

# 25<sup>e</sup> Journée annuelle du GERES, Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants aux agents infectieux

Paris, 27 novembre 2015

AUTEUR :

L. Petre, interne en santé au travail

EN  
RÉSUMÉ

Cette 25<sup>e</sup> journée annuelle du GERES (Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants aux agents infectieux), consacrée au personnel soignant, a permis d'aborder l'évolution de la gestion et de la surveillance des accidents d'exposition au sang ou aux liquides biologiques (AES) et de faire le point, notamment, sur la tuberculose, les vaccinations et la démarche à suivre en cas de maladies émergentes (en particulier Ebola) en milieu de soins.

#### MOTS CLÉS

Personnel soignant /  
accident d'exposition  
au sang - AES /  
tuberculose /  
vaccination / risque  
biologique / maladie  
infectieuse / risque  
émergent / milieu  
de soins

## AES - 25 ANS DE SURVEILLANCE ET DE PRÉVENTION DES RISQUES INFECTIEUX PROFESSIONNELS

### ÉVOLUTION DE LA SURVEILLANCE ANNUELLE RAISIN

#### BILAN DE 15 ANS DE SURVEILLANCE NATIONALE DES AES

*C. Rabaud, Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (Cclin) Est et Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales et associées aux soins (RAISIN)*

Créé en 2001, RAISIN est issu du partenariat entre les 5 Cclin et l'Institut de veille sanitaire (InVS). Au niveau national, il coordonne la surveillance des infections nosocomiales (IN) et offre un cadre pour l'harmonisation et la coordination des activités de signalement et de surveillance. La surveillance natio-

nale des accidents d'exposition au sang ou aux liquides biologiques (AES) assurée par RAISIN est un projet dynamique et fédérateur, mené en collaboration avec l'InVS et le GERES (Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants aux agents infectieux), centré autour de l'évaluation, de l'action et de la démarche de qualité. Tourné vers les soignants, il fédère les médecins du travail pour lesquels il représente un outil de suivi des AES moderne et spécifique.

#### PROJET PILOTE DE MAINTIEN D'UNE SURVEILLANCE DES AES

*F. L'Heriteau, Cclin Paris Nord*

Les objectifs du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections liées aux soins (IAS) ont été en partie atteints, s'agissant des AES. En effet, pour l'ensemble des établissements inclus les taux d'AES pour 100 lits d'hospitalisation ont diminué de 14,9 % entre 2008 et 2012. La proportion des AES jugés évitables est passée de 45,8 % en 2008 à 43,3 % en 2012.

## 25<sup>e</sup> journée annuelle du GERES (Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants aux agents infectieux)

Les 5 réseaux prioritaires de surveillance des IAS étaient jusqu'à présent : IAS en réanimation (REA), infections de site opératoire (ISO), accidents exposant au sang (AES), bactéries multi-résistantes (BMR) et consommations d'antibiotiques (ATB). Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, la surveillance des AES n'est plus une priorité nationale en termes d'IAS mais reste réglementaire au sein des établissements de santé (ES).

Une enquête a été menée afin de dénombrer les ES souhaitant poursuivre la surveillance AES avec le même outil Web-AES : plus de 200 réponses positives ont été enregistrées. Le guide méthodologique et l'application Web-AES restent disponibles (<https://projet.chu-besancon.fr/aes>). Le GERES propose, sous réserve de financement, de continuer à réunir un copilotage et de poursuivre une surveillance avec les hôpitaux volontaires.

### RÉSEAU NATIONAL DE SURVEILLANCE DE LA VACCINATION ET CARNET DE VACCINATION ÉLECTRONIQUE

*N. Floret, Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales (ARLIN) Franche-Comté et E. Nicand, centre de vaccinations internationales de l'hôpital d'instruction des armées Robert Picqué*

Le programme national d'amélioration de la politique vaccinale 2012-2017 a notamment comme objectif d'améliorer l'accès aux données du carnet de vaccination, qui devrait être dématérialisé dans le but de faciliter et d'évaluer ce suivi. Pour cela, un carnet de vaccination électronique (CVE) va être mis à disposition des médecins, notamment des médecins du travail, pour faciliter leur pratique quotidienne. Ce nouveau système global de gestion d'information et de communication, mesvaccins.net ([www.mesvaccins.net](http://www.mesvaccins.net)), se veut

un système expert qui fera le lien entre la population générale, les experts, les autorités sanitaires et les professionnels de santé, tout en responsabilisant le citoyen et en luttant contre la désinformation. Une étude pilote, basée sur le volontariat, va être menée en 2016 pour évaluer la mise en place et l'utilisation de ce CVE au sein des établissements de santé ayant participé à la surveillance AES en 2014.

### PROTECTION DES PERSONNELS

#### ÉVOLUTION DES TEXTES RÉGLEMENTAIRES – PANORAMA DEPUIS 25 ANS ET JURISPRUDENCE

*T. Casagrande, ANALYS-SANTÉ*

Après un rappel sur la jurisprudence des droits au travail depuis le XVIII<sup>e</sup> siècle, l'intervenant présente la nouvelle directive européenne AES (2010/32/UE) transposée en droit français par l'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.

L'arrêté du 10 juillet 2013 impose à l'employeur une obligation particulière de prudence et de sécurité. Le non-respect de cette obligation engage sa responsabilité pénale et renforce le caractère inexcusable de la faute en cas d'AES.

Les trois principales mesures qui s'imposent à un employeur en matière d'AES sont : la mise en œuvre des précautions standard AES (rappelées en annexe I de l'arrêté), la suppression de l'usage inutile d'objets perforants et la mise à disposition de dispositifs médicaux de sécurité lorsque les résultats de l'évaluation des risques montrent un risque de blessure par objet perforant (art. 3 de l'arrêté).

En conclusion, l'employeur doit organiser la formation de tout per-

sonnel exposé dans les services, veiller au respect des procédures d'accidents du travail-maladies professionnelles, organiser la prise en charge après AES en informant sur la conduite à tenir, afficher les consignes de sécurité, mettre à disposition du matériel sécurisé adapté, analyser les causes et les circonstances des AES, établir et mettre à jour un document unique (par établissement), respecter les droits de la victime d'un AES.

#### INTERFACE ÉQUIPE OPÉRATIONNELLE D'HYGIÈNE (EOH) ET MÉDECINE DU TRAVAIL

*D. Abiteboul, GERES et I. Lolom, biohygieniste Unité d'hygiène et de lutte contre l'infection nosocomiale*

Un dispositif de gestion du risque infectieux lié aux AES a été mis en place, depuis 1990, à l'hôpital Bichat-Claude Bernard. En plus de la surveillance des AES, ce dispositif permet de définir la politique de prévention : choix des matériels de sécurité, évaluation sur le terrain, formation... Le recensement des AES par les médecins du travail via le registre des accidents bénins est complété par le remplissage du questionnaire anonyme « GERES » lors de la consultation. Depuis 2004, l'hôpital Bichat participe à la surveillance RAISIN. Ce dispositif a permis d'avoir une approche pluridisciplinaire (médecine du travail, hygiène, pharmacie...) qui a eu un impact fort sur les AES, et s'est avéré applicable à d'autres problématiques (tuberculose, vaccination, risques émergents...). Cependant, étant peu exploitées par les cadres, la diffusion annuelle des données de surveillance a été jugée insuffisante. Face à la diminution des effectifs en médecine du travail, à l'augmentation de la charge de travail des EOH et à la moindre dispo-

nibilité des soignants de terrain, la question du devenir de cette dynamique se pose.

## RISQUE TUBERCULOSE

### ENQUÊTE AUPRÈS DES MÉDECINS DU TRAVAIL SUR LA CONNAISSANCE DU GUIDE GERES « SURVEILLANCE DES PERSONNELS DE SANTÉ VIS-À-VIS DU RISQUE DE TUBERCULOSE » ET SUR LES PRATIQUES

*D. Abiteboul, GERES et J.F. Gehanno, Société française de médecine du travail*

Des propositions de recommandations pour les médecins du travail sur la place des tests IGRA (*Interferon-Gamma Release Assays*) et des autres examens complémentaires à utiliser pour la surveillance du personnel de santé vis-à-vis du risque de tuberculose ont été faites par un groupe pluridisciplinaire coordonné par le GERES. Elles ont donné lieu à un rapport « *Surveillance des personnels de santé vis-à-vis du risque de tuberculose – Place des tests IGRA et des autres examens complémentaires* » disponible à l'adresse : [www.geres.org/docpdf/GuideIgraMT.pdf](http://www.geres.org/docpdf/GuideIgraMT.pdf).

À l'embauche, la réalisation d'un test IGRA couplé à un test IDR (intradermoreaction) à la tuberculine est conseillée et la radiographie de thorax n'est pas systématique. Pour le suivi post-contage, un test IGRA est réalisé à To et à 12 semaines ; il n'y a pas de radiographie à réaliser si le test IGRA est négatif et on peut alors arrêter le suivi. En ce qui concerne la surveillance des personnels les plus exposés, l'accent est mis sur la collaboration entre l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) et

le médecin du travail (respect des mesures d'isolement, signalement des contages, enquêtes autour des cas...) sans nécessité d'effectuer un test IDR, un test IGRA ou une radiographie de façon systématique non ciblée.

L'enquête a été menée d'abord en 2013 (recueillant 36 réponses), puis répétée en 2015 (35 réponses) : 72 % des médecins du travail interrogés utilisent le QuantiFERON®-TB Gold avec un seuil de positivité à 0,35 UI.ml<sup>-1</sup> et 75 % d'entre eux pratiquent un nouveau test si le résultat se trouve dans la « zone grise », soit entre 0,35 UI.ml<sup>-1</sup> et 0,7 UI.ml<sup>-1</sup>. En 2015, la majorité des médecins effectue à l'embauche un test IDR puis un test IGRA en cas de variation de l'IDR > 10 mm ou si l'IDR > 15 mm. Uniquement 3 % des médecins utilisent un test IDR seule à l'embauche en 2015, par rapport à 17 % en 2013. En ce qui concerne l'enquête autour d'un cas de tuberculose contagieuse, 56 % des médecins utilisent l'IGRA seul, 41 % IDR et IGRA couplés et seuls 8 % l'IDR seule. La radiographie thoracique à l'embauche reste systématique pour 57 % des médecins.

### POINT D'INFORMATION SUR LE NOUVEAU TEST QUANTIFERON®

*E. Ollivier, Société Qiagen*

Le nouveau test QuantiFERON®-TB Gold Plus (QFT®-Plus ELISA), qui remplacera progressivement le test QFT® Gold, est une amélioration du test actuel offrant une sensibilité plus élevée (> 96 %), une meilleure reproductibilité, une technologie innovante basée sur les lymphocytes T CD8+, tout en ayant un coût similaire, des procédures et des principes inchangés, mis à part le prélèvement d'un tube supplémentaire.

Outre les performances renforcées (meilleure spécificité et sensibilité) de ce nouveau test, l'amélioration des performances chez les groupes à haut risque (les patients immunodéprimés, VIH/SIDA...) est à souligner.

## DÉMARCHE INRS-GERES « EPI/PATHOGÈNES ÉMERGENTS »

### POINT DES PROBLÈMES POSÉS PAR LES TENUES FACE À EBOLA

*I. Balty et M.C. Bayeux-Dunglas, INRS*

De nombreuses recommandations existent en France et à l'étranger sur les différents vêtements de protection contre la maladie à virus Ebola : selon l'avis du 9 décembre 2014 du Haut Conseil de la santé publique (HCSP), la tenue doit avoir un niveau minimum 4B (étanche aux brouillards) et un niveau cible 3B (étanche aux liquides) indispensable en cas d'exposition à une quantité importante de liquides biologiques. Certains points critiques ont été observés concernant la tenue et sont liés, d'une part, à la tenue elle-même (ordre de mise en place, accessoires – surbottes, passe-pouces) et d'autre part, au déshabillage, moment le plus critique car à haut risque de contamination pour le soignant. Les combinaisons ont des capuches très couvrantes, ce qui entraîne plusieurs inconvénients : champ visuel réduit, gêne auditive. Par ailleurs, la combinaison 3B entraîne un inconfort thermique rapide. La combinaison 4B est plus souple et confortable mais elle ne garantit pas de protection en cas d'exposition à une quantité importante de

**25<sup>e</sup> journée annuelle du GERES**

(Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants aux agents infectieux)

liquides ; son utilisation n'est donc envisageable que pour certaines situations peu exposantes ou nécessite d'être complétée par des accessoires (tablier, manchettes et surblouse imperméables).

Une réflexion est lancée avec le GERES sur une tenue plus facile à utiliser en milieu de soins. Par ailleurs, l'élaboration d'un guide simple de choix des équipements de protection individuelle (EPI) en fonction du statut du patient et du type d'exposition serait particulièrement utile, notamment pour les risques émergents futurs.

**ACTUALITÉS SUR LES ÉTUDES DU GERES****RISQUE D'AES LIÉS AUX PERFORANTS CONTENUS DANS LES AUTOTESTS (SAISINE HCSP)**

*G. Pellissier, GERES*

Il s'agit d'une demande d'information adressée au GERES par le HCSP en septembre 2015, concernant les autotests de dépistage VIH.

Concernant ces autotests, il n'y a pas d'obligation faite aux producteurs de fournir un dispositif sécurisé dans le kit (de fait, certains autotests ou dispositifs de surveillance de glycémie sont commercialisés avec un dispositif non sécurisé pour réaliser le prélèvement capillaire). Malgré l'utilisation de ces autotests par une population plus à risque (autotest VIH), le risque est néanmoins très faible avec les autopiqueurs auto-rétractables.

Cependant, ont été recensés, *via* le programme de surveillance nationale des contaminations professionnelles VIH, VHB, VHC chez les soignants (InVS, décembre 2009),

2 cas de contamination par piqûres lors de prélèvements capillaires :

- un cas de contamination VIH présumé chez une infirmière, en 1988, par piqûre avec une lancette lors d'une glycémie capillaire ;
- une contamination VHC chez une infirmière, en 1989, par piqûre lors d'une glycémie capillaire.

Selon le bilan autotest VIH du 31 octobre 2015, 9 000 pharmacies ont commandé environ 70 000 autotests (soit plus d'une pharmacie sur 3 qui dispose en moyenne de 7 tests, vendus à 20-30 euros et non remboursables). Une enquête conduite par une pharmacie en ligne a montré que 36 % des utilisateurs ont déclaré avoir utilisé le test pour un premier dépistage ; pour les autres, le dernier dépistage remontait à 4 ans en moyenne.

**PRISE EN CHARGE DES EXPOSITIONS VIRALES – GROUPE AES INTERCORE-VIH IDF NORD - IDF OUEST**

*E. Rouveix, Comité de coordination régionale de la lutte contre le VIH Île-de-France Ouest (COREVIH IDF Ouest)*

Il existe en France 28 Comités de coordination régionale de la lutte contre le VIH (COREVIH), définis par arrêté préfectoral, dont 5 en Île-de-France (IDF Centre, IDF Sud, IDF Est, IDF Nord, IDF Ouest). Les COREVIH ont pour mission de favoriser, sur leur territoire, la coordination des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des patients VIH+.

Un groupe de travail sur les AES et AEV (accidents d'exposition au risque viral) existe entre COREVIH IDF Nord et Ouest et le GERES depuis 2011.

Contrairement aux AES professionnels, surveillés par les médecins du travail et les Cclin, avec l'implication du GERES, il n'existe aucune surveillance des situations d'exposition au risque viral (risques sexuels). Faciliter la prise en charge de ces situations fait partie des missions des CORE-VIH. Dans ce but, les situations d'exposition au risque viral en Île-de-France vont bénéficier d'une surveillance grâce à un réseau de services volontaires (services d'accueil d'urgence – SAU – et services référents). Les données seront traitées et analysées par le GERES.