



Centre de Coordination de la Lutte
contre les Infections Nosocomiales
de l'Interrégion Paris-Nord



AES 2000

Réseau de surveillance des Accidents d'Exposition au Sang

CCLIN Paris-Nord - 15-21 rue de l'Ecole de Médecine, 75006 PARIS
Tel : 01.40.46.42.00 Fax : 01.40.46.42.17 - <http://www.ccr.jussieu.fr/cclin>

SOMMAIRE

RÉSUMÉ	4
1 OBJECTIFS DE LA SURVEILLANCE	5
2 MÉTHODE	6
3 RÉSULTATS GLOBAUX	6
3.1 CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ACCIDENTÉE	6
3.2 FRÉQUENCE GLOBALE DES AES	7
4 ANALYSE DESCRIPTIVE DES AES	8
4.1 ANALYSE PAR SPÉCIALITÉ	8
4.2 DÉLAI DE SURVENUE	9
4.3 LIEU DE SURVENUE	9
4.4 LES TÂCHES ET MÉCANISMES EN CAUSE LORS DES AES	10
4.5 ACCIDENTS SURVENUS PENDANT LE GESTE	11
4.6 ACCIDENTS SURVENUS APRÈS LE GESTE	12
4.7 ACCIDENTS SURVENANT SANS RAPPORT DIRECT AVEC LE SOIN	14
4.8 CIRCONSTANCES FAVORISANTES	14
4.9 PORT DE GANTS	14
4.10 CONTENEUR À PROXIMITÉ	15
4.11 STATUT DU PATIENT SOURCE	15
4.11.1 STATUT VIS À VIS DU VIH	15
4.11.2 STATUT VIS À VIS DES VIRUS DES HÉPATITES B ET C	16
4.12 ATTITUDE À LA SUITE DE L'AES	16
4.13 ACCIDENTS ÉVITABLES	16
4.14 GRAVITÉ DE L'EXPOSITION	16
5 SYNTHÈSE ET DISCUSSION	17
CONCLUSION	19

Les coordonnateurs du réseau de surveillance des AES du CCLIN Paris-Nord souhaitent remercier les correspondants du réseau et les membres du comité de pilotage:

Correspondants du réseau

Mme. Monique ANDROUET , C.H. DE MEULAN , MEULAN ; Dr Frédérique BAULANDE, CH GILLES DE CORBEIL, CORBEIL ; Dr Gérard BAULANDE, CH LOUISE MICHEL D'EVRY, EVRY ; Dr. Chantal BERNARD- SCOTTEZ , C.H. DE CALAIS , CALAIS ; Dr. Martine BERTHIER , C.H. D'ORSAY , ORSAY ; Dr. Sylvie BIGNON , CH de VERSAILLES , LE CHESNAY ; Patricia BLEROT , C.H. D'ABBEVILLE , ABBEVILLE ; Dr. Nadine de BOLLARDIERE, C.H. RAMBOUILLET , RAMBOUILLET ; Dr. Christian BONENFANT , C.H. D'ARMENTIERES , ARMENTIERES ; Dr. Marie Françoise CHARPENTIER , CH DE COMPIEGNE , COMPIEGNE ; Dr. Marie-Françoise CHAUDIERES , C.H. DE MONTEREAU , MONTEREAU-FAULT-YONNE ; Dr. Anne COUSIN , C.H. DE BOULOGNE , BOULOGNE-SUR-MER ; Dr. Anne-Catherine DELAVELLE , CENTRE HOSPITALIER , LA FERRE ; Dr. Thérèse DELOISON , C.H. DE LENS , LENS ; Dr. Aline DEMORTIER , C.H. DE LAON , LAON ; Dr. Patrick DUBOIS , C.H. DE FONTAINEBLEAU , FONTAINEBLEAU ; Huguette DUVAL , C.H. RAMBOUILLET , RAMBOUILLET ; Dr. Annie GOUIFFES , C. H. DE BELVEDERE , MONT-SAINT-AIGNAN ; Dr. Gérard GUINET , C.H. D'EVREUX , EVREUX ; Dr. Philippe HAMLIN , HOPITAL SAINT-CAMILLE - BRY S/M , BRY-SURMARNE ; Dr. Marie-Anne HUBSCHER , C. H. DU HAVRE , LE HAVRE ; Dr. Hélène JACQUELIN , C.H. D'ARPAJON , ARPAJON ; Dr. Marie-Annick KIERS , C.H. DE BAILLEUL , BAILLEUL ; Dr. Françoise LAMOTTE , CTRE HOSP. ANDRE GREGOIRE , MONTREUIL ; Dr. Philippe MAINGUEUX , C.H. DE MONTDIDIER , MONTDIDIER ; Dr. MALBEC , C.H. ROBERT BALLANGER , AULNAY-SOUS-BOIS ; Dr. Esther MALKA , C.H. DE GONESSE , GONESSE ; Dr. MAOUS , HOPITAL COMMUNAL DE PUTEAUX , PUTEAUX ; Dr. Claudette N'GUYEN , CTRE HOSPITALIER VICTOR DUPOUY , ARGENTEUIL ; Dr. Pascale OCHIN , C.H.TOURCOING , TOURCOING ; Dr. Pascale OCHIN , CH de Wattrelos , WATTRELOS ; Dr. Yves OUTTIER , C.H. DE DUNKERQUE , DUNKERQUE ; Dr. Jean Pierre PAPON , HOPITAL AMERICAIN , NEUILLY-SUR-SEINE ; Dr. Catherine PHILIPPON DOUTRELLOT , C. H. U. D'AMIENS HOPITAL SUD , AMIENS ; Dr. Yves PLANTUREUX , C.H DE VERNON , VERNON ; Mme. Bernadette PONS , C.H. LEON BINET DE PROVINS , PROVINS ; Mme. Corinne POURRIER , HOPITAL DE CHAUNY , CHAUNY ; Dr. REDELSPERGER , C.H. MARC JACQUET , MELUN ; Dr. Thérèse SAPIN , C.H. TOURCOING , TOURCOING ; Dr. Véronique SAUVAGE-PELLE , CHI EAUBONNE MONTMORENCY , EAUBONNE ; Dr. Pierre SAUVAGET , C.H.MAISON-BLANCHE , NEUILLY-SUR-MARNE ; Dr. Amar SMAIL , C.H.U. D'AMIENS HOPITAL NORD , AMIENS ; Dr. Marie-José SOBEL , Fondation Hôpital SAINT JOSEPH , PARIS ; Dr. Agnès SUEUR , C. H. DE DOULLENS , DOULLENS ; Dr. Martine TRIMBACH , Hôpital N-D DU PERPETUEL SECOURS , LEVALLOIS-PERRET ; Dr. Claire VU , C.H. Dr FRITSCHI-BEAUMONT , BEAUMONT-SUR-OISE ; Dr. Abdenacer ZEGHIB , HOPITAL MAX FOURESTIER , NANTERRE

Membres du comité de pilotage

Mme. Monique ANDROUET, CHI Meulan-les-Mureaux, Meulan ; M. Le Dr. Pascal ASTAGNEAU, CCLIN Paris-Nord ; Mme. Le Dr.Sylvie; BIGNON, Médecine du Travail, CH de Versailles, Le Chesnay ; Mme. Le Pr. Elisabeth BOUVET, CCLIN Paris-Nord ; M. le Pr. Gilles BRÜCKER, CCLIN Paris-Nord ; Mme. Le Dr. Marie-Françoise CHARPENTIER, Médecine du Travail, CH de Compiègne, Compiègne ; Mme. Le Dr. Aline DEMORTIER, Médecine du Travail, CH de Laon, Laon ; Mme. Micheline DHERBECOURT, Médecine Interne, CH de Gonesse, Gonesse ; Mme. Le Dr. Marie-Anne HUBSCHER, Médecine du Travail, Hôpital Jean Monod, Le Havre ; Mme. Le Dr. Esther MALKA, Médecine du Travail, CH de Gonesse, Gonesse ; Mme. Le Dr. Hélène MELEY BAZIN, CHG de Rambouillet, Rambouillet ; M. Le Dr. Amar SMAIL, Médecine du Travail, CHU Amiens Nord, Amiens ; Mme. Le Dr. Marie-José SOBEL, Médecine du Travail, CH Fondation Saint Joseph, Paris ; M. Le Dr. Arnaud TARANTOLA, CCLIN Paris-Nord.

Coordination du réseau

Dr. A. TARANTOLA, Dr. F. L'HERITEAU

Sour la direction de :

Dr. P. ASTAGNEAU
Pr. E. BOUVET
Pr. G. BRÜCKER

Analyse et rédaction du rapport

Dr. F. L'HERITEAU
En collaboration avec M. Alban GRESLE

Résumé

Au cours de l'année 2000, un total de 1639 accidents d'exposition au sang (AES) ont été recensés dans 47 établissements ayant participé au réseau.

Les personnel de soins paramédicaux ont notifié la plupart des AES (1183 soit 72,2%). Parmi eux, les infirmières étaient les principales victimes avec 807 AES. Les médecins ont notifié 127 AES et les chirurgiens en ont notifié 95.

Les AES déclarés se répartissaient en 1277 piqûres (77,9%), 132 coupures (8,1%) et 196 projections cutanéomuqueuses (12%).

Les services les plus concernés ont été la médecine adulte (21,4%), les blocs opératoires (13,9%) et les urgences (10,7%). En réanimation et en chirurgie sont survenus respectivement 6,2% et 9,1% des AES. Le lieu de survenue de l'AES était le plus souvent la chambre du malade (45,5%), la salle d'opération (13,7%) ou le poste de soin (9,1%).

La très grande majorité des AES (85,1%) sont survenus dans les 3 premières heures après la prise de poste. La tâche en cours lors de l'AES était le plus souvent un prélèvement (20,2%), une injection (16,1%), ou de la chirurgie (10,3%) ; il s'agissait de soins d'hygiène dans 8,8% des AES. Près de la moitié des AES (41,1%) sont survenus après le geste.

Selon le mécanisme de l'accident, 649 AES (39,6%) auraient pu être évités si les précautions universelles avaient été respectées.

Le personnel concerné a déclaré ne pas porter de gants dans 683 AES (41,7%). Il n'y avait pas de conteneur disponible lors d'un geste à risque dans 19,2% des AES.

La victime de l'AES n'était pas vaccinée contre l'hépatite virale B dans 0,5% des cas et son statut vaccinal était inconnu dans 8,8% des cas.

Le statut sérologique du patient source était inconnu vis à vis du VIH dans 21% des cas, vis à vis du virus de l'hépatite C (VHC) dans 23,2% des cas et vis à vis de l'antigène HBs dans 25,5% des cas.. Le patient source était connu comme infecté par le VIH dans 3,5% des cas, séropositif pour le VHC dans 74,5% des cas, et porteur l'antigène HBs dans 2% des cas.

L'inoculum sanguin (et donc la gravité de l'exposition) a pu être estimé dans 39,4% des AES par piqûre. Il était considéré comme massif dans 21,5% d'entre eux, modéré dans 27,2% et faible dans 51,3%.

1 Objectifs de la surveillance

En France, les pouvoirs publics ont prévu dès 1988 la mise en place de Centres de Lutte contre les Infections Nosocomiales dans chaque établissement public ou participant au service public.

Depuis 1993, la coordination de la lutte contre les infections nosocomiales en France est assurée par 5 Centres de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales (CCLIN). La surveillance des accidents exposant au sang (AES) est l'une des missions prioritaires du programme de lutte au niveau national. En effet, le risque de transmission des agents infectieux, en particulier du VIH, VHB et VHC en milieu de soin fait partie de la problématique de l'hygiène hospitalière et, plus généralement pour le personnel, de la sécurité et de la qualité des soins.

Mis en place en 1995 par le CCLIN Paris-Nord et les médecins du travail de 65 hôpitaux publics (hors Assistance Publique - Hôpitaux de Paris qui assure indépendamment depuis 1991 une surveillance des AES sur ses établissements de soins) et privés participant au service public du nord de la France, le Réseau de surveillance des AES.

L'objectif est de surveiller et de prévenir les AES, permettant ainsi d'identifier les facteurs favorisant et de diminuer le risque de transmission de tout pathogène contenu dans le sang à des soignants, ainsi que le risque de transmission soignant-soigné, risque beaucoup plus faible mais non nul.

Ce réseau a pour but de recueillir:

- la fréquence et le type d'AES
- les circonstances de survenue des AES
- les matériels en cause lors de la survenue des AES
- les méthodes de prévention adoptées par les soignants
- le recours à une chimioprophylaxie antirétrovirale

2 Méthode

Les enquêteurs des hôpitaux du réseau ont recensé de manière continue, prospective et exhaustive les AES déclarés par les membres du personnel de leur établissement auprès de la médecine du travail. Les questionnaires ont été recueillis dans chacun des centres par un enquêteur principal qui était soit le médecin du travail soit un enquêteur choisi par les membres du CLIN en accord avec le médecin du travail rattaché à l'établissement (infirmière, surveillante, surveillante hygiéniste, médecin, pharmacien, etc.). CES questionnaires étaient établis sur le modèle mis au point par le Groupe d'Etude des Risques d'exposition des soignants aux agents infectieux (GERES). L'ensemble des questionnaires de l'établissement était adressé au coordinateur de l'étude au CCLIN Paris-Nord. Les questionnaires étaient ensuite codés à l'aide d'un guide de codage puis saisis et analysés à l'aide du logiciel Epi-info.

L'AES était défini comme “ tout accident survenant en contact avec le sang ou un liquide biologique souillé de sang et comportant une effraction cutanée (piqûre, coupure) ou une projection sur muqueuse (œil, bouche) ou sur peau lésée (eczéma, plaie...), qu'il y ait ou non décision de suivi sérologique et médical ”.

3 Résultats globaux

Les résultats qui suivent portent sur les 1639 accidents recueillis au cours de l'année 2000 dans 47 établissements.

Les données manquantes de certaines rubriques expliquent que le total des AES ne soit pas toujours égal à 1639.

3.1 Caractéristiques de la population accidentée

Le personnel de soins a notifié 1183 AES, dont 807 chez les infirmiers, 236 chez les aides-soignantes et 140 chez les différents élèves (infirmières, aide soignantes, sage femmes).

127 AES (7,7%) ont été colligés chez les médecins, 29 (1,8%) chez les étudiants en médecine et 95 (5,8%) chez les chirurgiens.

Tableau 1 : Couverture vaccinale vis à vis de l'hépatite B

	Infirmières	AS/AH	Elèves	Médecins	Chirurgiens	Total
Vaccinés	704	199	124	101	72	1200
En cours	4	5	2	4	1	16
Non vaccinés	0	4	0	3	0	7
Immunisés	35	9	3	5	4	56
Non renseigné	63	19	11	12	18	123
Total	807	236	140	127	95	1405

Parmi l'ensemble des personnels, la couverture vaccinale 1390 84,8%. Le statut vaccinal n'était pas renseigné dans 144 AES (8,8%) et 9 victimes d'AES (0,5%) ont déclaré ne pas être vaccinées.

3.2 Fréquence globale des AES

Il s'agit de :

- 1277 (77.9%) piqûres,
- 132 (8.1%) coupures,
- 196 (12.0%) projections cutanéomuqueuses.

La répartition des AES selon la fonction de l'agent accidenté figure dans le tableau 2 (pour les déclarations renseignées pour ces 2 items).

Tableau 2 : Répartition du type d'AES selon la fonction

	Infirmières	AS/AH	Elèves	Médecins	Chirurgiens	Total
Piqûres	652	184	121	97	68	1122
Projections	84	20	16	16	12	148
Coupures	52	25	3	12	13	105
Autre	5	3	0	1	0	9
Total	807	236	140	127	95	1405

51.3% des **piqûres** sont considérées comme superficielles, 34.8% comme profondes.

Le type de piqûre n'est pas précisé dans 13.9% des cas.

Pour les **coupures**, elles sont considérées comme superficielles dans 45.5% des cas et profondes dans 42.4% des cas.

Le type de coupure n'est pas précisé dans 12.1% des cas.

Le nombre total de **projections** déclaré est de 196.

Le siège des projections est:

- les yeux dans 52.0%
- le visage dans 23.5%
- la peau lésée dans 24.5%

4 Analyse descriptive des AES

4.1 Analyse par spécialité

Tableau 3 : Nombre d'AES et leur proportion en fonction des divers services de l'établissement

Services	Nombre de cas	%
Médecine	351	21.4%
Chirurgie	149	9.1%
Bloc opératoire	228	13.9%
Urgences	176	10.7%
Réanimation	102	6.2%
Long et moyen séjour	125	7.6%
Gynéco-obstétrique	65	4.0%
Laboratoire	34	2.1%
Pédiatrie	59	3.6%
Services généraux	20	1.2%
Imagerie médicale	23	1.4%
Consultations	17	1.0%
Psychiatrie	47	2.9%
Hôpital de jour	0	0.0%
Hospitalisation à domicile	2	0.1%

Tableau 4 : Répartition du type d'AES selon la fonction en médecine

Type	Infirmières	AS/AH	Elèves	Médecins
Piqûres	205	27	41	13
Coupures	7	3	1	0
Projections	15	4	2	0
Autres	0	0	0	1
Total	231	35	44	14

4.2 Délai de survenue

Le délai de survenue de l'accident par rapport à la prise de poste est:

- de moins de 3 heures 1395 (85.1%)
- entre 3 et 6 heures 1 (0.1%)
- entre 6 et 9 heures 2 (0.1%)
- plus de 9 heures 0 (0.0%)
- non renseigné 241 (14.7%)

Chez les chirurgiens (où l'activité à risque est continue) le délai de survenue est de moins de 3 heures dans 58 cas (61%) et non renseigné dans 37 cas (39%).

4.3 Lieu de survenue

Tableau 5 : Lieu de survenue des AES

Lieu	Nombre de cas	Pourcentage du total
chambre du malade	745	45.5%
box d'examen	90	5.5%
salle d'opération	225	13.7%
poste de soins	149	9.1%
couloir	42	2.6%
salle de soin d'urgence	2	0.1%
laverie	0	0.0%
laboratoire	24	1.5%
local à déchets	10	0.6%
salle de travail	26	1.6%
poste radiologique, scan ou echo	15	0,9%
poste de prélèvement	2	0,1%
salle de réveil	10	0,6%

Le pourcentage restant correspond à des AES survenus dans divers lieux tels que: poste de radiologie vasculaire et d'angiographie, lingerie, réception des prélèvements, SAMU ou à des données manquantes.

4.4 Les tâches et mécanismes en cause lors des AES

Tableau 6 : Répartition des AES selon la tâche en cours

Tâches	Nombre	Pourcentage
	55	3,4%
Assistance chirurgicale	49	3,0%
Assistance infirmière	46	2,8%
Assistance médicale	10	0,6%
Assistance opératoire	17	1,0%
Autre tâche	2	0,1%
Autres soins	66	4,0%
Chirurgie	169	10,3%
Injections	264	16,1%
Maintenance réparation	2	0,1%
Nettoyage	42	2,6%
Nursing	144	8,8%
Perfusions	172	10,5%
Ponctions et biopsies	26	1,6%
Procédure medicotechnique	14	0,9%
Prélèvement	331	20,2%
Rangement	105	6,4%
Transport poubelle	98	6,0%
Tâche de laboratoire	25	1,5%
Tâche non renseignée	2	0,1%
<i>Total</i>	<i>1639</i>	<i>100,0%</i>

Tableau 7 : Répartition des AES selon le mécanisme en cause

Mécanismes	Nombre	Pourcentage
En manipulant une aiguille	595	36,3 %
Retrait à travers la peau	167	10,2 %
En suturant	125	7,6 %
En recapuchonnant	79	4,8 %
En désadaptant	67	4,1 %
En manipulant des instruments souillés	397	24,2 %
En ramassant pour éliminer	65	4,0 %
En posant sur un plateau	98	6,0 %
Objet traînant dans une poubelle	58	3,5 %
En manipulant des conteneurs	204	12,4 %
En introduisant le matériel	150	9,2 %
Conteneur trop plein	25	1,5 %
En manipulant une lame	53	3,2 %
En manipulant des prélèvements	22	1,3 %
En manipulant des bocal	1	0,1 %
En intervenant sur un appareil	2	0,1 %
Autres	137	8,4 %

Les principaux mécanismes des AES peuvent être analysés en considérant ceux survenus pendant le geste d'une part et d'autre part ceux survenus le geste une fois terminé:

4.5 Accidents survenus pendant le geste

Ils représentent 489 accidents, soit **29,8 %** des AES.

- Accidents survenant lors de l'introduction de l'aiguille à travers la peau : 51 AES (3,1%).
- Accidents survenant lors du retrait de l'aiguille à travers la peau : 167 AES (10,2%).
- Pose de perfusions (piqûres au retrait du mandrin) : 30 AES (1,8%).
- Injections sous cutanées : 64 AES (13,1 %).
- Injections intramusculaires : 7 AES (0,4%).
- Sutures : 125 AES (7,6%).
- Faux mouvements, chute de matériel et autres manipulations d'aiguilles : 68 AES (4,1%).

Tableau 8 : Répartition des AES survenus pendant le geste selon la tâche en cours

Tâches	Nombre	Pourcentage
.	6	1,2%
Assistance chirurgicale	12	2,5%
Assistance infirmière	21	4,3%
Assistance médicale	4	0,8%
Assistance opératoire	12	2,5%
Autre tâche	0	0,0%
Autres soins	33	6,7%
Chirurgie	105	21,5%
Injections	76	15,5%
Maintenance réparation	0	0,0%
Nettoyage	0	0,0%
Nursing	41	8,4%
Perfusions	66	13,5%
Ponctions et biopsies	13	2,7%
Procédure medicotechnique	4	0,8%
Prélèvement	89	18,2%
Rangement	3	0,6%
Tâche de laboratoire	4	0,8%
Tâche non renseignée	0	0,0%
<i>Total</i>	<i>489</i>	<i>100,0%</i>

4.6 Accidents survenus après le geste

Ils représentent 673 accidents, soit **41,1 %** des AES.

Piquer ou retirer l'aiguille d'un bouchon, d'une membrane ou d'une tubulure caoutchouc sont des opérations à l'origine de 23 AES, soit 1,4% des accidents.

4 % des AES sont survenus en **ramassant des objets piquants ou tranchants** pour les éliminer.

Les AES liés aux **objets souillés** se répartissent en :

- traînants sur le plateau ou sur la table: 0 (0,0%)
- jetés dans une poubelle : 58 (3,5%)
- traînant sur le sol: 32 (2,0%)
- présent dans champs opératoires ou des compresses: 69 (4,2%)
- présent dans le linge et le lit: 24 (1,5%).

Les accidents liés au **conteneur** sont au nombre de 202. Ils surviennent lors de l'introduction du matériel pour 150 accidents (9,2%). Vingt-cinq AES (1,5%) sont liés aux conteneurs trop pleins.

79 AES (4,8%) sont survenus lors du **recapuchonnage**.

La **désadaptation** manuelle des aiguilles et lancettes est liée à 67 AES (4,1%).

Tableau 9 : Répartition des AES survenus après le geste selon la tâche en cours

Tâches	Nombre	Pourcentage
.	11	1,6%
Assistance chirurgicale	6	0,9%
Assistance infirmière	14	2,1%
Assistance médicale	3	0,4%
Assistance opératoire	0	0,0%
Autre tâche	1	0,1%
Autres soins	18	2,7%
Chirurgie	13	1,9%
Injections	139	20,7%
Maintenance réparation	0	0,0%
Nettoyage	30	4,5%
Nursing	37	5,5%
Perfusions	61	9,1%
Ponctions et biopsies	7	1,0%
Procédure médico-technique	3	0,4%
Prélèvement	155	23,0%
Rangement	83	12,3%
Transport poubelle	91	13,5%
Tâche de laboratoire	1	0,1%
Tâche non renseignée	0	0,0%
<i>Total</i>	<i>673</i>	<i>100,0%</i>

4.7 Accidents survenant sans rapport direct avec le soin

Tableau 10 : AES survenant sans rapport direct avec le soin

Tâche	Nombre	Pourcentage
Tâches de laboratoire	25	1,5%
Procédures médico-techniques	14	0,9%
Transport poubelles	98	6,0%
Rangement	105	6,4%
Maintenance, réparation	46	2,8%

4.8 Circonstances favorisantes

Tableau 11 : Circonstances favorisantes lors des AES

Circonstances favorisantes	Nombre	Pourcentage
Contexte d'urgence	235	14,3%
Malade difficile	193	11,8%
Malade agité	181	11,0%
Effectif incomplet	79	4,8%
Interruption par un tiers	63	3,8%

4.9 Port de gants

Lors des accidents, 882 fois (53,8%), le personnel concerné déclare porter des gants, 683 (41,7%) déclarent ne pas en porter, (4,5% non réponse).

Les personnels qui reconnaissent ne pas porter de gants sont :

- Infirmières 398 (58%)
- AS/AH 95 (14%)
- Elèves 74 (11%)
- Médecins 15 (2,2%)
- Chirurgiens 15 (2,2%)

Les raisons évoquées pour le non port de gants sont :

- Port non systématique 147
- Rendent maladroit 14
- Oubli 10
- N'en portent jamais 8
- Sans objet 5
- Gants déjà enlevés 36
- Manque temps (urgence) 12
- Inadaptés 1
- Malade non infecté 2

4.10 Conteneur à proximité

On note l'absence d'un conteneur dans 314 cas où la tâche aurait nécessité sa présence. Les raisons de l'absence citées sont:

- Conteneur non a proximité (fixe) 63 cas
- Jugé inutile pour cette tâche 6 cas
- Oubli 6 cas
- Plateau utilisé 3 cas
- Inadaptés 2 cas
- Non disponibles 2 cas
- Ne l'emporte jamais 1 cas
- Urgence, pressé 0 cas
- Divers 1 cas

4.11 Statut du patient source

4.11.1 Statut vis à vis du VIH

Pour 57 des AES (3,5%), le patient source était connu comme infecté par le VIH.

15 étaient au stade de SIDA avéré, 1 ARC, 0 primo-infection, 0 asymptomatique et 41 inconnu.

Sur ces 57 AES, 37 sont des piqûres, 3 sont des coupures, et 13 sont des projections.

Le statut VIH du patient source était négatif dans 1110 cas (67,7%) et inconnu dans 344 cas (21%). Il n'était pas renseigné dans 128 cas (7,8%). Au total il n'était donc pas possible de conclure dans 28,8% des cas

4.11.2 Statut vis à vis des virus des hépatites B et C

32 patients sources (2%) étaient connus comme porteur de l'antigène HBs, 895 comme non porteurs (54,6%) et 418 de sérologie inconnue (25,5%). Le statut sérologique B n'était pas renseigné pour 293 AES (17,9%).

La sérologie de l'hépatite C du patient source était positive dans 73 cas (4,5%), négative dans 968 (59,1%) et inconnue dans 380 (23,2%). Elle n'était pas renseignée dans 218 cas (13,3%).

4.12 Attitude à la suite de l'AES

Sur le total des AES, le lavage est pratiqué dans 1375 cas (83,9%).

Un antiseptique est utilisé dans 85,1% des cas.

Un traitement prophylactique est proposé dans 108 cas, soit 6,6% des AES.

4.13 Accidents évitables

649 accidents (39,6%) auraient pu être évités si les consignes de précautions universelles avaient été respectées, notamment 79 piqûres survenues à la suite de recapuchonnage.

4.14 Gravité de l'exposition

Certaines piqûres étaient renseignées pour tous les critères permettant d'estimer l'inoculum sanguin et par conséquent le risque de transmission virale en cas de portage chez le patient source: profondeur, aiguille de faible ou large calibre (selon les matériels) et ayant servi ou non à un geste intravasculaire (selon le mécanisme) (cf. étude cas-témoins du CDC).

Seules certaines piqûres sont renseignées pour l'ensemble de ces critères et la totalité des piqûres renseignées ne représentent donc pas la totalité des piqûres recensées.

Le nombre total de piqûres documentées pour l'ensemble des critères nécessaires était de 503.

L'inoculum sanguin - et donc le risque infectieux potentiel - qu'a entraîné la piqûre a été considéré comme :

- massif dans 108 cas
- modéré dans 137 cas
- faible dans 258 cas

5 Synthèse et discussion

La majorité des AES (72,2%) sont déclarés par le personnel paramédical et les différents élèves (infirmières, aides soignantes, sage femmes). Le nombre d'AES déclaré par les chirurgiens est inférieur à celui déclaré par les médecins. Compte tenu du plus grand nombre de gestes à risque effectués par les chirurgiens, il est possible que les AES soient sous déclarés dans cette catégorie.

Les accidents percutanés (APC) représentent 86% des AES déclarés; les piqûres sont les APC les plus souvent déclarés. Compte tenu des informations recueillies, la gravité de l'exposition (liée à l'inoculum) n'a pu être estimée que dans 39% des AES par piqûre. Ce risque est considéré comme faible dans un peu plus de la moitié d'entre eux. Les AES par projections sont plus rarement déclarés (12%). La moitié d'entre eux sont des projections oculaires.

La couverture vaccinale contre l'hépatite B parmi les personnels déclarant l'AES est bonne avec une absence de vaccination dans seulement 0,5% des cas. Cependant, le statut vaccinal de la personne accidentée est inconnu dans 8,8% des cas, ce qui peut laisser envisager une absence de vaccination atteignant 9% des AES.

La très grande majorité des AES (85%) a lieu pendant les trois premières heures après la prise de poste. Ceci peut s'expliquer par le fait que cette période correspond à la plupart des gestes à risques effectués par les personnels paramédicaux (qui déclarent l'essentiel des AES).

Les services déclarant le plus d'AES sont les services de médecine (21,4%), les blocs opératoires (13,9%), et les services d'urgence (10,7%). Les services de chirurgie et de moyen long séjour en déclarent moins (9,1% et 7,6% respectivement). Malgré une fréquence élevée des gestes à risque, les services de réanimation ne déclarent que 6,2% des AES. Ceci peut

s'expliquer par le plus faible nombre de ces services et des lits, comparativement aux autres services.

Le lieu de survenue de l'AES permet parfois d'en déduire la proximité ou non du patient source au moment de l'accident. Dans certains lieux (chambre, salle d'opération, box d'examen, salle de réveil), il est probable que le l' AES se soit produit à proximité immédiate du malade. Les AES qui se produisent à distance (poste de soin, couloir, local à déchets, laboratoire), et pourraient donc être évités par l'élimination immédiate du matériel, représentent au moins 13% des AES.

La tâche en cours au moment de l'AES est un soin infirmier (perfusion, injection prélèvement) dans près de la moitié des cas. Une intervention chirurgicale est en cause dans un AES sur dix. Les AES au cours de tâches sans rapport avec le patient source (transport de poubelle, rangement, nettoyage) représentent 15% des AES.

La proportion d'AES survenus après le geste reste élevée (41,1%). La plus grande partie d'entre eux pourrait être évitée si les précautions universelles étaient respectées : manipulation d'instruments souillés (24,2%), manipulation de conteneurs (12,4%), recapuchonnage (4,8%) ou désadaptation (4,1%) d'aiguilles. Dans près d'un cas sur cinq il n'y a pas de conteneur à proximité lors d'une situation à risque. Dans près de la moitié des cas le personnel concerné ne porte pas de gants.

La proportion d'AES évitable est néanmoins plus faible que les années précédentes (53,1% en 1995, 45,5% en 1999, 39,6% en 2000). Cette diminution des AES évitables pourrait être due à une différence des hôpitaux participants à la surveillance d'une année sur l'autre. Cependant, la stabilité des membres du réseau AES rend cette hypothèse peu probable. Il est plus vraisemblable que cette diminution est liée aux actions de prévention entreprises dans les établissements. Ces résultats encourageants soulignent l'importance de poursuivre cette surveillance.

Les circonstances favorisant les AES (contexte d'urgence, geste difficile, malade agité, effectif incomplet, interruption de la tâche) sont retrouvés dans 4 à 14% des AES.

Conclusion

La poursuite de cette surveillance en réseau permet de mettre en évidence une persistance d'accidents évitables, bien qu'en diminution depuis les années précédentes. En l'absence de dénominateurs il est difficile de mettre en évidence une diminution de l'incidence des AES qu'ont pu entraîner la mise à disposition des matériels de sécurité au cours de ces dernières années. Des études spécifiques, évaluant des dénominateurs pertinents et facile à recueillir dans le contexte d'un réseau de surveillance, devrait aider à répondre à ces questions.

L'informatisation du réseau et la saisie directe des données par les référents devraient permettre pour les prochaines années une meilleure réactivité du système.