



Dossier de presse – 17 octobre 2014

**Prévention des Accidents d'Exposition au Sang
chez les soignants :**

Ne baissons pas la garde !

CONTACTS PRESSE :

BD France : Stéphanie Comiotto
stephanie_comiotto@europe.bd.com
Tél : 04 76 68 94 33

Agence PRPA : Guillaume de Chamisso - Ariane Chollet
guillaume.dechamisso@prpa.fr - ariane.chollet@prpa.fr
Tél : 01 46 99 69 69
LD : 01 77 35 60 99 - 06 28 79 00 61 (Guillaume)

SOMMAIRE

Des accidents encore trop nombreux Les infirmiers libéraux en première ligne	Page 3 p.6
Un renforcement réglementaire à saluer	Page 7
Des solutions efficaces à déployer hors du milieu hospitalier L'enjeu des laboratoires de biologie médicale	Page 9 p.11
Une surveillance des AES à maintenir	Page 12
Lancement d'un prix BD Initiatives de prévention des AES mises à l'honneur	Page 13 p.14
Le rôle des industriels	Page 16
<u>Annexe</u> Analyse juridique de la transposition de la directive européenne	Tiré à part

Des accidents encore trop nombreux

Un Accident Exposant 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 ou coupure) soit une projection sur une muqueuse (œil, bouche) ou sur une peau lésée. Lors de ce contact, le risque de transmission d'agents pathogènes existe et concerne l'ensemble des germes véhiculés par le sang ou les liquides biologiques (bactéries, virus, parasites et champignons). Il existe plus de 50 pathogènes qui sont directement transmissibles par le sang.

Premières victimes des AES, les infirmiers sont impliqués dans près de la moitié des accidents. Ils sont à l'origine d'un peu plus de la moitié des 30 000¹ déclarations d'AES effectuées chaque année dans les établissements de santé français. Ce qui n'est pas surprenant, puisque les infirmiers représentent la première profession de santé en France avec près de 616 796 personnes², au 1^{er} janvier 2014.

Les AES peuvent être responsables de la transmission de maladies infectieuses chez le personnel soignant, notamment le VIH, le VHB et le VHC. Le risque moyen de transmission après exposition percutanée au sang d'un patient infecté est de 0,3 % pour le VIH, entre 0,5 et 3 % pour le VHC et entre 2 et 40 % pour le VHB en l'absence de vaccination ou d'immunisation antérieure. En France, au 30 juin 2012, 14 séroconversions VIH documentées et 35 infections VIH présumées depuis 1991 ont été recensés par l'InVS ainsi que 70 séroconversions VHC documentées depuis 1997. En revanche, aucune séroconversion VHB n'a été rapportée depuis 2005, année de mise en place de cette surveillance³. Des chiffres peu élevés mais qui ne reflètent peut être pas toute la réalité puisque 70% des AES ne seraient pas déclarés⁴.

En 2012, 18 829 AES ont été recensés dans 1019 établissements (72% des lits d'hospitalisation) participants aux études du réseau français RAISIN⁵, le Réseau d'Alerte,

Des chiffres révélateurs

- 1 million de blessures par piqûres d'aiguilles chaque année en Europe*.
- Les infirmiers sont les premières victimes et sont impliqués dans près de la moitié des accidents.
- 70 % de ces blessures et des expositions accidentelles au sang ne seraient pas déclarées.

* European Parliament. Preventing needle-stick injuries in the health sector, 11th February 2010

¹ Estimation GERES

² Etude de la DREES de juin 2014 « Les professions de santé au 1^{er} janvier 2014 »

³ Lot F. Surveillance des contaminations professionnelles par le VIH, le VHC et le VHB chez le personnel de santé. Situation au 30 juin 2012.

http://www.cclin-sudouest.com/diaporamas/arcachon12/LOT_Conduite_tenir_post_AES.pdf

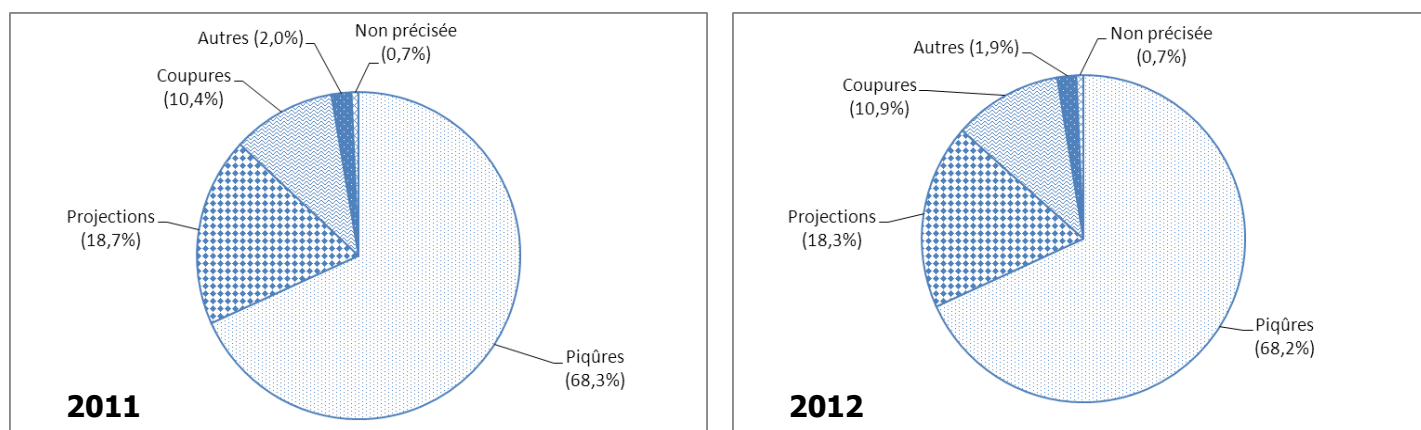
⁴ J.Perlbag et al. « Evaluation du taux de sous-déclaration des AES », 2009.

⁵ <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2014/Surveillance-des-accidents-avec-exposition-au-sang-dans-les-etablissements-de-sante-francais>

d'Investigation et de Surveillance des Infections Nosocomiales. En extrapolant au nombre de lits total, ce seraient 26 151 AES qui auraient été déclarés en 2012 aux médecins du travail de l'ensemble des établissements de santé français.

Pour l'ensemble des établissements de santé participants et dans la cohorte stable des 342 hôpitaux qui ont participé chaque année de 2008 à 2012, les taux d'incidence AES pour 100 lits ont diminué de 14,9 % et 13,9 % respectivement.

L'accident percutané a été la cause la plus fréquente d'AES rapportée, et a représenté 14 885 AES en 2012 soit 79 % de la totalité, principalement dans le cadre de blessures par piqûre (n=12 842), la moitié d'entre elles étant liée à la manipulation des aiguilles (48,8 %) qui reste le principal type d'exposition signalée. La part croissante des matériels de sécurité commandés par les établissements, quel que soit le dispositif médical considéré, tend à sécuriser davantage de gestes au fur et à mesure des années.



Répartition des AES selon la nature de l'exposition en 2011 (n=17 148) et 2012 (n=18 829), rapport résultats AES-RAISIN 2011/2012

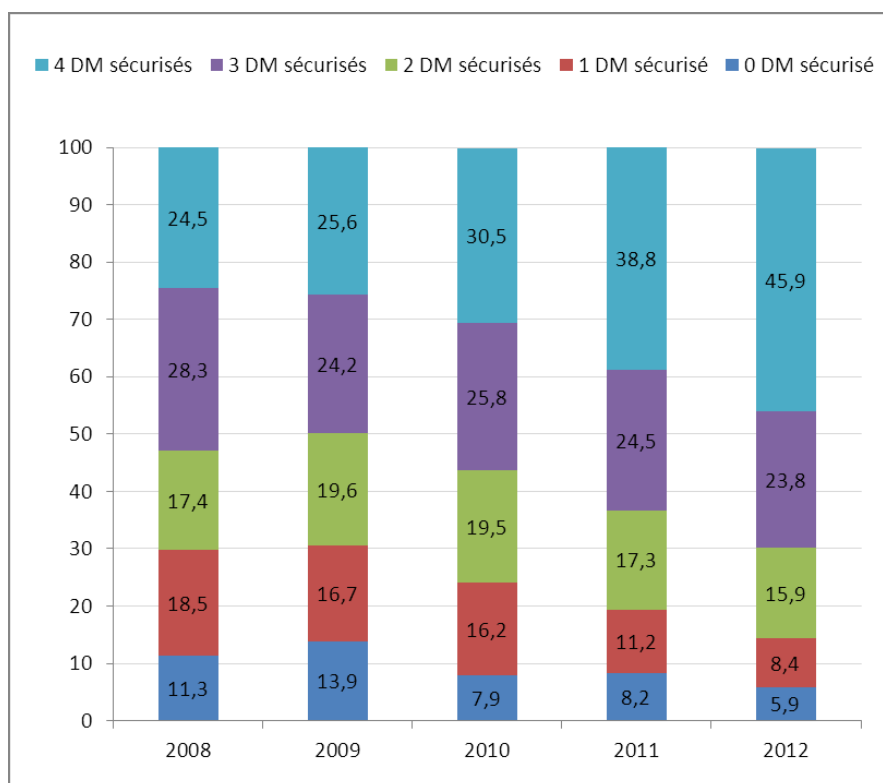
Protéger la santé des soignants et par là-même celle des patients, c'est aussi leur donner les moyens de se former et d'utiliser des dispositifs médicaux sécurisés. L'utilisation de ces dispositifs de sécurité est un des éléments essentiels à la prévention des blessures par piqûre d'aiguille. Ces équipements doivent répondre à certains critères, notamment :

- Le mécanisme de sécurité est automatique ou peut être activé d'une seule main
- Dans la continuité du geste, **idéalement lorsque l'aiguille est encore sous la peau,**
- La sécurité doit être irréversible, et le mécanisme doit être intégré au dispositif...
- Les mains du personnel soignant sont toujours situées à l'arrière de la partie coupante

L'adoption de ces dispositifs reste aujourd'hui très inégale selon les établissements avec un écart significatif entre le privé et le public. Entre 2006 et 2009, pour les établissements privés participant au réseau français RAISIN, la part de matériel de sécurité sur l'ensemble des achats est passée de 0,1% à 10,6% en 2009⁶. Mais cette part reste très en deçà de celle des établissements publics, qui se monte à 56,7%. Le secteur privé accuse ici un retard conséquent.

Un article publié en novembre 2012⁷ basé sur les résultats du réseau RAISIN/GERES a étudié spécifiquement l'utilisation des matériels de sécurité, il met en avant une commande croissante de dispositifs médicaux sécurisés parmi les 4 ciblés dans la surveillance (cathéters, seringues à gaz du sang, aiguilles pour CIP, aiguilles à ailette), ainsi qu'une tendance à sécuriser davantage de dispositifs médicaux : en 2010, seulement 7,9% des établissements ne sécurisaient aucun des 4 dispositifs alors que ce chiffre se montait à 18% en 2006. En 2010, 30% des établissements de santé commandaient les 4 dispositifs médicaux ciblés sécurisés contre seulement 17% en 2006. Une tendance confirmée en 2011 et 2012.

En 2012, 45,9% des établissements de santé commandaient les 4 dispositifs médicaux ciblés sécurisés, et seulement 5,9% n'en sécurisaient aucun.



Résultats AES-RAISIN 2011-2012

⁶ Présentation des premiers résultats RAISIN 2009 par Christian Rabaud lors de la conférence GERES de décembre 2011.

⁷ Suivi des AES dans les établissements de santé. Place et intérêt des matériels de sécurité. N. Floret et al , Feuilles de biologie, novembre 2012.

Les infirmiers libéraux en première ligne

L'enquête réalisée par la FNI et le GERES d'octobre à novembre 2013⁸, auprès de 1870 infirmiers libéraux, montre que 62 % des infirmiers ou infirmières libéraux ont déjà été victimes d'un AES par piqûre d'aiguille au cours de leur carrière.

Sur un an, 53% des infirmiers libéraux se blessent 1 à 2 fois avec du matériel piquant/coupant (AES percutané). Ces accidents impliquent à 97% une aiguille.

Les soins en cours lors de l'AES concernent en particulier les injections sous-cutanées (43%), les prélèvements de sang capillaire (21%), et les prélèvements de sang veineux (17%). Dans le secteur libéral, 40% des infirmiers n'utilisent pas de matériel sécurisé. Souvent parce que le matériel est fourni par des tiers, et l'infirmier doit s'adapter à ce matériel pas toujours sécurisé :

- Kits fournis directement par le laboratoire d'analyse médicale
- Matériel fourni par le patient : stylos à insuline, vaccins avec recapuchonnage

Après un AES, seuls 19% des infirmiers ont consulté dans les 48h un médecin des urgences ou un référent médical hospitalier pour évaluer le risque infectieux lié à cet accident, la majorité parce qu'ils jugeaient le risque minime ou nul. Et 86% ne déclarent pas cet accident du travail.

Le manque d'information et l'éloignement d'un centre hospitalier référent compliquent la démarche pour les infirmiers libéraux. De plus, ils ne bénéficient pas comme les infirmiers salariés de la couverture souscrite par l'employeur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles. La démarche - souvent non effectuée - de souscription d'une assurance complémentaire relève de leur propre initiative. Il faut tenir compte de ces différences et adapter ce qui a pu être déployé à l'hôpital, dans un environnement qui favorise la prévention, l'organisation des soins.

Philippe Tisserand, président de la FNI (Fédération Nationale des Infirmiers)

« Depuis plusieurs années, nous avons pris conscience de l'exposition aux AES fréquente des infirmiers libéraux, avec un déficit d'informations et de suivi de ces AES. Un décalage important existe entre les moyens mis en place dans le secteur hospitalier pour prévenir et prendre en charge ces AES, et ceux du secteur libéral. La priorité donnée à la lutte contre les AES à l'hôpital a entraîné une diminution forte du nombre d'AES, alors que dans le secteur libéral, ce nombre continue sa progression. Il est essentiel d'agir sur la prévention en développant l'utilisation du matériel sécurisé dans le secteur libéral, et l'information. De plus, la création d'un circuit de prise en charge rapide et spécifique au niveau des urgences des infirmiers libéraux est également un élément clé pour la protection de la santé des infirmiers et donc des patients. »

⁸ Enquête FNI/GERES 2012

Un renforcement réglementaire à saluer

En mars 2010, l'Union Européenne a adopté la Directive 2010/32/UE sur la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et sanitaire susceptibles de causer une infection chez les professionnels de santé, dans le secteur public comme dans le secteur privé. Cette Directive a été transposée en France au travers de deux textes :

- un décret n° 2013-607 du 9 juillet 2013⁹ relatif à la protection contre les risques biologiques auxquels sont soumis certains travailleurs susceptibles d'être en contact avec des objets perforants ;
- un arrêté du 10 juillet 2013¹⁰ relatif à la prévention des risques biologiques auxquels sont soumis certains travailleurs susceptibles d'être en contact avec des objets perforants

Ces textes détaillent désormais les mesures qui s'imposent à tout employeur, accordant une place essentielle à l'évaluation des risques, surtout si elle fait apparaître des risques de blessure et d'infection. La gestion du risque AES ne doit donc plus reposer simplement sur le document unique d'évaluation des risques professionnels, bien que ce document reste central. Des mesures obligatoires s'imposent à la suite de cette évaluation des risques.

Incontestablement, la mise en œuvre de ce dispositif est de nature à réduire le risque AES. Par ailleurs, les nouveaux textes applicables depuis la transposition de la directive européenne faciliteront les condamnations pénales des employeurs et l'indemnisation des victimes d'AES qui pourront invoquer la faute inexcusable de l'employeur et ainsi obtenir l'indemnisation de l'intégralité de leurs préjudices (et pas simplement la perte de revenus).

Ces deux textes – décret et arrêté de 2013 – ne s'appliquent cependant pas aux professions libérales, quel que soit le lieu où sont effectués les soins.

Comment effectuer l'évaluation des risques AES ?

- Procéder à un inventaire des risques
- Déterminer la nature, la durée et conditions de l'exposition des professionnels
- Respecter le classement en 4 groupes des agents biologiques en fonction de l'importance du risque d'infection et le classement des maladies professionnelles dues à l'exposition aux agents biologiques
- porter une attention particulière sur les dangers des agents biologiques susceptibles d'être présents dans l'organisme des patients ou de personnes décédées
- Analyser ses propres pratiques au regard des précautions standards AES

Source : ANALYS SANTE

⁹ <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027689086&categorieLien=id>

¹⁰ <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027914606&dateTexte&categorieLien=id>

Thierry Casagrande, directeur juridique d'ANALYS SANTE

« L'arrêté et le décret publiés en juillet 2013 pour transposer la directive européenne viennent préciser le cadre pour la prévention des AES, et augmentent les contraintes pour les établissements et les professionnels. L'indemnisation des salariés ou agents publics victimes d'AES est facilitée, ainsi que la mise en cause de la responsabilité pénale de l'employeur. L'obligation d'utiliser du matériel sécurisé est désormais dans les textes. Les impacts attendus sont la diminution du nombre d'AES, et un meilleur traitement des accidents. La traçabilité des formations du personnel devra être plus rigoureuse, avec une information sur les risques et la réglementation en vigueur. Une évaluation spécifique des risques devra systématiquement être réalisée. »

L'employeur est responsable de la protection des employés contre les blessures par objets coupants, et a une obligation de se mettre en conformité vis-à-vis de la loi. La Directive européenne ne fait que confirmer cette responsabilité. D'ailleurs, certains établissements de santé ont d'ores et déjà mis en œuvre un environnement de travail plus sûr, avec notamment l'utilisation de dispositifs de sécurité malgré des budgets constants.

Là où il existe un risque de blessure ou d'infection, ce risque doit être éliminé en :

- Spécifiant des procédures de sécurité pour l'utilisation et l'élimination des dispositifs médicaux tranchants,
- Fournissant des dispositifs médicaux de sécurité,
- Interdisant le recapuchonnage des aiguilles.

Les travailleurs doivent signaler tous les incidents impliquant des objets tranchants et les employeurs prendront en charge les personnels blessés en assurant les tests médicaux nécessaires, une prophylaxie post-exposition, un accompagnement psychologique, une rééducation, un maintien dans l'emploi, une indemnisation et un respect de la confidentialité, selon les accords ou la législation en place à l'échelle nationale et/ou sectorielle.

Des solutions efficaces à déployer hors du milieu hospitalier

Le système de santé public français utilise déjà les dispositifs de sécurité pour certains actes à risques. Il existe depuis de nombreuses années une forte mobilisation au niveau des établissements hospitaliers pour la prévention des AES, car elle est intégrée dans la surveillance des infections nosocomiales. Les équipes hygiène et la santé au travail ont mis au point ensemble des procédures, l'achat de matériel et des formations.

Protéger. Vacciner le personnel soignant lorsque le vaccin existe : contre l'hépatite B. Utiliser les dispositifs médicaux de sécurité qui existent (épicrâniennes, héparines, micro-lances de sécurité, corps de pompe pour hémocultures, collecteurs pour objets piquants, coupants, tranchants,...).

Informier et former. Informer et former le personnel sur les AES et les protocoles de soins intégrant l'aspect sécurité. Ces étapes pourraient se faire très tôt dans la carrière professionnelle, au niveau même des écoles.

Evaluer. Mettre en place un dispositif de prise en charge et d'enregistrement des AES dans toutes les structures de soins. Evaluer (au moins annuellement par le biais du Document Unique) les actions entreprises. Interpréter les données de surveillance pour orienter les axes de prévention.

La mise en place de la conduite à tenir lors d'un AES est un élément important à considérer dans la stratégie de prévention. Un AES est une urgence médicale : il faut interrompre la tâche en cours et procéder selon un protocole général. La conduite à tenir doit être adaptée en fonction des spécificités de chaque structure de soins, réactualisée si nécessaire, et affichée.

CONDUITE A TENIR EN CAS D'AES¹¹

- Soins locaux immédiats (lavage, désinfection).
- Obtention rapide du statut du patient source (accord, confidentialité) pour savoir s'il est porteur d'un pathogène.
- Consultation d'un médecin (au mieux référent) dans les heures qui suivent, pour évaluer les risques de transmission virale en fonction de la nature et de la gravité de l'accident, d'une part, et du statut du patient source, d'autre part. Prescription éventuelle d'un traitement.
- Déclaration d'accident de travail dans les 48h envoyée à la Caisse d'Assurance Maladie.
- Surveillance sérologique et clinique ultérieure adaptée au risque, incluant les aspects médico-légaux.
- Analyse des causes de l'accident, permettant de faire progresser la prévention.
- Usage de préservatifs pendant la période de suivi. Pas de don de sang pendant la période de suivi.

¹¹ http://www.geres.org/05-qfaes/05_cat.htm

Traitement(s) instauré(s) par le médecin référent avec l'accord de l'intéressé : prophylactique en cas de risque d'exposition au virus du Sida (bi ou trithérapie...), thérapeutique en cas d'infection au virus de l'hépatite C confirmée.

Pr Christian Rabaud, infectiologue au CHU de Nancy - Hôpitaux de Brabois, vice-président du GERES¹², responsable du CCLIN¹³ Est, président de la SPILF¹⁴

« L'incidence des AES a plutôt tendance à baisser, avec la diffusion du matériel sécurisé et les actions de sensibilisation/ information/formation. Ces deux facteurs diminuent significativement les AES. La diminution a été forte au niveau de l'hôpital et aujourd'hui, nous avons beaucoup encore à gagner dans le monde libéral, où le problème reste la prise en charge du matériel sécurisé. La vaccination des professionnels de santé a également fait évoluer la situation. L'infection par le virus de l'hépatite B a été réglée par la vaccination du personnel de santé. Les infections par les virus VHC ou VIH sont mieux traitées aujourd'hui qu'il y a 20 ans. Mais de nouveaux risques infectieux arrivent, comme le virus Ebola, avec une mortalité supérieure à 50%. Il faut rester vigilant, et continuer à œuvrer pour diminuer le nombre d'AES et leur gravité. »

Le cas particulier des EHPAD, par le Dr Jean-Antoine Rosati, vice-président de la FFAMCO (Fédération française des associations de médecins coordonnateurs en EHPAD)

« Souvent dans les EHPAD, la prévention des AES incombe au médecin coordonnateur, seul médecin de l'EHPAD. Les boîtes de recueil des coupants existent aujourd'hui dans toutes les structures, et le personnel est sensibilisé. Et nous adaptons le matériel dès que c'est possible pour diminuer le risque d'AES. Par exemple, pour l'héparine, un fabricant la proposait avec un dispositif sécurisé, nous commandions donc exclusivement cette marque. Ensuite, ce dispositif a été adopté par tous les fabricants d'héparine. Les risques sont moins grands que dans les hôpitaux, les patients traités étant moins infectés par le VHC ou le VIH. Pour un EHPAD comme le nôtre de 110 lits, le nombre d'AES par an est de 3 ou 4, et à chaque fois, le contrôle est négatif sur ces virus. »

¹² Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants aux agents infectieux.

¹³ Centre de coordination de lutte contre les infections nosocomiales

¹⁴ Société de pathologie infectieuse de langue française

L'enjeu des laboratoires de biologie médicale

Les laboratoires de biologie médicale du secteur privé prélèvent chaque année un très grand nombre d'échantillons sanguins – environ 80 millions pour l'année 2013¹⁵. Ce qui en fait le secteur n°1 en nombre de prélèvements sanguins en France. Ce secteur se convertit peu à peu aux dispositifs sécurisés mais leur utilisation reste encore très faible, elle était estimée à 7,4% en 2005¹⁶ et serait proche de 20% en 2013.

En France, même si la quasi-totalité du prélèvement sanguin fait à l'hôpital public est sécurisée, l'utilisation de dispositifs non sécurisés est encore la règle dans le secteur des laboratoires de biologie médicale.

Néanmoins, la réglementation des laboratoires de biologie médicale a évolué, favorisant le regroupement de laboratoires entre eux. Avec la norme ISO 15189, certains groupements de laboratoires du secteur privé ont intégré l'utilisation de dispositifs médicaux sécurisés à leur système qualité afin de répondre aux exigences ISO et fournir à leur personnel et aux patients un environnement et des conditions de travail les plus sûrs. Dans les laboratoires d'analyse privés, l'accréditation COFRAC intègre la partie pré-analytique avec les prélèvements des patients, et la prévention des AES est un élément qui est pris en compte par certains groupements de laboratoires

Des efforts ont été faits. Une étude publiée en 2007 avec des données de 2005¹⁶ sur les laboratoires privés d'analyse médicale avait montré qu'un certain nombre d'établissements n'utilisaient pas de containers pour le recueil des aiguilles usagées. Aujourd'hui, tous en utilisent.

Le coût des dispositifs sécurisés est plus dilué pour un laboratoire d'analyse médicale - où à l'acte de prélèvement s'ajoutent les actes techniques d'analyse - que pour une infirmière libérale qui achèteraient son propre matériel de prélèvement.

Bruno Rousset-Rouvière, vice-président du Syndicat des Biologistes, Président de Bioqualité

« Les laboratoires d'analyse médicale ont évolué vers plus de sécurité ces dernières années, c'est certain. Mais nous avons besoin d'une nouvelle étude pour analyser la proportion de laboratoires d'analyses médicales qui utilisent des dispositifs sécurisés, depuis quand, et l'évolution du nombre d'AES, et avoir ainsi des chiffres récents et fiables. L'enjeu pour les biologistes est de taille car les AES avec les accidents de trajets sont les plus grosses déclarations d'accidents du travail. »

¹⁵ Fichier Biolam 2013 - code analyse 9105 – Forfait sécurité pour échantillon sanguin

¹⁶ Risque d'exposition au sang lors des prélèvements veineux – 2007 – GERES / INRS – TF159

Une surveillance des AES à maintenir

Priorité nationale depuis 1998, la surveillance des AES demeure une des priorités du programme national de prévention des infections nosocomiales (PROPIN 2009-2013), déclinaison dans les établissements de santé (ES) du Plan stratégique national de prévention des infections associées aux soins 2009-2013. Sous l'égide du Réseau d'Alerte, d'Investigation et de Surveillance des infections nosocomiales (RAISIN) et avec le Groupe d'Étude sur le Risque d'Exposition des Soignants aux agents infectieux (GERES), la surveillance des AES utilise des méthodes harmonisées au niveau national depuis 2002. L'objectif de cette surveillance est de décrire les circonstances précises de survenue des AES pour améliorer leur connaissance et guider les stratégies de prévention.

Le nouveau programme PROPIN 2014-2018 devrait être présenté d'ici à la fin de l'année et la surveillance des AES pourrait plutôt s'orienter vers la couverture vaccinale des soignants, et une surveillance à l'échelle régionales des AES.

Pr Elisabeth Bouvet, présidente du GERES

« Il est question aujourd'hui d'exercer une surveillance moins détaillée, moins exhaustive des risques d'AES, peut-être de laisser le soin à chaque hôpital d'exercer le suivi des AES et des actions de prévention mises en place. Les Autorités Sanitaires s'intéressent également plus au volet vaccination du personnel soignant, plutôt que de la surveillance des AES. Mais nous savons que dès que la pression est levée, le risque d'AES remonte. Nous l'avons observé dans notre hôpital, dès que le niveau d'informations baisse, le taux d'accidents augmente. Il faut rester très vigilant, d'autant plus que de nouveaux risques peuvent toujours survenir. Nous sommes en alerte depuis deux mois avec le virus Ebola, qui se transmet non seulement par le sang mais également par les muqueuses. Il faut examiner le patient avec des gants, des mesures sont à prendre avec les personnes en contact avec le patient. Il est très important de continuer une surveillance resserrée. »

Lancement d'un prix BD

Ce prix a pour objectif de mettre à l'honneur les établissements qui ont sensibilisé leurs salariés aux risques AES et organisé la prévention de ce risque, dans le respect des bonnes pratiques et en conformité avec la réglementation rappelant l'importance de cette prévention (arrête de juillet 2013).

Ce prix BD 2014 est le premier du genre. Les lauréats recevront une plaque trophée faisant mention de ce prix, et verront leurs initiatives prises comme exemple via une couverture media dans la presse spécialisée.

Catégorie	Gagnant
Prix Clinique	Clinique Pont de Chaume (Montauban)
Prix EHPAD	EHPAD Ste Bernadette (Troyes)
Prix LABM	CBM du Havre (Cerba)
Prix Hôpital	CHU de Nantes

PRIX SÉCURITÉ BD FRANCE 2014

BD, partenaire du GERES,
récompense **la Clinique du Pont de Chaume** (Montauban)
pour son engagement dans la protection de son personnel
contre les Accidents d'Exposition au Sang.

PRIX SÉCURITÉ BD FRANCE 2014

BD, partenaire du GERES,
récompense **l'EHPAD Sainte Bernadette** (Troyes)
pour son engagement dans la protection de son personnel
contre les accidents d'exposition au sang.

PRIX SÉCURITÉ BD FRANCE 2014

BD, partenaire du GERES,
récompense **le Centre de Biologie Médicale du Havre**
pour son engagement dans la protection de son personnel
contre les accidents d'exposition au sang.

PRIX SÉCURITÉ BD FRANCE 2014

BD, partenaire du GERES,
récompense **le CHU de Nantes**
pour son engagement dans la protection de son personnel
contre les accidents d'exposition au sang.

Prix Clinique : clinique Pont de Chaume, à Montauban, clinique du groupe Védici

Jacques Mercadal, pharmacien

« Une enquête de la médecine du travail sur les trois dernières années a montré que 69% des AES étaient provoqués par des piqûres, injections ou prélèvements, avec la mise en cause des aiguilles. Un audit a été réalisé au niveau des services, et l'utilisation d'aiguilles sécurisées a été mise en place au début de l'année, pour réduire significativement le nombre d'AES. Même si nous n'avons que peu de recul, sur les cinq premiers mois d'utilisation de ce matériel sécurisé, nous n'avons eu que quelques AES, contre 25 à 30 sur l'année habituellement. Après une période d'adaptation au matériel, cette utilisation est entrée dans les usages. Nous avons également au niveau du service de chimiothérapie supprimé les aiguilles pour reconstituer les poches, en utilisant un nouveau dispositif. Ces actions ont été complétées par de l'information et des formations auprès de personnel soignant, soit environ 200 personnes. »

Prix EHPAD: EHPAD Sainte Bernadette, à Troyes

Isabelle Vaillot, directrice EHPAD Sainte Bernadette

« Notre établissement a ouvert en juin 2011, et nous savions que la directive européenne allait être transposée dans le droit français. La centrale de référencement Helpévia nous a présenté les aiguilles sécurisées de BD. L'infirmière référente, ainsi que les deux infirmières de l'équipe ont eu une formation par BD sur les aiguilles sécurisées et les perfusions sous-cutanées. En tant qu'employeur, j'ai le devoir d'assurer la sécurité et le confort des salariés et des résidents. Le matériel sécurisé a été mis en place en septembre dernier. Cette mise en place a permis de revoir nos protocoles, de formaliser nos actions de prévention. Il est vrai que pour des petites structures telles que la nôtre, le coût de ce matériel pèse sur nos budgets, mais il en va de la sécurité de nos salariés, et si ces actions de préventions évitent des AES, nous évitons les dépenses de prise en charge et de traitement de ces AES. »

Prix LABM : laboratoire du Centre de Biologie Médicale du Havre (CBM76), laboratoire du réseau CERBA EUROPEAN LAB.

Marion Jarnot, qualitiennne au Laboratoire du Centre de Biologie Médicale

« Le nombre d'AES est suivi depuis sept ans au sein de notre laboratoire avec un indicateur annuel, la prévention de ces accidents étant un point essentiel dans la protection de nos salariés et partenaires. Un très grand nombre de prélèvements est effectué chaque jour, en partie par des salariés du laboratoire – 40 préleveurs – et par des infirmières libérales – environ 200. Chaque année, nous avons à déplorer 2 à 3 AES au sein de nos salariés. Afin d'améliorer la sécurité de l'ensemble des préleveurs, nous avons mis en place en février 2014 des kits utilisant des aiguilles sécurisées. Un responsable de BD s'est déplacé sur tous nos sites pour former nos salariés, des réunions d'informations ont été également organisées pour former les infirmières libérales à l'utilisation de ces aiguilles, de deux types : classique ou avec un petit retour veineux. Tous les préleveurs ont été intéressés et ont tout de suite intégré ce matériel sécurisé dans leurs pratiques. Depuis février, nous n'avons pas eu d'AES. Nous allons suivre l'impact de ce matériel sécurisé avec notre indicateur annuel. »

Prix Hôpital : CHU de Nantes

Olivier Sellal, pharmacien coordinateur CHU de Nantes

« Depuis les années 2000, le CHU de Nantes est engagé dans la diminution du risque d'AES, quand cela est possible, au travers d'un travail collaboratif au sein du Groupe AES du CHU intégrant la Médecine du travail, la Pharmacie centrale, l'Unité de gestion des risques infectieux et les utilisateurs. Nous menons des analyses de risque, en hiérarchisant les catégories de dispositifs médicaux protégés à référencer au regard des risques identifiés localement, et un classement des gestes en fonction de leur dangerosité et de l'exposition aux AES. Chaque plan d'action a, au fil des années, été présenté à la Direction des affaires financières du CHU pour valider le financement des projets d'implantation de DM sécurisés. Des actions d'implantation ont été ensuite coordonnées avec la direction générale, la médecine du travail, la direction des soins, l'hygiène, la pharmacie et les services soignants. Ces actions ont été suivies et validées dans le temps, et des évolutions du matériel ont été intégrées. En 2007, les systèmes automatiques de rétractation de l'aiguille dans la veine ont entraîné une baisse significative des AES. Cette preuve d'efficacité a permis de continuer la mise en place de nouveaux matériels, avec en 2010, les aiguilles sécurisées pour l'injection d'insuline, et en 2013, les dispositifs sécurisés pour les cathéters. Au fur et à mesure de l'évolution du matériel sécurisé, le nombre d'AES a diminué. L'un des enjeux a été de faire vivre les formations, de les tracer en collaboration avec Becton Dickinson, et de veiller à ce que chaque nouveau salarié soit informé et formé. Le suivi de ces actions dans le temps est essentiel. »

Le rôle des industriels

BD (Becton, Dickinson and Company) est une entreprise d'envergure internationale, spécialisée dans la technologie médicale. Elle développe, fabrique et commercialise des fournitures et du matériel pour le secteur médical, des instruments de laboratoire, des anticorps, des réactifs et des produits de diagnostic par l'intermédiaire de ses trois segments: BD Medical, BD Diagnostics et BD Biosciences.

Fondée en 1897, BD emploie environ 30 000 collaborateurs dans plus de 50 pays, et son siège social est situé à Franklin Lakes, dans le New Jersey, aux États-Unis. En France, BD emploie 1700 collaborateurs répartis sur deux sites : le Pont-de-Claix (Isère) et Rungis (Val de Marne). Pionnière en matière de dispositifs médicaux, BD a fait de la sécurité des professionnels de santé et des patients l'une de ses priorités, anticipant souvent les exigences réglementaires. Cette priorité a conduit BD à développer une gamme de dispositifs médicaux et de concepts pour limiter le risque infectieux.

En partenariat avec les établissements de santé et les organismes de soins à domicile, BD apporte des solutions (tests moléculaires, dispositifs médicaux de sécurité adaptés, formation des utilisateurs...) et mesure l'efficacité des actions entreprises. BD s'attache aussi à diffuser les informations autour de la réglementation ainsi qu'à diffuser les résultats d'études scientifiques montrant l'efficacité des dispositifs de sécurité dans la prévention des AES, notamment via un site internet lancé en juin 2012.