

Surveillance des AES. Principaux enseignements.

N. Floret

Journée régionale du réseau des hygiénistes de la région Centre
Tours, 14 janvier 2014



Définition

Un accident avec Exposition au Sang (AES) est défini comme tout contact avec du sang ou un liquide biologique contenant du sang et comportant soit une effraction cutanée (piqûre, coupure) soit une projection sur une muqueuse (œil, bouche) ou sur une peau lésée (plaie, eczéma, ...).

Epidémiologie du risque lié aux AES (1)

- AES = risque

□ pour les personnels de santé :

→ Risque de contaminations professionnelles

illustré par la surveillance des séroconversions professionnelles opérée par l'Invs

Florence Lot. Risque infectieux et conduite à tenir post AES. CCLIN Sud-Ouest, 21 septembre 2012.

<http://www.cclin->

[sudouest.com/diaporamas/arcachon12/LOT_Conduite_tenir_post_AES.pdf](http://www.cclin-sudouest.com/diaporamas/arcachon12/LOT_Conduite_tenir_post_AES.pdf)

□ pour les patients :

→ Risque de contaminations soignant/soigné

illustré par différentes publications relatant des investigations autour de séroconversion au décours d'une prise en charge de soins :

- VHB : > 50 épisodes anciens, mais 1 récent en France (IDE)
- VHC : > 20, dont 2 en France (technicien CEC, IDE)
- VIH : 4, dont 2 en France (chirurgien, IDE)

I Pujol, N Floret, A Servant-Delmas, A Marquant, S Laperche, D Antona, F Lot, B Coignard. Hepatitis B virus transmission from a nurse to a patient, France, 2005. Eurosurveillance, Volume 13, Issue 21, 22 May 2008



Epidémiologie du risque lié aux AES (2)

1. Risque pour le personnel de santé qui concerne

essentiellement : le VHC et le VIH
potentiellement le VHB chez un soignant non immunisé

mais aussi : ...l'herpès, le paludisme, la maladie de Chagas, la maladie de Creutzfeldt-Jakob, les fièvres hémorragiques virales,
la dengue, le chikungunya, west Nile → transmissions en laboratoire

plusieurs cas décrits dans la littérature chez des soignants (après piqûre)



1 cas autochtone chez une IDE en France (contact sanguin sur peau lésée)



Epidémiologie du risque lié aux AES (3)

Contamination virale des liquides biologiques


Risque selon le type de liquide biologique			
Virus	Prouvé	Possible	Nul
VHB	Sang, liquides biol. contenant du sang	Sperme, sécrétions vaginales, liq ascite, salive, LBA	Urines, selles
VHC	Sang	Sperme, sécrétions vaginales, LBA	Urines, selles, larmes, salive
VIH	Sang, liquides biol. contenant du sang,	Sperme, sécrétions vaginales, LCR, liq ascite & amniotique, LBA	Urines, selles, larmes, salive

Epidémiologie du risque lié aux AES (4)

Risque de transmission du VIH, VHC et 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 HBe-/+)	? /10

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



Epidémiologie du risque lié aux AES (5)

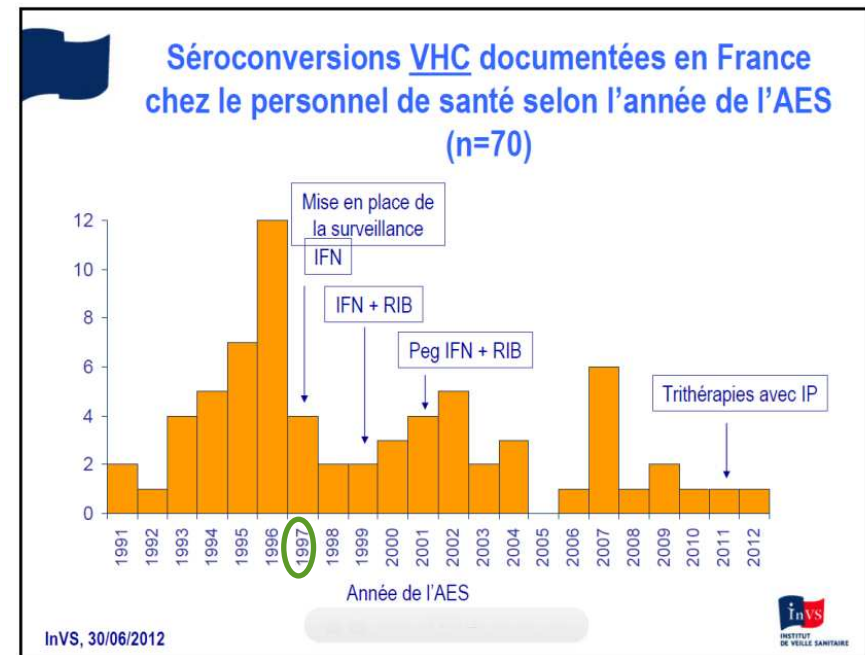
Surveillance des contaminations professionnelles par le VIH, le VHC et le VHB chez le personnel de santé au 30 juin 2012

Séroconversion documentée :

- AES
- sérologie de base négative
- séroconversion dans les 6 mois après l'AES (ou apparition d'une PCR positive)

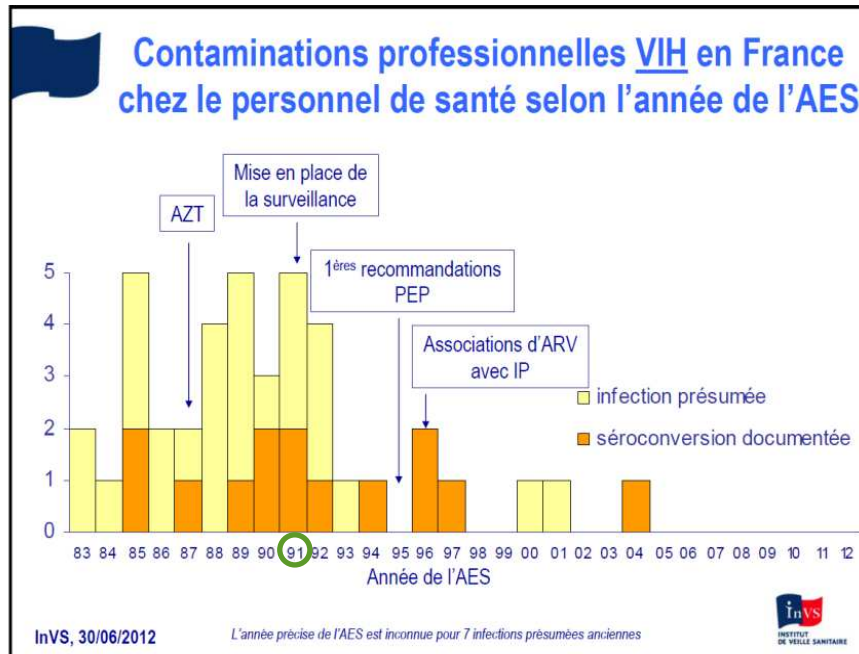
Infection présumée (VIH) :

- soignant VIH+
- pas d'autres facteurs de risque
- notion d'exposition professionnelle



VHC : 70 séroconversions documentées

Epidémiologie du risque lié aux AES (6)



VHB : aucune séroconversion déclarée

VIH : 14 séroconversions documentées et 35 infections présumées

Au moins la moitié de ces AES était évitable

A. Baudu, F. Lot, D. Abiteboul *et al.*

Suivi des accidents exposant au sang chez les professionnels de santé non immunisés et exposés au VHB, 2005-2007 (France).

BEH 35-36 / 27 septembre 2011

Epidémiologie du risque lié aux AES (7)

LES FACTEURS QUI AUGMENTENT LE RISQUE DE TRANSMISSION SONT :

les modalités de l'accident :

- blessure profonde (saignement spontané et douleur signifient que le derme a été franchi) ;
- dispositif ayant pénétré dans un vaisseau ;
- aiguille creuse, contenant du sang ;
- diamètre élevé de l'aiguille ;
- délai court entre le geste et l'AES ;
- temps de contact supérieur à 15 minutes si projection.

les caractéristiques du patient source :

- charge virale élevée.

la conduite adoptée par le soignant :

- absence de port de gant ;
- absence ou retard d'antiseptie post-exposition ;
- absence de prophylaxie.

<http://www.esther.fr/wp-content/uploads/2012/03/MANUEL-AES-GERES.pdf>

Pourquoi surveiller les AES (1)

- ❑ **Données épidémiologiques**
- ❑ **Priorité nationale depuis 1998**

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.

STRATÉGIE :

- Vaccination contre l'hépatite B et contrôle Ac anti-HBs
- Surveillance des AES pour guider les actions et évaluer leur impact
- Application et respects des précautions standard
- 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 et diffusion d'une conduite à tenir en cas d'AES

RESSOURCES :

Directeur – MDT – CLIN – CHSCT



Pourquoi surveiller les AES (2)

□ Priorité du PNLIN 2009/2013

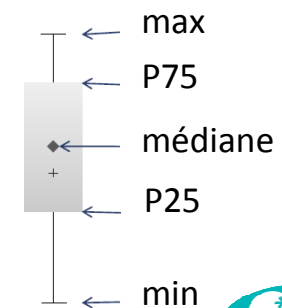
CIRCULAIRE N°DHOS/E2/DGS/RI/2009/272 du 26 août 2009 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009/2013

AMELIORER LA PREVENTION DES INFECTIONS ASSOCIEES AUX ACTES INVASIFS

Objectifs quantifiés de résultats

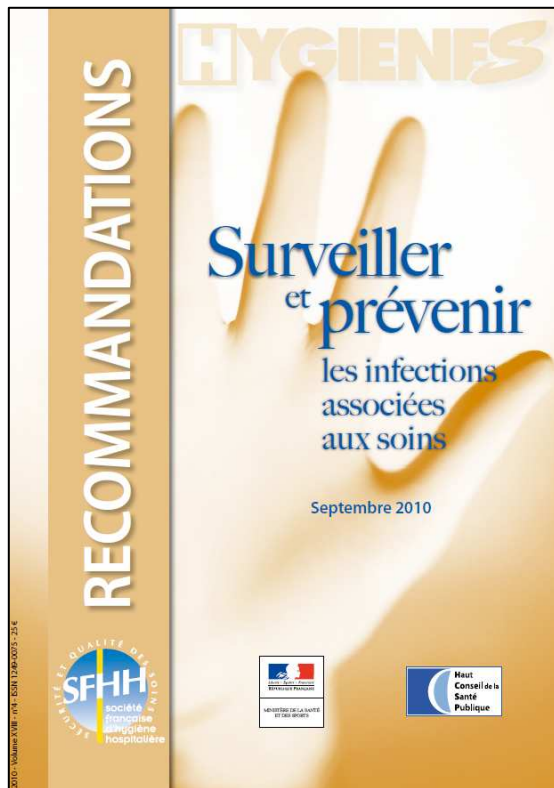
- *En 2012, le taux d'incidence* des accidents exposant au sang pour 100 lits, a diminué d'un quart globalement et par catégorie d'établissements ; [données de référence : AES RAISIN 2008]*

* la valeur cible utilisée est le troisième interquartile de la distribution des taux (P75, qui reflète la valeur maximale de 75% de l'ensemble des taux observés dans le réseau), dont on attend qu'elle tende vers le taux médian (valeur maximale observée pour 50% des taux) observés avant la période du programme 2009-2012.



Pourquoi surveiller les AES (3)

- ❑ Recommandé dans guide de bonnes pratiques :



R156 Un système de surveillance des AES doit être mis en place par le service de santé au travail. Le recours aux outils proposés dans le cadre de la surveillance nationale AES RAISIN doit être encouragé. Les circonstances de survenue des AES doivent être analysées en collaboration avec le CLIN et le CHSCT pour déterminer les actions prioritaires à mener en matière de formation des personnels et de choix des matériels. Les résultats de ces analyses doivent être communiqués aux services concernés (rétro-information).

recueil

analyse

actions



Pourquoi surveiller les AES (4)

REPARATION DES CONTAMINATIONS PROFESSIONNELLES variable selon les statuts des personnels :

- RÉGIME GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
 - Maladie professionnelle : tableaux basés sur le principe de la présomption d 'origine (exemple : hépatite virale)
 - Accident du travail (exemple : infection VIH)
- FONCTION PUBLIQUE
 - Maladie imputable au service (après avis de la Commission de réforme)
 - Accident du travail
- LIBÉRAUX
 - Rien en l'absence d 'une assurance personnelle (assurance privée ou assurance volontaire AT-MP)

Pourquoi surveiller les AES (5)

☐ Valorisé dans le TBIN :

Protection du personnel

A11 Un protocole de prise en charge en urgence des accidents d'exposition au sang (AES) est actualisé dans les 5 dernières années

Oui ▼

Non ▼

Répondre oui, seulement s'il existe un protocole de prise en charge en urgence des AES dont l'actualisation a été faite dans les 5 ans

Si oui, préciser l'année d'actualisation du protocole

2012 ▼

2011 ▼

2010 ▼

2009 ▼

2008 ▼

Avant 2008 ▼

A71 Il existe un système de déclaration des AES en collaboration avec le service de santé au travail

Oui ▼

Non ▼

ÉLÉMENTS DE PREUVE

Extrait du rapport du service de santé au travail où est indiqué le taux d'AES.

Objectifs de la surveillance

- ❑ **Mesurer pour connaître :**

- ❑ disposer de données épidémiologiques quantitatives et qualitatives pour cerner la problématique

- ❑ **Favoriser la prévention et guider la politique de prévention :**

- ❑ organisationnelle
- ❑ technique
- ❑ formation

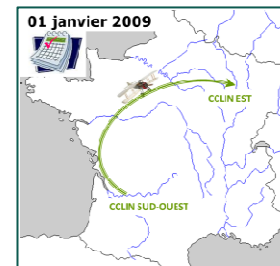
- ❑ **Suivre les tendances**

- ❑ **Mesurer l'impact des mesures engagées**

Historique du réseau de surveillance des AES

Raisin-Geres

- ❑ 1990 : études GERES
- ❑ 1995 : réseau AES Cclin Paris-Nord
- ❑ 1998 : priorité nationale du CTIN
- ❑ 1999 : réseau AES Cclin Ouest
- ❑ 2000 : réseau AES Cclin SO et SE, RFCLIN
- ❑ 2001 : partenariat RAISIN/GERES
 - 2001 : création d'un groupe de travail
 - 2002 : mise en commun des données, élaboration méthodologie
 - 2003 : réseau national de surveillance des AES
 - Coordonné par le Cclin Sud-Ouest → 2009
 - Coordonné actuellement par le Cclin Est



Rappels méthodologiques

- ❑ Enquête prospective : 01/01 au 31/12
- ❑ Basée sur le volontariat
- ❑ Personne ressource : MDT
- ❑ Recueil anonyme et standardisé de tout AES survenu chez un membre du 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
 - ❑ Description de l'établissement
- ❑ Saisie des données sur une application *ad hoc*



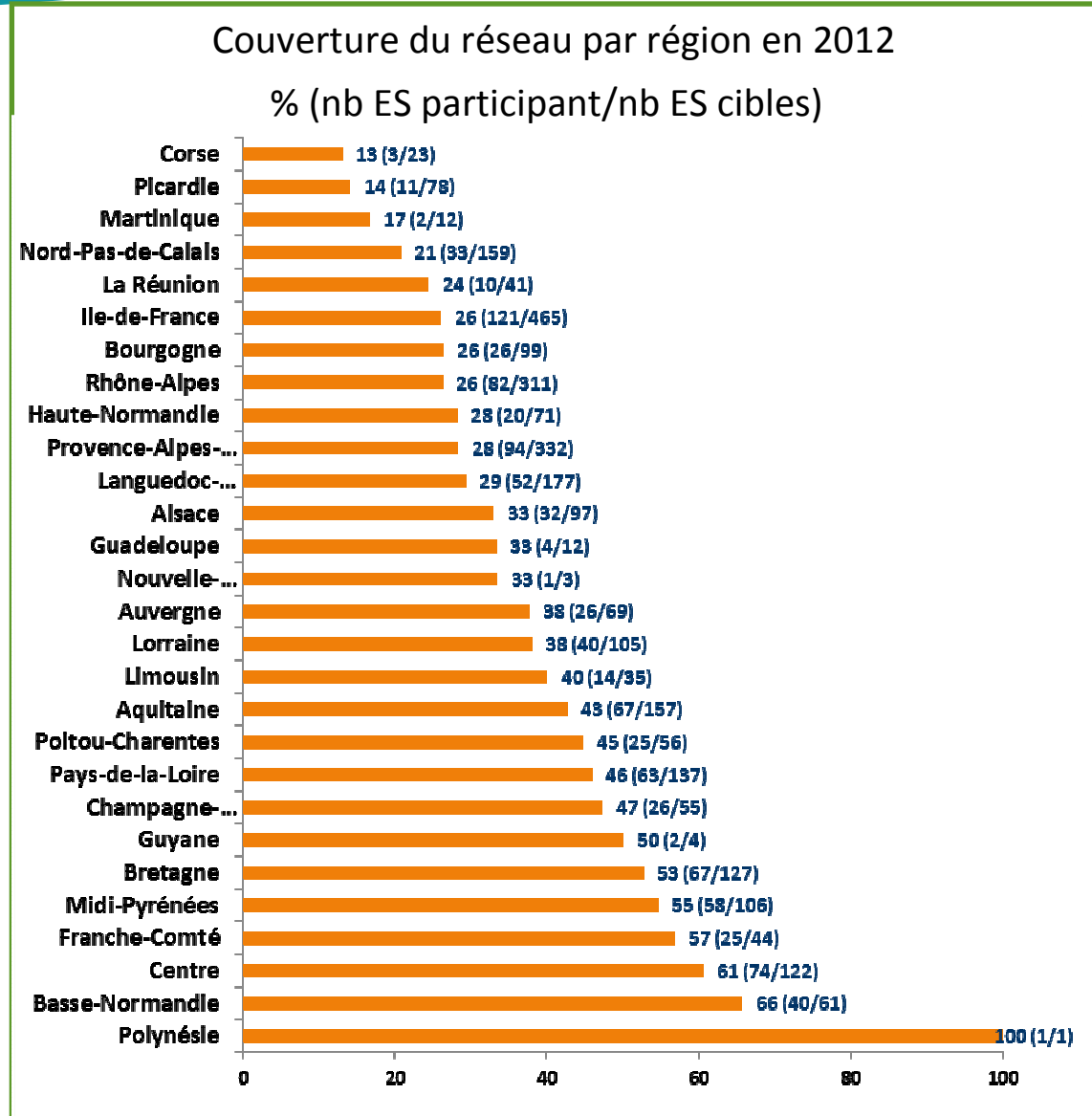
Résultats 2012 (1)

□ Participation :

- 18 829 AES
- 1 019 ES :
 - 39,3 % des ES
 - 72,3 % lits d'hospitalisation

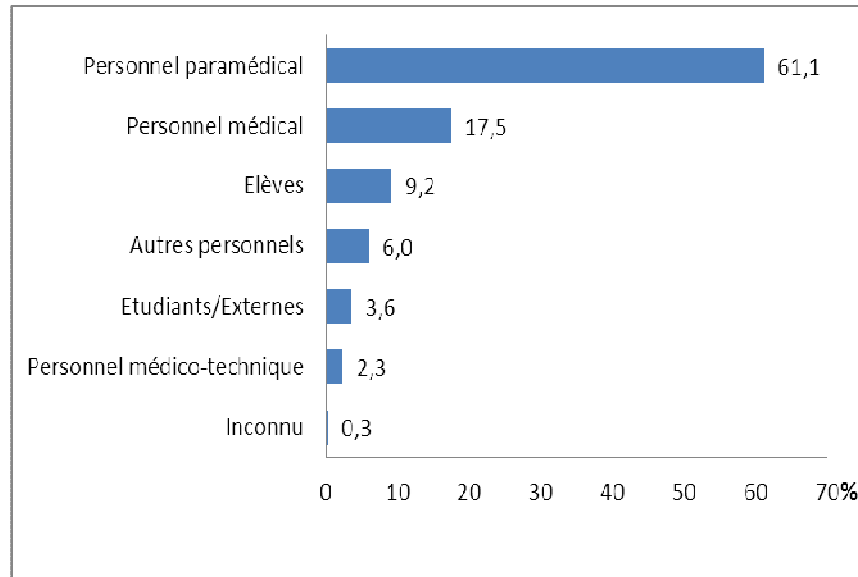
□ Taux d'AES pour 100 lits :

6,3 % $IC_{95} \% [6,2; 6,3]$

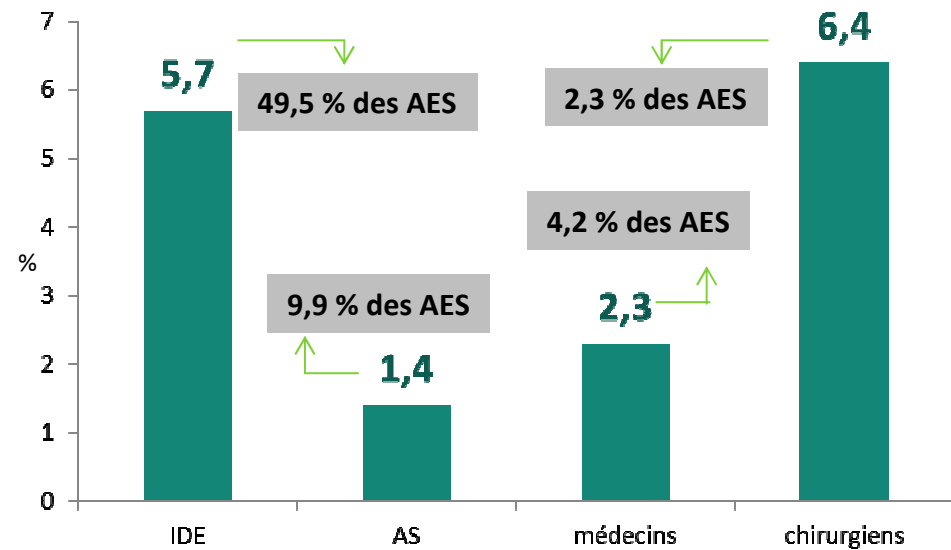


Résultats 2012 (2)

❑ Caractéristiques des victimes :



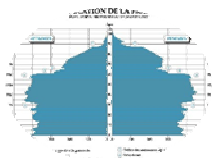
Taux d'AES pour 100 ETP Part du nombre d'AES



77,6 % (n=14 607)



93 % vaccinés contre VHB (n=17 512)



33,2 ans +/- 10,3 ans

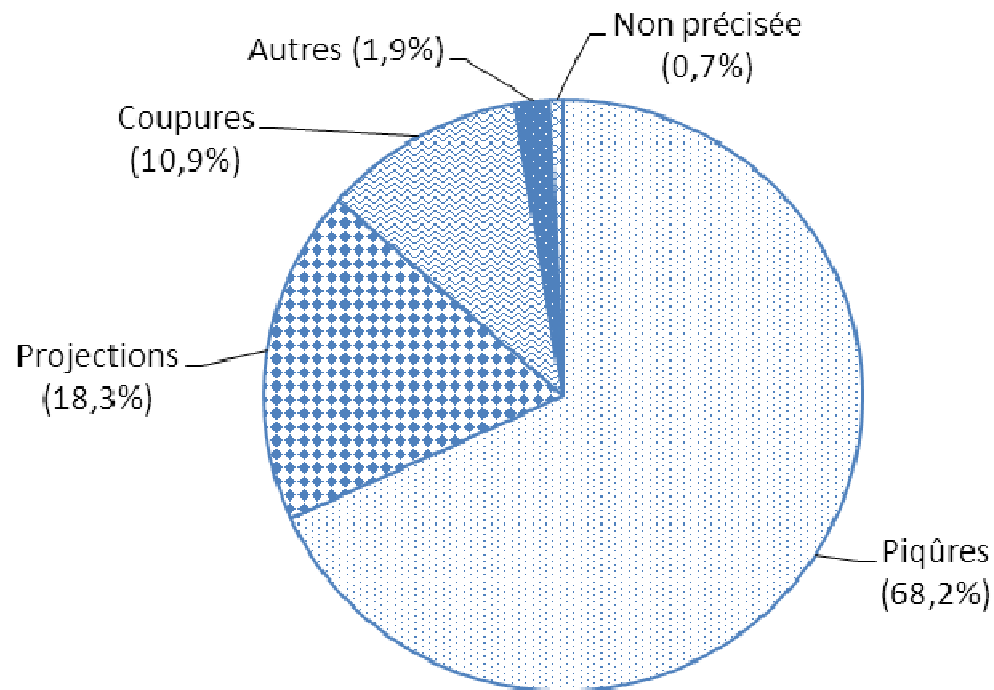
IMMUNISE

97,1 % (n=17 097)



Résultats 2012 (3)

❑ Caractéristiques des AES :



APC (n=14 885)
soit 8 AES/10



**FOCUS 2012 SUR LES
APC ET ÉVITABILITÉ**

Résultats 2012 (4)

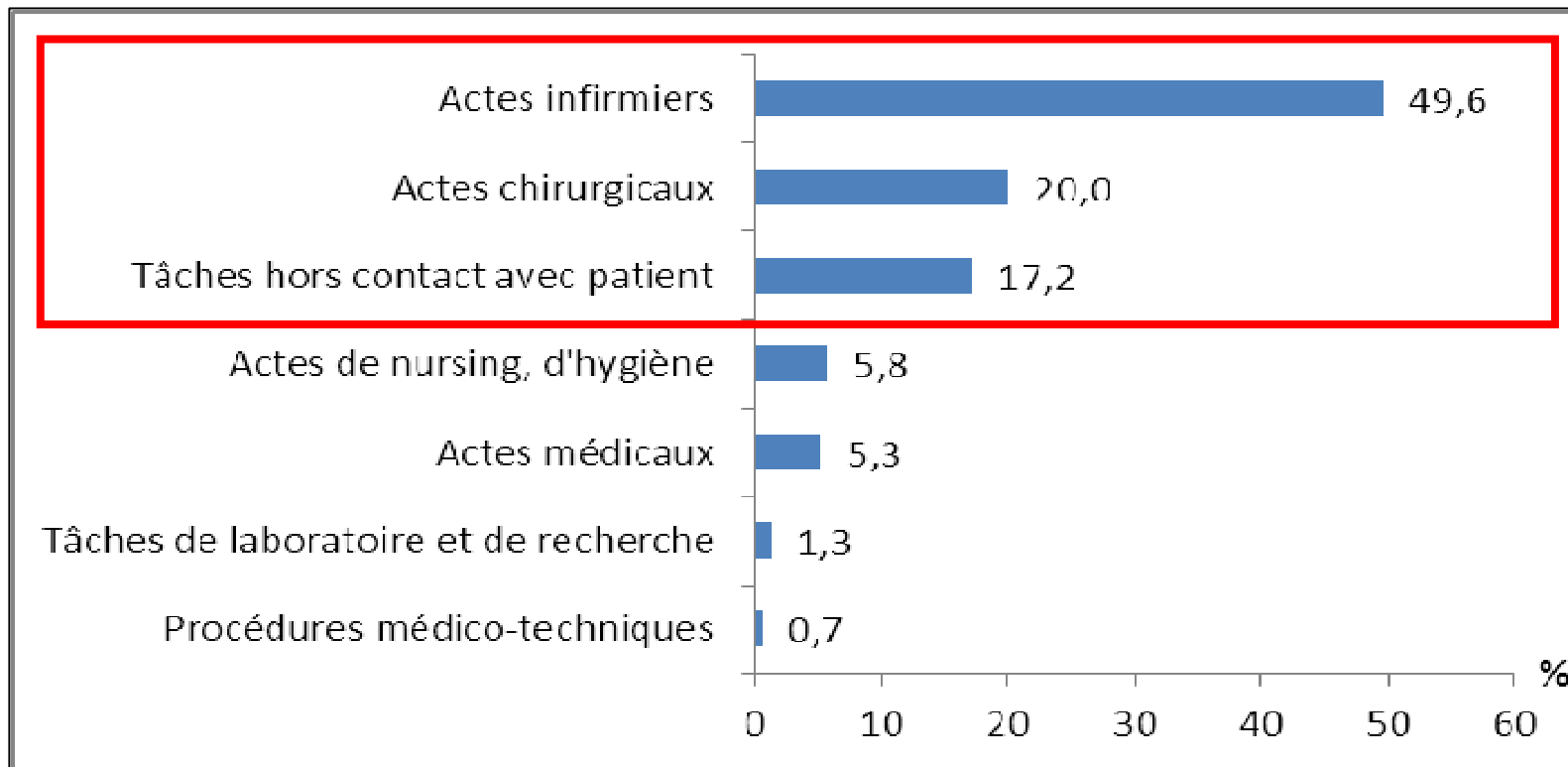
□ Répartition des APC évitables en 2012

	N	%
Manipulation d'instruments souillés :	2 263	49,2
▪ posés dans un plateau, sur une paillasse ou une table	1257	27,3
▪ objets traînants	826	17,9
▪ passage de la main à la main lors d'instrumentation	180	3,9
Manipulation d'une aiguille :	1 790	38,9
▪ en recapuchonnant	850	18,5
▪ en désadaptant	744	16,2
▪ en piquant/retirant une aiguille d'un bouchon	196	4,3
Manipulation de collecteur à objets piquants tranchants :	254	5,5
▪ matériel saillant du collecteur trop plein	176	3,8
▪ collecteur mal fermé	24	0,5
▪ collecteur percé	37	0,8
▪ désolidarisation couvercle-base du collecteur	17	0,4
Manipulation d'une lame	292	6,3
En intervenant sur un appareil	3	0,1

30,9 % de ces APC étaient évitables (4 602/14 885)

Résultats (5)

□ Répartition des tâches en cours au moment de l'APC (n=14 239)



Résultats (6)

☐ Répartition des APC selon le type de geste réalisé – Actes infirmiers (n=7 067)

	N	%
Injections	3 324	47,0
Sous-cutanée	2 814	39,8
Prélèvements sanguins	2 229	31,5
Intraveineux direct avec système sous vide (type vacutainer) hors hémoculture	782	11,1
Prélèvement artériel direct (gaz du sang)	301	4,3
Prélèvement sans précision	622	8,8
Intraveineux direct sans système sous vide, hors hémoculture	157	2,2
Prélèvement sanguin capillaire et temps de saignement	175	2,5
Hémoculture	118	1,7
Prélèvement sur cathéters veineux et artériels	74	1,0
Perfusions	976	13,8
Pose d'une voie veineuse périphérique	628	8,9
Perfusion en sous-cutanée	135	1,9
Manipulation de perfusion	84	1,2
Perfusion sans précision	129	1,8
Autres soins infirmiers	538	7,6

Résultats (7)

❑ Principaux mécanismes à l'origine de l'APC lors d'injection sous-cutanée

Mécanismes	N	%
Manipulation d'une aiguille	2 115	75,2
▪ en recapuchonnant	588	20,9
▪ en désadaptant	465	16,5
▪ en piquant/retirant une aiguille d'un bouchon	15	0,5
Manipulation d'instruments souillés	179	6,4
▪ en ramassant les objets pour les éliminer	59	2,1
▪ en prenant ou en posant l'objet	69	2,5
▪ objets traînant dans champs, compresses	13	0,5
▪ passage de la main à la main lors d'instrumentation	3	-
Manipulation de collecteur à objets piquants tranchants	167	5,9
▪ matériel saillant du collecteur trop plein	17	0,5
▪ collecteur mal fermé	1	-
▪ désolidarisation couvercle-base du collecteur	4	-

43,7 % de ces APC étaient évitables (1 234/2 814)

Résultats (8)

❑ Principaux mécanismes à l'origine de l'APC lors de prélèvements sanguins

Mécanismes	N	%**
Manipulation d'une aiguille	661	62,5
en désadaptant	74	7,0
en piquant/retirant une aiguille d'un bouchon	25	2,4
en recapuchonnant	20	1,9
Manipulation d'instruments souillés	193	18,3
lors de l'activation d'un matériel de sécurité	98	9,3
en prenant ou en posant l'objet	42	4,0
en ramassant les objets pour les éliminer	46	4,4
objets traînant	6	-
Manipulation de collecteur à OPCT	128	12,1
à l'introduction du matériel dans le collecteur	87	8,2
matériel saillant du collecteur trop plein	15	1,4
collecteur mal fermé	1	-
désolidarisation couvercle-base du collecteur	1	-

21,8 % de ces APC étaient évitables (230/1 057)

Résultats (9)

❑ Principaux mécanismes à l'origine de l'APC lors de perfusions

Mécanismes	N	%*
Manipulation d'une aiguille	608	62,3
retrait à travers la peau	329	33,7
introduction de l'aiguille	137	14
en désadaptant	4	-
en recapuchonnant	7	-
en piquant/retirant une aiguille d'un bouchon	12	1,2
Manipulation d'instruments souillés	162	16,6
en ramassant les objets pour les éliminer	79	8,1
en prenant ou en posant l'objet	48	4,9
objets traînant	23	2,3
lors de l'activation d'un matériel de sécurité	6	0,6
Manipulation de collecteur à objets piquants tranchants	91	9,3

18,9 % de ces APC étaient évitables (184/976)

Résultats (10)

❑ Principaux mécanismes des AES percutanés lors d'actes chirurgicaux

	N	%*
Manipulation d'une aiguille	1425	49,9
▪ en suturant ou recousant	992	34,8
▪ en recapuchonnant	25	0,9
▪ en désadaptant	19	0,7
Manipulation d'instruments souillés	690	24,2
▪ posés dans un plateau, sur une paillasse	224	7,8
▪ passage de la main à la main	162	5,7
▪ objets traînant	55	1,9
▪ en manipulant instruments avant décontamination	45	1,6
Manipulation d'une lame	349	12,2
▪ incision	130	4,6
▪ section, ablation (fils, redons, tubulures)	75	2,6
▪ désadaptation de lame	46	1,6
Manipulation de collecteur à objets piquants tranchants	29	1,0

22,4 % de ces APC étaient évitables (640/2 853)

Résultats (11)

- ❑ Répartition des APC selon le type de geste réalisé – **Tâches hors contact patient** (n=2 456)

	2012	
	N	%
Rangement	932	37,9
Manipulation, transport de déchet	790	32,2
Nettoyage	734	29,9

Résultats (12)

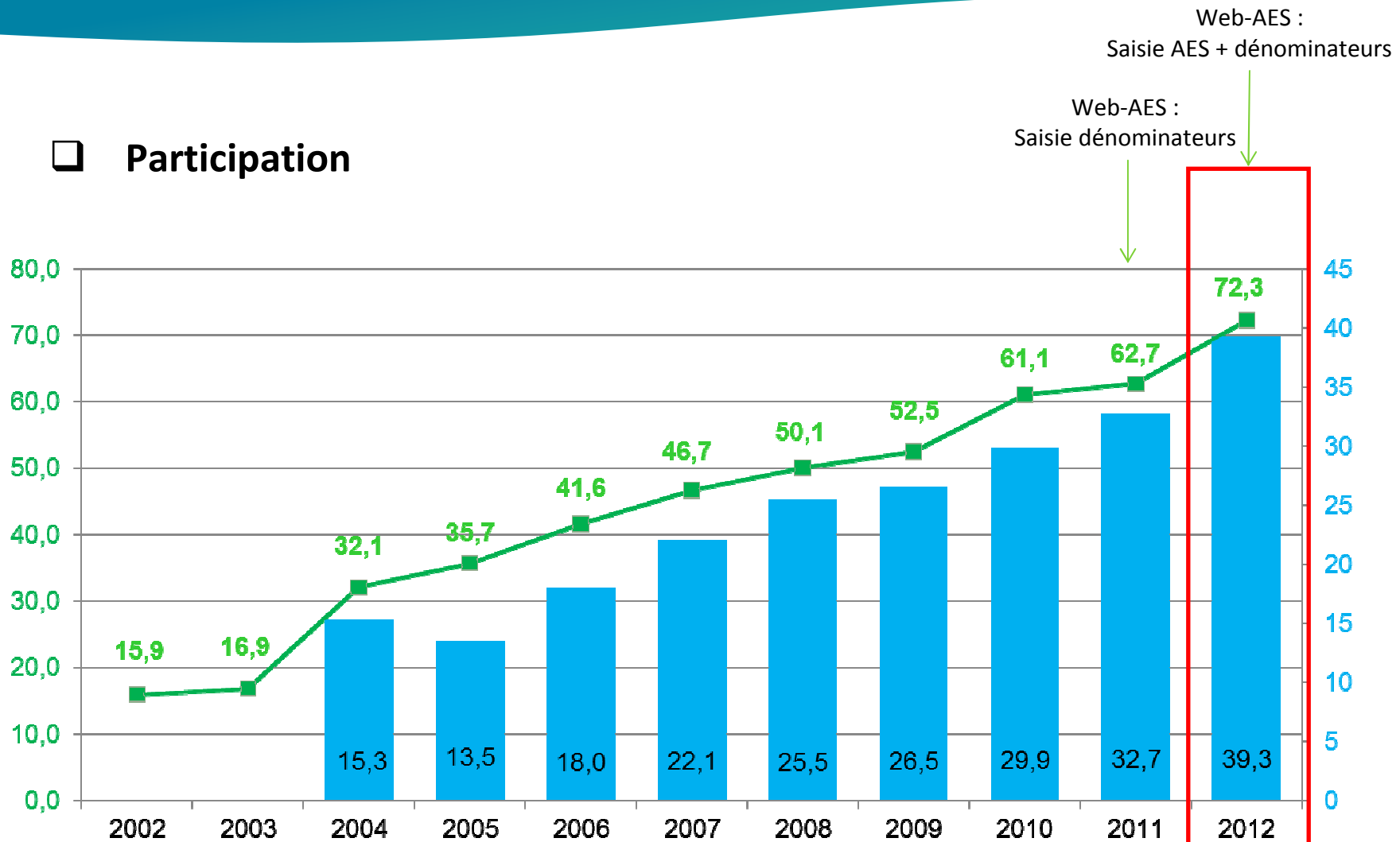
□ Principaux mécanismes des AES percutanés lors de tâches hors contact avec le patient

Mécanismes	2012	
	N	%
Manipulation d'instruments souillés	1 170	47,6
▪ Objets traînant	539	21,9
▪ Posés dans un plateau, sur une pailasse	365	14,9
▪ En manipulant instruments avant décontamination	165	6,7
Manipulation de collecteur à objets piquants tranchants	283	11,5
▪ matériel saillant du collecteur trop plein	93	3,8
▪ collecteur mal fermé	21	0,9
▪ collecteur percé	34	1,4
▪ désolidarisation couvercle-base du collecteur	11	0,4
Manipulation d'une aiguille	262	10,7
▪ en désadaptant	26	1,1
▪ en recapuchonnant	16	0,7
▪ en piquant/retirant une aiguille d'un bouchon	3	-

46,7 % de ces APC étaient évitables (1 146/2 456)

Evolution (1)

Participation

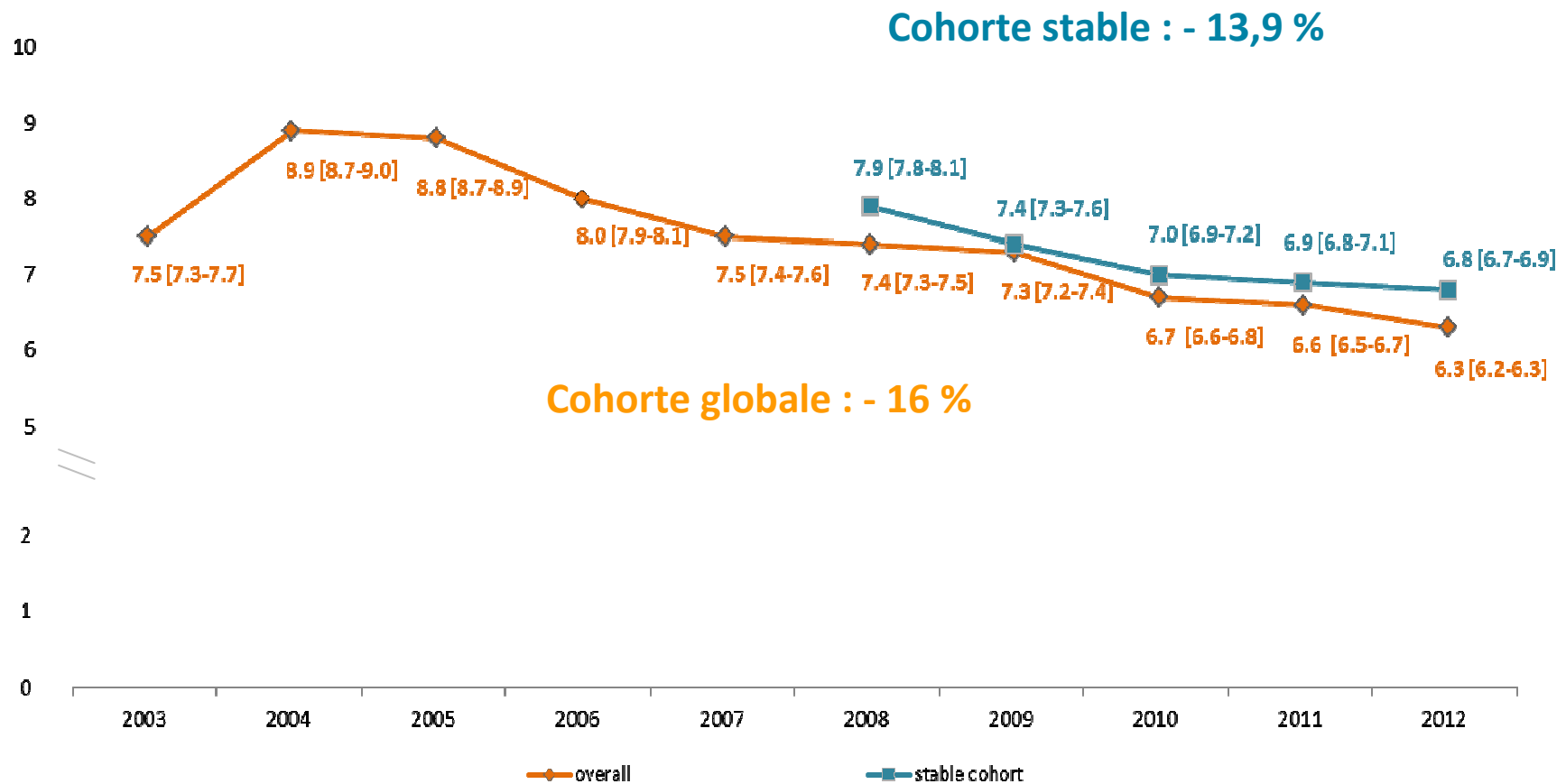


■ couverture en % d'ES

■ couverture en % de lits

Evolution (2)

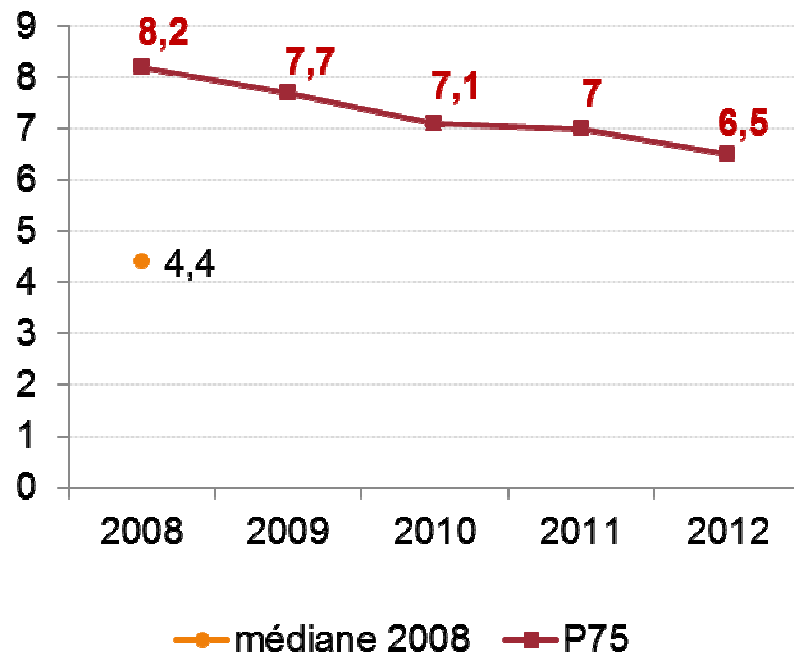
Evolution du taux d'AES pour 100 lits



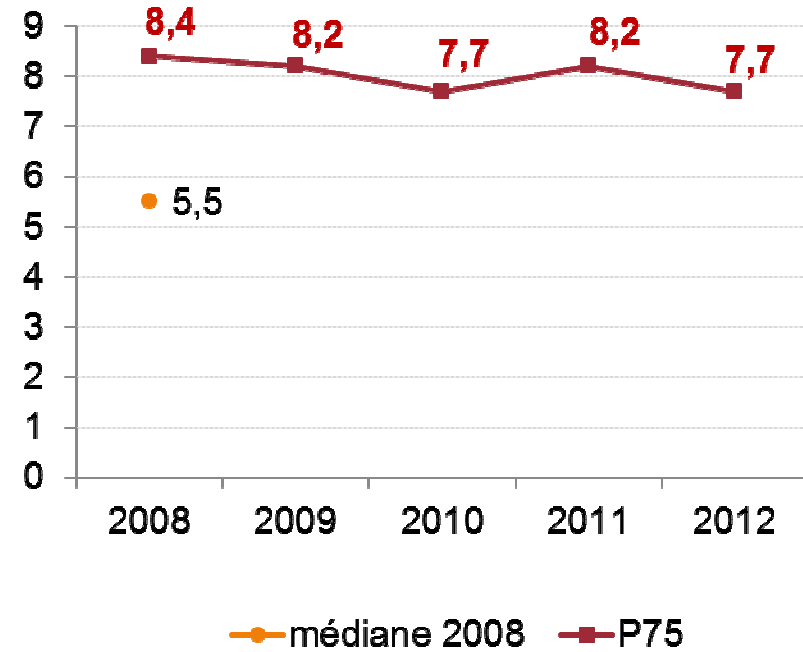
Evolution (3)

□ Evolution du P75

Sur la cohorte globale : -20,7 %



Au sein de la cohorte stable : - 8,3 %



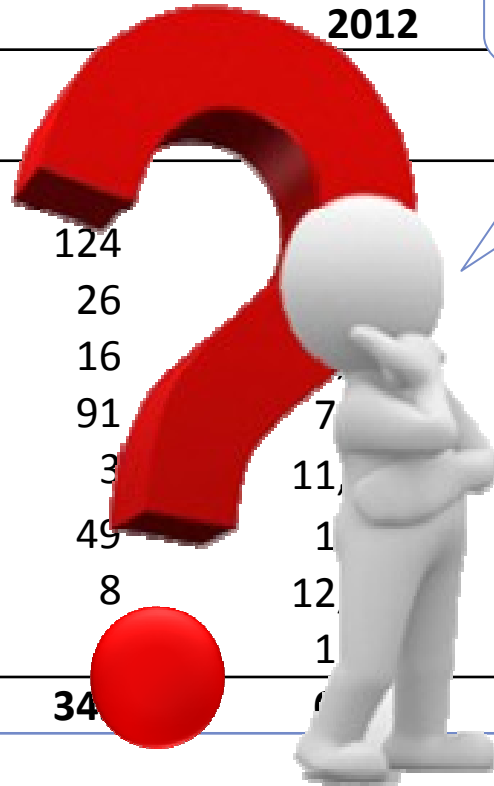
Evolution (4)

cohorte stable, période 2008 et 2012

Evolution du P75 par catégorie d'ES

	2012		Evolution du P75			
	P50	P75	P50	P75	Médiane	
CHU		21,4	18,4	21,2	12,9	- 22,6%
CH/CHG	124	8,2	8,2	8,9	6,6	- 7,9%
CHS/PSY	26	2,6	2,6	3,1	2,1	- 16,1%
Hôpital local	16	1,9	1,9	1,7	0,9	+ 11,8%
Clinique MCO	91	8,4	7,7	9,2	7,2	- 8,7%
Hôpital des armées	3	14,4	11,1	14,5	12,1	- 0,7%
SSR/SLD	49	2,9	1,1	3,1	1,8	- 6,5%
CRLCC	8	13,7	12,1	16,1	10,4	- 14,9%
Autre type	1	1,8	1,8	5,4	2,9	=
Total	34	7,7	7,7	8,4	5,5	- 8,3 %

Enfin, c'est bien ou pas ?



Evolution (5)

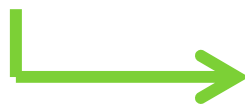
cohorte stable, période 2008 et 2012

- Evolution du respect du port de gants et de la mise à disposition du collecteur

	2008	2009	2010	2011	2012	p
Port de gants (%)	67,7	68,5	69,1	70,6	72,5	<10 ⁻⁴
Collecteur à OPCT à proximité (%)	69,9	69,9	70,5	72,1	73,7	<10 ⁻⁴

- Evolution de la proportion d'APC évitables

	2008	2009	2010	2011	2012	p
APC évitables (%)	41,0	41,5	39,8	38,5	33,3	<10 ⁻⁴
APC par recapuchonnage (%)	7	7,2	4,0	6,4	6,2	0,01



- Mesures barrières mieux respectées,
- Diminution de certains gestes considérés à risque,
- Proportion des AES évitables diminue.

Evolution (6)

cohorte stable, période 2008 et 2012

- ❑ Autre mesure de prévention : la vaccination contre le VHB

	2008	2009	2010	2011	2012	p
Couverture vaccinale VHB (%)	96,9	97,4	97,8	97,5	97,0	NS

- ❑ Connaissance du statut sérologique du patient source

	2008	2009	2010	2011	2012	p
Vis-à-vis du VIH (%)	81,1	82,3	83,7	82,6	84,2	$<10^{-4}$
Vis-à-vis du VHC (%)	78,6	80,1	81,6	80,9	81,8	$<10^{-4}$
Vis-à-vis du VHB (%)	71,9	73,0	74,6	73,6	76,2	$<10^{-4}$

- ❑ CAT immédiate en cas d'APC

	2008	2009	2010	2011	2012	p
% de victimes d'APC ayant fait un lavage	93,0	93,1	93,1	92,8	92,8	NS
dont % ayant fait une antiseptie	98,3	97,9	98,2	98,1	98,3	NS

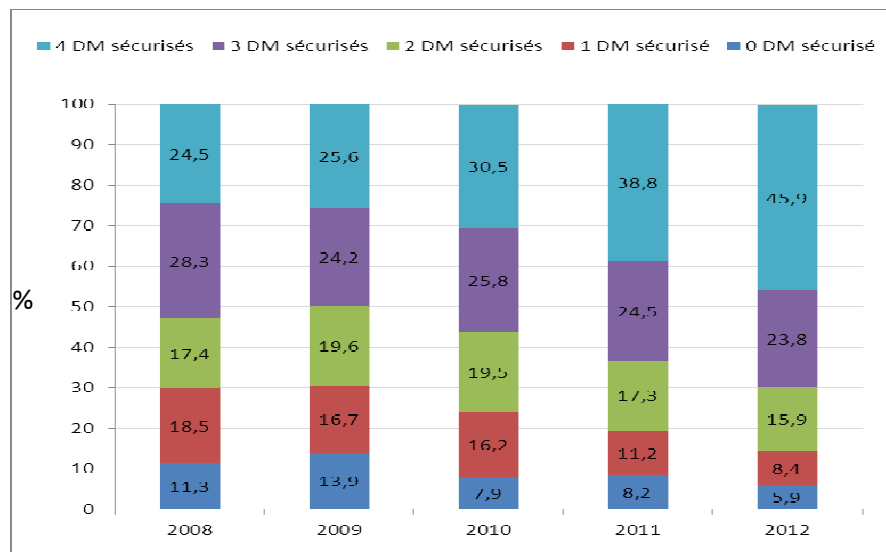
Evolution (7)

cohorte stable, période 2008 et 2012

□ Evolution de la part des matériels de sécurité parmi les matériels commandés

	2008	2009	2010	2011	2012	p
Cathéters	34,6	37,1	38,5	43,0	52,1	<10 ⁻⁴
Seringues à gaz du sang	65,5	66,3	61,6	82,3	76,5	<10 ⁻⁴
Aiguilles pour chambre implantable	37,5	49,2	46,9	67,3	78,0	<10 ⁻⁴
Seringues pour injection d'héparine	85,6	79,3	90,5	90,9	92,1	<10 ⁻⁴

□ Proportion d'ES commandant au moins 1 DM sécurisé parmi ceux ciblés*



→ On sécurise de + en +

*cathéters, seringues à gaz du sang, aiguilles pour CIP, aiguilles à ailette

Evolution (8)

cohorte stable, période 2008 et 2012

□ Evolution des APC pour 100 000 dispositifs commandés

	2008	2009	2010	2011	2012	p
Seringue HBPM	2,2	2,0	1,8	2,0	1,8	0,04
Cathéter	8,1	7,0	6,1	5,8	5,8	$<10^{-4}$
Seringue gaz du sang	8,2	6,4	6,9	5,9	7,2	0,37
Aiguille pour chambre implantable	31,9	23,9	20,9	22,6	18,4	$4*10^{-4}$

□ Evolution de la part de piqûres selon que le matériel est ou non sécurisé

	2008	2009	2010	2011	2012	p
Piqûres avec matériel sécurisé	18,8	19,4	20,2	21,3	20,9	$3*10^{-3}$
Piqûres avec matériel non sécurisé	81,2	80,6	79,8	78,7	79,1	

→ Le risque de piqûre est moindre avec matériel sécurisé.

Evolution (10)

cohorte stable, période 2008 et 2012

□ Evolution du taux d'AES pour 100 ETP stratifié sur la catégorie professionnelle

	N	2008	2009	2010	2011	2012	p
Infirmièr(e)s	326	6,8	6,2	5,8	5,8	5,7	$<10^{-4}$
Aides soignant(e)s	306	1,8	1,7	1,5	1,5	1,4	$<10^{-4}$
Médecins	245	3,0	2,9	2,5	2,5	2,5	$4*10^{-3}$
Chirurgien	127	8,0	8,5	7,5	8,9	8,2	NS

Discussion/conclusion (1)

- ❑ 1^{ère} année où les résultats de l'année N-1 sont disponibles
 - Plus value de l'application Web-AES → diminution du temps d'agrégation des données
 - Effort payant du travail des biostat pour valider les bases de données

- ❑ 2^{ème} année où un focus est réalisé :
 - Faciliter l'appropriation par le lecteur des résultats du rapport national
 - Comparer les résultats en interne sur les points critiques
 - Prioriser les axes de travail/adapter les modalités de prévention selon la catégorie de personnel

Discussion/conclusion (2)

☐ Points forts :

- Intérêt manifeste : augmentation régulière de la participation
- Tendances :
 - P75 n'a pas diminué comme escompté MAIS, de manière contemporaine, d'autres signaux témoignent d'une :
 - amélioration des pratiques :
 - progression du respect des PS
 - diminution de la proportion d'AES évitables
 - amélioration de la mise à disposition de matériels de sécurité
 - diminution du taux d'APC pour 100 000 DM commandés
 - amélioration de la connaissance du statut du patient source
 - diminution du taux d'AES pour 100 ETP pour plusieurs catégories de personnels

Lamontagne F, Abiteboul D, Lolom I *et al.* Role of Safety-Engineered Devices in Preventing Needlestick Injuries in 32 French Hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2007;28:18-23

N. Floret, D. Abiteboul, L. Ayzac *et al.* Suivi des AES dans les établissements de santé. Place et intérêt des matériels de sécurité. *Feuillets de Biologie*, 2012

Jagger J, Perry J, Goma A, and Phillips E. The impact of U.S. policies to protect healthcare workers from bloodborne pathogens: the critical role of safety-engineered devices. *J Infect Public Health* 2008;1:62-71

Discussion/conclusion (3)

Limites :

Participation basée sur volontariat

Validité des dénominateurs :

Nombre de lits (lits inoccupés, activité ambulatoire ...)

ETP personnels : effectifs en ETP (intérimaires, élèves, ...)

Sous déclaration de certaines catégories de personnels

Effort de sensibilisation à poursuivre

Discussion/conclusion (4)

- ❑ **Au final, cette surveillance permet :**
 - ❑ d'évaluer de manière indirecte les pratiques professionnelles par la production d'indicateurs adaptés aux AES :
 - ❑ Port de gants, collecteur à proximité, pique par recapuchonnage, proportion AES évitables
 - ❑ de suivre les tendances
 - ❑ de rétro-informer les équipes
 - ❑ d'évaluer : capitaliser ce qui a été entrepris et de servir de levier pour maintenir un haut niveau de prévention :
 - ❑ Ex : mise en sécurité des dispositifs médicaux :
 - ❑ n'est qu'un volet de la prévention
 - ❑ choix concerté
 - ❑ adhésion et formation de l'équipe indispensables