procédures (habillage/déshabillage)
- Des EPI/ vêtements de protection contre les agents infectieux, mais d'abord développés contre le risque chimique
- Des points critiques des tenues identifiés lors des procédures d'habillage, soins, déshabillage (ESR, Afrique).

Les objectifs spécifiques :

- rédaction d'un cahier des charges du matériel idéal pour les EPI (performance de la tenue en regard de l'évaluation du risque),
- Recensement des EPI commercialisés en France en s'appuyant sur des ressources (SYNAMAP, Centrale d'achat de l'APHP, INRS, fabricants, laboratoires d'essais...)
- Evaluation pour référencement dans la base de données des matériels de protection des EPI jugés adaptés
- Proposer des pistes de développement pour l'amélioration des tenues EPI

Bilan de l'action 2016 :

- La Commission Matériels s'est réunie 4 fois en 2016, en sessions plénières ou en sous-groupes de travail.
- Evaluation de dispositifs invasifs sécurisés
 - o Contacts en cours avec une dizaine de Sociétés pour évaluation / référencement de dispositifs
 - o Seringue ClickZip (Nicodel SA Medical Technologies & Omikron Group) : en cours
 - o Cathéter à fistule Medikit SP302 (Bernas Médical) : non référencé.
 - o Cathéter IV Supercath 5 (Bernas Médical) : référencé dans la base de données en date du 01/06/2016 (http://www.geres.org/admin/fiche_materiel_2.php?id=693)
 - o Seringue de sécurité préremplie IMETH (BD Hypak Physiolis – Ultrasafe Passive Needle Guard) (Laboratoire Nordic Pharma France) / référencée dans la base de données le 24/03/2016 (http://www.geres.org/admin/fiche_materiel_2.php?id=692).
 - o Prototype de système de sécurité pour seringues pré-remplies : avis de la Commission
 - o Cathéter à fistule en cours marquage CE : décision de référencement en suspens
 - o Collecteur à OPCT utilisé par les préleveurs, CHU de Casablanca : avis de la Commission.
- Réalisation d'une enquête de recensement des vêtements de protection contre les agents infectieux auprès des fabricants
- Contacts réguliers avec environ 100 fournisseurs de matériels et préparation d'un mailing à leur attention , pour l'actualisation annuelle de la base de données, dont l'envoi est prévu au 1^{er} trimestre 2017.
- Rencontre dans l'année d'environ 20 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.
- Actualisation 2016 de la base de données sur les matériels de protection (*voir Supra, Site internet*)

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.

4 - Actions conduites dans le cadre de collaborations avec les Corevih (Groupe AES inter-Corevih Ile de France Ouest et Ile de France Nord ; Groupe AES inter-Corevih Ile de France)

Objectifs : Optimiser le programme de prévention et de prise en charge des AEV dans les établissements de santé et en extra-hospitalier ; améliorer le recueil des données sur la prise en charge des expositions virales dans les établissements référents .

- Enquêtes en direction des COREVIH pour le suivi des traitements post-exposition – amélioration du recueil de données et de la surveillance

Historique des travaux conduits :

- Réalisation en 2012 d'une analyse des données médico-épidémiologiques disponibles sur le suivi des traitements post-exposition dans les rapports d'activité 2011 des COREVIH (Rouveix E, Bouvet E, Vernat F, Chansombat M, Hamet G, Pellissier G. Management of accidental exposure to HIV : The COREVIH 2011 activity report. Med Mal Infect 2014 ;44 :1122-116).
- Conduite d'une étude pilote en 2013 dans 2 COREVIH (IdF Nord et IdF Ouest) pour tester la pertinence d'une grille type de recueil des AES/EAV et identifier les difficultés de recueil (Rouveix E, Margot-Outtandy D, Hamet G, Gerbe J, Chansombat M, Pellissier G, Bouvet E. Vers une amélioration du recueil des expositions accidentelles à risque viral par les COREVIH. Communication Poster P-02. 15es Journées Nationales d'Infectiologie, Bordeaux, 11-13 juin 2014. Med Mal Infect 2014 ;44 :S82).

Dans les suites de ces travaux, validation en 2015 d'un projet 2016 de recueil des données de prise en charge des expositions sexuelles à risque de transmission virale en IDF dans le cadre de la Commission InterCorevih IDF AEV. Mise en place début 2016 d'une surveillance des situations d'exposition à risque viral en Ile de France dans un réseau de services volontaires (SAU ; Services référents) à l'aide d'une grille de recueil commune aux 5 Corevih. Le GERES est en charge de centraliser et traiter les données.

- Organisation d'ateliers de formation sur la place des TROD dans le cas des AES en établissements de santé non référents, initiés en 2013 en corrélation avec les COREVIH (groupe AES Inter-Corevih IdF Ouest et Nord) :

- Un atelier de formation réalisé en plusieurs sessions (2 & 4 nov 2016 ; 12 fév 2017) auprès de membres associatifs de la Corevih IDF Nord (15 participants).
- Un atelier de formation réalisé le 12 février 2016 à l'adresse des personnels d'associations membres de la COREVIH Ile de France Nord, Paris (11 participants).

Les diaporamas de l'atelier 2014 sont en ligne sur le site du GERES (http://www.geres.org/08_acpr/08_fort.htm).

5 - Une activité d'expertise auprès des instances :

(Voir Annexe VI-3, page 58)

Le GERES a un rôle d'expert auprès des instances, notamment auprès de la DGS, du HCSP, de l'Agence Nationale de Santé publique, du RAISIN, de l'INRS, de l'AFNOR... pour les aspects risque d'exposition au sang, prévention et prise en charge des AES, Vaccinations des professionnels de santé, risque soignant-soigné, matériels de sécurité, traitements prophylactiques en cas d'exposition, recensement des séroconversions professionnelles VIH, VHC, VHB chez les soignants, DASRI...

Il a également développé des collaborations avec : les COREVIH, le Département de Médecine Générale de l'Université Paris Diderot, la Fédération Nationale des infirmiers, des Sociétés Savantes et Associations professionnelles : SF2H, SFMT, SPILF, ANMTEPH....

Il collabore notamment avec l'Agence française d'expertise technique internationale (Expertise France), le MAEDI, Solthis, l'AISS, le SSEUG, Entraide Santé 92 pour la réalisation d'actions à l'international (Afrique, Europe).

Il reçoit des soutiens financiers de partenaires industriels du secteur.

6 – Une action d'information, conseil et formation

(Voir Annexes VI-4 et VI-5, pages 59 et 60)

• Le GERES assure une permanence pour **répondre 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 les risques infectieux professionnels, 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. Environ 300 demandes ont été traitées en 2016 (par téléphone, courrier, e-mail, ou sur rendez-vous au GERES), représentant environ 90 heures d'activité (temps moyen de traitement d'une demande estimé à 18 min).

• **La réalisation d'actions de formation initiale et continue** (le GERES est organisme formateur agréé)

- Organisation de formations des professionnels de santé hospitaliers français sur la prévention et la prise en charge des AES (Hygiéniste /médecin du travail) : interventions sur la prise en charge thérapeutique et la mise à jour des connaissances sur le VIH . 1 formation annuelle de 2 ou 3 jours (sauf en 2016) organisée à la faculté de médecine Bichat depuis 1996 (financement initial par la Direction Générale de la Santé). Cette formation a permis de former plus de 700 responsables hospitaliers.
- Organisation de formations thématiques d'une journée destinées aux professionnels de santé : Vaccinations des professionnels de santé ; ateliers « Urgentistes » - Optimisation du dispositif de prise en charge des expositions virales, Risques épidémiques et biologiques, Tests rapides d'orientation diagnostique...
- Il faut noter qu'il n'a pas été organisé en 2016 de Journée GERES du fait de l'organisation (nov. 2016) du 3^e Colloque en Afrique francophone sur les AES et la protection des personnels de santé contre les risques infectieux.

• **La réalisation de guides pratiques**

- **Guide pratique « VIH et Hépatites, 100 questions que se posent les soignants ».** Réalisation du guide et actualisations (4 éditions à ce jour, près d'un million d'exemplaires diffusés ; 1^{ere} édition, 1999) en partenariat avec la MNH. Une actualisation de ce guide a été conduite en 2016.
- **Guide Afrique** (voir infra : *Actions internationales*)
- **Actualisation de l'affiche Conduite à tenir en cas d'AES** (partenariat MNH, édition 2017).

7 - Autres études et enquêtes

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 – Soutien Industrie)

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 : 2016-2017.

Prévention de la coqueluche en Maternité. (cf *Supra*)

Etude de faisabilité d'un protocole de vaccination pour améliorer la vaccination anticoquelucheuse à la maternité conduite en 2016.

Contexte : la coqueluche n'est pas éradiquée malgré une couverture vaccinale infantile. L'adulte agit comme réservoir et transmet la coqueluche aux nouveau-nés ; elle entraîne une mortalité de 1% et 30% de passages en réanimation (âge < 6 mois). La stratégie du cocooning préconise un rappel vaccinal dTPCa des adultes en contact de nourrissons, mais sa mise en place est difficile. En France, la vaccination anticoquelucheuse n'est pas recommandée pendant la grossesse, le rappel est à prévoir en post-partum immédiat.

Problématique : La vaccination anticoquelucheuse en maternité est peu ou pas pratiquée, alors qu'elle faciliterait l'accès à la population cible (les parents), avec un gain de temps par rapport à la prescription d'ordonnance.

Un protocole de vaccination contre la coqueluche dans une maternité a ainsi été mis en place : le dTPCa est administré aux mères dans le post-partum, avant la sortie. L'étude évalue l'amélioration des pratiques suite à la mise en place de ce protocole.

L'étude a montré que la mise à disposition des vaccins à l'hôpital permet d'augmenter la couverture vaccinale des patientes (de 27% à 82%) avec un faible taux de refus de vaccination. La coordination des équipes pour la mise en place d'un protocole de vaccination à la maternité est possible, avec une bonne courbe d'apprentissage du personnel de santé.

Les résultats de cette étude ont été présentés : Torregrosa G, Meunier G, Saignavong C, Mandelbrot L, Bouvet E. Comment améliorer la vaccination antioquelucheuse à la maternité ? Etude de faisabilité d'un protocole de vaccination. Communication Poster VAC-10. 17^e Journées Nationales d'Infectiologie, 7-9 juin 2016, Lille.

Infections transmissibles par voie sanguine. Risque de transmission de soignants à soignés et prévention.

(A. Leprince, GERES)

Revue de la littérature très exhaustive, conduite à la date de fin 2013, qui avait pour objectif d'actualiser les connaissances sur le risque de transmission de soignants à soignés des virus des hépatites B et C et du VIH. Le recensement des cas publiés confirme que le risque de transmission est faible ; il a surtout permis d'analyser les facteurs de risque de transmission et d'alimenter les réflexions sur l'optimisation de la prévention.

Ce rapport de plus de 150 pages sera porté sur le site internet du GERES.

II-2. AU PLAN INTERNATIONAL (Europe, Afrique) :

(Voir Annexe VI-6 à VI-8, pages 61 à 64)

- **SSEU** : le GERES est membre de l'initiative Sharps Safety in the European Union créée à la suite du meeting de Rome en 2011. Mise en œuvre d'un projet européen pour l'amélioration de la sécurité des soignants dans le cadre de l'implémentation de la directive européenne.

- **AISS** (Association Internationale de Sécurité Sociale) : co-organisation de congrès internationaux de santé au travail (1996, Paris ; 2008, Bénin ; 2012, Togo ; 2016, Casablanca).

- **Expertise France** : participation du GERES en qualité d'opérateur (Direction Scientifique et Direction du Comité de Pilotage : E Bouvet.) à une activité transversale et à des actions pilotes au Togo (Partenariats : GH Paris Centre, GH Bichat APHP, CHU SO, CHU Atakpamé, CHU Kara notamment) depuis 2010 et au Niger (Partenariats : Entraide Santé 92, Hôpital Ambroise Paré APHP, Hôpital Raymond Poincaré APHP, GH Bichat APHP, Hôpital National de Niamey, Maternité Gazoby notamment) depuis 2006 sur la sécurité des soins.

Les principaux domaines d'intervention : prévention et prise en charge des AES, surveillance des AES, gestion des DASRI, sécurisation du prélèvement veineux, stratégie de vaccination anti-VHB des soignants, prévention de la transmission nosocomiale de la tuberculose en établissements de santé.

Les travaux réalisés dans ce cadre par les équipes Nord-Sud ont fait l'objet de communications et de publications et ont conduit à la réalisation de guides pratiques :

- Un Manuel AES (2008) pour aider les établissements d'Afrique francophone à mettre en place un programme de prévention et de prise en charge des AES.
- Des modules de formation à la prévention des AES (collaboration au site de formation continue à distance développé par ESTHER : www.estherformation.fr)
- Dernières publications et communications :
 - Moussa S, Lolom I, Madougou B, Abdourrazak A, Mamane D, Fofana D, De Truchis P, Rouveix E, Bouvet E. Programme d'évaluation du risque de transmission de la tuberculose à l'Hôpital National de Niamey (HNN), Niger. Communication orale. 8e Conférence Internationale Francophone VIH/Hépatites - AFRAVIH 2016, 20-23 avril 2016, Bruxelles.
 - Adjoh KS, Patassi AA, Blatome T, Aziagbe KA, Adambounou S, Pellissier G, Lolom I, Le Gac S, Cressy A, Salmon D, Bouvet E, Dagnra AY. Apport du GeneXpert dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire au CHU Sylvanus Olympio de Lomé. Communication Poster. 8e Conférence Internationale Francophone VIH/Hépatites - AFRAVIH 2016, 20-23 avril 2016, Bruxelles.
 - Rouveix E, Madougou B, Pellissier, Diaougah H, Moussa Saley S, De Truchis P, Fofana D, Lolom I, Brunet JB, Bouvet E. Promoting the safety of healthcare workers in Africa: From HIV pandemic to Ebola Epidemic. Infect Control Hosp Epidemiol 2015; DOI: 10.1017/ice.2014.68

- Prévalence de l'infection tuberculeuse latente (ITL) chez les soignants à l'Hôpital National de Niamey (HNN) par mesure de la production d'interféron-gamma (IFN- γ). Communication poster, 16^e Journées Nationales d'Infectiologie, 10-12 juin 2015, Nancy
- Rouveix E, Madougou B, Pellissier, Diaougah H, Moussa Saley S, De Truchis P, Fofana D, Lolom I, Brunet JB, Bouvet E. Promoting the safety of healthcare workers in Africa: From HIV pandemic to Ebola Epidemic. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2015; DOI: 10.1017/ice.2014.68
- Pellissier G, Yazdanpanah Y, Adehossi E, Tosini W, Madougou B, Ibrahima K, Lolom I, Legac S, Rouveix E, Champenois K, Rabaud C, Bouvet E. Is universal HBV vaccination of healthcare workers a relevant strategy in Developing endemic countries? The case of a University hospital in Niger. *PloS ONE* 2012;7(9): e44442. doi:10.1371/journal.pone.0044442.

- Les principales actions 2016 :

- Continuation des actions au Niger (suivi des actions et réalisation de 4 missions de compagnonnage x 1 personne / Participation à un atelier : 10 ans de partenariat, Bilan et perspectives) et au Togo (réalisation de 2 missions x 1 personne / participation à un atelier national Bilan des 10 ans de partenariat et aux 1eres Journées de réflexion nationale sur l'hépatite B : Introduction Epidémiologie, Généralités ; Atelier 1 : Dépistage et prise en charge des adultes porteurs de formes sévères ; Atelier 2 : Femmes enceintes et enfants ; Atelier 3 : Gouvernance ; Atelier 4 : Personnel soignant et dépistage des produits sanguins ; Conclusion et perspectives).
- Contribution à l'élaboration d'un plan d'action à long terme pour la protection des personnels de santé et l'amélioration de l'hygiène hospitalière, en réponse à l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest, notamment par :
 - o L'organisation du 3^e Colloque francophone GERES sur la sécurité des soignants vis à vis des risques infectieux en Afrique, les 10 et 11 novembre 2016, Casablanca, Maroc. Un document projet, les présentations, et un livre des abstracts sont en ligne sur le site internet du GERES (http://www.geres.org/10_acin/10_coli.htm). Il est notamment prévu dans les suites de l'atelier thématique sur la vaccination du personnel de santé contre le VHB, la poursuite de la réflexion du groupe thématique sur la stratégie à mettre en place dans les différents centres de santé.
 - o La réalisation d'un guide pratique « Protection des soignants vis à vis des risques infectieux en milieux de soins ». Ce guide, destiné aux structures de soins d'Afrique francophone, élargi par rapport au manuel pratique « Prévention et prise en charge des AES » , a été diffusé lors du Colloque et est disponible sur le site du GERES (http://www.geres.org/10_acin/10_manu.htm). Une réimpression de ce guide est prévue au 1^{er} trimestre 2017.

II-3. PRINCIPALES PUBLICATIONS ET COMMUNICATIONS RECENTES

(cf. Annexes IV, pages 27 à 30)

III – PERSPECTIVES

III-1- ORIENTATIONS STRATEGIQUES

En 2017, le GERES reste un interlocuteur privilégié des autorités sanitaires pour ce qui concerne la protection des personnels de santé (DGS, ANSM, RAISIN, Santé Publique France, INRS). Cette reconnaissance au niveau national a justifié, jusqu'à présent, des financements pérennes depuis sa création en 1991 mais ceux-ci s'amenuisent depuis plusieurs années. Pour poursuivre ses actions, le GERES doit pouvoir s'appuyer sur un réseau actif qui a fait son originalité depuis sa création et qui devient difficile à animer faute de moyens. Ce réseau repose largement sur les médecins du travail en binôme étroit avec les EOH (équipes opérationnelles d'hygiène). Le socle de ce réseau a été la surveillance des AES dès le début des années 1990 mais il s'est largement mobilisé au-delà des AES sur d'autres thèmes concernant les risques infectieux professionnels : vaccination, tuberculose, évaluation de matériels et équipements de protection ...

L'organisation de la surveillance des AES au sein de chaque établissement de santé a été officiellement recommandée par la circulaire n° DGS /DH/98/149 du 20 avril 1998 « pour alimenter et guider les stratégies de prévention : formation, choix du matériel, organisation ». Ce texte recommande l'élaboration d'un programme de prévention dont la surveillance des AES doit faire partie : le recueil des données incombe au médecin du travail en collaboration avec l'unité d'hygiène.

Sur ces bases, dès 1999, le CTIN (Comité Technique National des Infections Nosocomiales) a positionné la surveillance des AES comme un des pivots de la prévention des risques professionnels infectieux en milieu de soins. Une méthodologie nationale de surveillance des AES basée sur le questionnaire du GERES a été élaborée dans le cadre du RAISIN (Réseau d'Alerte d'Investigation et de Surveillance des Infections Nosocomiales). Dès 2002, a été constitué un réseau de médecins du travail volontaires pour adopter cette méthodologie standardisée et adresser annuellement leurs données aux CCLIN dans le but d'une analyse régionale, interrégionale et nationale. Cette surveillance nationale est montée progressivement en puissance, passant de 15,3 % des établissements de santé participant (n= 371) en 2004 à 37,4 % (n=1087) en 2014. Cette surveillance couvrait 16 % des lits d'hospitalisation en 2002 et 71,4 % en 2014. L'outil de saisie des données s'est progressivement amélioré pour donner naissance à l'outil performant WEB-AES développé par l'ARLIN Franche-Comté. Utilisée depuis 2011, cette application permet aux établissements participants de saisir et d'éditer chaque année leur rapport local de manière automatisée.

Disposer de telles données s'impose réglementairement aux établissements :

- La Directive Européenne 2010/UE/32 transposée en droit français par le Décret n° 2013-607 du 9 juillet 2013 relatif à la prévention des risques biologiques auxquels sont soumis certains travailleurs susceptibles d'être en contact avec des objets perforants souligne l'importance des systèmes de notification des AES au niveau local et national. L'arrêté du 10 juillet 2013 demande que « l'employeur organise (...) les modalités de transmission au médecin du travail des informations relatives aux causes et circonstances de l'AES. L'employeur, le cas échéant en lien avec le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, analyse les causes et les circonstances de l'AES dans le but de mettre en œuvre les mesures de prévention adaptées ou de les réviser ».
- D'autre part depuis 2009, la surveillance des AES a constitué un indicateur fléché du PROPIN pour les établissements.

Or, la surveillance des AES s'est arrêtée au niveau national à compter du 1^{er} janvier 2016. En effet, le comité RAISIN (qui associe l'Institut de veille sanitaire et les 5 CCLIN (centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales)) du 2 juillet 2015 n'a pas retenu la poursuite de la surveillance des AES comme surveillance nationale prioritaire, mais a souligné l'importance de la poursuivre au niveau local. La disparition de cette surveillance nationale des AES risque d'entraîner la disparition de beaucoup de surveillances locales standardisées du fait de l'impossibilité de poursuivre l'utilisation de l'outil WEB-AES. Le réseau de nombreux médecins du travail exerçant tant dans le privé que dans le public, très mobilisés sur les AES est cependant

mobilisé en partie en 2016 dans la mise en oeuvre de la phase pilote de la surveillance nationale RAISIN des couvertures vaccinales et immunitaires du personnel des établissements de santé, utilisant le CVE de MesVaccins.net (voir supra), et dont le GERES fait partie du Comité de pilotage.

Des possibilités de poursuite d'une surveillance des AES avec un nombre restreint d'établissements, qui permettrait de continuer à disposer d'indicateurs AES sont envisagées pour 2017 :

- sous forme d'enquêtes GERES ponctuelles annuelles dans un sous-réseau des établissements de santé (tirage au sort / ou sous-réseau d'établissements s'engageant à réaliser un contrôle qualité des données...) avec analyse à minima pour disposer d'indicateurs de suivi des AES et de l'utilisation des matériels de sécurité ;
- par l'analyse des données AES de Web AES (pour lesquelles n'est plus effectué un contrôle qualité) ; il faut pour cela demander/obtenir les données régionales de Web AES, les données n'étant plus agrégées au niveau national ;

La surveillance des AES à l'échelle des établissements avec l'outil Web AES, qui autorise un rapport d'analyse automatisé des AES de l'établissement (et l'alimentation de Web AES en données), implique par ailleurs que les structures régionales amenées à remplacer les CCLINs continuent à inscrire les établissements pour leur permettre l'accès à Web AES.

Outre la poursuite des surveillances locales, ce projet permettrait, sous réserve évidemment d'être financé, de garder un réseau mobilisable. Le GERES propose de continuer à réunir un Comité de pilotage de la surveillance, d'exploiter la base de données AES a minima (nombre d'établissements poursuivant la surveillance, nombre d'AES colligés dans l'année..) et de mener des enquêtes sur des thématiques spécifiques, sur le mode du volontariat, dans ce réseau d'établissements restés mobilisés et disposant de WEB-AES : piqûres chez les IDE, accidents percutanés en pédiatrie, pénétration de tel matériel de sécurité, ...

Le maintien de ce réseau « RAISIN » ou au moins d'une partie permettrait aussi au GERES :

- de rester en contact avec les médecins du travail afin d'assurer la poursuite de la surveillance des contaminations professionnelles VIH, VHC, VHB chez les soignants en France que l'InVS lui a transféré en 2015 ;
- de redynamiser son réseau en l'élargissant afin de continuer à s'appuyer sur ces binômes santé au travail-EOH dans le champs des risques infectieux : couvertures vaccinales en milieu de soins, évaluation des équipements de protection individuels face aux risques émergents, utilisations de nouveaux outils de dépistage de l'infection tuberculeuse...

A ce stade, l'incertitude quant aux financements qui seraient alloués reste un élément déterminant dans la décision à prendre. Se pose également la question de savoir qui mandate le GERES et lui apporte la légitimité pour ce faire.

Parallèlement le GERES souhaite poursuivre ses actions, en particulier en ville : vaccinations, AES...

III-2 - LES PROJETS DANS LE CADRE DE LA CONVENTIONS DGS 2017

Projet 1 : Formations continues GERES

Objectif général : Poursuivre en les faisant évoluer (contenu, format), les actions GERES de formation continue des professionnels de santé en élargissant l'accès à d'autres publics cibles hors réseau GERES

Objectifs spécifiques :

- Développer les compétences, actualiser les connaissances des soignants et des relais qui ont un rôle moteur dans la politique de prévention des risques infectieux professionnels dans leurs structures et réseaux et qui sont également susceptibles de répondre à des demandes d'information/formation émanant d'établissements de santé voisins ou de réseaux professionnels autres (libéraux...).

Contenu :

- faire évoluer les formations : formations présentielle, E-learning, MOOC... en conséquence de l'évolution nécessaire des outils de formation prenant en compte les nouvelles technologies, et de la difficulté pour les professionnels de se rendre à des formations présentielle

- la préparation et la réalisation d'un symposium GERES qui sera organisé en 2017 en collaboration avec la SF2H dans le cadre de leur congrès national,
- la poursuite de la refonte/ actualisation des diaporamas de formation GERES,
- l'organisation d'ateliers vaccinations à destination notamment des nouveaux vaccinateurs (pharmaciens, sage-femmes),
- l'organisation en fin d'année d'une journée GERES.

Projet 2 : Suivi du site internet du GERES

Assurer le suivi du nouveau site internet dont la mise en ligne (action de refonte du site conduite en 2015-2016) doit être effective au 1^{er} trimestre 2017.

Objectif général : mettre à disposition des professionnels de santé d'informations actualisées correspondant aux missions de l'Association.

Objectifs spécifiques :

- Mise à disposition en libre accès d'informations, actualités, documents sur le risque, la prévention, la conduite à tenir en cas d'exposition
- Mise à disposition de diaporama de formation
- Mise à disposition d'informations actualisées sur les matériels de protection disponibles en France
- Diffusion d'une newsletter périodique

Projet 3 - Action d'évaluation des risques infectieux professionnels, comportant les sous-actions suivantes :

• Poursuite d'une surveillance des AES et action de recensement et d'évaluation des matériels de sécurité disponibles en France

Objectif général : Optimiser le programme de prévention des AES dans les établissements de santé.

Objectifs spécifiques :

- Disposer d'indicateurs de suivi des AES et de l'utilisation des matériels de sécurité dans un échantillon d'établissements
- Permettre la poursuite d'une surveillance des AES au niveau des établissements avec l'outil Web AES
- Aider les établissements dans le choix de matériels de sécurité adaptés

• Participation au Comité de pilotage de la surveillance nationale RAISIN des couvertures vaccinales chez les soignants

Objectif général : Réaliser une surveillance des couvertures vaccinales et immunitaires du personnel des établissements de santé.

Objectifs spécifiques :

- Promouvoir et optimiser la vaccination et le suivi de la vaccination des professionnels de santé et des étudiants
- Promouvoir le carnet de vaccination électronique pour tous les professionnels de santé
- Réduire le risque de transmission des infections par les personnels

• Apport d'expertise à la DGS pour une aide à la rédaction de textes officiels

III-3 - LES AUTRES PROJETS

Projet d'enquête multicentrique 2017 sur la vaccination coqueluche en maternités

L'enquête pilote conduite en 2016 (*cf Supra*) dans une maternité d'un groupement de l'APHP doit permettre de préciser la méthodologie d'une enquête multicentrique à plus grande échelle, régionale ou nationale (protocole en cours de rédaction).

Objectifs : Evaluer chez les professionnels de santé les couvertures vaccinales par professions ; évaluer la couverture vaccinale des femmes accouchées ou qui vont accoucher ; évaluer chez les sages-femmes leur perception de leur rôle de vaccinatrices ; réaliser une action de campagne vaccinale sur les vaccinations de la femme par les sages-femmes avec proposition de vaccin coqueluche.

• Surveillance des personnels de santé vis à vis du risque de TUBERCULOSE. Place des tests IGRA et des autres examens complémentaires. Propositions de recommandations pour les médecins du travail .

Un guide pratique à destination des médecins de santé au travail pour répondre aux questions qui se posent en pratique quotidienne sur l'utilisation des tests quantiféron pour la surveillance des professionnels exposés ou travaillant dans des services à risque a été élaboré en 2014 dans le cadre d'un groupe de travail (Médecins du travail PH) coordonné par le GERES. Ce guide, diffusé lors de la 24^e Journée annuelle du GERES, a été mis en ligne sur le site internet du GERES (<http://www.geres.org/docpdf/GuideIgraMT.pdf>).

Les objectifs étaient de proposer une conduite à tenir pratique (à l'embauche, suivi, suivi post contagé, modalités de suivi des contacts) et d'améliorer la prévention primaire (repérage et isolement des sujets contagieux), de rationaliser le suivi.

Il est prévu en 2017 d'actualiser les recommandations de ce groupe de travail concernant la surveillance des personnels face à la tuberculose et notamment concernant l'utilisation des tests IGRA, actualisation rendu indispensable par l'utilisation des nouveaux tests Quantiféron de 4^e génération qui posent de nouvelles questions. Projet de réunir le Groupe de travail afin d'actualiser

III-4. AU PLAN INTERNATIONAL (Afrique) :

Actions au Niger et au Togo

En 2017, la baisse des ressources financières allouées aux projets Santé d'Expertise France a conduit à la fermeture des bureaux projets santé d'Expertise France au Togo et au Niger. La poursuite d'actions et de collaborations est à l'étude sous réserve d'obtenir le soutien des bailleurs.

Burkina Faso

Un projet Prévention du risque infectieux et sécurité en milieu de soins doit débiter en 2017, auquel le GERES est associé

IV – Annexes / GERES

ANNEXE IV-1 – CONSEIL D'ADMINISTRATION, BUREAU, CONSEIL SCIENTIFIQUE

CONSEIL D'ADMINISTRATION (*prochaine élection des membres du CA en AG du 29 mars 2017*)

- 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, Médecin Généraliste, Limoges
- Dr Martine DOMART, Service de Santé au Travail, HEGP, AP-HP, Paris
- Dr Claire FABIN, Médecin du Travail, 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 RABAU, SMIT, CHU Nancy
- Pr Elisabeth ROUVEIX, Service de Médecine, Hôpital Ambroise Paré, AP-HP, Boulogne-Billancourt
- Pr Yazdan YAZDANPANA, SMIT, Hôpital Bichat, AP-HP, Paris
- Dr Marcel ZANNOU, CHU de Cotonou, Bénin

BUREAU

Pr. Elisabeth BOUVET, Président du GERES, PU-PH, Service Maladies Infectieuses, GH Bichat Claude Bernard, AP-HP, Paris
 Pr. Christian RABAU, Vice-Président du GERES, PU-PH, Service Maladies Infectieuses, Hôpitaux du Brabois, Vandoeuvre-Nancy
 Dr. Jean-Michel DESCAMPS, Vice-Président du GERES, Médecin Généraliste, Sereilhac
 Pr. Yazdan YAZDANPANA, 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

CONSEIL SCIENTIFIQUE

Dr Dominique ABITEBOUL :	Conseiller Médical en Santé au travail, INRS, Paris
M Xavier ARRAULT :	Pharmacien, GH Bichat Claude-Bernard, AP-HP, Paris
Mme Isabelle BALTU :	Ingénieur, Dépt Risque Chimique et Biologique, INRS, Paris
Dr Laurence BAUMANN	DMG, Université Paris 7
Dr Marie-Cécile BAYEUX :	Conseiller Médical, Dépt Etude et Assistance Médicale, INRS, Paris
Dr Jean-Baptiste BRUNET	Consultant GERES
Pr Enrique CASALINO :	Médecin des Hôpitaux, Service des Urgences, GH Bichat Claude-Bernard, AP-HP, Paris
Dr Martin DARY :	Médecin des Hôpitaux, Médecine Polyvalente d'Urgences, Hôtel Dieu, CHU de Nantes
Dr Patrick DESCHAMPS	Médecin des Hôpitaux, Urgences Médico-Chirurgicales, CHR René Dubos, Pontoise
Dr Eric D'ORTENZIO	SOLTHIS
Dr Claire FABIN :	Médecin du Travail, ACMS, Pontault Combault
Dr Nathalie FLORET	PH Hygiéniste, ARLIN Franche Comté
M Patrick LAGRON :	Surveillant, SAMU des Hauts de Seine, H. Raymond Poincaré, Garches
Mme Sylvie LE-GAC :	TEC, SMIT, GH Bichat Claude Bernard, AP-HP, Paris
Dr Josselin LE BEL	DMG, Université Paris 7
Dr Annie LEPRINCE :	Médecin à la retraite, Paris
Dr François L'HERITEAU :	Médecin Hygiéniste, CCLIN Paris-Nord, Paris
Dr Florence LOT	Santé Publique France, Saint Maurice
Pr Jean-Christophe LUCET	UHLIN, Hôpital Bichat, APHP, Paris
Dr Brigitte MIGUERES	Médecin Hygiéniste, Webmaster du site GERES
Mme Micheline PERNET :	Consultant, Cadre Infirmier Hygiéniste à la retraite, AP-HP
M Bruno ROUSSET-ROUVIERE	Président de BioQualité, Vice-Président du SDB
Mme Christiane SADORGE :	Consultant, Cadre Supérieur de Santé à la retraite, AP-HP
Dr William TOSINI :	Médecin, SMIT, GH Bichat Claude Bernard, AP-HP, Paris
Dr Sylvie TOUCHE :	Médecin du Travail, Hôpital Maison Blanche, CHU de Reims

ANNEXE IV-2 - COMMISSIONS ET GROUPES DE TRAVAIL

COMMISSION MATERIELS :

Dominique ABITEBOUL	Conseiller Médical en Santé au travail, INRS, Paris
Béatrice ADJAMAGBO	CS Hygiéniste, HAD, AP-HP
Xavier ARRAULT	Pharmacien, Hôpital Bichat Claude Bernard, AP-HP, Paris
Isabelle BALTY	Département ECT, INRS, Paris
Marie-Cécile BAYEUX	Médecin, Département Etudes et Assistance Médicales, INRS, Paris
Christine BONNAL	PH, APHP
Elisabeth BOUVET	Président du GERES ; SMIT, Hôpital Bichat Claude Bernard, AP-HP, Paris
Claire FABIN	Médecin du Travail, Collaborateur GERES
Ariane LEDEZ	IDE, SMIT, GH Bichat Claude Bernard, AP-HP, Paris
Isabelle LOLOM	Technicienne Biohygiéniste, UHLIN, GH Bichat Claude Bernard, AP-HP, Paris
Brigitte MIGUERES	Médecin Hygiéniste, Collaborateur GERES
Ivana NOVAKOVA	IDE Hygiéniste, CCLIN Paris-Nord, Paris
Gérard PELLISSIER	GERES, Paris
Micheline PERNET	CS Hygiéniste, Collaborateur GERES
Paulette REGAZZONI	Cadre de Santé, UF EADM, Service Evaluations, AGEPS - APHP
Bruno RIPAULT	Médecin de Santé au Travail, CHU Angers
Christiane SADORGE	CSS, Collaborateur GERES

COMMISSION FORMATION :

Dominique ABITEBOUL :	Conseiller Médical en Santé au travail, INRS, Paris
Elisabeth BOUVET	Président du GERES, PU-PH, Maladies Infectieuses, Hôpital BICHAT, Paris
M. Thierry CASAGRANDE	Juriste, Analys Santé, Lorient
Dr Martin DARY :	Médecin des Hôpitaux, Médecine Polyvalente d'Urgences, Hôtel Dieu, CHU de Nantes
Jean-Michel DESCAMPS	Vice-Pdt du GERES, Médecin Généraliste, Limoges
Patrick DESCHAMPS	Médecin des Hôpitaux, Urgences Médico-Chirurgicales, CHR René Dubos, Pontoise
Dr François L'HERITEAU :	Médecin Hygiéniste, CCLIN Paris-Nord, Paris
Gérard PELLISSIER	GERES
Christian RABAUD	Service Maladies Infectieuses, Hôpitaux du Brabois, Vandoeuvre-Nancy
<i>Experts extérieurs (Anne BEUGNY, Experte technique Formation, Expertise France...)</i>	

COORDINATION & COMITES DE PILOTAGE / SCIENTIFIQUES / DE REDACTION

Enquête AES en laboratoires de ville: Dr D Abiteboul, INRS, GERES ; Dr MC Bayeux, INRS ; Pr E Bouvet, GH Bichat, GERES ; Dr C Fabin, Médecin du travail, GERES ; I Lolom, UHLIN GH Bichat, GERES ; Dr Dr François L'Hériteau, Coordonnateur Réseaux, CCLIN Paris-Nord ; Karin Lebascle, Support technique, CCLIN Paris-Nord, Dr Béatrice Pangon, Biologiste, CH de Versailles, Le Chesnay, G. Pellissier, GERES ; Dr B Rousset-Rouvière, Biologiste, BioQualité, SDB ; Dr A Suiro, Biologiste, BioQualité, SDB ; Dr S Touche, Médecin du Travail, CHU Reims.

Etudes des risques infectieux chez les médecins libéraux / Collaboration DMG Bichat – Université Paris 7 : Dr JS Suarez Valencia ; Dr C Choquet, SAU H. Bichat ; Pr E Casalino, SAU H. Bichat ; Dr C Cambon-Lalanne ; Dr J Le Bel, ; Dr S Lariven, GH Bichat ; G Pellissier, GERES ; Dr J P Aubert ; Pr E Bouvet, GH Bichat, GERES ; Pr C Rabaud, CHU Nancy, GERES ; Dr C Martin ; Dr L Coblenz-Baumann ; M. Jeannin

Actions en lien avec les COREVIH : Pr E. Rouveix, Corevih IDF Ouest, GERES ; Pr E. Bouvet, Corevih IDF Nord, GERES ; G. Pellissier, GERES...

Actions Afrique : Pr E Bouvet, GH Bichat, GERES ; Pr E Rouveix, GH Ambroise Paré, ES92, GERES ; Dr JB Brunet, GERES ; Pr C Rabaud, CHU Nancy, GERES ; Dr JM Descamps ; Dr A Leprince ; Dr D Abiteboul, GH Bichat, GERES ; S Le-Gac ; I Lolom, GH Bichat, GERES ; G Pellissier, GERES ; Dr W Tosini, GERES ; MJ Kosmann ; ...

Site internet : Dr B Miguères ; Dr D Abiteboul, GH Bichat, GERES ; Pr E Bouvet, GH Bichat, GERES ; I Lolom, GH Bichat, GERES ; G Pellissier, GERES

ANNEXE IV-3 - COLLABORATIONS ET SOUTIENS

Adhérents à l'Association

Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé ANSM : Problématiques de l'utilisation des stylos injecteurs par les soignants, des DM protégés ; enquête sur les AES avec DM de sécurité (2005-2006)

Agence Nationale de Recherche sur le SIDA (ANRS) : Parrainage du Colloque AES 2008, Cotonou, Bénin ; Soutien du Symposium AES 2008, Dakar, Sénégal ; Enquête AES dans 3 Pays d'Afrique francophone (ANRS 99160/00176)

Association BioQualité, Syndicat des Biologistes : Collaboration aux enquêtes AES en laboratoires 2005, 2015-2016

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

Association Internationale de la Sécurité Sociale (AISS) : Collaboration/soutien dans le cadre de l'organisation de Colloques AES en Afrique (2008, Cotonou, Bénin ; 2012, Lomé, Togo ; 2016, Casablanca, Maroc)

Association nationale de Médecine du Travail et d'Ergonomie du Personnel des Hôpitaux (ANMTEPH) : Enquête sur les freins à la vaccination chez les IDE (2012) ; enquête 2009 VAXISOIN sur la couverture vaccinale des soignants des établissements de santé ; Enquête 2008 GERES-INRS sur la protection respiratoire du personnel dans les établissements de santé ; Enquête 2005 sur le risque d'AES lors des prélèvements veineux en laboratoires de ville ; associée à la rédaction du guide Surveillance des personnels de santé vis à vis du risque de tuberculose (2014).

COREVIH (Groupe AES Inter-Corevih IDF Nord et Ouest ; Groupe AEV Inter-Corevih IDF) : collaboration dans le cadre d'enquêtes sur la prise en charge des expositions virales ; de formations TROD...

Croix Rouge française : Soutien de l'organisation du Colloque AES 2008, Cotonou, Bénin

Direction Générale de la Santé (DGS) : soutien notamment d'actions de formation ; 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...), d'études, de la réalisation de guides pratiques (guide des matériels de sécurité)...

DGOS - Partenariat Africain pour la Sécurité des Patients (PASP/OMS) : Soutien (2011-2015) d'actions au Niger et au Togo venant en complément des actions coordonnées par le Département Santé d'Expertise France.

Département de Médecine Générale Université Paris 7 : Collaboration dans le cadre d'études sur le risque infectieux chez les médecins et autres professionnels de santé libéraux (Etudes « Cabipic » ; Outil « AESclac » ; Etude des freins à la vaccination grippe chez les professionnels libéraux)

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

Expertise France (ex GIP-ESTHER) : Collaborations pour la mise en œuvre d'un programme de maîtrise des AES et des risques infectieux liés aux soins au Niger depuis 2006, au Togo depuis 2010 ; Programmes d'amélioration de l'hygiène en contexte Ebola en Guinée et au Cameroun (2014-2015) ; soutien à la réalisation de guides pratiques (manuel AES, 2008 ; Guide Protection des soignants, 2016) ; de Colloques et symposium AES (2008, Cotonou, Bénin ; 2008, Dakar, Sénégal ; 2012, Lomé, Togo ; 2016, Casablanca, Maroc) ; de modules de formation...

Fédération Nationale des Infirmiers : Collaborations (2013-2014) dans le cadre d'une étude sur le risque d'AES chez les IDEL, Participation à des Web-TV (AES chez les IDEL ; Préparation à Ebola)

Industrie (Pharmaceutique et Matériel médical), notamment dans le cadre de partenariats. Pour les plus récents : B Braun, BD, Didactic, Dupont, Gilead, GSK, Hospidex, Qiagen, Sarstedt, Smiths Medical, Omikron, Radiometer, BMS...

Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) : Expertise sur les matériels de sécurité ; Guide des matériels de sécurité ; enquêtes d'évaluation du risque au laboratoire (1996, 1998, 2005, 2015-2016) ; Guide EFICATT (depuis 2002) ; Guide d'accès aux tableaux des maladies professionnelles (2002). Enquête sur les masques de protection respiratoire dans les établissements de santé (2007-2008)...

Réseau de relais des établissements de santé : participation à des formations GERES (AES ; ateliers thématiques : Prise en charge des expositions virales ; Vaccins) ; à des enquêtes ; alertes réseau...

MAEDI : soutien dans le cadre d'actions en Afrique

Mutuelle Nationale des Hospitaliers et des personnels de santé (MNH) : Guides pratiques 100 questions que se posent les soignants (VIH et hépatites, actualisation 2016 ; Tuberculose, 2014) ; Colloque AES 2008, Cotonou, Bénin ; Symposium AES, 2008, Dakar, Sénégal ; Enquête nationale VAXISOIN sur la couverture vaccinale des soignants des établissements de santé ; Affiche CAT en cas d'AES...

Santé Publique France (ex IVS) : Participation au recensement des cas de séroconversion VHC, VIH, VHB chez les soignants et délégation de l'animation du réseau de surveillance à compter de 2016 ; Participation (2016) au Comité de pilotage de la surveillance nationale des couvertures vaccinales des personnels de santé ; Participation (2003-2015) au Comité de pilotage AES-RAISIN ; Enquête nationale VAXISOIN sur la couverture vaccinale des soignants des établissements de santé (2009)...

Solidarité Thérapeutique et Initiatives contre le SIDA (SOLTHIS) : Soutien d'actions en Afrique : Colloque AES 2008, Cotonou, Bénin ; Symposium AES, 2008, Dakar, Sénégal, Action Ebola-Guinée 2015...

Société Française de Médecine du Travail (SFMT) – Société de Pneumologie de Langue Française : associées à la réalisation du guide Surveillance des personnels de santé vis à vis du risque de tuberculose (2014).

Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF) : Soutien d'enquêtes (VAXISOIN ; enquête sur les freins à la vaccination grippale chez le personnel infirmier en milieu hospitalier), du Colloque 2016, Casablanca Maroc...

ANNEXE IV–4 – PUBLICATIONS ET COMMUNICATIONS

Publications

2017

- Gehanno JF, Abiteboul D, Rollin L. Incidence of tuberculosis among nurses and healthcare assistants in France. *Occup Med* 2017;67:58-60.

2016

- Bayeux-Dunglas MC, Abiteboul D. Vaccinations en santé au travail. *Références en Santé au Travail* 2016 ;146 :23-38.
- Pellissier G, Casagrande T, Touche S, Floret N, Abiteboul D, Bouvet E, et le GERES. Accidents d'exposition au sang dans les LBM français : prévention et réglementation. *feuillet de Biologie* 2016;328:53-58.

2015

- Floret N, Ali-Brandmeyer O, L'Héritau F, Bervas C, Barquins-Guichard S, Pellissier G, Abiteboul D, Parneix P, Bouvet E, Rabaud C, and Working Group AES-Raisin. Sharp decrease of reported occupational blood and body fluid exposures in French hospitals: 2003-2012. Results of the French National Network Survey, AES-Raisin. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2015;36:963-968.
- Rouveix E, Madougou B, Pellissier G, Diaougah H, Moussa Saley S, De Truchis P, Fofana D, Lolom I, Brunet JB, Bouvet E. Promoting the safety of healthcare workers in Africa: From HIV pandemic to Ebola Epidemic. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2015 ;36(03) :361-362.doi:10.1017/ice.2014.68

2014

- De Carli G, Abiteboul D, Puro V. The importance of implementing safe sharps practices in the laboratory setting in Europe. *Biochimica Medica* 2014;24(1):45-56.
- Rouveix E, Bouvet E, Vernat F, Chansombat M, Hamet G, Pellissier G. Prise en charge des expositions accidentelles au VIH : rapport d'activité 2011 des COREVIH. *Med Mal Infect* 2014;44:112-6.
- Bouvet E. New drugs against multidrug-resistant tuberculosis. *Rev Prat* 2014;64:896-7.

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.
- Wagenheim C, Di Patrizio P, Rabaud C. Evaluation des pratiques des médecins libéraux sur la gestion des risques professionnels liés à l'exposition aux liquides biologiques. *Presse Med* 2013;42:e385-e392.
- Bouvet E, Rouveix E. Securing the venous sampling: a priority for the safety and caregivers of patients in the ped. P302-Poster presentation. 2nd International Conference on Prevention and Infection Control (ICPIC), 25-28 June 2013, Geneva, Switzerland. *Antimicrobial Resistance and Infection Control* 2013;2(Suppl 1):P302.

2012

- Floret N, Abiteboul D, Ayzac L, Bernas C, Bouvet E, Jarno P, L'Héritau 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) – Geres. Suivi des AES dans les établissements de santé. Place et intérêt des matériels de sécurité. *Feuillet 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, Adehossi 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? *PLoS ONE* 2012 ;7(9): e44442. doi:10.1371/journal.pone.0044442.
- Ciotti C, Pellissier G, Rabaud C, Lucet JC, Abiteboul D, Bouvet E, et le GERES. Effectiveness of respirator masks for healthcare workers, in 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.
- Bouvet E. Treatment of latent tuberculosis infection. *Rev Prat* 2012;62(4):498-9. Review
- Bouvet E. IGRA tests in clinical practice. *Rev Prat* 2012;62(4):493-4. Review
- Bouvet E. Tuberculosis. Shorten time to diagnosis. *Rev Prat.* 2012;62(4):471-2.
- Strauss K, WISE Consensus Group. WISE recommendations to ensure the safety of injections in diabetes. *Diabetes Metab* 2012;38 Suppl 1:S2-8. doi: 10.1016/S1262-3636(12)70975-8.

2011

- 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(1):4-10.
- Bouvet E, Abiteboul D, Bayeux-Dunglas MC. Encadré – Efficat, conseils en ligne sur la conduite à tenir en cas d'exposition professionnelle à un risque infectieux. *Bull Epidemiol Hebd* 2011 ;35-36 :392.

Communications

2016

- Torregrosa G, Meunier G, Saignavong C, Mandelbrot L, Bouvet E. Comment améliorer la vaccination antioquelucheuse à la maternité ? Etude de faisabilité d'un protocole de vaccination. Communication Poster VAC-10. 17^e Journées Nationales d'Infectiologie, 7-9 juin 2016, Lille. *Med Mal Infect.* 2016 Jun;46(4 Suppl 1):113. doi: 10.1016/S0399-077X(16)30536-4.
- Bayeux-Dunglas MC, Balty I, Pellissier G, Lolom I, Coignard-Biehler H, Lepout C. Vêtements de protection pour les soignants : des évolutions nécessaires. 34^{ème} Congrès National de Médecine et Santé au Travail, 21-24 juin 2016, Paris. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement* 2016;77(3):422.
- Bayeux-Dunglas MC, Siano B, Bouvet E, Abiteboul D. Guide EFICATT : exposition fortuite à un agent infectieux et conduite à tenir en milieu de travail. 34^{ème} Congrès National de Médecine et Santé au Travail, 21-24 juin 2016, Paris. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement* 2016;77(3):544.
- Moussa S, Lolom I, Madougou B, Abdourrazak A, Mamane D, Fofana D, De Truchis P, Rouveix E, Bouvet E. Programme d'évaluation du risque de transmission de la tuberculose à l'Hôpital National de Niamey (HNN), Niger. Retenu en communication orale. 8^e Conférence Internationale Francophone VIH/Hépatites - AFRAVIH 2016, 20-23 avril 2016, Bruxelles.
- Adjoh KS, Patassi AA, Blatome T, Aziagbe KA, Adambounou S, Pellissier G, Lolom I, Le Gac S, Cressy A, Salmon D, Bouvet E, Dagnra AY. Apport du GeneXpert dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire au CHU Sylvanus Olympio de Lomé. Retenu en communication Poster. 8^e Conférence Internationale Francophone VIH/Hépatites - AFRAVIH 2016, 20-23 avril 2016, Bruxelles.
- Bouvet E. Modification du code de santé publique : quelle attitude face à la disparition de l'IDR obligatoire ? Symposium Infection tuberculeuse latente et IGRA : Etat des lieux en 2016. Institut Pasteur, Paris, 15 mars 2016.

2015

- Moussa Sale S, Lolom I, Madougou B, Abdourrazak A, Mamane D, Rouveix E, Bouvet E. Séroprévalence de l'infection tuberculeuse latente (ITL) chez les soignants de l'Hôpital National de Niamey (HNN) par mesure de la production d'interféron-gamma (IFN- γ). Communication poster, 16^e Journées Nationales d'Infectiologie, 10-12 juin 2015, Nancy.
- Gehanno JF. Propositions de recommandations GERES pour les personnels de santé. Communication orale. Symposium Infection tuberculeuse latente: populations à risque et stratégies de dépistage en 2015. Institut Pasteur, 10 mars 2015, Paris.

2014

- Abiteboul D. Actualités vaccinales. Communication orale. 51^e Journées Nationales de Formation DPC de l'ANMTEPH, 25-26 septembre 2014, Reims.
- Gehanno JF. Place des tests IGRA dans la surveillance des personnels de santé. Communication orale. 51^e Journées Nationales de Formation DPC de l'ANMTEPH, 25-26 septembre 2014, Reims.
- Rouveix E, Marigot Outtandy D, Hamet G, Gerbe J, Chansombat M, Pellissier G, Bouvet E. Vers une amélioration du recueil des expositions accidentelles à risque viral par les COREVIH ? Communication Poster P-02. 15^e JNI, Bordeaux, 11-13 juin 2014.
- Abiteboul D, Fendri S, Lolom I, Pellissier G, Michelik F, Girandola F, Bouvet E. Impact d'une intervention engageante sur la couverture vaccinale grippale (CVG) chez le personnel infirmier. Communication Poster N-14. 15^e JNI, Bordeaux, 11-13 juin 2014.
- Madougou B, Diaouga H, Lolom I, Alhouseini D, Capron E, Pellissier G, Fofana D, Rouveix E, Bouvet E. Programme d'amélioration des pratiques et de réduction du risque d'accident exposant au sang (AES) à l'Hôpital National de Niamey (HNN), Niger, par l'introduction d'une technique de prélèvement veineux sous vide (PV-SV) avec dispositif de sécurité (DS). Communication Poster. 7^e Conférence Internationale Francophone VIH/Hépatites AFRAVIH 2014, Montpellier, 27-30 avril 2014.
- Sale SM, Madougou B, Salahoudine I, Daou M, Alhouseini D, Fofana D, De Truchis P, Lolom I, Rouveix E, Bouvet E. Prévention du risque de transmission de la tuberculose en milieu de soin à l'Hôpital National de Niamey (HNN) : circuit des patients ayant une tuberculose pulmonaire à microscopie positive. Communication Poster. 7^e Conférence Internationale Francophone VIH/Hépatites AFRAVIH 2014, Montpellier, 27-30 avril 2014.
- Gbadamassi AG, Patassi A, Dagnra A, Salou M, Assamagan X, Ali Edje K, Takassi C, Katin V, Kpedzroku EH, Akpo K, Dionke F, Michon C, Pellissier G, Bouvet E, Salmon D. Prévalence des marqueurs du virus de l'hépatite B parmi le personnel soignant de trois hôpitaux partenaires du GIP-ESTHER au Togo : Résultats préliminaires. Communication Poster. 7^e Conférence Internationale Francophone VIH/Hépatites AFRAVIH 2014, Montpellier, 27-30 avril 2014.
- Le Bel J, Martin C, Pellissier G, Cambon Lalanne C, Bouvet E, Aubert JP. CABIPIC 2 : Evaluation des risques d'accident d'exposition au sang et de la couverture vaccinale des internes de médecine générale de l'Université Paris Diderot. Communication orale. 8^{ème} Congrès de Médecine Générale France, Paris, 3-5 avril 2014.
- Bouvet E. Conséquences pratiques pour la médecine du travail et les CLAT. Symposium Tests de détection d'Interféron (IGRA) : Etat des lieux en 2014. Groupe pour la Recherche et l'Enseignement en Pneumo-Infectiologie - Société de Pneumologie de Langue Française. Institut Pasteur, Paris, 20 mars 2014.

2013

- Pellissier G. Enquête sur la prise en charge des expositions à risque viral dans deux COREVIH Ile-de-France Ouest et Nord. Session thématique Inter-COREVIH - Les expositions accidentelles à risque de transmission virale, Boulogne Billancourt, 11 décembre 2013.
 - Pellissier G. Prévention des accidents d'exposition au sang. 2e Journée de l'Infirmière Libérale – URPS Infirmiers Libéraux Picardie, Amiens, 24 octobre 2013.
 - Henard S, Rouveix E, Katlama C, Huleux T, Prazuck T, Mehawej H, Rey D, Tosini W, Bouvet E, Rabaud C. Tolerability of Post-exposure Prophylaxis (PEP) of HIV infection with Tenofovir/Emtricitabine and Raltegravir (Truvada + Isentress) Combination. PE18/1, Poster Session. 14th European AIDS Conference, Brussels, 16-19 October 2013.
 - Rouveix E, Bouvet E, Vernat F, Chansombat M, Hamet G, Pellissier G. Expositions accidentelles à risque viral professionnelles et sexuelles : données des rapports d'activité 2011 des COREVIH. Vers une amélioration du recueil par une simplification et une standardisation. P41, communication poster. XI^e Congrès National de la Société Française de Lutte contre le Sida, Poitiers, 24-25 octobre 2013.
 - Bouvet E. Communication orale. Symposium international – Le dépistage de l'infection tuberculeuse latente – Mise à jour 2013, Société Belge de Pneumologie, 3 octobre 2013, Louvain, Belgique.
 - Bouvet E. Communication orale. Symposium sur les enjeux du dépistage de la tuberculose. 9^{ème} Symposium de formation continue de la Swiss Medical Society for Occupational Health in Health Care Facilities (SOHF), Lausanne, 5 septembre 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. Securing the venous sampling: a priority for the safety and caregivers of patients in the PED. P302, Poster Session Sharp injuries and blood safety. 2nd International Conference on Prevention and Infection Control (ICPIC), 25-28 June 2013, Geneva, Switzerland.
 - Ambrogi V, Campion C, Abiteboul D, Jarno P, Venier AG, Ayzac L, Poujol I, Astagneau P, L'Hériteau F, Rabaud C, Floret N. Caractéristiques des AES survenant en réanimation (données nationales RAISIN 2002-2010). Communication Poster P-136, XXIV^e Congrès national de la SF2H, Paris, 29-31 mai 2013.
 - Bouvet E. International Speaker – Key Note Address – International guidelines and impact of safety devices on incidence of needlesticks during invasive procedures. Patient and Healthcare Worker Safety Symposium, May 14, 2013, Dubai, United Arab Emirates.
 - Abiteboul D, De Carli G. Implementing Safe Sharps Practices in Europe, what do I need to do ? Oral Communication. Session : Guideline use and abuse. 2nd EFLM-BD European Conference on Preanalytical Phase : Preanalytical quality improvement – in quality we trust. Zagreb, March 01-02 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 – 6^{emes} 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, Jarno 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.

Ouvrages, traités, dossiers thématiques

- Guide VIH et Hépatites – 100 questions que se posent les soignants. Prévention du VIH et des hépatites chez les professionnels de santé. Collaboration GERES, MNH. 6^e édition MNH, 2017, 96 p.
- Guide pratique. Protection des soignants vis-à-vis des risques infectieux en milieu de soins. Collaboration Expertise France. Edition 2016.
- Surveillance des accidents exposants au sang dans les établissements de santé français. Réseau AES-Raisin, France – Résultats 2013-2014. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2016. 94 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr>
- Guide pratique « La tuberculose en milieu de soins, 100 questions que se posent les soignants ». Réalisation en partenariat avec la MNH, Edition 2014, MNH, 56 p.
- Surveillance des personnels de santé vis à vis du risque de TUBERCULOSE. Place des tests IGRA et des autres examens complémentaires. Propositions de recommandations pour les médecins du travail, nov. 2014, 40 p. (Groupe de travail GERES ; *soutien du Laboratoire Qiagen*).
- Infections transmissibles par voie sanguine. Risque de transmission de soignants à soignés et prévention. (A. Leprince, GERES). Rapport (revue de la littérature et analyse des facteurs de risque de transmission, réflexions sur l'optimisation de la prévention), 2014, 157p.
- Vaccinations en milieu de soin. Edition en partenariat avec la revue Hygiènes, numéro thématique du Bulletin d'Information FMC de l'ANMTEPH n° 84, du 15 mars 2011, 92 p. Pr E. Bouvet, Membre du Comité de coordination et rédacteur du Thème « Situation actuelle des vaccinations des personnels de santé : résultats d'une enquête nationale en France ».
- Guide des matériels de sécurité. Réalisation GERES, en collaboration avec la DGS, la DHOS et l'INRS, avec la participation de l'AFSSAPS et du SNITEM. Editions 2010, 2004, 2000.
- Manuel pratique – Prévention et prise en charge des AES dans les hôpitaux des pays du Sud. GIP-ESTHER, GERES, février 2008, 115 p.
- Les Accidents d'Exposition au Sang. Numéro Thématique. HygieneS 2003 ;XI(2) : 81-200 (119 p.).
- Accidents d'exposition au VIH : bases scientifiques et recommandations pour la prise en charge. Bouvet E, Casalino E, Calvez V, et al. Edition Bash, 1999, 148 p.

ANNEXE IV-5 – PROGRAMME DES REUNIONS STRATEGIQUES

Conseil Scientifique 2016

Mercredi 17 février 2016, Paris

- 17h00 – **Aspects Afrique** (*Elisabeth Bouvet*)
- ▶ Projet de Colloque 2016
 - ▶ Guide Hygiène (2015-2016)
 - ▶ Projet de DU Hygiène UP7/Casablanca (2016)
 - ▶ Actions ESTHER (Togo, Niger, Cameroun, Guinée)
 - ▶ Actions SOLTHIS (Guinée)
- 17h30 – **Surveillance des AES** (*Dominique Abiteboul*)
- ▶ Maintien d'une surveillance des AES – Projet pilote
- 18h00 – **Couverture vaccinale des professionnels** (+ DMG)
- ▶ Projet d'étude Coqueluche en maternité (*Dominique Abiteboul / Elisabeth Bouvet*)
 - ▶ Freins à la vaccination antigrippale chez les libéraux (*DMG/ Laurence Baumann*)
- 18h30 – **Formations - pistes d'évolution ; Site internet** (*Gérard Pellissier*)
- 18h45 – **Chimioprophylaxie** (*Elisabeth Rouveix*)
- ▶ Stribild
- 19h00 – **GERES / COREVIH** (*Elisabeth Rouveix*)
- ▶ Recours pour AES
- 19h15 – Outil **AESclic** (*DMG / Jean-Pierre Aubert*)

V – Annexes Actions Convention DGS 2016

ANNEXE V-1. Action 1 : Refonte/actualisation des diaporamas de formation

Epidémiologie des Accidents Exposant au Sang (AES)

Mars 2016

Connaître l'épidémiologie des AES pour mieux les prévenir

⇒ Circulaire DGS/DH du 20/04/1998 : programme de prévention dans tous les établissements sous la responsabilité de l'employeur

- Vaccination contre l'hépatite B et contrôle Ac anti-HBs
- Surveillance des AES pour :
 - guider les actions
 - évaluer leur impact
- Application des précautions standards
- Mise à disposition de matériel de protection adapté (gants, masques, matériels de sécurité...)
- Intégration de la sécurité dans l'organisation du travail
- Formation et information du personnel
- Diffusion d'une conduite à tenir en cas d'AES

Mars 2016

Surveillance des AES - méthodes

- Déclaration spontanée à un système centralisé
 - En France : notification à la Médecine du Travail
 - Type : surveillances locales / réseau RAISIN
 - Limites :
 - sous-déclaration
 - analyse surtout descriptive, difficultés à recueillir dénominateurs
- Enquête prospective
 - Surveillance « active » par des enquêteurs
 - Recueil conjoint de dénominateurs : effectifs, matériels commandés, gestes réalisés
 - Type : enquêtes GERES

Mars 2016

Enquêtes GERES 2000 - 2010

Mars 2016

Impact des mesures de prévention

Lamontagne F. et al. Infect Control Hosp Epidemiol 2007;28:9-23

- Méthode (2000) :
 - 32 hôpitaux, 1 506 IDE
 - Résultats comparés avec les études de 1990 et 1992
- Résultats :
 - Evolution de l'incidence des piqûres, 1990-2000

Incidence des piqûres	1990	1992	2000	P (χ^2 1990-2000)
Nb/10 ⁵ actes	18,1	14,7	4,7	P < 0,0001
Nb/IDE/an	0,32	0,21	0,08	P < 0,0001

Mars 2016

Impact des précautions standard

Lamontagne F. et al. Infect Control Hosp Epidemiol 2007; 28:18-23

- Piqûres évitables par l'application des PS

1990	2000
(137 piqûres)	(130 piqûres)
54%	39%



Mars 2016

Impact des matériels de sécurité

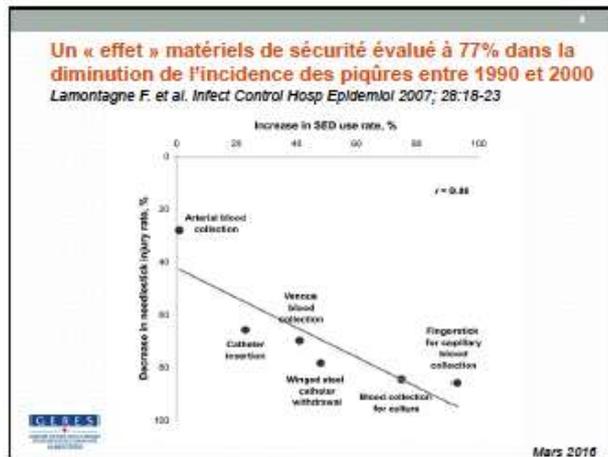
Lamontagne F. et al. ICHÉ 2007; 28:18-23

- **Piqûres avec matériels de prélèvement et perfusion IV***
 - Matériels de sécurité : 2,9/10⁶ matériels commandés*
 - Matériels non sécurisés : 11,1/10⁶ matériels commandés*

↳ **Réduction du risque de 74% (p<0,001)**

* Cathéters veineux périphériques, dispositifs à ailettes, corps de prélèvement + aiguille

GERES
Mars 2016



Comparaison des différentes génération de matériels de sécurité

Toussier W. et al. Infect Control Hosp Epidemiol 2010;31:602-7

- **Taux d'AES en fonction du mécanisme d'activation de la sécurité**

Système d'activation de la sécurité	Quantités commandées	Nombre d'AES	Taux d'AES/10 ⁶ MS commandés (IC 95%)
Etui coulissant vers l'avant	5 829 655	303	5,20 (4,61 - 5,78)
Manchon	3 266 450	96	2,94 (2,35 - 3,53)
Bouton - Platon	4 161 295	40	1,18 (0,85 - 1,51)
Automatique	8 875 480	5	0,06 (0,01 - 0,11)

GERES
Mars 2016

Surveillance nationale RAISIN-GERES des AES 2003-2014

GERES
Mars 2016

Surveillance : un peu d'histoire

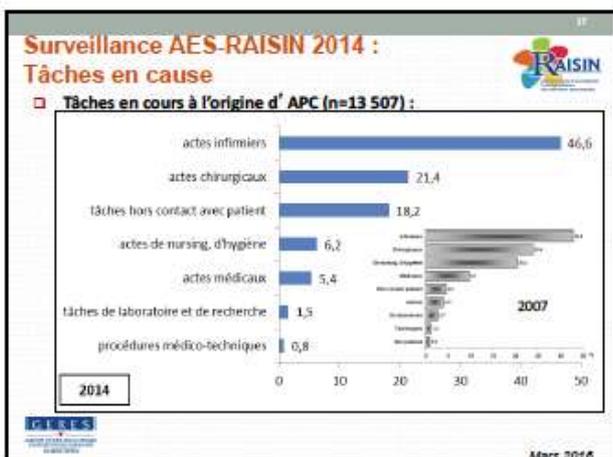
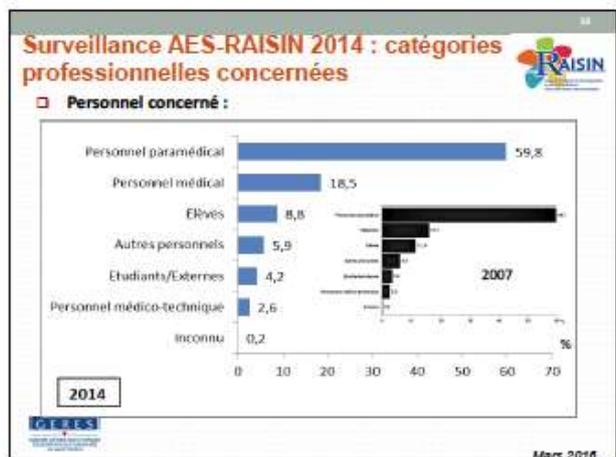
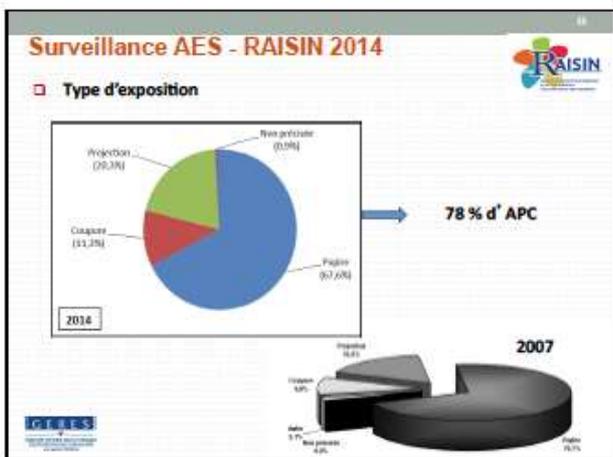
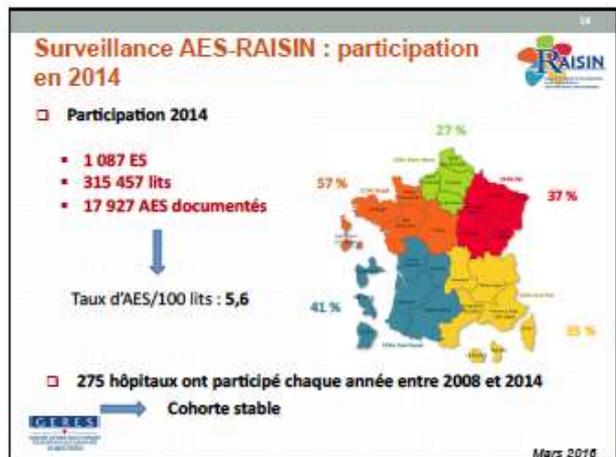
- 1990 : études GERES → questionnaire
- 1991 : réseau AES APHP
- 1995 : réseau AES CCLIN Paris-Nord
- 1999 : réseau AES CCLIN Ouest
- 2000 : réseau AES CCLIN SO et SE, et RFCLIN
- 2001 : RAISIN en partenariat avec le GERES
 - 2001 : création d'un groupe de travail
 - 2002 : mise en commun des données, élaboration de la méthodologie
 - 2003 : harmonisation de ces réseaux → Réseau national de surveillance des AES
 - Coordination CCLIN Sud Ouest puis CCLIN Est (2009)

GERES
Mars 2016

Surveillance : rappels méthodologiques

- **Objectifs :**
 - Connaître : incidence des AES, circonstances
 - Guider les stratégies de prévention → mesures organisationnelles, techniques, formations
 - Évaluer l'impact de ces actions
- **Méthode :**
 - Volontariat des ES
 - Personne ressource : Médecin du Travail
 - Inscription auprès du CCLIN : fiche établissement
 - Recueil anonyme et standardisé de tout AES survenu chez un personnel et déclaré au médecin du travail des ES participants :
 - ♦ Circonstances de l'AES (nature, mécanisme, matériel en cause) et son suivi (soins immédiats, suivi et prophylaxie éventuelle)
 - ♦ Statut infectieux du patient source

GERES
Mars 2016

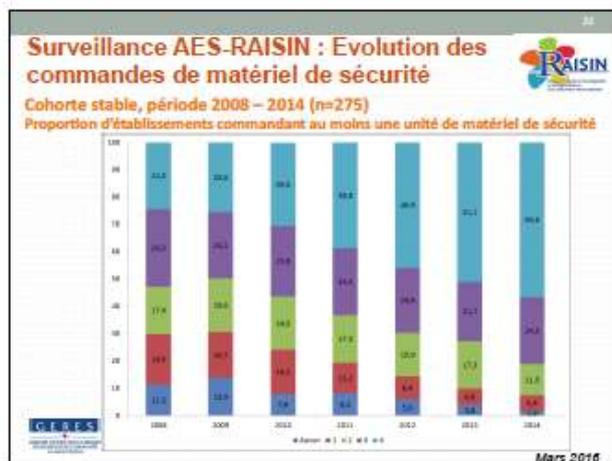
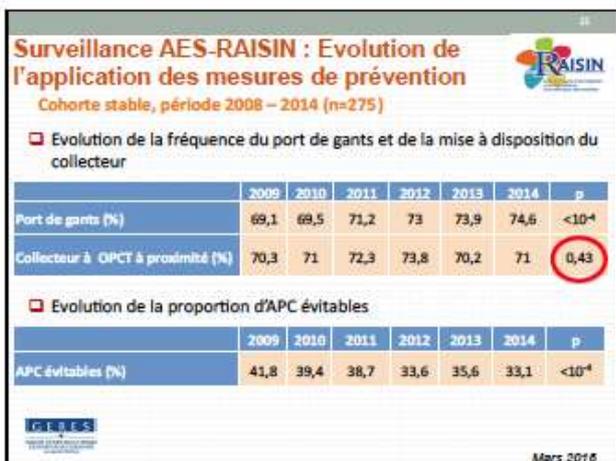
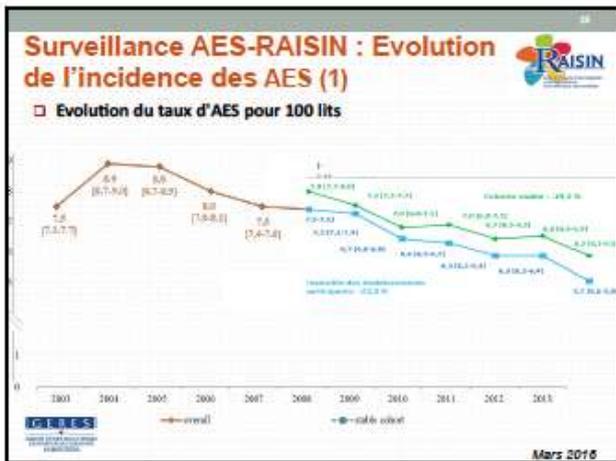


Surveillance AES-RAISIN 2014 : répartition des APC évitables

33,1 % des APC étaient évitables

	n	%
Manipulation d'instruments souillés :	2 235	53,1
• Poisés dans un plateau, sur une passoire ou une table d'un instrument chirurgical :	1274	30,1
• Objets traitant :	789	18,8
• Passage de la main à la main lors d'instrumentation :	172	4,1
Manipulation d'une aiguille :	1 463	34,7
• en recapuchonnant :	740	17,6
• en désadaptant :	573	13,6
• en piquant/retraitant une aiguille d'un bouchon :	150	3,6
Manipulation de collecteur à objets piquants tranchants :	226	5,4
• matériel saillant du collecteur trop plein :	165	3,8
• collecteur mal fermé :	27	0,6
• collecteur percé :	24	0,6
• désolidarisation couvercle-base du collecteur :	10	0,2
Manipulation d'une lame	288	6,8
En intervenant sur un appareil	1	0,1

Mars 2016



Taux de piqûres pour 100 000 matériels commandés

Cohorte stable, période 2006 – 2010

	2006	2007	2008	2009	2010	n°
Cathéters	10,5	8,4	8,8	7,0	5,9	<10 ⁻⁴
Sécurisés	7,8	4,8	3,1	3,2	2,3	<10 ⁻⁴
Non sécurisés	11,2	9,1	6,3	4,6	4,8	<10 ⁻⁴
Seringues à gaz du sang	16,4	14,3	10,1	14,7	17,3	0,78
Sécurisées	5,3	6,2	5,0	5,3	5,9	0,98
Non sécurisées	27,9	24,3	35,8	27,6	30,4	0,49
Aiguilles à chemise implantable	11,6	16,3	27,2	23,3	26,6	<10 ⁻⁴
Sécurisées	13,2	14,5	12,3	11,5	10,8	0,48
Non sécurisées	35,6	45,4	34,0	25,7	33,3	0,12
Seringues pour injection d'héparine	3,3	2,3	2,4	1,9	1,9	<10 ⁻⁴
Sécurisée	1,6	0,8	1,2	0,8	0,6	<10 ⁻⁴
Non sécurisée	10,1	7,1	3,2	3,0	3,4	0,02
Total	8,3	7,4	8,1	6,3	6,1	<10 ⁻⁴
Sécurisé	4,0	2,9	2,5	2,4	1,9	<10 ⁻⁴
Non sécurisé	14,1	11,2	10,3	6,8	6,6	<10 ⁻⁴

Mars 2016

Surveillance nationale des AES-RAISIN : évolution de part de des matériels de sécurité parmi les matériels commandés par statut d'établissement

Cohorte stable, période 2006 – 2010

	2006		2010	
	n	% sécurisé	N	% sécurisé
public	74	50,4	222	58,1
psph (devenu espic)	29	38,4	40	46,9
privé	9	0,1	40	14,8

⇒ La part de matériels de sécurité progresse partout mais reste beaucoup plus faible dans le privé

Mars 2016

Epidémiologie du risque infectieux lié aux Accidents Exposant au Sang (AES)

Mars 2016

Accident Exposant au Sang (AES)

- Définition (Circ. n° DGS/DH/98/249 du 20 avril 1998)
 - Tout **CONTACT PERCUTANÉ** (piqûre, coupure...)
 - ou **PROJECTION** sur muqueuse (œil, bouche...) ou sur peau lésée (eczéma, coupure antérieure)
 - Avec du **SANG** ou un liquide biologique contenant du sang
- Accident du travail le plus fréquent dans les hôpitaux
- Prise en compte du risque dans les années 80

Mars 2016

Les 1^{ères} contaminations du personnel de santé

- 1981 : 1^{ers} malades
- 1984 : 1^{er} cas de contamination d'un personnel de santé : transmission par piqûre avec une seringue ayant servi chez une patiente africaine atteinte du SIDA

Le Concours Médical 1985;107;12:1904
Lancet 1984;2:1376




Notion de risque de contamination par contact avec le sang : notion d'AES

Mars 2016

Les AES = un risque

pour le personnel de santé : Piqûre chez une IDE lors d'un prélèvement veineux 6,1 AES/100 IDE*

Et parfois pour les patients : Blessure chez un chirurgien lors d'un geste chirurgical et poursuite de l'utilisation du matériel 6,6 AES/100 chirurgiens*

Contaminations professionnelles : Surveillance pérenne / INVS

Contaminations soignants-patients : Investigations, publications ponctuelles

* Données AES-Raisin-Geres 2008

Mars 2016

Agents pathogènes en cause

- Les 3 principaux : **VIH, VHC et VHB** chez le non immunisé
- Risque de transmission du VIH, VHC, VHB

Virus	Nb de personnes infectées en France	Proportion de personnes ignorant leur infection	Risque moyen après accident percutané	Risque moyen après contact cutanéomuqueux
VIH	150 000	20%	0,32 %	0,03%
VHC	232 000 (ARN+)	40%*	1,8 %	? /10
VHB	281 000 (Ag HBs+)	55%*	6-30 % (Ag HBs+)	? /10

* Données de l'enquête de prévalence sur les hépatites virales B et C de 2004

Mars 2016

Agents pathogènes en cause (2)

- Mais aussi, beaucoup plus rarement :
 - Plus de **50 pathogènes différents** (virus, bactéries, parasites, champignons) A.Tarantola, et al. Am J Infect Control 2000;34:367
 - Fièvres hémorragiques virales : Ebola : nombreux cas en Afrique
 - West Nile : transmission en laboratoire
 - Dengue : plusieurs cas décrits dans la littérature don ten France après piqûre
 - Chikungunya : 1 cas autochtone chez une IDE en France après contact sanguin sur peau lésée

Mars 2016

Agents pathogènes en cause (3)

- 20 cas de transmission de paludisme à *P. falciparum* et 3 cas à *P. vivax* après AES publiés dans le monde *A. Tarantola et coll.*
- Analyse détaillées des 20 cas de paludisme à *P. falciparum*
 - 40% en France et 80% en Europe
 - 55% IDE, 30% médecins, 10% biologiste-chercheur
 - 65% piqûres, 25% contacts peau lésée
 - 9 formes graves dont 1 décès
- Délai d'apparition de la fièvre documentée dans 19 cas sur 20
 - Médiane : 13 jours
 - Moyenne : 12.05 ± 3.72 j

 Mars 2016

Facteurs de risque de transmission après exposition percutanée au VIH

Etude cas-témoins (*Cardo D New Engl J 1997; 337*)

<ul style="list-style-type: none"> Cas USA, France, GB, Italie 33 séroconversions 91% piqûres toutes avec aiguille creuse 	<ul style="list-style-type: none"> Témoins Cohorte CDC 679 AES sans séroconversion 91% piqûres 1% avec aiguille pleine
---	--

Facteurs de risque	OR ajusté*	IC à 95%
Blessure profonde	15	6 - 41
Sang visible sur le matériel	6,2	2,2 - 21
Procédure avec aiguille en IV ou en IA direct	4,3	1,7 - 12
Patient source en phase terminale de SIDA	5,6	2 - 16
Prophylaxie par AZT	0,19	0,06 - 0,52

 Mars 2016

Facteurs de risque de transmission après exposition percutanée au VHC

Etude cas-témoins européenne (*Yazdanpanah Y et al – Clin Infect Dis 2005;41*)

Facteurs de risque	OR ajusté	IC à 95%
Blessure profonde	155	7,1 – 3417,2
Aiguille utilisée en IV ou en IA direct	100,1	7,3 – 1365,7
Sexe masculin du soignant	3,1	1,0 – 10,0

Risque x 11 si charge virale du patient source > 10⁶ copies/ml

 Mars 2016



Contaminations professionnelles VIH, VHB, VHC chez les soignants

Le point au 30 juin 2012

Surveillance réalisée par l'Institut de Veille Sanitaire
 Florence LOT
 en collaboration avec le GERES
 Rapport disponible : <http://www.invs.sante.fr>

 Mars 2016

Surveillance des contaminations professionnelles chez les soignants en France

- Objectifs de la surveillance**
 - participer à l'identification et à la prévention des expositions professionnelles à haut risque
 - aider à l'amélioration de la prise en charge après exposition (suivi biologique, prophylaxie post-exposition, traitement de l'infection)
- Surveillance mise en place en France par l'InVS, en lien avec le Geres en 1991 pour le VIH, 1997 pour le VHC et 2005 pour le VHB
- Sources d'information : **médecins du travail des établissements de soins**
 - + infectiologues, hépatologues, centres d'hémodialyse
 - + déclarations obligatoires sida/VIH, signalement infections nosocomiales

Cette surveillance est complémentaire à celle des AES (Raisin-Geres)

 Mars 2016

Définitions

(utilisées dans le cadre de la surveillance)

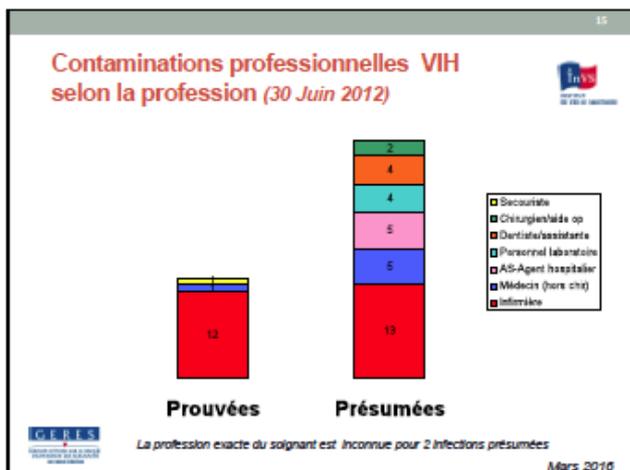
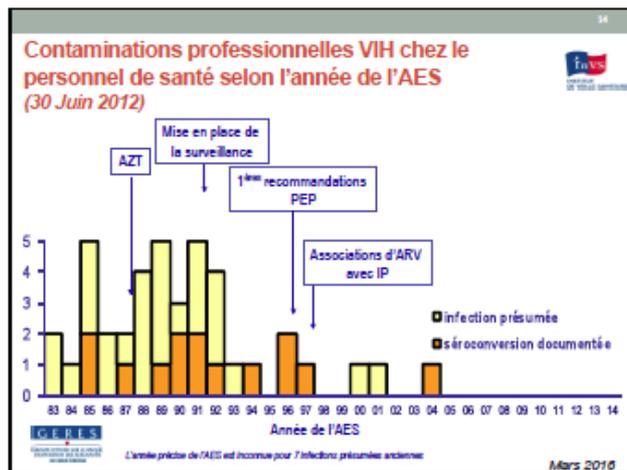
- Séroconversion documentée**
 - AES
 - sérologie de base négative
 - séroconversion dans les 6 mois après l'AES (ou apparition d'une PCR positive)
- Infection présumée (VIH)**
 - soignant VIH+
 - pas d'autres facteurs de risque
 - notion d'exposition professionnelle

 Mars 2016

Contaminations professionnelles VIH chez le personnel de santé en France (30 Juin 2012)

- 14 séroconversions documentées
 - 13 piqûres avec aiguille creuse
 - 1 projection massive au visage (secouriste)
 - 6 malgré une chimioprophylaxie (échec réel : 4)
- ↳ Au moins 8 accidents évitables par l'application des précautions standard
- 35 infections présumées
 - 17 piqûres, 7 coupures, 3 contacts sanguins prolongés sur peau lésée (circonstances inconnues dans 8 cas)
- ↳ Au moins 12 accidents évitables par l'application des précautions standard

Mars 2016



14 séroconversions VIH documentées (30 Juin 2012)

- 12 infirmier(e)s, 1 interne, 1 secouriste
- 13 Piqûres avec aiguille creuse
 - Prélèvement IV (1 sur chambre impl.) 8
 - Hémoculture 2
 - Pompeuse (traînant dans sac poubelle) 1
 - Ponction pleurale 1
 - Gaz du sang 1
- 1 projection massive au visage (secouriste)

Mars 2016

Séroconversions VIH documentées Prise en charge thérapeutique

Prophylaxie prescrite chez 6 professionnels de santé Echecs de la prophylaxie chez 4

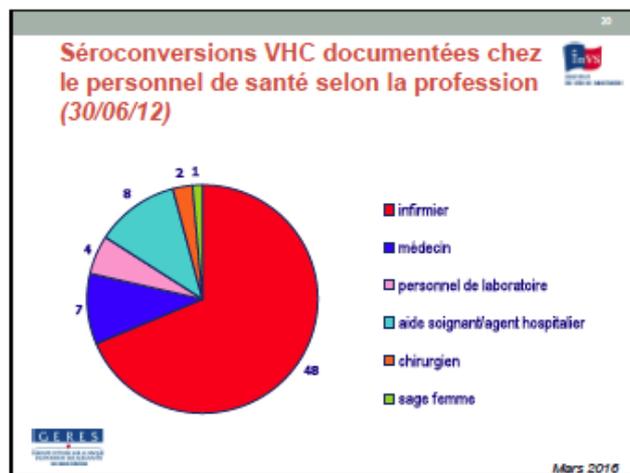
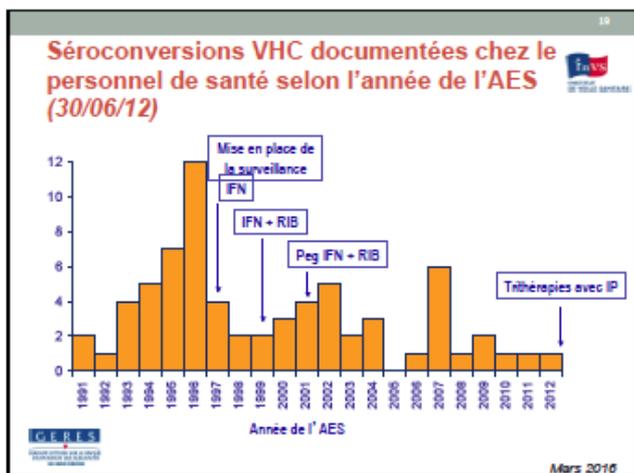
Année	Matériel	Prophylaxie prescrite		
		Type	Délai	Durée
1990	aiguille IV	AZT	1h30	3 sem
1994	aiguille IV	AZT	1h	2 sem
1996	aiguille IM	biT puis AZT	1h30	4 sem
1997	aiguille pompeuse	triT	1h30	4 sem

Mars 2016

Contaminations professionnelles VHC chez le personnel de santé en France (30-06-12)

- 70 séroconversions VHC
 - 65 piqûres (dont 46 avec aiguilles intravasculaires, 9 SC, 2 IM, 2 pleines, 6 ?)
 - 3 coupures
 - 2 contact sur peau lésée
- ↳ Au moins la moitié évitable par l'application des précautions standard

Mars 2016



6 séroconversions VHC déclarées depuis 2008 (1 à 2 par an)

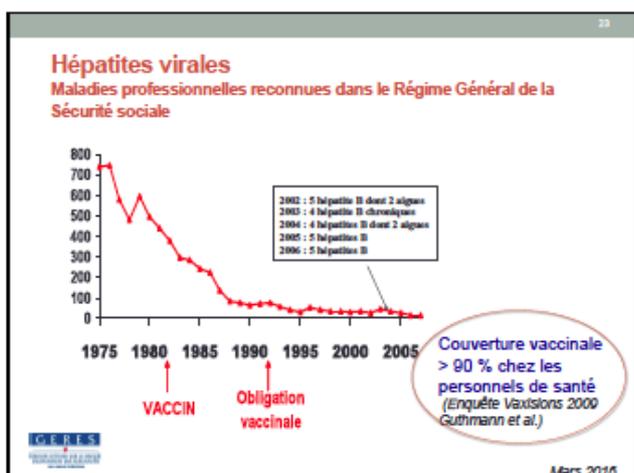
- Profession : 4 IDE (dont 2 à domicile), 1 chirurgien, 1 personnel de laboratoire
- Tâches : 4 prélèvements IV
- Mécanismes : 2 éliminations dans le container, 1 activation de la protection
- Charge virale chez les patients sources ~ 10⁶ UI/ml

Mars 2016

Et le VHB?

- Séroconversions VHB incluses dans la surveillance InVS depuis 2005
- Aucun cas déclarés
- Enquête réalisée via la surveillance AES-Raisin-Geres sur les soignants non immunisés et exposés au VHB entre 2005 et 2007 : 25 situations à risque identifiées, 17 documentées, 7 réelles, 0 séroconversion

Mars 2016



Et dans le monde ?

Mars 2010



Infections VIH professionnelles recensées dans le monde

(PHLS-CDSC 2005 – Situation au 31/12/2002)

Cas	USA	Europe	Reste du monde	Total
Documentés	57	35	14	106
Possibles	139	85	14	238
Total	196	120	28	344

- 90% des séroconversions professionnelles VIH rapportées le sont dans les pays développés bénéficiant d'un système de surveillance
- 5 cas décrits en Afrique / Aucun en Asie du Sud-Est

GERES
 GÉNÉRALISTE AMBULANT
 UNIVERSITÉ PARIS SAUVIGNAN
 100 rue de Valenciennes
 75013 Paris

Mars 2016

Slide 1/10

GERES
GÉNÉRALISTES ET MÉDECINS DU SECTEUR HOSPITALIER ET SANITAIRE

AES

Prévention et matériels de sécurité

1

Slide 2/10

AES =



- **Tout contact...**
 - percutané (piqûre, coupure)
 - sur muqueuses (œil, bouche, narines)
 - ou sur peau lésée (eczéma, plaie cutanée)
- **Avec...**
 - du sang
 - Ou un liquide biologique souillé par du sang

2

Slide 3/10

Les mesures prévention – Cadre réglementaire

- 1989 : précautions « standard »
- 1991 : vaccination anti-VHB obligatoire pour les professionnels de santé
- 1994 : gratuité des traitements et indemnité compensatoire pour les victimes d'une contamination professionnelle par le VIH
- 1996 : accès 24h/24 à un dispositif d'accueil et de prise en charge des soignants exposés
- 1998 : Actualisation des recommandations de 1989 => il est de la responsabilité de l'employeur :
 - d'identifier les risques et de prévenir les expositions
 - de mettre en place un programme de prévention (dont formation, mise à disposition de matériels de sécurité, surveillance des AES)

3

Slide 4/10

Le programme de prévention des AES :

Circulaire DGS/DH - N° 98/249 du 20 avril 1998 relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé.

Le chef d'établissement en concertation avec le C.L.I.N., le médecin du travail et le C.B.S.C.T doit définir une stratégie de prévention. Cette stratégie intégrée doit viser à la fois l'amélioration des conditions de travail tout en tenant compte de l'impact des mesures préconisées sur la sécurité des patients et repose sur :

- 1 - la vaccination du personnel soignant,
- 2 - le respect des précautions générales d'hygiène,
- 3 - l'utilisation rationnelle d'un matériel adapté,
- 4 - la prévention de l'exposition dans les blocs opératoires
- 5 - la mise en place d'un dispositif de prise en charge des A.E.S.
- 6 - l'interprétation des données de la surveillance,
- 7 - l'information et la formation du personnel,
- 8 - l'évaluation des actions entreprises.

4

Slide 5/10

Les précautions « standard »

Recommandations	
<p>Travail avec du sang ou liquide biologique</p> <p>Après pipette, Marquet, Lave-ges et nettoyage au niveau de la pièce.</p> <p>Après pipette ou seringue (seringue), change gant.</p>	<p>D'après la circulaire DGS/DH N° 98/249 du 20 avril 1998 relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé</p> <p><i>"Depuis le 1^{er} Juin 2001, l'eau de Javel est commercialisée sous forme concentrée à 2,0% de chlore actif sur 2^e citi. La dilution doit être réalisée au 1/5.</i></p>
<p>Lavage des surfaces des mains</p> <p>Après le contact des gants, entre deux patients, deux activités.</p>	
<p>Pier de point</p> <p>Si risque de contact avec du sang, au tout avec produit d'usage unique. Si contact avec le pied, utiliser un produit désinfectant à usage unique.</p>	
<p>Les gants doivent être changés entre deux patients, des activités.</p> <p>Si risque de contact avec du sang, au tout avec produit d'usage unique. Si contact avec le pied, utiliser un produit désinfectant à usage unique.</p>	
<p>Pier de surveillance, biologie, biologie</p> <p>Si le site est susceptible d'être en contact de précautions en cardiologie, radiologie, acte opératoire, urgence, manipulation de cadavre et leur contact.</p>	
<p>Mariage, soignée</p> <p>Mariage peut travailler à usage unique ou par recommandation les gants, au par les déchets à la suite, depuis immédiatement après usage sans manipulation et contact avec un système unique, mais au plus près de soi et dans le strict minimum de manipulation en usage.</p> <p>Mariage évitable : manipuler avec précaution et éviter contact par du sang ou tout autre produit d'usage unique.</p> <p>Vérifier que le matériel a été correctement désinfecté, stérilisé ou éliminé avant d'être réutilisé.</p>	
<p>Soignée soignée</p> <p>Soignée peut travailler avec de l'eau de Javel à 1% (à dilution unique) au 1/50 ou tout autre désinfectant approprié. Les solutions peuvent être des précautions en cardiologie de sang, au tout avec produit d'usage unique.</p>	
<p>Transport de prélèvements biologiques, usage et matériel soignée</p> <p>Les prélèvements biologiques, le sang et les instruments soignée par de sang ou tout autre produit d'usage unique doivent être transportés de service dans un emballage étanche, fermé.</p>	

5

Slide 6/10

Directive 2010/32/UE du Conseil du 10 mai 2010

- Prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et sanitaire
- Objectifs :
 - Assurer une sécurité maximale sur le lieu de travail
 - Prévenir les blessures occasionnées aux travailleurs par les objets piquants/tranchants à usage médical
 - Définir une stratégie intégrée pour l'élaboration des politiques d'évaluation et de prévention des risques, de formation, d'information, de sensibilisation et de contrôle.

6

Clause 6 - Elimination, prévention et protection

- Si les résultats de l'évaluation des risques montrent un risque de blessure par objet tranchant, l'exposition du personnel doit être prévenue :
 - Définition et mise en œuvre de procédures (...) d'utilisation et de mise au rebut des instruments médicaux tranchants
 - Suppression de l'usage inutile d'objets tranchants par l'adoption de changements dans les pratiques
 - Mise à disposition d'appareils médicaux dotés de mécanismes de protection intégrés
 - Interdiction de la pratique du recapuchonnage

Transposition en droit français

Le 10 septembre 2013

JORF n°0150 du 11 juillet 2013
Tome n°31

DECRET
Décret n° 2013-667 du 9 juillet 2013 relatif à la protection contre les risques biologiques auxquels sont soumis certains travailleurs susceptibles d'être en contact avec des objets perforants et modifiant les dispositions relatives à la protection des travailleurs intervenant en milieu hospitalier

NOR: ETRT1309688D

Legifrance

Arrêté du 10 juillet 2013 relatif à la prévention des risques biologiques auxquels sont soumis certains travailleurs susceptibles d'être en contact avec des objets perforants

NOR: ETRT1314972L
Version consolidée au 01 septembre 2013

Les matériels de sécurité dans la prévention des AES

- Décret N°94-352 du 4 mai 94 - Protection des travailleurs
 - ◆ obligation de mettre à disposition des travailleurs **des matériels adaptés** pour minimiser les risques de contamination (art R231-62-3, alinéa 2)
- Circulaire DGS/DH N° 98/249 du 20 avr 98 - Prévention de la transmission d'agents infectieux lors des soins
 - ◆ rappel du rôle des **matériels de sécurité** dans la prévention des AES et de leurs critères de choix
- Directive Européenne 2010/32/UE du 10 mai 2010 - Prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et sanitaire => mise en application mai 2013
 - ◆ obligation « mise à disposition **d'appareils et/ou dispositifs médicaux dotés de mécanisme de protection intégrée** » en fonction de l'évaluation du risque

Risques lors des gestes invasifs

- Piqûres :
 - A l'ablation de l'aiguille de la veine
 - Si manipulation du dispositif (désadaptation, recapuchonnage)
 - A l'élimination du dispositif (effet rebond des aiguilles à ailettes ou orifice du conteneur inadapté)
- Coupures
- Projections

Les matériels de sécurité dans la prévention des AES

- Définition :
 - ◆ Dispositifs conçus pour diminuer le risque d'AES
 - ◆ **Matériels invasifs avec système intégré de mise en sécurité de la partie vulnérante immédiatement après le geste et avant élimination**
- 20 ans d'utilisation de matériels de sécurité **mais**
 - ◆ pas d'étape de validation normalisée avant mise sur le marché
 - ◆ un label « de sécurité » attribué par le fabricant
- Autres dispositifs pour la prévention du risque d'AES
 - ◆ matériels permettant la neutralisation des piquants/tranchants : collecteurs à OPCT, destructeurs d'aiguilles
 - ◆ Systèmes sans aiguille : connecteurs pour perfusion...
 - ◆ Matériels barrières (EPI, DM) : gants, masques, lunettes, casques...

DM standard et DM de sécurité

J. Jagger-International Healthcare Worker Safety Center, University of Virginia

Les matériels de sécurité dans la prévention des AES

Critères de choix : recommandations GERES

- Une mise en sécurité la plus précoce possible après le geste
 - automatique > semi automatique > unimanuelle > bimanuelle
- Une mise en sécurité la plus facile possible
 - peu ou pas de modification du geste de base
 - automatique > semi automatique > unimanuelle > bimanuelle
- Verrouillage irréversible + indicateur de mise en sécurité
- Éviter si possible les matériels
 - à activation bimanuelle qui conduisent à rapprocher la main mineure de la partie vulnérante
 - dont la sécurité est apportée par un élément extérieur

Tout geste spécifique d'activation n'est pas systématique

13

Les matériels de sécurité dans la prévention des AES

Matériels de sécurité et normalisation

Un début d'approche normative au plan international

Norme ISO 23908:2011
 Protection contre les blessures par perforants – Exigences et méthodes d'essai – Dispositifs de protection des aiguilles hypodermiques, des introducteurs pour cathéters et des aiguilles utilisées pour les prélèvements sanguins, non réutilisable

Document qui précise les exigences et décrit les méthodes d'essai pour l'évaluation des paramètres de performance des dispositifs de protection :

- de conception active ou passive
- munis d'un système de sécurité intégrés ou combinés

Paramètres évalués :

- forces d'activation de la mise en sécurité
- type de mécanisme d'activation
- visibilité du mode sécurisé = indicateur visuel / sonore / tactile
- fiabilité du système de sécurité après activation

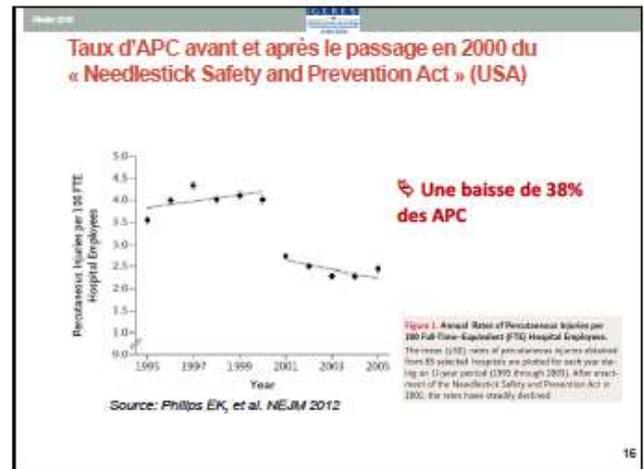
Pas de caractère obligatoire

14

Consensus – principaux critères de définition d'un matériel de sécurité

Critères	FDA (USA, 1995, 1997, 2005)	OSHA (USA, 1997, 2001)	CDC/NIOSH (USA, 1998)	GERES	TIRA 250 (Germany 2003)	ROCM (Madrid 2005)	ISPELS (Italie 2009)	NHS (UK 2010)	ISO-23908 (2011)
Système de sécurité intégré au dispositif	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Risques de saignement, lésions ou arrête de l'aspiration de la ligne	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ne rendent pas (ou peu) le geste par rapport au matériel conventionnel				(*)	✓	✓	✓	✓	✓
La qualité, l'efficacité et la sécurité de l'action thérapeutique-chirurgicale ne sont pas compromises ou réduites		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
L'activation (de la sécurité) doit être passive/automatique ou unimanuelle	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
L'activation doit être la plus précoce possible après le geste		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
L'activation doit être facile et sensitive	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
La mise en sécurité doit être permanente et irréversible	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
La mise en sécurité doit être signalée par un indicateur visuel ou sonore ou tactile (The user should be able to easily tell whether the device is activated)	(*)		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

15



Différentes générations de DM de sécurité

Génération	1 ^{ère} génération	2 ^{ème} génération	3 ^{ème} génération	4 ^{ème} génération
Catégorie	Actif	Actif	Actif	Passif
Mécanisme d'activation de la sécurité	Étui coulissant vers l'avant	Manchon basculant	Semi-automatique	Automatique
Exemple				

17

Génération	1 ^{ère} génération	2 ^{ème} génération	3 ^{ème} génération	4 ^{ème} génération
Prélèvement veineux sous vide				
Prélèvement artériel			∅	∅
Prélèvement capillaire	∅	∅	∅	

18

Génération 1^{ère} génération 2^{ème} génération 3^{ème} génération 4^{ème} génération

Cathétérisme veineux périphérique

Injection

Geste sur chambre implantée

19

Exemples de gestes invasifs non ou peu sécurisés

- Gestes peu sécurisés :
 - Sutures : aiguilles à bout mousse
 - Gestes de chirurgie : scalpels de sécurité
- Gestes non sécurisés :
 - Cathétérisme veineux central
 - Ponctions

20

Veille des matériels de sécurité (www.geres.org)

- Editions « papier » du guide des matériels de sécurité (soutien financier DGS & INRS)
 - 1999-2000
 - 2004
 - 2010
- Base de données des matériels de protection

21

Les matériels de sécurité dans la prévention des AES

Stratégie de prévention et place des matériels de sécurité ?

- Quel geste faut-il sécuriser ?
- Quel dispositif de sécurité ?
- Y'a-t-il des dispositifs à privilégier ?

22

Les matériels de sécurité dans la prévention des AES

Quels gestes faut-il sécuriser ? ■ priorité aux gestes Intra vasculaires

Prélex. Capillaire	7
Injection SC	11
Prélex. artériel	17
Prélex. veineux	23
Pose de perf	26
Dépote de perf	31
Héroculture	46
Ch. Implantée	410

AES par piqûres : 73 %

Infections professionnelles VIH chez le personnel de santé selon l'année de l'accident (INVS 30/06/2012)

Hierarchie du risque d'APC pour 100 000 gestes réalisés (étude Geres 1993)

■ Sécurisation progressive des autres actes invasifs selon l'évaluation du risque (données de la surveillance locale / nationale ; observance des précautions standards, niveau de sensibilisation des équipes ...)

23

Comparaison des différentes génération de matériels de sécurité

Touff W et al. Infect Control Hosp Epidemiol 2010;31:402-7

Taux d'AES en fonction du mécanisme d'activation de la sécurité

Système d'activation de la sécurité	Quantités commandées	Nombre d'AES	Taux d'AES/10 ⁶ MS commandés (IC 95%)
Etui coulissant vers l'avant	5 829 655	303	5,20 (4,61 - 5,78)
Manchon	3 266 450	96	2,94 (2,35 - 3,53)
Bouton - Piston	4 161 295	49	1,18 (0,85 - 1,51)
Automatique	8 875 480	5	0,06 (0,01 - 0,11)

24

Impact des mesures de prévention

Lamontagne F. et al. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2007;28:8-23

- Méthode (2000) :
 - 32 hôpitaux, 1 508 IDE
 - Résultats comparés avec les études de 1990 et 1992
- Résultats :
 - Evolution de l'incidence des piqûres, 1990-2000

Incidence des piqûres	1990	1992	2000	P (χ^2 1990-2000)
Nb/10 ⁵ actes	18,1	14,7	4,7	P < 0,0001
Nb/IDE/an	0,32	0,21	0,08	P < 0,0001

👉 Incidences divisées par 4 en 10 ans

Impact des précautions standard

Lamontagne F. et al. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2007; 28:18-23

- Piqûres évitables par l'application des PS

1990	2000
(137 piqûres)	(130 piqûres)
54%	39%

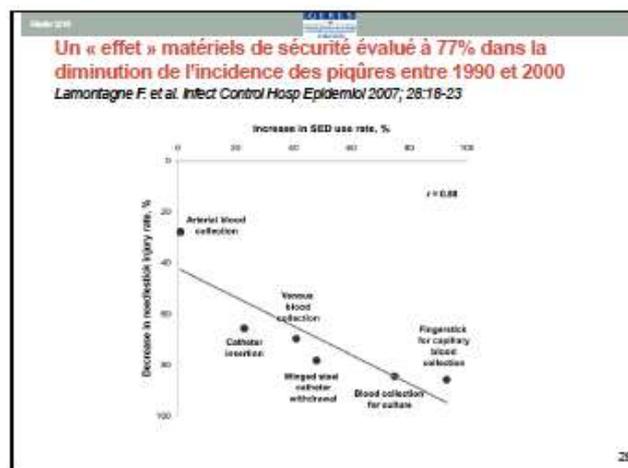
Impact des matériels de sécurité

Lamontagne F. et al. *ICHE* 2007; 28:18-23

- Piqûres avec matériels de prélèvement et perfusion IV*
- Matériels de sécurité : 2,9/10⁵ matériels commandés*
- Matériels non sécurisés : 11,1/10⁵ matériels commandés*

* Cathéters veineux périphériques, dispositifs à ailettes, corps de prélèvement + aiguille

👉 Réduction du risque de 74% (p<0,001)

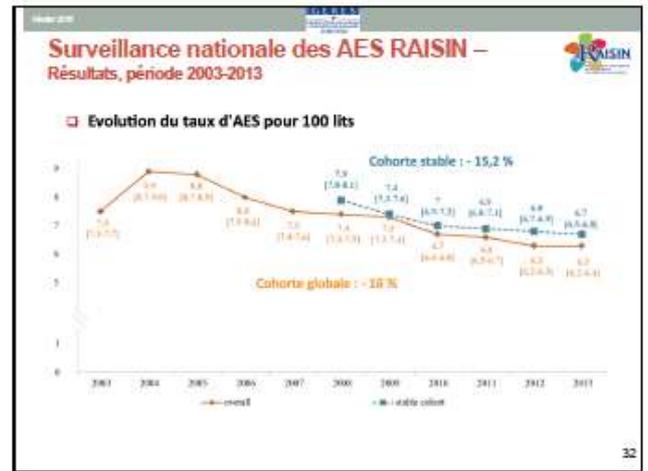
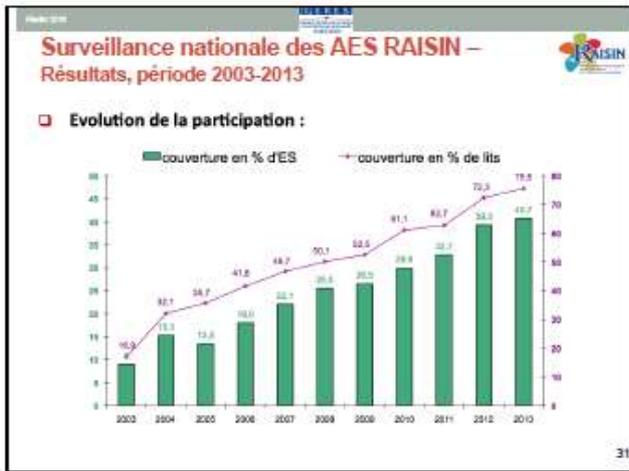


Surveillance nationale des AES RAISIN-GERES Historique

- 1990 : études GERES
- 1995 : réseau AES CCLIN Paris-Nord
- 1998 : priorité nationale du CTIN
- 1999 : réseau AES CCLIN Ouest
- 2000 : réseau AES CCLIN SO, SE et RFCLIN
- 2001 : Création d'un groupe de travail RAISIN / GERES
- 2002 : mise en commun des données, élaboration de la méthodologie
- 2003 : harmonisation de ces réseaux

👉 Réseau national de surveillance des AES

Surveillance nationale des AES : Fiche de recueil AES



Surveillance nationale des AES RAISIN - Résultats

Cohorte stable, période 2008 – 2013 (n=311)

Evolution de la fréquence du port de gants et de la mise à disposition du collecteur

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	p
Port de gants (%)	68,3	68,7	69,4	70,8	72,8	73,7	<10 ⁻⁴
Collecteur à OPCT à proximité (%)	70,8	70,3	71,5	72,3	74,3	71,1	0,01

Evolution de la proportion d'APC évitables

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	p
APC évitables (%)	40,8	41,5	39,3	38,4	33,5	35,2	<10 ⁻⁴

Surveillance nationale des AES RAISIN – Evolution 2008-2012

Cohorte stable 2008-2012 : Evolution de la part de matériels de sécurité parmi les dispositifs médicaux commandés

	2008		2009		2010		2011		2012		p***
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Cathéters	240	34,6	37,1	30,5	43,0	52,1	41,0	52,1	52,1	<10 ⁻⁴	
Seringues à gaz (ou sang)	128	65,5	65,3	61,8	62,3	78,5	62,3	78,5	78,5	<10 ⁻⁴	
Aiguilles pour chambre implantable	160	37,5	49,2	46,9	67,3	78,0	67,3	78,0	78,0	<10 ⁻⁴	
Seringues pour injection d'héparine**	232	85,6	79,3	80,5	80,9	82,1	80,9	82,1	82,1	<10 ⁻⁴	

* N : nombre d'établissements parmi les 342 pour lesquels le nombre de matériels commandés était renseigné chaque année ; ** Cde des points réalisables ; *** Test de tendance linéaire

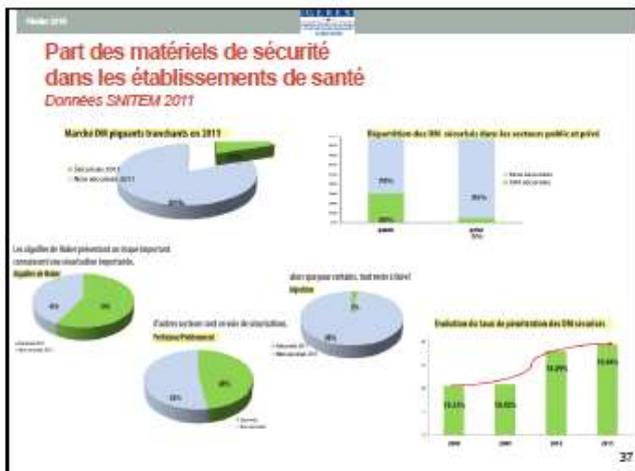
Taux de piqûres pour 100 000 matériels commandés (cohorte stable)

	2006	2007	2008	2009	2010	p*
Cathéters	10,5	8,4	8,8	7,0	5,9	<10 ⁻⁴
Sécurisés	7,8	4,8	5,1	3,2	2,3	<10 ⁻⁴
Non sécurisés	11,2	9,1	6,3	4,6	4,6	<10 ⁻⁴
Seringues à gaz (ou sang)	14,4	14,3	20,1	14,7	17,3	0,70
Sécurisés	5,3	6,2	5,0	5,3	5,9	0,38
Non sécurisés	27,9	24,3	35,8	27,6	30,4	0,49
Aiguilles à chambre implantable	33,6	36,3	27,2	23,3	26,8	<10 ⁻⁴
Sécurisés	13,2	14,5	12,3	11,5	10,8	0,48
Non sécurisés	35,6	45,4	34,0	25,7	33,3	0,12
Seringues pour injection d'héparine	3,3	2,3	2,4	1,9	1,8	<10 ⁻⁴
Sécurisés	1,6	0,8	1,2	0,8	0,6	<10 ⁻⁴
Non sécurisés	12,1	7,1	9,3	3,4	14,4	0,02
Total	9,3	7,4	8,1	6,3	6,1	<10 ⁻⁴
Sécurisés	4,0	2,9	2,5	2,4	1,9	<10 ⁻⁴
Non sécurisés	14,3	13,2	10,3	6,8	8,6	<10 ⁻⁴

Surveillance nationale des AES-RAISIN : évolution de la part des matériels de sécurité parmi les matériels commandés par statut d'établissement

	2006		2010	
	n	% sécurisé	N	% sécurisé
public	74	50,4	222	88,1
paph (devenu espic)	28	38,4	40	48,9
privé	9	0,1	40	14,8

⇒ La part de matériels de sécurité progresse partout mais reste beaucoup plus faible dans le privé



Autres structures privées

- Laboratoires (données SNITEM) :
 - Réalisent les 2/3 de l'activité de prélèvement sanguin
 - Moins de 5% convertis aux matériels de sécurité
- Libéraux:
 - 4% des médecins généralistes et 10% des médecins spécialistes convertis aux matériels de sécurité (Etude CABIPIC 2011, Réseau de santé Paris Nord – BEH 2012;38:421-424)
 - 60% des IDE libéraux déclarent utiliser des matériels de sécurité (Enquête 2013 d'évaluation de la réalité des AES par piqûre chez les IDE libéraux, Fédération Nationale des Infirmiers - GERES)

Les matériels de sécurité dans la prévention des AES

- **Un des volets de la prévention des AES**
 - ◊ mesure efficace pour réduire les accidents par piqûre
 - ◊ bénéfique prouvé (pour certains matériels/gestes)
 - ◊ ne permettent pas d'éviter tous les accidents (notamment pendant le geste)
 - ◊ peuvent générer des accidents
 - ◊ niveau de protection différent selon la génération et/ou le mécanisme d'activation
 - ◊ taux d'activation en fin de geste (mise en sécurité) difficile à évaluer
 - ◊ formation obligatoire du personnel avant utilisation
- **Le choix doit être cohérent et concerté**
 - ◊ évaluation, adhésion de l'équipe et formation des utilisateurs

Les matériels de sécurité dans la prévention des AES

- **Nécessité d'une définition standardisée sur les critères de sécurité**
 - ◊ soutenir les établissements dans leur choix de matériel
 - ◊ vigilance sur l'arrivée de matériels de sécurité « low cost »
- **Incitation forte ou obligation à sécuriser les gestes intravasculaires**
- **Quels matériels retenir :**
 - ◊ niveau de performance
 - ◊ garder une approche de validation terrain pluridisciplinaire
 - ◊ évaluation du surcoût
- **Nécessité d'une veille**
 - ◊ valider les choix fait au niveau local
 - ◊ orienter le développement
 - ◊ déclencher des alertes

Conclusions

- Réduction des AES possible par :
 - L'application des précautions standard : plus du tiers des AES restent évitables par l'application de ces mesures
 - L'utilisation des matériels de sécurité : environ 70 % de réduction des piqûres liées aux gestes infirmiers invasifs avec les matériels de sécurité
 - La formation du personnel
- Des Textes plus incitatifs
 - Transposition en droit français de la Directive européenne 2010/32/UE
- Nécessité de poursuivre la surveillance des AES
- Importance d'un système de prise en charge des AES connu de tous et permettant l'accès rapide au traitement post-exposition pour les victimes d'AES
- Des priorités :
 - Les établissements ne participant pas à la surveillance RAISIN et les autres structures (LAM, cliniques privées, cabinets libéraux...)
 - Mauvaise connaissance de la fréquence des AES et de la pénétration des MS

ANNEXE V-2. Action 1 : Partenariat avec la SF2H pour proposer une animation pédagogique lors de leur Congrès national 2017

(<https://sf2h.net/congres/xxviiieme-congres-sf2h-nice-2017>)



Mercredi 7 juin

18h30
Accueil des congressistes et ouverture de l'exposition

19h30 - 12h00
Animations pédagogiques : GERES, chambre des erreurs virtuelle

12h00
Pause déjeuner

PROGRAMME AU CHOIX DU PARTICIPANT

12h30 - 15h30
PROGRAMME DPC 1^{re} PARTIE
Programme DPC 1 :
■ 1A - Vaccination antigrippale : changer les comportements
■ 1B - Vaccination antigrippale : construire votre campagne
Programme DPC 2 :
■ 2A - Epidémiologie : investigation et gestion
■ 2B - Epidémiologie : rôle et gestion de l'environnement
Programme DPC 3 :
Gérer la découverte d'une bactérie hautement résistante émergente (HRE)

15h30 - 18h00
PROGRAMME AU CHOIX DU PARTICIPANT

15h30 - 18h00
PROGRAMME DPC 2^e PARTIE
Programme DPC 1 :
■ 1A - Vaccination antigrippale : changer les comportements
■ 1B - Vaccination antigrippale : construire votre campagne
Programme DPC 2 :
■ 2A - Epidémiologie : investigation et gestion
■ 2B - Epidémiologie : rôle et gestion de l'environnement
Programme DPC 3 :
Gérer la découverte d'une bactérie hautement résistante émergente (HRE)

16h00 - 17h30
SESSION INTERNATIONALE 1^{re} PARTIE
Session en anglais avec instruction simulée
■ Pathways to improve surgical site infection prevention

16h00 - 17h30
SESSION INTERNATIONALE 2^e PARTIE
Session en anglais avec instruction simulée
■ Pathways to improve surgical site infection prevention

16h00 - 17h15
RENCONTRES AVEC L'EXPERT 1^{re} PARTIE*
*2 ateliers au choix (voir présentation) (Mentions : nombre de places limités)
■ 1. Cartographie des risques / tableau de bord
■ 2. Endoscopie audit et mise en place de la nouvelle instruction.

16h00 - 17h15
RENCONTRES AVEC L'EXPERT 2^e PARTIE*
*2 ateliers au choix (voir présentation) (Mentions : nombre de places limités)
■ 1. Cartographie des risques / tableau de bord
■ 2. Endoscopie audit et mise en place de la nouvelle instruction.

18h15 - 18h30 Assemblée Générale de la SF2H

Jeudi 8 juin

08h30
Accueil des congressistes

08h45 - 09h30
Mot d'accueil

09h30 - 10h30
SESSION PLÉNIÈRE 1
■ Antibiorésistance Hospitalière : l'avenir à la lumière du passé

09h30 - 11h30
Animations pédagogiques : GERES, chambre des erreurs virtuelle

10h45 - 10h30
SESSION DE L'INNOVATION

10h45 - 11h15
Visite de l'exposition - pause café
SESSION POSTERS
SESSIONS POSTERS DISCUTÉS

11h15 - 12h45
4 SESSIONS PARALLÈLES
■ SP01 Antibiorésistance Hospitalière : l'avenir à la lumière du passé
■ SP02 Communications libres
■ SP03 Communications libres
■ SP04 Session SP04 - Collaboration de l'infection ? Quelles différences pour quelles conséquences ?

12h00
Pause déjeuner

Jeudi 8 juin (après-midi)

13h25 - 14h25
SYMPOSIUM DE L'INDUSTRIE

14h30 - 15h30
SESSION PLÉNIÈRE 2
■ Indicateurs à diffusion publique : « du producteur au consommateur »

15h30 - 16h30
Animations pédagogiques : GERES, chambre des erreurs virtuelle

16h30 - 16h45
Visite de l'exposition - pause café
SESSION POSTERS
SESSIONS POSTERS DISCUTÉS

16h45 - 17h45
ATELIER DEMONSTRATION

16h45 - 17h45
4 SESSIONS PARALLÈLES
■ SP05 Indicateurs à diffusion publique
■ SP06 Communications libres
■ SP07 Communications libres
■ SP08 Communications libres « junior »

17h45 - 18h45
SESSION PLÉNIÈRE 3
■ « Best of » de la littérature

Vendredi 9 juin

08h30 - 08h45
SESSION SF2H
■ Questionnaire-réponses sur les précautions standard 2017

09h30 - 10h30
SESSION PLÉNIÈRE 4
■ Hygiène des mains

10h30 - 11h30
Animations pédagogiques : GERES, chambre des erreurs virtuelle

10h30 - 10h45
SESSION DE L'INNOVATION

10h30 - 11h30
Visite de l'exposition - pause café
SESSION POSTERS

10h30 - 11h30
ATELIER DEMONSTRATION

11h00 - 11h30
REMISE DES PRIX SF2H :
■ Prix Communication Junior (Infectiologistes et Parasitologistes)
■ Prix du meilleur abstract (Infectiologistes et Parasitologistes)

11h30 - 11h45
4 SESSIONS PARALLÈLES
■ SP09 Les maladies vectorielles en 2017, quels sont les risques en France ? Pascal Debrauvoir, Nice

11h30 - 10h30
SESSION PLÉNIÈRE 5
■ Pédagogie en Hygiène Hospitalière

11h30
Clôture du congrès et de l'exposition

APPEL À COMMUNICATION CONGRÈS ET JUNIOR
Les propositions de communication peuvent être envoyées jusqu'au mardi 21 janvier 2017, 23h59 sur le site internet de la SF2H (www.sf2h.net)

PRIX DE LA SF2H
Les modalités et informations sont disponibles sur le site internet de la SF2H (www.sf2h.net)

Parmi 6 sessions de communications libres, deux seront dédiées à des expériences pratiques de prévention des ECRH (infirmiers et praticiens).

ANNEXE V-3. Action 1 : E-learning AES

(http://www.geres.org/10_acin/10_paes.htm)

(<http://www.estherformation.fr>)



ANNEXE V-4. Action 2 : Poursuite de la refonte et du suivi du site internet

(www.geres.org)
(Soutiens DGS, INRS)

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), un hébergeur du site, un prestataire pour la refonte du site.

POURSUITE DE LA REFONTE DU SITE

Refonte du site initiée en 2015 et poursuivie en 2016.

Basculement vers le nouveau site prévu au 1^{er} trimestre 2017.

HISTORIQUE ET BILAN 2016 DU SUIVI DU SITE

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.

Indicateurs de l'action 2016 :

Nombre de requêtes (visites) attendues : 100 000.

Bilan de l'action 2016

Suivi du nombre de consultations sur le site internet :

- année 2003 : 11 371 visites,
- année 2005 : 36 668 visites / 738 859 hits,
- année 2010 : 73 079 visites / 1 274 913 hits,
- année 2015 : 116 441 visites (cible 2015 : 100 000 visites)
- **année 2016 : 125 336 visites (cible 2016 : 100 000 visites).**

Se reporter pages suivantes pour le récapitulatif des indicateurs de fréquentation du site internet.

Actualisation 2016 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 comporte, en fin d'année 2015, 289 fiches matériels et 80 fournisseurs indexés.

L'actualisation réalisée en 2016 a conduit à :

- référencer 3 nouveaux matériels ;
- Supprimer 2 fiches matériels ;
- Actualiser 105 fiches matériels ;
- introduire 1 modification de coordonnées dans l'index des fournisseurs ;
- Ajouter 2 fournisseurs dans l'index des fournisseurs ;
- Supprimer 1 fournisseur.

La base de données comporte, en fin d'année 2016, 290 fiches matériels et 81 fournisseurs indexés

Réalisation et diffusion d'une Newsletter GERES

Diffusion à environ 600 destinataires de 3 Newsletters en 2016 (http://www.geres.org/17_news/17_news.htm), en janvier, avril et octobre 2016.

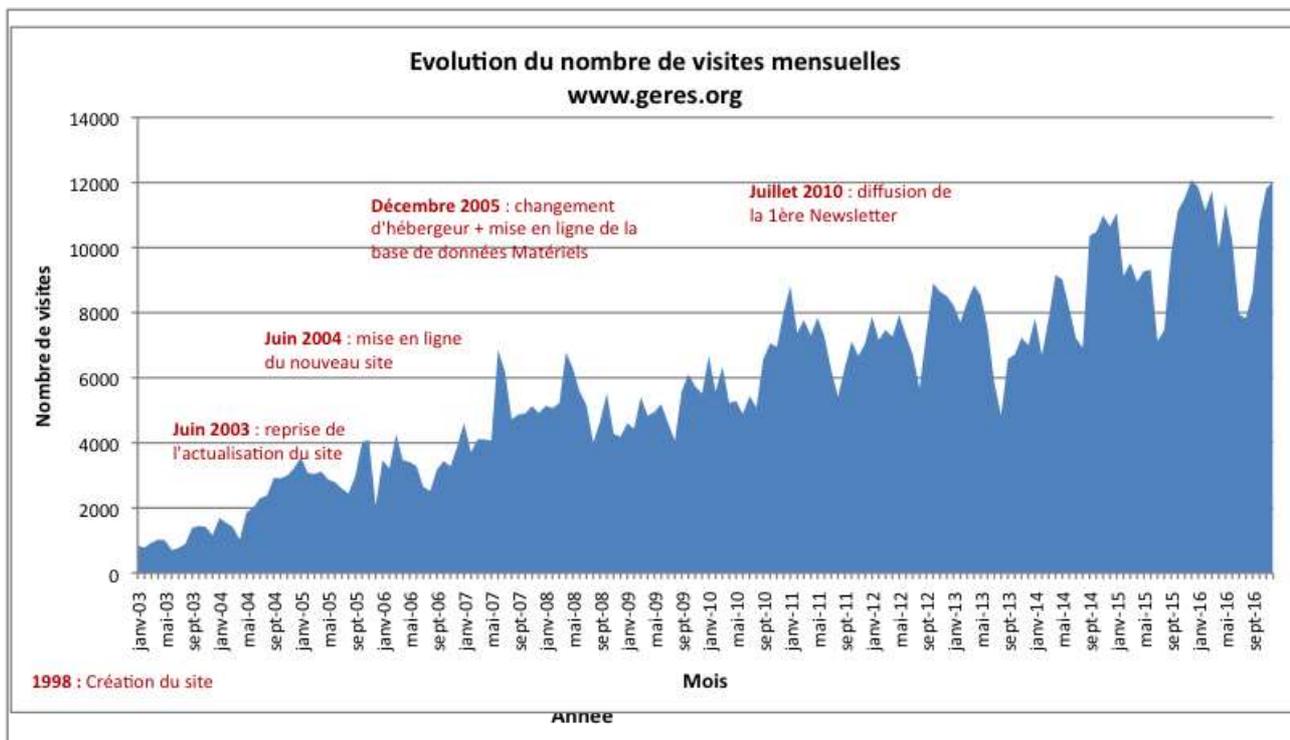
Une newsletter a été diffusée en janvier 2017.

Suivi des indicateurs de fréquentation 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
Total 2012	78 611	135 441 044	90 821	275 367	1 112 880	1 694 348
Total 2013	78 191	145 850 633	87 376	283 408	1 209 294	1 727 856
Total 2014	102 537	239 613 536	105 303	307 114	1 350 518	1 890 019
Total 2015	113 287	252 246 003	116 441	313 104	1 490 063	2 156 297
Janv. 2016	12 543	41 826 381	11 849	30 731	165 521	229 159
Fév 2016	12 042	39 700 271	11 138	28 165	150 979	207 982
Mars 2016	12 528	38 904 704	11 745	29 859	162 348	213 939
Avr 2016	11 678	39 942 623	9 945	25 626	142 094	188 903
Mai 2016	11 904	41 908 678	11 373	28 146	160 206	209 664
Juin 2016	11 072	20 752 931	10 195	24 703	129 309	170 761
Juil 2016	8 893	14 679 618	7 948	20 194	84 769	118 536
Aout 2016	6 924	10 836 567	7 827	18 302	71 085	99 939
Sept 2016	8 441	12 800 911	8 655	21 880	96 497	128 946
Oct 2016	10 164	14 583 396	10 820	27 435	125 912	173 703
Nov 2016	11 180	14 404 452	11 811	31 246	139 056	192 921
Dec 2016	11 017	14 083 422	12 030	32 162	139 865	190 916
Total 2016	128 386	304 423 954	125 336	318 449	1 567 641	2 125 369

Evolution du nombre de visites du site internet (Statistiques générées par Webalizer Version 2.20)



Pages-URL les plus vues (d'après les Top 30 mensuels sur un total d'environ 2000 URL/Logiciel Webalizer V. 2.20) – période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2016

	Pages vues
Documents	123 339
Diaporamas Journées annuelles	27 109
Diaporamas Formations AES binômes	25 090
Diaporamas Actions internationales	18 540
Autres diaporamas, articles et guides GERES	17 584
Diaporamas Ateliers TROD	14 446
Autres diaporamas	14 361
Autres documents	6 206
AES	122 153
AES et risque	38 357
AES et prévention	11 439
Que faire en cas d'AES	65 734
Affiche pdf CAT en cas d'AES	6 623
Page d'accueil /Présentation du GERES	44 597
Matériels de sécurité / matériels de protection	29 502
Risques infectieux respiratoires	6 195

VI – Annexes Autres Actions

Annexe VI-1. Collaboration au guide EFICATT de l'INRS (<http://www.inrs.fr/publications/bdd/eficatt.html>)

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**
- Vous pouvez également consulter le **Bilan de l'enquête de lectorat 2013** (au format PDF)

ACCÈS PAR PATHOLOGIES	ACCÈS PAR AGENTS INFECTIEUX
<ul style="list-style-type: none"> • Bronchiolite à VRS • Brucellose • Charbon • Chikungunya • Conjonctivite à adénovirus • Coqueluche • Dengue • Diarrhée à rotavirus • Diphtérie • Encéphalopathies spongiformes transmissibles (EST) • Fièvre hémorragique avec syndrome rénal (FHSR) • Fièvre Q • Fièvre typhoïde • Gale • Grippe • Hépatite A • Hépatite B • Hépatite C • Hépatite E • Infection à bactéries multi-résistantes (BMR) digestives • Infection à Coronavirus MERS-CoV • Infection à cytomegalovirus • Infection à Parvovirus B19 • Infection à <i>Streptococcus pyogenes</i> • Infection à <i>Streptococcus suis</i> • Infection à virus de l'herpès B • Légionellose • Leptospirose • Maladie de Lyme • Méningite à méningocoque • Oreillons • Ornithose - psittacose • Paludisme • Pasteurellose • Pédiculose du cuir chevelu • Rage • Rougeole • Rouget du porc • Rubéole • SIDA • Tuberculose • Varicelle • Zona 	<ul style="list-style-type: none"> • Adénovirus • Agent transmissible non conventionnel (ATNC) ou prion • <i>Bacillus anthracis</i> • Bactéries multi-résistantes (BMR) digestives • <i>Bordetella pertussis</i> • <i>Borrelia</i> • <i>Brucella</i> • <i>Chlamydia psittaci</i> • Coronavirus MERS-CoV • <i>Corynebacterium diphtheriae</i> • <i>Coxiella burnetii</i> • Cytomegalovirus • <i>Erysipelothrix rhusiopathiae</i> • Herpès virus B • <i>Legionella</i> spp • <i>Leptospira interrogans</i> • <i>Morbillivirus</i> • <i>Mycobacterium tuberculosis</i> • <i>Neisseria meningitidis</i> • Parvovirus B19 • <i>Pasteurella</i> spp • <i>Pediculus humanus var. capitis</i> • <i>Plasmodium</i> spp • Rotavirus • Rubivirus • <i>Salmonella typhi</i> • <i>Sarcoptes scabiei</i>, variante hominis • <i>Streptococcus pyogenes</i> • <i>Streptococcus suis</i> • Varicellovirus • VIH • Virus Chikungunya • Virus de la dengue • Virus de la grippe • Virus de la rage • Virus de l'hépatite A • Virus de l'hépatite B • Virus de l'hépatite C • Virus de l'hépatite E • Virus des oreillons • Virus Puumala • Virus respiratoire syncytial • Virus Varicelle Zona

Mis à jour le 22/12/2016

Annexe VI-2. Collaboration avec l'INRS – EPI face aux pathogènes émergents à haut risque

EBOLA ET VÊTEMENTS DE PROTECTION DES SOIGNANTS Des évolutions nécessaires

Bayeux-Dunglas M.C. (INRS), Balty I. (INRS), Pellissier G. (GERES), Lolom I. (GERES), Coignard-Biehler H. (SPILF/COREB), Lepart C. (SPILF/COREB) pour le réseau COREB-ESR



Procédures existantes en 2014

CONTEXTE DE L'ÉPIDÉMIE D'EBOLA EN AFRIQUE

- Recommandations du Haut Conseil de la Santé Publique (Avis du HCSP du 10 avril 2014) sur la conduite à tenir autour des cas suspects d'Ebola en France
- Prise en charge de ces patients atteints de maladie à virus Ebola dans les 12 établissements de santé de référence habilités (ESRH)

ANALYSE CRITIQUE DES PROCÉDURES PAR L'INRS

Cette analyse a été faite dans le cadre du groupe de travail habillage et déshabillage Ebola – COREB* / SPILF COREB Émergences dans 9 des 12 ESRH. Elle met en évidence :

- la diversité des tenues de protection,
- la diversité des procédures d'habillage et de déshabillage.

* Coordination Opérationnelle du Risque Épidémiologique et Biologique

PROPOSITIONS

- Composition de la tenue
- Procédures de retrait



Document ED 6209 téléchargeable sur www.inrs.fr

Points critiques des tenues utilisées

Deux types de combinaison utilisés : 3B et 4B

(définis dans la norme NF EN 14126, décembre 2004 – Exigences de performances et méthodes d'essai pour les vêtements de protection contre les agents infectieux)

TYPE DE COMBINAISON	3B	4B
Matériau	Enduit, non « respirant »	« Respirant »
Étanchéité aux liquides	+++ Jets de liquides	++ Brouillards
Inconfort thermique	+++	+

POINTS CRITIQUES LORS DU PORT DES VÊTEMENTS DE PROTECTION

- Inconfort thermique et sudation rendant le port difficile au-delà de 45 minutes
- Imperméabilité insuffisante du 4B (selon la situation clinique du patient)
- Capuche trop couvrante avec réduction du champ visuel et difficultés d'ajustement avec les lunettes-masques
- Capuche « bruyante » gênant la communication

POINTS CRITIQUES LORS DU DÉSHABILLAGE

- Fermure par devant (zone la plus exposée) nécessitant l'utilisation des 2 mains pour amorcer l'ouverture de la combinaison à proximité du visage
- Retrait difficile de la combinaison, notamment pour dégager les épaules, entraînant un risque de contamination
- Retrait plus difficile en l'absence de surbotte intégrées et de passe-pouces intégrés
- Matériau trop souple et difficulté à distinguer l'intérieur et l'extérieur (couleurs identiques) rendent le retrait difficile sans risque d'erreur (4B)
- Procédures complexes nécessitant des formations répétées pour le maintien des compétences et une supervision par un tiers lors du déshabillage

Des évolutions nécessaires

CAHIER DES CHARGES PROPOSÉ AUX FABRICANTS

- Combinaison 4B avec zones imperméables renforcées devant et au niveau des avant-bras
- Pas de capuche intégrée, mais port d'une « cagoule heaume » en complément
- Fermure située sur une zone moins exposée que l'avant de la combinaison, permettant un déshabillage plus sûr
- Surbotte intégrées antidérapantes et passe-pouces
- Faces externe et interne de couleurs différentes



Perspectives

Réflexion à élargir pour la prise en charge de patients contaminés par un agent infectieux « émergent » en fonction du mode de transmission et des gestes de soins à réaliser.

Une réflexion est lancée avec la GERES sur une tenue de protection qui serait mieux adaptée aux activités des soignants.

OBJECTIFS

Favoriser l'aspect ergonomique lors de l'utilisation des tenues, y compris au moment du retrait, tout en gardant une protection maximale contre la pénétration des liquides biologiques (étanchéité)



CONTACT : Dr Marie-Cécile BAYEUX-DUNGLAS – INRS
Département Etudes et assistance médicales – info@inrs.fr



ANNEXE VI-3 - ACTIVITE D'EXPERTISE AUPRES DES INSTANCES ET DE STRUCTURES NON INSTITUTIONNELLES

Le GERES a poursuivi en 2016 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, de la prise en charge des expositions virales...
- 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).
- du Comité Technique des Vaccinations (CTV) (Dr D Abiteboul, membre du CTV)
- de l'Agence Santé publique France (ex 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 Comité de pilotage du Réseau national de surveillance de la vaccination et des conditions d'immunisation du personnel des établissements de santé ((Dr D Abiteboul ; Pr E Bouvet).
- 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 la SFMT (vaccinations, risque biologique en santé au travail) (D. Abiteboul)
- 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),
- de l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) dans le cadre de collaborations (expertise sur les matériels de protection, conduite d'études...) ; comité de pilotage du guide EFICATT sur la conduite à tenir en cas d'exposition fortuite à un agent infectieux
- à la Commission "Prise en charge des accidents d'exposition au sang et sexuelle chez l'adulte", dans le cadre de l'actualisation 2016 du rapport d'experts Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH, sous la direction du Pr Philippe Morlat.
- au groupe de travail DGS/LNE - Référentiel pour la délivrance d'attestation de conformité pour les appareils de prétraitement par désinfection (dans les suites de sa participation 2015)
- sous l'égide de la DGT à un groupe de travail relatif à la révision du classement de certains agents biologiques pathogènes
- au groupe de travail DASTRI sur les DASRI perforants & recyclage emballages ménagers, projet de guide pratique
- aux travaux de normalisation AFNOR, Commission X30S Emballages pour déchets d'activités de soins
- aux travaux de normalisation ISO TC 84 Dispositifs pour administration de produits médicaux (révision de la norme ISO 23908 2011 « Protection contre les blessures par perforants -- Exigences et méthodes d'essai -- Dispositifs de protection des aiguilles hypodermiques, des introducteurs pour cathéters et des aiguilles utilisées pour les prélèvements sanguins, non réutilisables) et ISO TC 84/WG8 Conteneurs pour objets tranchants

Autres activités :

- 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 le cadre de la transposition dans la législation des états membres de la Directive européenne 2010/32/UE ; participation au « Sharps Safety in the European Union Group ».

ANNEXE VI – 4 : ACTION D'ÉCOUTE, 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 (évaluation, 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 2016 à environ 300 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	100	50	150	4	300
Temps moyen de traitement d'une demande	15 min	30 min	15 min	60 min	
Temps total de traitement	25 H	25 H	37 H	4 H	91 H

ANNEXE VI- 5.

AUTRES ACTIONS DE FORMATION INITIALE ET CONTINUE

Formation initiale et continue ; enseignement universitaire et encadrement de thèses, de stages

- DIU « Infections nosocomiales et Hygiène hospitalière » : Risques infectieux chez les personnels de soins, UFR de Médecine Paris Diderot – Paris 7 (D Abiteboul, E Bouvet, participation à l'enseignement).
- DES de médecine du travail : Vaccinations en milieu de travail (D Abiteboul). Université Paris Descartes.
- DIU de vaccinologie : les vaccinations chez les personnels de santé (D Abiteboul). Université Paris Descartes.
- 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). Université Paris 7
- DEA Santé et développement, Université Paris 6 : AES dans les PVD ; tuberculose (E Bouvet).
- Formation des étudiants hospitaliers, Faculté X. Bichat, à la connaissance et à la prévention des risques d'AES (E Bouvet).
- Encadrement de thèses et de stages d'étudiants et personnels de santé de pays d'Afrique francophone (E Bouvet)...
- DES Pharmacie Hospitalière, UP5, Paris. UE Dispositifs Médicaux. AES – Risques, prévention et matériels de sécurité (G Pellissier).
- G Pellissier, Modérateur. 1^{er} Congrès Infirmiers du Nord-Pas-de-Calais Picardie. 27 mai 2016, Lille
...

ACTIONS A L'INTERNATIONAL : AFRIQUE
Abstracts des communications

8^e Conférence Internationale Francophone VIH/Hépatites - AFRAVIH 2016

Thème :
 Tuberculose

Identifiant : AFRAVIH2016 - 1479

Titre :
Programme d'évaluation du risque de transmission de la tuberculose à l'Hôpital National de Niamey (HNN), Niger.

Auteurs :
 Saada Moussa¹, Isabelle Lolom², Boubacar Madougou¹, Alzouma Abdourrazak³, Daou Mamane¹, Dionke Fofana⁴, Pierre De Truchis⁵, Elisabeth Rouveix⁶, Elisabeth Bouvet⁷
¹Hopital National de Niamey, Niamey, Niger, ²Hôpital Bichat Claude Bernard (AP-HP), GERES, Paris, ³Hopital National de Niamey, Niamey, ⁴EXPERTISE France, Paris, ⁵Hôpital Raymond Poincare (APHP), ENTRAIDE SANTE 92, Garches, ⁶Hôpital Ambroise Pare (AP-HP), ENTRAIDE SANTE 92, BOULOGNE BILLANCOURT, ⁷Hôpital Bichat Claude Bernard, GERES, Paris, France

Veillez indiquer le type de présentation souhaité :
 Communication orale

Votre résumé :

Objectifs. A l'HNN, les patients (Pts) atteints ou suspects de tuberculose pulmonaire (TP) sont souvent hospitalisés sans précaution particulière : locaux inadaptés, absence de matériel de protection et méconnaissance du risque par les soignants. Depuis 2012, un programme d'évaluation du risque de la transmission intra-hospitalière est en cours : analyse du circuit des Pts à microscopie positive (M+) [1], prévalence de l'infection tuberculeuse latente (ITL) chez les soignants [2], dépistage de la TP par méthode rapide [3]. Nous présentons les résultats du volet 1 et 2.

Méthodes. [1] Analyse descriptive du circuit des Pts-TPM+ hospitalisés en 2012-2013, des mesures d'isolement, des délais diagnostic et de mise en route du traitement. [2] Mesure de la prévalence de l'ITL par cas témoin (Test Quantiferon [®] Gold : QTF). Inclusion du personnel des unités à haut risque d'exposition : phtisiologie, médecine infectieuse (strate 1). Répartition des autres unités en 3 strates d'exposition variées : médecine (strate 2), chirurgie (strate 3), administrative (strate 4). Inclusion par tirage au sort de 3 « témoins », au sein de chacune des 3 strates à l'inclusion d'un soignant de la strate 1. **Résultats.** [1] 96 patients avec TPM+ ont été inclus: 23% VIH+, 10.5 % ont un antécédent de TP. Le délai d'apparition des symptômes est supérieur à 3 mois dans 42 % des cas. Le délai diagnostic est supérieur à 4 jours pour 29 % des cas. 50 % des Pts ont une M+ > 10 BAAR/champ. 72 % des Pts sont admis via les urgences sans précautions respiratoire en salle commune avant transfert en phtisiologie. [2] 259 agents ont été inclus (âge moyen : 39 ans, sexe ratio : 1.88), 73 % en strate 1 (24/33). Une exposition récente à un cas de TP était connue dans 31 % des cas : professionnelle (87 %), familiale (8 %). 41 % (106/259) des QTF sont positifs : ITL > 70 IU/ml (34 %) ; ITL compris entre 0.35 et 0.70 IU/ml (6%). Les taux de QTF positifs par strate sont les suivants : strate 1 (67 %), strate 2 et 3 (+/- 40 %) et strate 4 (32%). **Conclusion.** A l'HNN, les facteurs d'exposition du personnel et des patients à la TP sont importants (retard diagnostic et non isolement). Le taux d'ITL chez les soignants est plus élevé dans le service de référence. Ces résultats nous permettront de cibler les actions préventives avec introduction des précautions respiratoires. Accélérer le diagnostic par une méthode rapide s'avère aussi plus que nécessaire dans un pays où les mesures d'isolement pratiques font défaut.

8^e Conférence Internationale Francophone VIH/Hépatites - AFRAVIH 2016

Thème :

Prise en charge

Identifiant : AFRAVIH2016 - 1661**Titre :**

Apport du GeneXpert dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire au CHU Sylvanus Olympio de Lomé (Projet GERES -Expertise-France)

Auteurs :

Komi Séraphin ADJOH¹, Akessiwe Akouda PATASSI², Tétouyaba BLATOME², Koffi Atsu AZIAGBE¹, Stéphane ADAMBOUNOU¹, Gerard PELLISSIER³, Isabelle LOLOM⁴, Sylvie Le GAC⁵, Allison CRESSY⁶, Dominique SALMON⁷, Gerard PELLISSIER⁸, Elisabeth BOUVET⁹, Anoumou Yaotse DAGNRA¹⁰

¹Pneumologie, ²Maladie Infectieuse, CHU Sylvanus Olympio, Lomé, Togo, ³Maladie Infectieuse, Groupe Hospitalier Bichat-Claude Bernard, , GERES-Paris, ⁴Gestion des bases de données, GERES, Paris, ⁵ Maladie Infectieuse, Groupe Hospitalier Bichat-Claude Bernard,, GERES-Paris, ⁶Santé, ⁷Maladie Infectieuse, Expertise France, ⁸Maladie Infectieuse, GERES, ⁹Maladie Infectieuse, Groupe Hospitalier Bichat-Claude Bernard,, Paris, France, ¹⁰Laboratoire Microbiologie LNR, CHU Sylvanus Olympio, Lomé, Togo

Veillez indiquer le type de présentation souhaité :

Poster

Votre résumé :**Introduction :**

Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire au Togo comme dans la plupart des pays en développement, repose sur la bacilloscopie malgré sa sensibilité et spécificité limitées. L'objectif de cette étude était d'évaluer, l'apport du test biologie moléculaire rapide (GeneXpert) à ce diagnostic au CHU Sylvanus Olympio de Lomé.

Matériel et méthode :

Les patients de plus de 18 ans, présentant une toux non étiquetée de plus de 3 semaines associée ou non à une fièvre ou une altération de l'état général et inclus consécutivement, avaient bénéficié d'une bacilloscopie des expectorations. Cette bacilloscopie était couplée au test de GeneXpert quelque soit son résultat chez les sujets infectés par le VIH (SVIH+) et en cas de résultat négatif chez les sujets non infectés par le VIH (SVIH-).

Résultats :

Cent quatre-vingt-cinq patients avaient été inclus (65,4% de SVIH- et 34,6%SVIH+). L'âge moyen était de 42,9ans avec des extrêmes de 18 et 82 ans. La bacilloscopie était positive chez 14 SVIH+ (21,8%) et chez 17 SVIH- (14%). Le GeneXpert était positif chez 19 SHIV+ (13 cas positif à la bacilloscopie et 6 cas non diagnostiqué à la bacilloscopie). Un (1) SHIV+ était négatif au GeneXpert malgré sa bacilloscopie positive. Chez les SVIH-, le GeneXpert TB était positif chez 10 patients (9,6%) qui avaient une bacilloscopie négative.

Conclusion. Le GeneXpert a un apport non négligeable au diagnostic de la tuberculose pulmonaire associée ou non à l'infection à VIH.

ANNEXE VI-7.

Organisation du 3^e Colloque francophone GERES sur la sécurité des soignants vis à vis des risques infectieux en Afrique

(http://www.geres.org/10_acin/10_coli.htm)

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Dominique Abiteboul, GERES, INRS, France
 Marie-Cécile Bayeux, INRS, France
 Mohamed Benbachir, Maroc
 Olivier Bouchaud, Hôpital Avicenne, France
 Elisabeth Bouvet, Hôpital Bichat-Claude Bernard, GERES, France
 Jean-Baptiste Brunet, GERES, France
 Françoise Brun-Vezinet, France
 Mohamed Cissé, CHU Donka, Guinée
 Abdelfattah Chakib, CHU Ibn Rochd, Maroc
 Mouhammadou Baila Diallo, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal
 Eboi Elmi, CHU Treshville Abidjan, République de Côte d'Ivoire
 Naïma Elmdaghri, Institut Pasteur, Maroc
 Etienne Guillard, SOLTHIS, France
 François L'Hériteau, CCLin Paris-Nord, GERES, France
 Isam Khay, AFQUARIS, CHU Mohamed VI, Marrakech, Maroc
 Abdeljalil El Kholi, Faculté de médecine de Casablanca, Maroc

Franck Lamontagne, MAEDI, France
 Boubacar Madougou, Hôpital national Niamey, EXPERTISE France, Niger
 Christophe Michon, EXPERTISE France, France
 Cécile Moudjan, ARLIN Languedoc Roussillon, France
 Françoise Ngo-Sak, Hôpital Central Yaoundé, Cameroun
 Mohamed Ouhadou, CHU Ibn Rochd, Maroc
 Akouda Patassi, CHU Sylvanus Olympio Lomé, Togo
 Christian Rabaud, CHU de Nancy, GERES, France
 Elisabeth Rouveix, CHU Ambroise Paré, ES 92, GERES, France
 Laura di Trapani, CHU Montpellier, France
 Pierre de Truchis, CHU Raymond Poincaré, ES 92, France
 Yazdan Yazdanpanah, Hôpital Bichat-Claude Bernard, France
 Marcel Zannou, CNHU Cotonou, Bénin

3^{ème} COLLOQUE GERES EN AFRIQUE
RISQUE INFECTIEUX : SÉCURITÉ DES SOIGNANTS ET QUALITÉ DES SOINS

10 ET 11 NOVEMBRE 2016
HÔTEL GOLDEN TULIP FARAH
CASABLANCA, MAROC

COMITÉ D'ORGANISATION

Dominique Abiteboul, GERES, INRS, France
 Mohamed Benbachir, Maroc
 Akli Bouaziz, France
 Elisabeth Bouvet, Hôpital Bichat-Claude Bernard, GERES, France
 Emmanuelle Capron, CHU Raymond Poincaré, ES 92, France
 Djiba-Kane Diallo, COREVIH IdF Nord, France
 Sylvie le Gac, ANRS, MAE, Cameroun
 Etienne Guillard, SOLTHIS, France
 Claire Fabin, GERES, France

Dioné Fofana, EXPERTISE France, France
 Hélène Lépinay, COREVIH IdF Ouest, France
 Isabelle Lolom, Hôpital Bichat-Claude Bernard, GERES, France
 Marie-Caroline Meyohas, UPMC, France
 Gérard Pellissier, GERES, France
 Laurent Raskine, Hôpital Lariboisière, ES 92, France
 Elisabeth Rouveix, CHU Ambroise Paré, ES 92, GERES, France
 Sigfried Sandner, ISSA – Comité secteur Santé, Allemagne

Avec le soutien de

En partenariat avec

- La Société Marocaine d'Hygiène Hospitalière
- La MOHA (Morocco Occupational Health Association)
- L'Institut Pasteur de Casablanca

3^{ème} COLLOQUE GERES EN AFRIQUE

RISQUE INFECTIEUX : SÉCURITÉ DES SOIGNANTS ET QUALITÉ DES SOINS

CONTEXTE

Depuis 1991, le GERES se consacre à l'amélioration de la sécurité des soins et à la protection du personnel soignant face à l'exposition aux agents infectieux, y compris sur le continent africain. Il a ainsi organisé 2 colloques francophones sur la prévention du risque infectieux des soignants, à Cotonou en 2008 et à Lomé en 2012. A l'issue des 2 colloques, des recommandations ont été établies à l'attention des décideurs politiques, gestionnaires et professionnels de santé.

L'épidémie récente d'Ebola en Afrique de l'Ouest a souligné la nécessité pour les soignants de prendre des mesures de prévention adaptées. D'autres agents infectieux (VIH, VHB, VHC, Tuberculose...) représentent également au quotidien des risques importants pour les soignants. Ceux-ci peuvent être moteurs dans la mise en œuvre d'une politique de prévention de ces risques professionnels, qui doit s'inscrire dans une démarche nécessaire de renforcement de l'hygiène hospitalière.

Le GERES poursuit ainsi la promotion de la protection des soignants vis-à-vis des risques infectieux en organisant un 3^{ème} colloque francophone à l'hôtel Golden Tulip Farah de Casablanca au Maroc.

OBJECTIFS

- Réunir et mobiliser les soignants africains en un réseau pluridisciplinaire de partage d'expérience sur le thème de la protection vis-à-vis des risques infectieux
- Créer une dynamique de prévention des risques infectieux et d'amélioration de l'hygiène en milieu de soins
- Stimuler la recherche et l'innovation pour maîtriser la transmission intra-hospitalière des agents infectieux lors des soins
- Plaider pour l'adoption de cadres juridiques et réglementaires pour la protection des soignants
- Présenter un guide pratique Protection des soignants vis-à-vis des risques infectieux en milieu de soins

PUBLICS

- Professionnels de santé (secteurs public, privé), des Pays du Maghreb et d'Afrique francophone
- Responsables des structures de santé, Médecins impliqués en Hygiène, Infectiologues, Biologistes
- Gestionnaires de risques
- Médecins et infirmiers de Santé au travail
- Représentants institutionnels, associatifs et des ONG dans ces pays

GERES - Association sans but lucratif déclarée conformément à la loi du 1^{er} juillet 1901
 Université Paris Diderot - UFR de Médecine site Bichat - 16 rue Henri Huchard - 75890 PARIS Cedex 18
 Tél. : +33 1 57 27 78 70 - Fax : +33 1 57 27 77 01
 E-mail : colloque2016.casa@geres.org - Site web : www.geres.org

PROGRAMME PRÉVISIONNEL : THEMATIQUES

Actualité, Epidémiologie du risque AES

Tuberculose

Pathogènes émergents (fièvres hémorragiques, Coronavirus ...)

- Physiopathologie
- Modes de transmission
- Diagnostic, traitement
- Etat des lieux et facteur de risque des contaminations professionnelles

Politique de prévention

- Gouvernance hospitalière
- Aspects réglementaires

Protection juridique des personnels et droit du travail

- Dispositifs d'indemnisation et de prise en charge des personnels face aux risques professionnels

Maîtrise de la transmission intra-hospitalière des agents infectieux lors des soins

- Précautions standard
- Précautions contact complémentaires (air, gouttelettes ...)
- Dispositifs barrières : matériels de sécurité, équipements de protection individuelle (EPI)
- Gestion des déchets d'activités de soins
- Vaccinations (primaire, post exposition, mise à disposition ...)
- Traitements post-exposition
- Outils de diagnostic rapide et de suivi de l'infection (TROD, IGRA, PCR ...)
- Formation : nouveaux outils (guide, e-learning, MOOC ...)

Retour d'expériences : gestion du risque en milieu de soins, programme de prévention

Un espace Posters et une session Posters commentés sont prévus (date limite de l'appel à communications : 16 octobre 2016, à télécharger : www.geres.org/doocpdf/Casa2016AppelPoster.doc)

Des sessions plénières (en matinée), des tables rondes et des ateliers de travail (l'après-midi) sont prévus en alternance autour des différentes thématiques.

Un espace d'exposition sera mis à la disposition des partenaires et des industriels (EPI, matériel de sécurité, désinfectants, vaccins...).

INFORMATIONS GENERALES

- Date : 10 et 11 novembre 2016
- Lieu : Hôtel Golden Tulip Farah, 160 avenue de l'Armée royale, 20 000 Casablanca, Maroc
- Langue : Français
- Coordination : Pr Elisabeth Bouvet, Présidente du GERES, Paris, France
- Droits d'inscription : 250 euros
- Modalités d'inscription et d'hébergement : en ligne : <http://octaviovr.com/formulaire-de-reservation/>
- Stands industrie : contacter le GERES : colloque2016.casa@geres.org
- Renseignements complémentaires : http://www.geres.org/10_acin/10_coli.htm ou contacter le GERES : colloque2016.casa@geres.org

10 ET 11 NOVEMBRE 2016, CASABLANCA, MAROC

Page 64 sur 65

ANNEXE VI-8.

Réalisation d'un guide pratique Afrique : Protection des soignants vis à vis des risques infectieux en milieu de soins.

(http://www.geres.org/10_acin/10_manu.htm)



Chirurgie
désinfectants
contrôle infections
Protection soignants
Manuel pratique
précautions complémentaires en hygiène

Gestion des DASRI
De nouvelles fiambées du virus peuvent se déclarer

risque d'AES
comité d'hygiène
contrôle des infections

FHA
prévention vaccinale
Equipements de protection individuelle
matériel de sécurité
Protection des mains
Précautions standard

Santé
Logistique opérationnelle
Expertise

risque d'AES
fiambées du virus

Tuberculose
VIH VHB VHC
traitements
soins infirmiers en situation
Travaux pratiques
et Matériel adapté professionnal
traitement post-exposition

Hygiène
Protection des soignants
hépatites virales
Gestion des DASRI
Expertise

Collecteur à OPCT
Evaluation des pratiques
risque d'AES
prévention vaccinale

Guide pratique
Protection des soignants vis-à-vis des risques infectieux en milieu de soins

GERES
GROUPE D'ETUDE SUR LE RISQUE D'EXPOSITION DES SOIGNANTS

EXPERTISE FRANCE

GROUPE DE TRAVAIL

guide protection des soignants

Coordination

Pr Elisabeth ROUET
Mme Sylvie LE GAC
Pr Elisabeth ROUET

Hôpital Bichat APHP, GERES, France
MAE, ANRS Cameroun
Hôpital Ambroise Paré APHP, ES-02, GERES, France

Rédacteurs

Dr Dominique ABTEKOU
Pr Elisabeth ROUET
Dr Cyril CAMBER
Dr Eric DORTENAZO
Mme Laura DE TRAFANI
Mme Marie-Jeanne KISSMANN
Dr François LHERITEAU
Mme Isabelle LOUAM
Dr Anne LOTHIE
Dr Cécile MOURLAN
Dr Françoise NGO SACK
M Gérard PELLISSIER
Pr Elisabeth ROUET

GERES, France
Hôpital Bichat APHP, GERES, France
Pharmasieu, Hôpital Bichat APHP, France
INSERM, Hôpital Bichat APHP, France
CHU Montpellier, France
GERES, France
CClin Paris-Mont, GERES, France
Hôpital Bichat APHP, Gerres, France
CHU Montpellier, France
ARLIM Languedoc Roussillon, France
Hôpital Central de Yaoundé, Cameroun
GERES, France
Hôpital Ambroise Paré APHP, ES-02, GERES, France

Rellecteurs

Dr Marie-Cécile BREVIER-DUNGLAS
Pr Mohamed BENBACHIR
Dr Adju BURZOU
Mme Laura DE TRAFANI
Dr Claire FABIN
Dr François LHERITEAU
Dr Anne LOTHIE
Dr Cécile MOURLAN
Dr Françoise NGO SACK

INSR, France
Maroc
CHU Montpellier, France
CHU Montpellier, France
GERES, France
CClin Paris-Mont, GERES, France
CHU Montpellier, France
ARLIM Languedoc Roussillon, France
Hôpital Central de Yaoundé, Cameroun

Remerciements

A l'équipe d'hygiène d'Anne Naoui (LIANGJA NANGA, Céline ESSUME, Nohé ATANGAMA et Mrs Alain MEGANG, Albert MEMOUNGA) et à la Direction (Pr Pierre-Joseph FOUDA, Pr Vincent de Paul DRENTCHEU NDEJEMALEU, Mme Nicole AKANGAMA, M. Clément JAWWER TSOUMGUR) de l'Hôpital Central de Yaoundé, Cameroun, pour leur implication active dans la réalisation de ce travail.