



## Sommaire

### RÉSEAUX DE SURVEILLANCE

- 2 AES : résultats 2004 de l'interrégion Nord
- 4 12 années de surveillance des SARM à l'AP-HP
- 7 Mise en place d'un interCLIN psychiatrique

### EN DIRECT DES ÉTABLISSEMENTS

- 9 Prévalence des IN en hôpital psychiatrique
- 11 Épidémie à *Enterobacter aerogenes* au CHU d'Amiens
- 13 Indicateurs de lutte contre les IN au CHRU de Lille
- 15 Information des patients sur les IN

### MISE AU POINT

- 17 Indicateurs de suivi du risque nosocomial

### DROIT DES PATIENTS

- 19 Présentation des CRCI

### SIGNALEMENT

- 21 Tableau de bord du CCLIN Paris-Nord

### 22 EMPLOIS

### 23 CONGRÈS

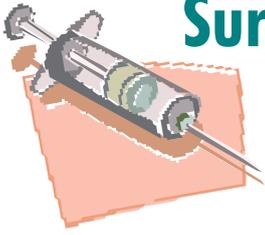
La lutte contre les infections nosocomiales a connu ces deux dernières années un nouvel élan. Le programme 2005-2008 affiche en effet clairement plusieurs axes qui peuvent se résumer ainsi : mettre en place un tableau de bord comprenant des indicateurs chiffrés de moyens et de résultats, mettre en œuvre une politique active de signalement et de vigilances des événements infectieux graves ou inhabituels, développer la culture de l'évaluation et de la qualité, renforcer la communication vers les usagers.

La réflexion sur les indicateurs menée à la demande de l'Autorité Sanitaire est un changement radical du cap qui était tenu jusqu'à présent. En effet, alors que la politique nationale reposait sur l'adhésion volontaire des établissements de santé, tous les établissements devront désormais produire un tableau de bord d'indicateurs. Ce choix s'assortit d'une exigence de transparence vis-à-vis des usagers, puisque les tableaux de bord seront affichés dans un bilan annuel communicable.

En s'appuyant sur l'expertise de nombre de praticiens et spécialistes de l'hygiène hospitalière, la réflexion aujourd'hui menée sous l'égide du CTINILS permet d'entrevoir plusieurs pistes qui méritent d'être expérimentées. La première est celle de l'indicateur évaluant l'activité des CLIN, le score ICALIN. Cet indicateur, dont les modalités de calcul et de classement sont présentées dans ce numéro, est basé sur plus de 30 items considérés comme applicables dans chaque établissement. D'autres indicateurs suivent ou sont en cours d'élaboration, que ce soient ceux évaluant l'hygiène des mains par la consommation de solutés hydro-alcooliques (SHA), l'incidence des SARM ou des infections du site opératoire, ou encore la consommation des antibiotiques.

La réflexion se poursuit, certains indicateurs posant de difficiles problèmes méthodologiques qu'il convient de circonscrire. Quels que soient les résultats obtenus, notre pays sera l'un des premiers à conduire ce travail, qui j'en suis convaincu, loin de nous fragiliser, permettra au contraire une avancée importante de notre action.

**Pascal Astagneau**



# Surveillance des Accidents Exposant au Sang

## Résultats 2004 de l'interrégion Nord

Marion Oliver et François L'Hériteau, CCLIN Paris-Nord

**La surveillance des accidents exposant au sang (AES) est l'une des missions prioritaires du programme de lutte contre les infections nosocomiales au niveau national. Le réseau de surveillance des AES a été mis en place en 1995 par le CCLIN Paris-Nord et les médecins du travail de 65 hôpitaux publics et privés participant au service public hospitalier (PSPH) du Nord de la France. Depuis cette année, les données concernant les AES de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris sont intégrées au réseau.**

L'objectif de ce réseau est de surveiller et de prévenir les AES, permettant ainsi d'identifier les facteurs favorisants 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. Au cours de l'année 2004, un total de 4 457 AES a été recensé dans 71 établissements de l'Interrégion Nord ayant participé au réseau, dont 16 établissements de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris.

Les personnels de soins paramédicaux ont notifié la plupart des AES (2 409 soit 54 %). Parmi eux, les infirmières (infirmières, infirmières de bloc opératoire et infirmières anesthésistes) étaient les principales victimes avec 1 946 AES. Les médecins ont notifié 275 AES et les chirurgiens en ont notifié 127.

Les AES déclarés se répartissaient en 3 109 piqûres (70 %), 417 coupures (9 %) et 857 projections cutanéomuqueuses (19 %).

Les services les plus concernés étaient la médecine adulte (23 %), les blocs opératoires (15 %), la chirurgie (14 %) et la réanimation (11 %). Le lieu de survenue de l'AES était le plus souvent la chambre du malade (45 %) et la salle d'opération (18 %).

La tâche en cours lors de l'AES était généralement un prélèvement (17 %), une injection (17 %), une autre tâche en dehors de contact direct avec le patient (13 %), de la chirurgie dans 12 % des AES et une aide à une procédure dans 10 % des AES. Le mécanisme le plus fréquent des AES survenus lors de la tâche en cours était la manipulation d'une aiguille (70 %).

Près de la moitié des AES (42 %) sont survenus après le geste. Le mécanisme en cause après le geste était en majorité la manipulation d'instruments souillés (50 % des cas).

Selon le mécanisme de l'accident, 1 933 AES (43 %) auraient pu être évités si les précautions universelles avaient été respectées.

Le personnel concerné a déclaré ne pas porter de gants dans 1 388 AES (31 %). Il n'y avait pas de contenant disponible lors d'un geste à risque dans 19 % des AES.

La victime de l'AES n'était pas vaccinée contre l'hépatite virale B dans 1 % des cas et son statut vaccinal était inconnu dans 2,5 % des cas.

Le statut sérologique du patient source était inconnu vis-à-vis du VIH dans 844 cas (19 %), vis-à-vis du virus de l'hépatite C (VHC) dans 1 059 cas (24 %) et vis-à-vis de l'antigène HBs dans 1 347 cas (30 %). Le patient source était connu comme infecté par le VIH dans 244 cas (5,5 %), séropositif pour le VHC dans 307 cas (6,9 %), et porteur de l'antigène HBs dans 94 cas (2,1 %).

La charge virale pour les patients sources séropositifs pour le VIH était considérée comme élevée chez 12 % d'entre eux, moyenne chez 2 %, basse chez 16 % et indétectable chez 10 %.

L'incidence des AES était de 11,86 pour 100 lits d'hospitalisation. Cette incidence ne semblait pas corrélée au nombre de lits mais était plus élevée dans les CHU que dans les autres établissements. Dans les hôpitaux ayant renseigné leurs effectifs par catégorie professionnelle, cette incidence était la plus élevée chez les infirmières (7,54 p 100 Équivalent Temps Plein/an).

### Conclusion

Cette première année de recueil informatisé a permis d'élargir la participation au réseau. Comme les années précédentes, il persiste une part importante d'accidents évitables. Le recueil des dénominateurs met en évidence l'importance du risque chez certaines populations (infirmières, chirurgiens) ou lié à la manipulation de certains matériels (stylos à insuline et chambres implantées). ■

>>>

>>>

Tableau 1

## Incidence des AES

	Nombre d'établissements	Taux d'AES (%)	IC 95 %
Pour 100 lits d'hospitalisation	69	11,86	11,53-12,19
Pour 100 chirurgiens <sup>1</sup>	50	6,71	5,30-8,45
Pour 100 médecins <sup>1</sup>	54	2,97	2,55-3,46
Pour 100 infirmier(e)s <sup>1, 2</sup>	63	7,54	7,21-7,90
Pour 100 aides-soignant(e)s <sup>1</sup>	63	2,18	1,98-2,41
Pour 100 autres personnels de soins <sup>1</sup>	61	1,05	0,91-1,21
Pour 100 étudiants <sup>1</sup>	47	6,18	5,37-8,00
Pour 100 élèves <sup>1</sup>	47	3,81	3,49-4,17
Pour 100 personnels médico-techniques <sup>1</sup>	62	2,34	1,97-2,77

<sup>1</sup> Équivalent temps plein <sup>2</sup> Infirmières = infirmières et infirmières de bloc et infirmières anesthésistes

L'incidence était particulièrement élevée pour les AES liés à l'utilisation de stylos à insuline (144 p 100 000) ou d'aiguilles pour chambre implantable (34 p 100 000).

Tableau 2

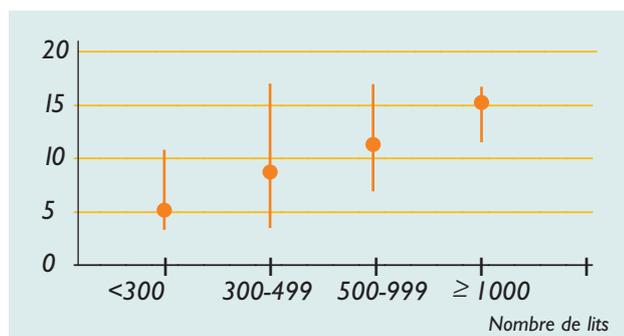
## Taux d'AES pour 100 000 dispositifs consommés

	Nombre d'établissements	Taux d'AES (pour 100 000)	IC 95 %
Pour 100 000 cathéters périphériques	63	10,15	9,17-11,24
Pour 100 000 stylos à insuline	54	144,00	124,50-166,30
Pour 100 000 seringues à gaz du sang	58	12,17	9,86-14,92
Pour 100 000 seringues pour injection d'héparine	58	5,37	4,44-6,49
Pour 100 000 aiguilles pour chambres implantables	59	34,23	26,66-43,92
Pour 100 000 corps de pompe	55	6,80	5,93-7,78

On constate que le taux d'incidence des AES augmentait avec la taille des établissements. Cependant, cette augmentation n'était pas statistiquement significative.

Figure 1

## Taux d'incidence des AES selon la taille des établissements pour 100 lits d'hospitalisation



Le CCLIN Paris-Nord tient à remercier l'ensemble des correspondants des établissements ayant participé à cette surveillance.

L'intégralité du rapport est disponible sur internet à l'adresse : [www.ccr.jussieu.fr/cclin/AES/AES.html](http://www.ccr.jussieu.fr/cclin/AES/AES.html)



# Bilan de 12 années de surveillance des SARM à l'AP-HP

David Trystram, Marie-Hélène Nicolas, Laurent Gutmann, Claude-James Soussy, Vincent Jarlier  
pour le réseau de la Collégiale de Bactériologie-Virologie-Hygiène de Paris

**L'AP-HP a été pionnière en mettant en place dès 1993 un programme institutionnel de lutte contre les bactéries multi-résistantes (BMR). Ce programme est focalisé sur deux cibles : les SARM (*Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline) et les entérobactéries productrices de  $\beta$ -lactamase à spectre étendu (non abordées ici). Comparativement à d'autres pays d'Europe, la France se situait à l'époque parmi les trois pays (avec l'Italie et l'Espagne) où les épidémies de BMR étaient le plus mal contrôlées <sup>(1)</sup>.**

Le programme de lutte contre les BMR mis en place à l'AP-HP en 1993 <sup>(2)</sup> a été généralisé en 1998 dans l'ensemble de l'interrégion par le CCLIN Paris-Nord <sup>(3)</sup> et en 1999 à l'ensemble du territoire national par le Comité Technique National des Infections Nosocomiales (CTIN) <sup>(4)</sup>.

Mettre en place un programme de lutte contre les BMR impliquait de mettre aussi en place un programme de surveillance afin d'en mesurer l'impact. C'est pourquoi la Collégiale de Bactériologie-Virologie-Hygiène de Paris a mis en place en 1993 un programme de surveillance des BMR dans les hôpitaux de l'AP-HP, sous la forme d'un réseau (réseau « AP-HP »). Ce réseau fonctionne depuis 1993 sur la base du volontariat, sans moyen spécifique.

D'autres réseaux de surveillance de la résistance aux antibiotiques ont été créés en France durant les années 1990, certains d'entre eux spécifiquement dévolus à la surveillance des BMR. En 1997, l'ensemble des réseaux de surveillance de la résistance aux antibiotiques en place, dont celui de l'AP-HP, ont été fédérés au sein de l'Observatoire National de l'Epidémiologie de la Résistance Bactérienne aux Antibiotiques (ONERBA). En 2002, les réseaux de surveillance des BMR travaillant dans le cadre des CCLIN, dont celui de l'AP-HP qui fournit les données de l'AP-HP au CCLIN Paris-Nord, ont adopté une méthodologie identique dans le cadre du Réseau d'Alerte, d'Intervention et de Surveillance des Infections Nosocomiales (RAISIN), structure qui lie de manière contractuelle les CCLIN, le CTIN et l'InVS. C'est cette méthodologie qui est utilisée par le réseau de l'AP-HP.

## Indicateurs et protocole

Les indicateurs utilisés pour la surveillance des SARM sont :

- la proportion de SARM chez *S. aureus* (souches isolées des prélèvements à visée diagnostique),

- les incidences pour 100 admissions en court séjour (taux d'attaque)

et pour 1000 journées d'hospitalisation (densité d'incidence) des prélèvements à visée diagnostique positifs à SARM.

Le protocole consiste en une surveillance discontinue, annuelle, sur une période de 2 mois (3 mois à partir de 2005), période contemporaine de l'enquête « Surveillance des bactéries multirésistantes à partir du Laboratoire » organisée par le CCLIN Paris-Nord (3 mois : avril à juin). Les souches incluses sont toutes les souches de *S. aureus* (quelle que soit leur sensibilité aux antibiotiques) isolées des prélèvements à visée diagnostique de tous les malades hospitalisés au moins 24 heures (hospitalisations dites « complètes »). Les souches exclues sont les prélèvements à visée de dépistage systématique des SARM, les souches issues de patients externes ou en hospitalisation de moins de 24h ainsi que les souches doublons (c'est-à-dire isolées durant la même période du même patient et ayant le même phénotype de résistance aux antibiotiques).

## Participants

En 2004, 34 hôpitaux de l'AP-HP ont participé à l'enquête, totalisant 21 135 lits répartis en 13 709 lits court séjour, dont 1 263 lits de soins intensifs-réanimation (SI), 3 491 lits de soins de suite, réadaptation (SSR), 3 935 lits

de soins de longue durée (SLD). Les dénominateurs permettant de calculer les incidences se répartissent en :

- 1 034 609 journées d'hospitalisation (JH) qui se répartissent en :
  - pour les hôpitaux de court séjour : 731 885 JH dont 609 202 de court séjour (dont en particulier 60147 en SI-Réanimation, 320 951 en médecine et 183 398 en chirurgie) et 122 683 JH de SSR-SLD ;
  - pour les hôpitaux SSR-SLD : 302 724 JH dont 119 916 de SSR et 158 938 de SLD et 23 870 de court séjour.
- 88 748 admissions en court séjour dans les hôpitaux de court séjour.

## Résultats 2004

Globalement en 2004, 30,5 % des 2522 souches de *S. aureus* incluses sont des SARM.

- Le pourcentage de SARM chez *S. aureus* est de 25 % dans les hémocultures, 25 %

dans les hôpitaux de court séjour (25 % en réanimation) et 68 % dans les hôpitaux de SSR-SLD,

- Les 3/4 (73 %) des SARM sont isolés dans les hôpitaux de court séjour, en particulier les services de médecine (34 %), de chirurgie (24%) et de réanimation (19 %) et 1/4 (27 %) sont isolés dans les hôpitaux de SSR-SLD,
- Les souches de SARM sont en majorité acquises dans le service où est le malade au moment du diagnostic. Les 2/3 des souches sont acquises dans l'hôpital,
- Le nombre total extrapolé de cas de BMR à l'AP-HP pour l'année 2004 est, sur la base des résultats de la période de l'enquête, d'environ 5 000 cas de SARM (dont 350 bactériémies).
- Les souches de SARM sont en grande majorité sensibles à la gentamicine mais résistantes à la tobramycine et aux fluoroquinolones.

## Évolution

Les points essentiels de l'évolution 1993-2004 sont les suivants :

- Diminution entre 1993 et 2004 du pourcentage de SARM chez *S. aureus* dans les hôpitaux de court séjour (-35 %), en particulier en réanimation (-54 %) et en chirurgie (-39 %), mais augmentation (+26%) dans les hôpitaux de SSR-SLD (figures 1 et 2),
- Diminution entre 1996 et 2004 de la densité d'incidence des SARM (-26 %) et du taux d'attaque des SARM (-12%) dans les hôpitaux de court séjour, en particulier en réanimation (-38%) (figures 2 et 4) ; diminution également du taux d'attaque pour 100 admissions en court séjour (0,90 en 1996 à 0,64 en 2004),
- Augmentation entre 1993 et 2004 de la sensibilité des SARM à la gentamicine (de 12 à 90 %), à l'érythromycine (de 8 à 48 %), à la rifampicine (de 27 à 90 %) et à la fosfomycine (de 67 à 95 %). Une augmentation de la sensibilité à la tobramycine s'est amorcée en 1998 (10 à 26 %). La presque totalité des souches sont restées résistantes (10 % de sensibilité en 2004) aux fluoroquinolones (figure 3),
- La proportion des acquis à l'hôpital pour les SARM a diminué lentement entre 1996 et 2004 (de 75 à 67 %) pour les SARM.

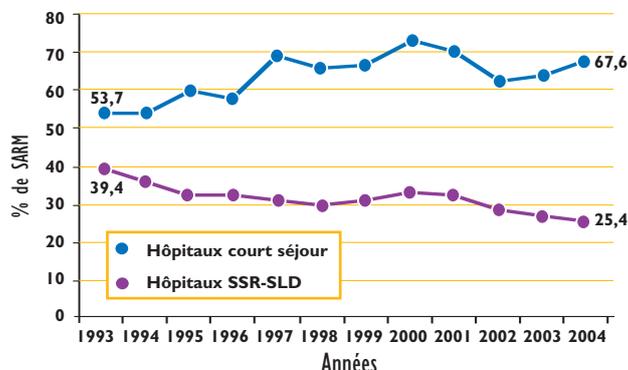
## Conclusion

Au total la situation s'est améliorée en pourcentage de SARM sur l'AP-HP dans les hôpitaux de court séjour, mais pas pour les hôpitaux de SSR-SLD et ne doit pas dans un cas comme dans l'autre faire relâcher

l'effort entrepris depuis toutes ces années dans la prévention des bactéries multirésistantes, et justifie la poursuite de ce type d'enquête. ■

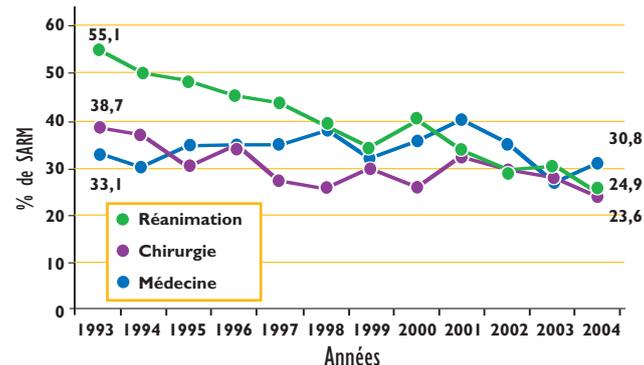
Évolution de 1993 à 2004 du pourcentage de SARM chez *S. aureus* dans les hôpitaux de court séjour et de SSR-SLD

Figure 1



Évolution de 1993 à 2004 du pourcentage de SARM chez *S. aureus* dans les hôpitaux de court séjour

Figure 2



Évolution de 1993 à 2004 de la sensibilité des SARM aux antibiotiques

Figure 3

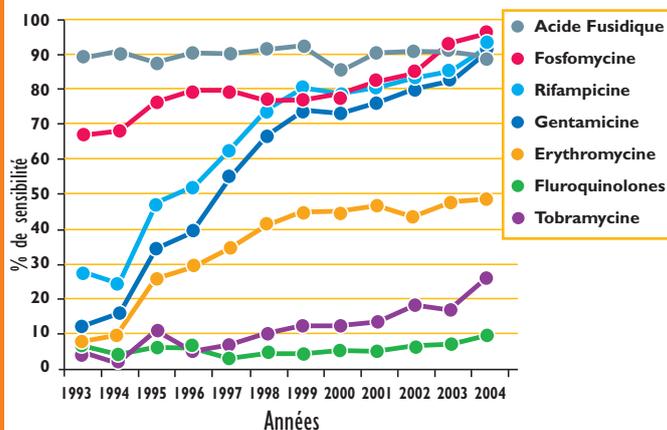
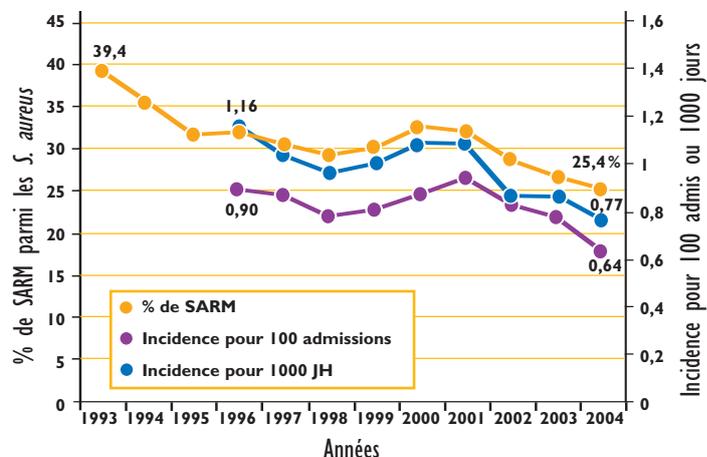


Figure 4

## Évolution de 1993 à 2004 de l'incidence des SARM et du % de SARM chez *S. aureus* dans les hôpitaux de court séjour



## Bibliographie

- (1) Trystram D., Varon E., Péan., Grundmann H., Gutmann L., Jarlier V., Aubry-Damon H. Réseau européen de surveillance de la résistance bactérienne aux antibiotiques (EARSS) : résultats 2002, place de la France. BEH 2004 ; 32-33 :142-3.
- (2) Lucet J.L., Aggoune M., Brücker G. et le Groupe de travail du CLIN de l'AP-HP. Maîtrise de la diffusion des germes hospitaliers multi-résistants, 1993, 9 p.
- (3) CCLIN Paris-Nord. Maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes aux antibiotiques, Fiches de recommandations, 1998. 46 p. <http://www.ccr.jussieu.fr/cclin>
- (4) CTIN. Maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes aux antibiotiques. Recommandations pour les établissements de santé, 1999. <http://nosobase.chu-lyon.fr>

**Remerciements :** Ambroise Paré, Saint-Perrine (M-H. Nicolas-Chanoine, B. Heym, F. Espinasse) ; Hôtel-Dieu (A. Bouvet, S. Coignard, A. Casetta) ; Necker-Enfants Malades (P. Berche, JR. Zahar, A. Ferroni) ; Raymond Poincaré (J-L. Gaillard, E. Ronco, C. Lawrence) ; Saint Vincent De Paul (P. Lebon, N. Boutros, J. Raymond, M. Degrave) ; HEGP, Corentin Celton (L. Gutmann, G. Kac) ; Cochin-Broca, la Rochefoucauld (C. Poyart, L. Prots, H. Poupet) ; Beaujon (N. Lambert, F. Bert) ; Bichat-Claude Bernard (A. Andremont, L. Armand-Lefevre) ; Charles Richet (C. Abramowitz, L. Bensidhoum) ; Jean Verdier (A. Collignon, I. Poilane) ; Lariboisière-Fernand Widal (M-J Sanson-Le Pors, L. Raskine) ; Louis Mourier (Catherine Branger, M-L. Joly Guillou, M. Eveillard) ; René Muret-Bigottini (A. Collignon, I. Durand) ; Robert Debré (E. Bingen, C. Doit) ; Saint-Louis (P. Lagrange, J-L. Donnay) ; Villemin-Paul Doumer (C. Cattoire) ; Armand Trousseau (A. Gabarg-Chenon, H. Vu-Thien) ; Charles Foix - Jean Rostand (V. Jarlier, E. Cambau, L. Sahraoui) ; Pitié-Salpêtrière (V. Jarlier, J. Robert, R. Bismuth, D. Trystram) ; Rothschild (A. Gabarg-Chenon, H. Vu-Thien, B. Salauze) ; Saint Antoine (J-C. Petit, V. Lalande) ; Tenon (G. Arlet) ; Joffre-Dupuytren (C. Aussel, H. Nebbab-Lechani, N. Dangla) ; Albert Chenevier (N. Mangeney, C. Dupeyron) ; Antoine Beclère (D. Ingrand, M. Guibert, C. Argentin) ; Kremlin Bicêtre (P. Nordmann, N. Fortineau, C. Poy) ; Emile-Roux (C-J Soussy, A. Akpabie) ; Georges Clémenceau (J-L. Avril, L. Cukier) ; Henri Mondor (C-J Soussy, P. Legrand, L. Desforges) ; Paul Brousse (E. Dussaix, D. Mathieu, N. Kassis) ; San Salvador (M-F. Lippens, V. Simha)

et à Laurence Marty et Anne Carbonne qui ont assuré la gestion des fichiers d'enquêtes du réseau AP-HP entre 1993 et 2001.

**Coordination :** V. Jarlier, L. Gutmann ; M-H. Nicolas-Chanoine, C-J. Soussy

# Mise en place d'un interCLIN psychiatrique

Danièle Landriu, François L'Hériteau, Philippe Niel pour l'interCLIN psychiatrique

*L'hygiène et la prévention des infections nosocomiales sont une préoccupation des hôpitaux généraux et psychiatriques. Cependant, il existe des particularités que les services de psychiatrie souhaitent mettre en évidence. À l'instar des services de pédiatrie et de gériatrie et sous l'impulsion du Dr Philippe Niel du CH Paul Giraud de Villejuif, des professionnels de psychiatrie ont créé avec le soutien du CCLIN Paris-Nord, un interCLIN psychiatrique.*

### Objectifs

- Mener une réflexion et une analyse des spécificités des institutions psychiatriques ;
- Mettre à disposition des procédures ;
- Aider les petites structures dans la mise en place des mesures de prévention.

### Participation

En 2004, les hôpitaux psychiatriques et les services psychiatriques de l'Île-de-France et du Nord de la France (régions Picardie, Haute-Normandie, Nord-Pas-de-Calais) ont été sollicités. Une première réunion a eu lieu le 28 septembre 2004 et une liste de discussion a été créée. Actuellement, 53 établissements sont représentés.

### Projets

Trois groupes de travail ont été mis en place, correspondant à trois axes jugés prioritaires :

- **Groupe 1** État des lieux des ressources disponibles en psychiatrie pour la lutte contre les infections nosocomiales ;
- **Groupe 2** Hygiène des mains en psychiatrie ;
- **Groupe 3** Comment établir une surveillance des infections nosocomiales en milieu psychiatrique.

#### Groupe 1 : Ressources en psychiatrie

L'objectif du groupe 1 est d'établir un bilan des moyens disponibles dans les établissements psychiatriques pour la lutte contre les infections nosocomiales. Ce groupe a proposé un questionnaire destiné à tous les établissements à vocation psychiatrique ou ayant une activité en psychiatrie de l'interrégion.

#### Groupe 2 : Hygiène des mains en psychiatrie

L'objectif de ce groupe est de travailler à la rédaction d'un guide ou autres supports sur des recommandations concernant l'hygiène en psychiatrie qui prendraient en compte les particularités de ce milieu.

#### Groupe 3 : Surveillance des infections en milieu psychiatrique

L'objectif de ce groupe est de proposer une surveillance des infections nosocomiales qui tienne compte des particularités du milieu psychiatrique par rapport aux autres secteurs d'hospitalisation. En effet, les indicateurs choisis au niveau national pour la surveillance des infections nosocomiales pourraient être mal adaptés au milieu psychiatrique où les patients ne sont pas exposés aux mêmes risques d'infections que dans d'autres types de services. Cette surveillance devrait être aisée à conduire et ciblée sur des infections reflétant les problèmes posés par les patients de psychiatrie. Cinq infections cibles ont été proposées.

>>>

## Les infections cibles proposées par le groupe 3

### 1. Gale et autres ectoparasites (poux)

La gale est fréquente en milieu psychiatrique et pose le problème de son potentiel épidémique. L'indicateur demandé aux établissements sera le nombre de cas. Seront demandés le nombre de cas index et le nombre d'éventuels cas secondaires.

### 2. Grippe

La grippe est un problème fréquent dans les collectivités. Le nombre de cas annuels ainsi que l'identification des cas groupés seront demandés. Un deuxième indicateur de la prévention de la transmission de la grippe sera la couverture vaccinale antigrippale parmi les membres du personnel. Ces chiffres pourraient être obtenus à partir de la médecine du travail.

### 3. Gastroentérites virales

La surveillance des gastroentérites virales est un marqueur de la prévention de la transmission féco-orale. L'indicateur demandé sera le nombre de cas annuels. Comme pour les infections précédemment citées, l'identification des cas groupés permettra de fournir le nombre de cas mais aussi le nombre d'épisodes épidémiques.

### 4. Mycoses buccales

Le nombre de mycoses buccales est un reflet de l'hygiène bucco-dentaire et peut constituer un outil de suivi des actions dans ce domaine. Le nombre de cas annuels sera demandé. Le recueil pourra se faire par le nombre de traitements antifongiques locaux et systémiques prescrits. Il est souhaitable de fournir un nombre de patients traités, les quantités d'antifongiques consommées n'étant pas adaptées à cette surveillance.

### 5. Tuberculose

Compte tenu des délais d'incubation de la tuberculose infection (délai entre l'exposition et la positivation des tests tuberculiniques), et de la tuberculose maladie (délai entre l'exposition et l'apparition d'éventuels signes cliniques) une surveillance de la tuberculose à l'échelle d'un établissement a peu de chances d'être efficace.

Cependant, une surveillance du nombre de cas de tuberculoses hospitalisées chaque année pourrait être un reflet de l'exposition des autres patients. Il sera nécessaire de préciser parmi ces cas le nombre de cas avec confirmation bactériologique.

Page internet de l'interCLIN psy :  
[www.ccr.jussieu.fr/cclin/PSY/psy.htm](http://www.ccr.jussieu.fr/cclin/PSY/psy.htm)

→ Tout établissement à vocation psychiatrique (ou possédant une activité psychiatrique) de l'interrégion Nord peut participer à cet interCLIN. Pour cela vous pouvez prendre contact avec Karin Lebasclé au 01 40 46 42 13 ou par mail à [klebascl@bhdc.jussieu.fr](mailto:klebascl@bhdc.jussieu.fr)

## Enquête nationale de prévalence 2006

→ La 3<sup>e</sup> enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales sera réalisée au mois de juin 2006, sur le modèle de celle réalisée en 2001. Son protocole et calendrier précis sont actuellement élaborés par l'InVs et les CCLIN, sous l'égide du réseau d'Alerte, d'Investigation et de Surveillance des Infections Nosocomiales (RAISIN).

Tous les établissements de santé de l'interrégion seront contactés par le CCLIN Paris-Nord pour participer à cette enquête.

→ Vous pouvez consulter sur le site du CCLIN Paris-Nord la circulaire n°438 du 26 septembre 2005 relative à la réalisation d'une enquête de prévalence « un jour donné » en 2006 des infections nosocomiales dans les établissements de santé.

# Prévalence des infections nosocomiales et place des infections urinaires en hôpital psychiatrique

K. Kerleau<sup>1</sup>, V. Merle<sup>2</sup>, MP. Tavalacci<sup>2</sup>, A. Da Silva Bigot<sup>1</sup>, S. Gasparin<sup>1</sup>, N. Dubreuil<sup>2</sup>, F. Jouen<sup>1</sup>, A. Bauchet<sup>1</sup>

*En milieu psychiatrique, le risque d'infection nosocomiale est en principe faible puisque peu de gestes invasifs sont réalisés et que peu de patients présentent des pathologies somatiques lourdes. Les concepts d'hygiène hospitalière et de prévention des infections nosocomiales sont donc intégrés depuis peu dans la démarche de soin.*

Ce contexte conduit le centre hospitalier spécialisé du Rouvray, établissement psychiatrique de 569 lits, à réaliser une enquête de prévalence afin de connaître la fréquence des infections, mais également pour sensibiliser les professionnels de l'établissement au risque infectieux nosocomial. Par ailleurs, le CLIN de l'établissement souhaitait recueillir des informations portant spécifiquement sur les infections urinaires (IU). En effet, le laboratoire de bactériologie avait signalé l'année précédente un nombre important d'ECBU demandés par les services ; au cours des derniers mois, plusieurs cas d'infections urinaires avaient été diagnostiqués tardivement, lors d'un épisode sévère.

## Méthode

L'enquête a été réalisée le 13/05/2004 par des enquêteurs de l'établissement.

En psychiatrie, le mode d'hospitalisation (hospitalisations courtes, "de jour", répétitives), rend difficile l'individualisation des infections nosocomiales ; dans cette enquête, l'ensemble

des infections, communautaires et nosocomiales, a donc été pris en compte. Le questionnaire relevait l'existence de problèmes d'hygiène corporelle, d'automutilation, de conduites addictives, de pathologies associées (diabète, immunodépression...), de traitement anticholinergique, le score de dépendance ADL adapté à la psychiatrie (comportement, communication, toilette, habillage, mobilité, continence) et l'existence de procédures de soins invasives.

Les critères diagnostiques des infections étaient ceux utilisés lors de l'enquête nationale de prévalence de 2001. Pour chaque infection, on relevait la date des premiers symptômes, le(s) micro-organisme(s) isolé(s), le traitement. Chaque patient, sondé ou non, a bénéficié d'une bandelette urinaire.

## Résultat

542 patients ont été étudiés ; aucun patient n'était perfusé le jour de l'enquête, quatre patients étaient sondés ou avaient été sondés dans les sept jours précédant l'enquête.

55 patients présentaient une infection soit 10,1 % (figure 1).

Une bandelette urinaire a été réalisée chez 463 patients soit 85,4 % (IC95 % 82.5-88.4), dont 90 étaient positives ; par manque de coopération des patients, seuls 57 ECBU ont pu être prélevés, dont 22 étaient positifs. Le taux de prévalence des IU était de 4,1 %. Le germe isolé était un *Escherichia coli* dans 69 % des cas. Seuls deux patients sur 22 étaient symptomatiques (1 pyélonéphrite et 1 prostatite). Tous les patients ont été traités, 21 *per os* et 1 par voie parentérale.

Les facteurs significativement associés à la survenue d'une IU étaient l'âge et l'hospitalisation dans un secteur de soins de longue durée. Le score ADL (Activity Daily Life - Activités de la vie quotidienne), la mauvaise hygiène corporelle, le traitement anticholinergique et la sonde urinaire n'étaient pas des facteurs de risque d'IU (figure 2).

## Conclusion

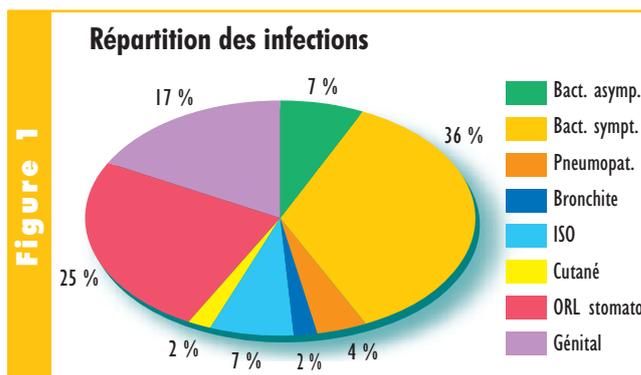
Le taux de prévalence des bactériuries (4,1 %) était plus élevé que celui observé lors de l'enquête nationale de prévalence de 2001 dans les services de psychiatrie, ce qui s'explique par le dépistage systématique par bandelette et aussi par la prise en compte dans notre enquête de toutes les infections, sans chercher à affirmer leur caractère nosocomial. Les bactériuries ne représentent donc pas un problème rare en psychiatrie.

Cependant, le sens à donner à ces bactériuries reste à discuter : 20 malades sur 22 étaient considérés comme asymptomatiques

>>>

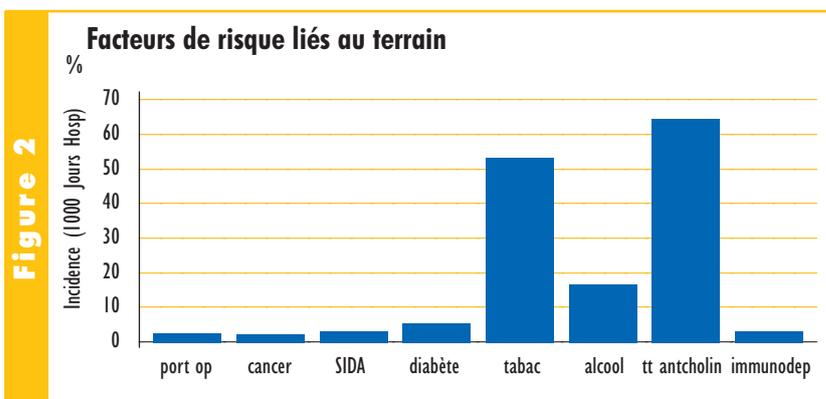
>>>

mais les patients de psychiatrie expriment peu ou pas les symptômes subjectifs tels que la douleur, et leur pathologie psychiatrique ne permet pas toujours de repérer précocement les signes objectifs tels que fièvre ou pollakiurie. Certaines de ces bactériuries "asymptomatiques" sont possiblement de réelles infections. Des études complémentaires pourraient permettre d'identifier des malades à risque d'infection urinaire afin d'améliorer le diagnostic et de décider des indications de traitement en cas de bactériurie asymptomatique compte tenu des difficultés diagnostiques. ■



**1 Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray**  
4 rue Paul Eluard  
76300 Sotteville-les-Rouen

**2 Réseau CoCLINNOR**  
Département d'Epidémiologie et de Santé Publique  
CHU-Hôpitaux de Rouen  
1 rue de Germont 76031 Rouen



## Journée annuelle des CLIN de l'interrégion Nord

→ **Tous les professionnels des CLIN et des équipes opérationnelles d'hygiène, ainsi que les représentants des usagers au CLIN sont invités à cette journée. Elle aura lieu le jeudi 23 mars 2006 (Amphithéâtre Farabeuf, 15 rue de l'École de Médecine, Paris). Aucune inscription n'est nécessaire. Programme prochainement disponible sur le site du CCLIN [www.ccr.jussieu.fr/cclin](http://www.ccr.jussieu.fr/cclin)**



→ Si vous souhaitez publier votre expérience de terrain (audit, épidémie, actions de prévention...) dans le bulletin du CCLIN, contactez Karin Lebasclé au 01 40 46 42 13 ou [klebascl@bhdc.jussieu.fr](mailto:klebascl@bhdc.jussieu.fr)

# Histoire d'une épidémie à *Enterobacter aerogenes* producteur de BLSE et résistant à l'imipénème au CHU d'Amiens

C.C. Adjidé, CHU d'Amiens

**Les *Enterobacter aerogenes* producteurs de  $\beta$ lactamases à spectre étendu sont des pathogènes nosocomiaux connus. Dans l'épidémie à *Enterobacter aerogenes* producteurs de  $\beta$ lactamases à spectre étendu résistants à l'imipénème (EA-BLSE IR) qu'a connu le CHU d'Amiens, la pression de sélection, créée par usage d'antibiotiques à large spectre, semble avoir joué un rôle important dans l'émergence de ces souches alors que le transfert de contamination par les mains, comme booster, a permis leur dissémination.**

## Introduction

Entre décembre 2003 et mai 2005, le CHU d'Amiens a connu une épidémie de souches d'EA-BLSE IR. Ces souches ont posé le problème de prise en charge thérapeutique des patients et soulevé la question d'une politique cohérente et fédérative de prévention de la diffusion des BMR à mener y compris au niveau de la région Picardie. Il n'y a pas eu, à notre connaissance, de dissémination de ces souches IR hors de l'établissement. Dans ce bulletin, nous résumons les événements relatifs à la gestion de cette épidémie ainsi que les moyens mis en œuvre pour sa maîtrise.

Les informations sont issues des audits d'observation ou des dossiers patients. Les analyses ont été réalisées par Épi-Info 6.04 dFr.

## Résultats

### Les faits

En 2003-2004, l'épidémie a concerné, 14 patients (2 décembre 2003 au 3 septembre 2004), puis 16 (décembre 2004). Les cas suivants étaient identifiés en février (cas 17), mars (cas 18) et mai (cas 19) 2005. Elle a concerné les services d'hépatogastroentérologie, de chirurgie digestive, de réanimation polyvalente de l'hôpital Nord et enfin la réanimation pneumologie du site Sud (1 cas en tout point à part).

### La gestion de l'épidémie

Des recommandations ont été établies par l'unité d'hygiène dès le 9 février 2004. Elles concernaient, entre autres :

- L'isolement septique (prescription, mesures à respecter, levée);
- Le dépistage systématique des patients présents et entrants ;
- La sectorisation en hépatogastroentérologie, qui hébergeait la plupart des patients porteurs d'EA-BLSE IR ;
- L'information du patient, de son entourage, du médecin traitant ou de la structure d'accueil après sa sortie ;
- La réactualisation de la politique d'antibiothérapie (COMEDIMS) surtout chez le patient porteur d'une E-BLSE.

Ces recommandations ont été régulièrement réitérées dans tous les services concernés. En outre, en temps opportun, nous avons :

- Informé la direction et les instances (CLIN, CME) du CHU ;
- Signalé les cas au CCLIN Paris-Nord et à la DDASS de la Somme ;
- Fait le point sur la gestion de l'épidémie au CCLIN Paris-Nord (3 septembre 2004) ;
- Informé les présidents de CLIN de la région Picardie (septembre 2004) ;
- Refait le point sur la gestion de l'épidémie avec la direction générale de l'établissement le 15 novembre 2004.

### Les enquêtes épidémiologiques

Elles ont été réalisées à la recherche d'une typologie commune à ces patients, des facteurs de risques favorisant le portage des souches, puis de la similitude entre les EA-BLSE IR. Il en ressort que ces patients porteurs d'EA BLSE IR ont une histoire médicale complexe, avec de nombreuses consultations et hospitalisations, une pathologie intercurrente lourde. Dans les principaux services concernés, il y a eu de nombreux croisements des séjours.

Il y a eu 14 décès, cinq au moins partiellement liés à l'infection à EA-BLSE IR, et 5 survivants sortis à domicile. Leur suivi au CHU a permis de constater qu'une fois la pression de sélection interrompue, ils perdaient rapidement la souche IR, mais pas celle sensible à l'imipénème. Aucun patient porteur de la souche IR n'a été transféré dans une autre structure.

Dans la recherche des facteurs de risque d'acquisition EA-BLSE IR, une étude cas témoins issus des mêmes services mais non appariés, réalisée sur deux groupes comparables (sexe, âge, hospitalisation en réanimation ou soins intensifs) a montré que, avant l'isolement de l'EA-BLSE IR, les cas étaient, de façon significative, plus longtemps hospitalisés au CHU que les témoins, qu'ils étaient au préalable et sur une plus longue durée traités par une céphalosporine, ou avaient reçu plus longtemps une antibiothérapie à large spectre (fluoroquinolone, l'imipénème). En outre, les cas ont eu plus d'actes invasifs (intubation, KT...) que les témoins.

>>>

>>>

L'analyse de ces souches IR en électrophorèse en champ pulsé montre l'émergence de deux pulsotypes A (prédominant) et B (la souche de réa pneumologie). Toutefois, la résistance à l'imipénème semble impliquer plusieurs mécanismes (perte de porine, mécanisme d'efflux, mécanismes enzymatiques), associés ou non, selon les souches.

## Commentaires

Quinze patients sur 19, étaient au départ porteurs d'une souche d'EA-BLSE sensible à l'imipénème. Chez eux, il a y a eu secondairement sélection des souches imipénème résistantes par antibiothérapie.

Néanmoins, cette sélection est précédée par l'acquisition des souches d'EA-BLSE imipénème sensibles principalement transmises par les mains des soignants. Cette transmission a été un vrai booster pour une plus grande dissémination des souches IR. En plus, certaines souches IR ont été ainsi d'emblée transmises d'un patient à un autre. Ces résultats corroborent ceux d'autres auteurs. En effet, ces souches d'EA-BLSE IR, sont capables de développer un phénotype de multirésistance (MDR), résistant y compris à l'imipénème, par la surexpression de systèmes d'efflux actifs associés ou non à la perte et/ou modification des porines de la membrane externe<sup>(1-3)</sup>. Ces mécanismes de MDR, régulés par deux systèmes génétiques complexes normalement sous régulation négative,

s'expriment sous l'effet d'inducteurs divers (de mutation génétique, antibiotiques à large spectre, détergents, désinfectants, colorants, conservateurs, etc.) dans les conditions favorables<sup>(1,4,5)</sup>. Enfin, l'EA est capable de transférer in vivo ces gènes de MDR à d'autres entérobactéries<sup>(6)</sup>. Ces souches MDR étant de plus en plus isolées de prélèvements cliniques<sup>(7,8)</sup>, leur isolement au CHU d'Amiens risque de perdurer. Il n'empêche, le transfert de contamination manuporté constitue, dans la dissémination des souches imipénème sensibles ou résistantes d'EA-BLSE un facteur déterminant. Le respect de l'hygiène des mains reste, de fait, le facteur clé à promouvoir. Malheureusement, l'audit des pratiques professionnelles réalisé sur le respect des mesures d'isolement septique, montre que l'hygiène des mains n'est bien réalisée que 8 fois sur 10. Le taux de respect de ces mesures allant de 7 (médicaux) à 10 fois (élèves IDE) sur 10. Dans un contexte d'épidémie, ces résultats sont loin d'être satisfaisants. Ils montrent l'étendue des efforts (sensibilisation, formation) à faire pour optimiser l'hygiène des mains et accroître l'utilisation des solutés hydro-alcooliques (SHA) estimée, en 2004 au CHU, à 6,5 litres/1000 journées d'hospitalisation.

Tous ces éléments nous font penser que seule une politique de contrôle et de prévention intégrée y compris à l'échelon de la région picarde, nous permettra de freiner la génération puis la dissémination de ces souches MDR d'EA-BLSE.

En attendant, la sous-commission des anti-infectieux (COMAI) du CHU recommande l'utilisation de Céfépime + Amoxicilline – Acide clavulanique + Gentamicine chez tout patient porteur d'une E-BLSE, et l'imipénème uniquement en cas d'échec.

## Conclusion

La pression de sélection semble avoir joué un rôle prépondérant dans l'émergence de ces souches d'EA-BLSE IR alors que le transfert de contamination par les mains, comme booster, a permis leur dissémination.

L'intervention prompte de l'équipe d'hygiène hospitalière dans ces services, la mobilisation du CLIN avec l'implication de son président, la mise en œuvre rapide des dépistages systématiques des entérobactéries BLSE à l'admission dans les services concernés, la sectorisation, le renforcement, dans ces services, des mesures d'hygiène associé à l'information et à la sensibilisation semblent avoir permis de contenir et d'enrayer l'épidémie.

Cette épidémie révèle aussi la nécessité d'actualiser et de renforcer la politique locale de maîtrise de la transmission croisée des bactéries multirésistantes. ■

**Remerciements à toutes les personnes ayant participé à la gestion de cette épidémie**

## Références

- (1) Chollet R et al. *mar Operon involved in multidrug-resistance of Enterobacter aerogenes*. *Antimicrob Agents Chemother* 2002; 46:1093-7.
- (2) Yigit H et al. *Carbapenem resistance in a clinical isolate of Enterobacter aerogenes is associated with decreased expression of OmpF and OmpC porin analogs*. *Antimicrob Agents Chemother* 2002 ; 46:3817-22.
- (3) Bornet C et al. *Imipenem and expression of multidrug efflux pump in Enterobacter aerogenes*. *Biochem Biophys Res Commun* 2003 ; 301:985-90
- (4) Pradel E et al. *The AcrAB-ToIC Efflux Pump contributes to multidrug-resistance in the nosocomial pathogen Enterobacter aerogenes*. *Antimicrob Agents Chemother* 2002 ; 46:2640-3.
- (5) Chollet R et al. *RamA is an alternate Activator of the multidrug resistance cascade in Enterobacter aerogenes*. *Antimicrob Agents Chemother* 2004 ; 48:2518-23.
- (6) Bertrand X et al. *Molecular epidemiology of Enterobacteriaceae producing extended-spectrum, BLactamases in a France university-affiliated hospital*. *Int J Antimicrob Agents* 2003 ; 22:128-33.
- (7) Arpin C et al. *Epidemiological Study of outbreak due to multidrug-resistant Enterobacter aerogenes in a Medical Intensive care unit*. *J Clin Microbiol* 1996 ; 34:2163-9.
- (8) De Champs C et al. *Clinical and bacteriological study of nosocomial infections due to Enterobacter aerogenes resistant to Imipenem*. *J. Clin Microbiol* 1993 ; 31:123-7.



## Mise en place d'indicateurs de la lutte contre les infections nosocomiales au CHRU de Lille

Angéline Vinat, Bruno Grandbastien, Noureddine Loukili, Françoise Chevreuil et Gilles Beaucaire, CHRU de Lille

*Si le programme national de lutte contre les infections nosocomiales (IN) 2005-2008, prévoit la mise en place d'indicateurs de « performance » de la lutte contre les IN, cette démarche a été initiée au CHRU de Lille dès 2003. En effet, il s'agit d'un des volets du projet d'établissement, porté par le Service de Gestion du Risque Infectieux, entité regroupant les activités d'hygiène et d'infectiologie pour la prévention des IN. Très rapidement, la nécessité de disposer d'outils de pilotage des actions s'est imposée et nous avons mis en place progressivement des indicateurs.*

*Les principaux indicateurs construits à ce jour reflètent le niveau d'hygiène des mains, l'antibiorésistance des bactéries et le niveau de consommation des anti-infectieux.*

### Consommation de Solutés Hydro-Alcooliques (SHA)

Ce premier indicateur s'est inscrit dans la réflexion nationale ; sur la base des commandes à la pharmacie, il est exprimé en litres pour 1 000 Journées d'Hospitalisation (jh). En 2004, il

s'élevait, pour le CHRU de Lille, à 17,63 litres pour 1 000 jh.

Cependant, il nous est apparu important de préciser d'avantage cette consommation en différenciant la part des SHA utilisés au bloc opératoire pour la désinfection chirurgicale des mains, de ceux utilisés dans les unités d'hospitalisation ou encore en consultation ou sur les plateaux médico-techniques. Ainsi, nous construisons plusieurs indicateurs :

- **Consommation de SHA pour la désinfection chirurgicale des mains au bloc opératoire** qui regarde les conditionnements spécifiques utilisés pour cette indication dans les unités fonctionnelles de bloc opératoire. Pour l'année 2004, cette consommation représente, pour le CHRU de Lille, moins de 4 % de la consommation en volume des SHA. L'établissement avait alors adopté cette technique de préparation chirurgicale des mains dans près de la moitié des blocs (fin 2005, tous les blocs l'auront adopté). L'enjeu est aujourd'hui de produire un dénominateur simple et fiable de l'activité chirurgicale ; le nombre de patients avec un acte chirurgical les classant dans un Groupe Homogène de Malades (GHM) chirurgical pourrait répondre à cet objectif. Nous le testons actuellement.
- **Consommation de SHA dans les unités de consultation ou sur les plateaux médico-techniques** ; cette consommation représente une activité qui peut être très importante. Elle s'élevait,

en 2004 et pour le CHRU de Lille, à 6,9 % des SHA consommés sur tout l'hôpital. Un dénominateur simple, robuste et valide pour ce pan de l'activité d'un établissement n'est pas simple à produire ; le nombre de « passages » dans ces unités pourrait peut-être répondre à cet objectif.

- **Consommation de SHA dans les unités d'hospitalisation, pour la prise en charge « au lit du malade » de l'hygiène des mains.**

### Ces indicateurs de consommation de SHA, pour être des outils réactifs et utiles, doivent avoir de plus deux qualités :

- Ils doivent pouvoir suivre l'évolution de la consommation des SHA avec une périodicité plus « serrée » que l'année. À cet effet, nous les construisons tous les trimestres. Cette périodicité expose à des biais liés au stockage éventuel des flacons de SHA ou encore des périodicités d'approvisionnement pouvant différer (l'été par exemple).
- Ils doivent pouvoir être construit à l'échelle de services ou regroupements de services. C'est en effet à cette échelle que les professionnels de santé sont sensibilisés, formés à l'utilisation des SHA. C'est aussi à cette échelle que l'implication du chef de service peut influencer sur l'adhésion des équipes à cette nouvelle technique d'hygiène des mains. C'est ce choix que nous avons fait.

Enfin, la communication des résultats de consommation est fondamentale. Les tableaux de bord trimestriels sont adressés aux corres-

>>>

pondants en hygiène - infectiologie (médicaux et paramédicaux), aux responsables de services et de pôles, aux directeurs délégués de ces pôles ainsi qu'aux représentants de la communauté médicale.

## Incidence des BMR

Cet indicateur s'est inscrit également dans la réflexion nationale qui cible *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM). Nous l'avons élargi

à d'autres BMR, d'intérêt épidémiologique particulier pour notre établissement et la région Nord Pas-de-Calais ; ainsi *Pseudomonas aeruginosa* résistant à la ceftazidime, les entérobactéries productrices d'une bêta-lactamase à spectre étendu (EBLSE) et *Acinetobacter baumannii* sont également surveillés.

Le nombre de prélèvements positifs, issus d'examens à visée diagnostique, et après « dédoublement » (méthode RAISIN pour le SARM, CCLIN pour les EBLSE et apparentée pour *P. aeruginosa* et *A.baumannii*) constituent le numérateur. Le dénominateur, pour la construction de ce taux de densité d'incidence, est le même que pour l'indicateur SHA (nombre de journées d'hospitalisation complète). Les souches ont été séparées en importées ou suspectes d'acquisition dans le service ou l'établissement selon le délai entre le prélèvement et l'admission respectivement dans le service et l'établissement. Ainsi, un prélèvement positif observé plus de deux jours après l'admission a été considéré comme acquis. Nous avons restreint l'expression de cet indicateur aux seules souches de SARM acquises.

Au second trimestre 2005, l'incidence du SARM acquis s'élevait à 0,78 pour 1 000 JH (0,87 en médecine, 0,50 en chirurgie, 1,10 en réanimation et soins intensifs, 0,77 en SSRLD). Entre 2003 et 2005, sur les mêmes trimestres, le taux d'incidence des souches de SARM acquises au CHRU de Lille a diminué de 33%. Ces taux d'incidence, présentés ici sur la période d'enquête du réseau BMR-CCLIN-RAISIN, permettent des comparaisons inter-établissements ; l'établissement peut ainsi se positionner à la fois dans sa région, mais aussi dans l'ensemble du réseau inter-régional. Les autres BMR cibles de notre programme de surveillance font l'objet du même traitement.

Ces informations sont inscrites, par service tout comme le tableau de bord de la consommation de SHA, et transmises semestriellement aux mêmes acteurs de l'établissement.

## Consommation des antibiotiques

Le troisième volet pour le suivi d'une politique de maîtrise de la transmission croisée est la consommation des antibiotiques. Cette consommation est encore une cible

du programme national de lutte contre les IN et fera partie du tableau de bord national dans les mois à venir.

Si la méthode de mesure « nationale » n'est pas encore complètement arrêtée, nous avons utilisé une stratégie déjà utilisée dans le réseau

régional Nord-Pas-de-Calais et le réseau CCLIN de surveillance de la consommation antibiotique. Les consommations, en volume distribué par la pharmacie, sont exprimées en dose définie journalière (DDJ) ; ces DDJ reflètent la consommation moyenne pour un adulte standard et une indication standard. Leur calcul fait référence à des tables développées par l'OMS. Ces DDJ sont également rapportées à l'activité (en journées d'hospitalisation complètes) .

En 2004, et pour l'ensemble des molécules d'anti-infectieux, le CHRU présentait une consommation 876,5 DDJ / 1 000 jh. L'analyse des différentes familles antibiotiques plaçait les bêta-lactamines au premier plan (512,6 DDJ / 1 000 jh) dont plus de 50 % pour le groupe de pénicillines avec inhibiteurs de  $\beta$ lactamases, puis les aminosides (112,6 DDJ / 1 000 jh) et les quinolones (91,9 DDJ / 1 000 jh). La part des antisaphylococciques s'élevait à 49,1 DDJ / 1 000 jh et le suivi de ces antibiotiques est à corrélérer avec les autres indicateurs exprimant le risque SARM. Les services les plus gros consommateurs étaient des services très spécialisés (hématologie, réanimations médicales, polyvalente ou chirurgicale avec respectivement 3 428, 2 792, 2 545 et 2 392 DDJ / 1 000 jh) et aussi les urgences (2 838 DDJ / 1 000 jh). Pour ce dernier indicateur, la publication est annuelle.

## Vers un benchmarking

Une présentation conjointe de ces indicateurs est également organisée ; elle permet de visualiser les tendances évolutives et de mettre en évidence des concomitances témoignant proba-

blement de l'impact d'une politique :

- d'animation des réseaux de correspondants en hygiène et infectiologie ;
- de diffusion large des produits hydro-alcooliques ;
- de surveillance et de mesure de ces indicateurs ;
- de communication large vers la communauté hospitalière.

L'évolution de tous ces indicateurs nous montre également les cibles à privilégier pour nos futures actions, services ou pôles les moins adhérents à toutes nos actions et présentant des résultats plus défavorables. Enfin, dans une logique de comparaison entre établissements, il semble indispensable de tenir compte de la palette de services des établissements, de leur place dans l'offre de soins de leur bassin de vie ou région. C'est la condition d'une démarche de benchmarking.

Notre objectif est de poursuivre cette politique d'indicateurs, affinée dans les méthodes avec le souci de les automatiser au maximum, et élargie à des IN cibles (infections de site opératoire...). ■



# Information des patients sur les infections nosocomiales (IN)

Véronique Merle pour le groupe de travail CoCLINNOR sur l'information des patients

**Les établissements du réseau CoCLINNOR ont mené une enquête dont l'objectif était de décrire les connaissances, les attitudes et les opinions des professionnels de santé concernant l'information du patient sur les infections nosocomiales.**

## Méthode

L'enquête s'est déroulée en 2004 et a concerné un échantillon tiré au sort de 1270 professionnels de santé : médecins, sages-femmes, infirmières et cadres, exerçant dans les établissements du réseau CoCLINNOR. L'enquête a été réalisée au moyen d'un questionnaire auto-administré, qui recueillait des données sur les caractéristiques démographiques et professionnelles, la connaissance des obligations réglementaires d'information des patients sur les IN, la description des pratiques déclarées d'information (le cas échéant, les motifs de non information) et enfin l'opinion des professionnels sur l'information à donner. L'anonymat des réponses était garanti aux participants.

## Résultats de l'enquête

Parmi les 1270 professionnels tirés au sort, 1107 (âge moyen 40,2 +/- 10,1, sex ratio H/F 0,28) ont renvoyé leur questionnaire complété.

Le taux de réponse (figure 1) était un peu plus élevé chez les cadres et les infirmières (87 % et 90,3 %), que chez les médecins et les sages-femmes (80,7 % et 78,6 %), mais restait élevé pour toutes les catégories professionnelles. La répartition par catégorie professionnelle et par secteur d'activité est présentée sur les figures 1 et 2. Seulement 96 professionnels (8,7 % [6,6-9,8 %]) avaient une bonne connaissance globale (voir encadré) des obligations réglementaires. Le fait de travailler dans un secteur de réanimation était le seul facteur significativement associé à une meilleure connaissance des obligations.

### Dans leur pratique habituelle, les professionnels informent-ils les patients ?

- Chez un malade non infecté, vu en consultation ou lors d'une hospitalisation (information a priori). Seulement 220 professionnels (19,9 %, [17,5-22,2 %]) déclaraient donner des informations sur les IN aux patients non infectés. L'absence d'information était plus fréquente chez les professionnels de moins de 45 ans et chez ceux exerçant dans des secteurs de médecine, SSR-LD et de psychiatrie. En revanche, le fait d'être cadre, ou

de travailler dans un secteur de chirurgie était associé à plus d'information.

Les professionnels de santé qui déclaraient informer les patients les informaient :

- des mesures de prévention (86,6 %, 95 % CI [83,0-90,3]),
- des mécanismes d'IN (59,1 %, [53,8-64,3]),
- du risque d'IN associé à un acte médico-chirurgical (42,7 %, [37,4-48,0]),
- et des conséquences des IN (42,4 %, [37,2-47,7]).

Quand les professionnels déclaraient ne pas informer les patients, le motif le plus fréquemment avancé était l'absence de demande d'information de la part des patients (64,4 % des professionnels, [61,3-67,6]).

### Chez un malade présentant une infection nosocomiale (information a posteriori)

Dans cette situation, 340 professionnels (26,7 %, [24,3-29,2]) déclaraient ne pas informer le patient, 305 (24,0 %, [21,6-26,3]) déclaraient ne donner des informations que si le patient en demandait, et 404 (31,8 %, [29,2-34,3]) déclaraient informer systématiquement les patients infectés.

L'absence d'information systématique était plus fréquente chez les cadres et les infirmières, ainsi que chez les professionnels travaillant dans un secteur de médecine ou de psychiatrie. En revanche, le fait d'être une femme, ou de travailler dans un établissement de statut PSPH était associé au fait d'informer systématiquement les patients en cas de survenue d'une infection nosocomiale.

### Que pensent les professionnels de l'information des patients sur les IN ?

À la question « Pensez-vous qu'il soit souhaitable de donner aux patients plus d'informations sur les IN », 93 % des professionnels répondaient « Oui ».

Les professionnels voyaient plusieurs intérêts au fait de plus informer les patients sur les IN. Ils en attendaient une meilleure observance de la part des patients des mesures d'hygiène (86,6 %, [84,6-88,6]), une meilleure acceptation des infections (54,4 %, [51,4-57,3]), plus de transparence vis-à-vis des patients (62,4 %, [59,5-65,2]). En revanche, ils craignaient que plus d'information des patients entraîne

plus d'anxiété chez ceux-ci (80,8 %, [78,4-83,2]), les fasse renoncer à des soins (54,5 %, [51,5-57,5]), donne une mauvaise image de l'établissement (17,1 %, [14,8-17,4]), et augmente la fréquence des contentieux (21,3 %, [18,8-23,8]).

## Conclusion

L'information : oui mais...

### Les professionnels ont une connaissance limitée des obligations.

Cette situation est probablement de la complexité de la législation, et des obligations renforcées d'information pour les IN. Certains points, tels que l'obligation d'informer un patient que son infection a donné lieu à un signalement, sont très mal connus. En revanche, les professionnels ont parfois une image excessive des obligations d'information : certains pensent qu'il est obligatoire de communiquer au patient le taux d'infection dans l'établissement ou le taux d'infection du site opératoire rencontré par son chirurgien, ou d'informer la famille du patient que celui-ci a contracté une infection nosocomiale.

### En pratique l'information semble encore peu développée

(selon les déclarations des professionnels).

Les patients infectés sont assez souvent informés (surtout s'ils le demandent), mais peu d'information est donnée aux patients non infectés sur le risque infectieux : moins de 20 % des professionnels déclarent donner des informations dans cette situation, et le fait d'être médecin (donc particulièrement en situation d'informer un patient pour obtenir son consentement éclairé à un acte ou une procédure de soins) n'est pas associé à une pratique plus fréquente d'information.

### Paradoxalement, les professionnels sont très largement favorables à cette information

Ils sont quasi unanimes à souhaiter plus d'information pour les malades à propos des IN. Ceci contraste avec l'image parfois donnée par les médias d'un hôpital replié sur lui-même et désireux de garder le secret sur le risque couru par les malades.

Toutefois, les professionnels craignent les effets de cette information, mais pour les patients plus que pour eux-mêmes : ils redoutent de majorer l'anxiété des patients et de leur faire "fuir" les soins. Il serait tout à fait intéressant de rapprocher ces craintes des professionnels des sentiments des patients.

Les professionnels attendent beaucoup de l'information des patients : plus de compliance aux mesures de prévention, une meilleure acceptabilité des infections. Il n'est pas certain que leurs attentes soient comblées... Là encore, il sera utile d'analyser l'opinion des patients sur ces questions ! ■

## Comment la bonne connaissance globale était-elle définie

On considérait qu'un professionnel de santé avait une bonne connaissance globale des obligations réglementaires d'information des patients sur les IN s'il répondait :

- **Oui, il est obligatoire d'informer un patient**
  - du risque d'IN en fonction de ses facteurs de risque individuels et des actes qui doivent être réalisés,
  - de la survenue d'une infection,
  - du fait que son IN a donné lieu à un signalement
- **Non, il n'est pas obligatoire d'informer un patient**
  - de la fréquence des IN dans l'établissement,
  - de la fréquence des infections du site opératoire rencontrée par son chirurgien
- **Non, il n'est pas obligatoire d'informer la famille d'un patient que celui-ci a contracté une IN**

Figure 1

### Répartition des répondants par catégorie professionnelle

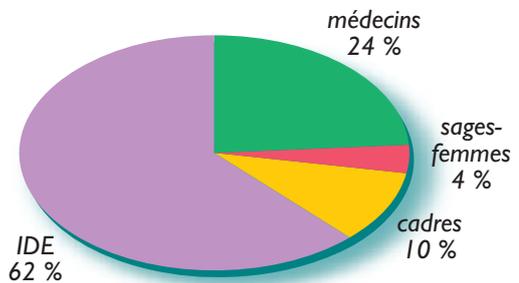
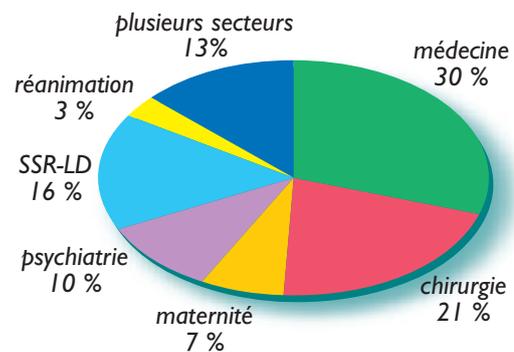


Figure 2

### Dans quels secteurs travaillent les professionnels ayant participé à l'enquête?



# Indicateurs de suivi du risque infectieux nosocomial

Bruno Grandbastien, CHU de Lille

**Dans sa saisine de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), le 21 mars 2003, le Ministre de la Santé soulignait «... [le] besoin de disposer d'outils de surveillance continus et réactifs... [ciblés] sur les infections les plus significatives. ». Toute une démarche s'est alors mise en place et après un travail d'un groupe d'experts, consultations des fédérations d'hospitalisation publique et privée et de représentants des usagers, un projet regroupant cinq indicateurs du risque infectieux nosocomial (cf. encadré 1) a été soumis au Ministre<sup>1</sup>. Nous étions alors en février 2004...**

Un échantillon d'une trentaine d'établissements de santé publics et privés, de grande ou petite taille, répartis sur tout le territoire, au sein d'un projet de recherche sur l'évaluation de la performance hospitalière (COMPAQH : projet COordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière) ont testé ces différents indicateurs<sup>2</sup>. Le Ministre stipulait également que «... Cette surveillance devrait... aider un établissement à se situer par rapport aux autres ». Il fallait ainsi intégrer une dimension "comparabilité" de ces indicateurs. Si le cadre était ainsi parfaitement posé, la réponse à cette demande était peu aisée...

Afin de répondre à toutes les qualités demandées et de tenir compte des résultats de la phase de test COMPAQH, un mode d'emploi pour chacun de ces différents indicateurs (construction, sources des données, classification des établissements, ...) est en construction, puis validation. La réflexion sur la publicité à donner à la performance des établissements de santé sur la base d'indicateurs est aussi actuellement très vive, y compris à l'étranger<sup>3</sup>.

À l'échelle nationale, tous ces indicateurs sont repris dans le programme national de lutte contre les infections nosocomiales (IN) 2005-2008, et des objectifs quantifiés sont proposés (encadré 2). Le plan de travail des CLIN et équipes d'hygiène est donc bien tracé.

À ce jour, deux indicateurs sont validés ; il s'agit premièrement du score composite construit à partir des données des rapports annuels des activités de lutte contre les IN remplis par chaque CLIN (indicateur ICALIN) et deuxièmement du suivi de la consommation des solutés hydro-alcooliques (SHA).

## Score ICALIN

Ce score est construit sur 31 items, automatiquement calculé à partir du rapport de la lutte contre les IN remis annuellement aux DDASS. Ces 31 items représentent des caractéristiques applicables à tous les établissements de santé (ainsi, les points relatifs à l'activité chirurgicale ne sont pas inclus dans ce score). Ils sont décomposés en questions relatives à l'organisation (sur 33 points), aux moyens mis en œuvre (sur 33 points également) et aux actions (sur 34 points). L'organisation de la lutte contre les IN est évaluée par son intégration dans la politique de l'établissement (7 points), le fonctionnement du CLIN (13 points) et la gestion de la lutte contre les IN (13 points). Les

moyens mis en œuvre sont très valorisés par l'existence et la composition de l'équipe opérationnelle en hygiène (16 points), puis la formation (9 points) ou l'existence et l'animation du réseau des correspondants (8 points). Les actions de prévention, ciblées sur les protocoles "prioritaires" (hygiène des mains...) ou autres (17 points), la surveillance (12 points) et les actions d'évaluation (5 points) composent le 3<sup>e</sup> volet "actions".

Ainsi, chaque établissement est noté sur 100 points et peut ainsi estimer son pourcentage de réalisation d'une organisation et d'un programme optimal de lutte contre les IN. Il pourra également se situer par rapport aux autres établissements de même type (taille, statut...) de sa région, voire pour certains (les CHU ou centres de lutte contre

## Les cinq indicateurs de suivi du risque infectieux nosocomial

- Indicateur composite issu des rapports annuels des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN)
- Consommation des solutés hydro-alcooliques (SHA)
- Taux d'incidence de *Staphylococcus aureus* résistants à la méticilline (SARM)
- Taux d'incidence des infections du site opératoire (ISO)
- Consommation des antibiotiques

>>>

>>>

le cancer par exemple), à l'échelle nationale. Le choix de présentation est celui d'une distribution en cinq classes (figure 1) : les 10 % avec les scores les plus faibles = E ou les plus élevés = A, les 20 % avec un score un peu meilleur que les établissements E = D ou un peu moins performants que les A = B et enfin, au milieu les 40 % compris entre la valeur du 30<sup>e</sup> percentile et celle du 70<sup>e</sup> percentile = C. Cette méthode de répartition d'établissements selon un indicateur est également proposée dans la politique anglaise de distribution des établissements selon leur performance.

Le calcul de l'indicateur ICALIN a été réalisé sur les rapports déjà archivés, ce qui a permis de le valider. Pour les scores ICALIN basés sur les données issues des rapports des activités de lutte contre les infections nosocomiales 2004, leur publication est régionale (sur les sites internet des Agences Régionales de l'Hospitalisation).

## Consommation des SHA

Cet indicateur se veut refléter l'engagement de l'établissement dans une démarche de promotion de l'hygiène des mains. Sa construction est en théorie très simple ; on rapporte la quantité,

comptée en litres, de SHA achetée par l'établissement pendant toute une année à son activité (mesurée en journées d'hospitalisation complète (JH)). L'indicateur ainsi construit (en litres pour 1 000 JH) permet d'approcher, en moyenne, le nombre de frictions avec un SHA pendant une JH.

Ainsi, un des objectifs nationaux, la consommation d'au moins 20 litres pour 1 000 JH, ne refléterait qu'un nombre moyen de 6 à 7 frictions avec un SHA pendant les 24 heures de prise en charge d'un patient, et ce, par tous les professionnels de santé intervenant pour ce patient (infirmier, médecin...).

Cet indicateur devra très probablement être calculé par chaque établissement pour l'année 2005 et intégré dans le rapport des activités de lutte contre les infections nosocomiales de 2005 ; il pourra ainsi être connu et publié en 2006.

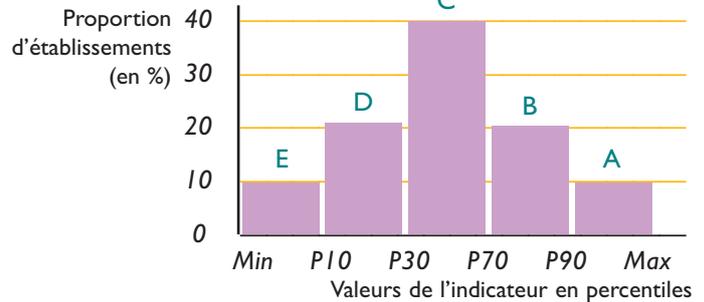
Les autres indicateurs font toujours l'objet de réflexions, d'expérimentations. Leur développement sera très certainement progressif pendant la durée du plan.

Un autre volet se développe également avec l'incitation à évaluer les pratiques professionnelles (accréditation version 2, circulaire d'août 2005 sur l'audit...). Le premier thème, à traiter avant juin 2006, est d'ailleurs l'observance de l'hygiène des mains (en écho à l'indicateur « consommation des SHA » ?).

Tous ces indicateurs et témoins d'une politique d'évaluation des pratiques professionnelles font déjà partie du paysage « infection nosocomiale ». Ils se développeront probablement très rapidement, dans les mois à venir. ■

## Distribution des établissements de santé selon leur niveau de performance sur un indicateur - exemple de l'ICALIN

Figure 1



## Programme national de lutte contre les infections nosocomiales

- Entre 2005 et 2008, 100 % des établissements de santé ont fait progresser le score composite évaluant les moyens engagés dans la lutte contre les infections nosocomiales (1<sup>er</sup> indicateur du tableau de bord).
- Entre 2005 et 2008, 75 % des établissements de santé ont doublé leur consommation annuelle en volume de solutions hydro-alcooliques (2<sup>e</sup> indicateur).
- 100 % des établissements de santé ont une consommation minimale de 20 litres de solutions hydro-alcooliques pour 1 000 jours d'hospitalisation.
- Entre 2005 et 2008, le taux de *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM) a baissé de 25 % dans au moins 75 % des établissements (3<sup>e</sup> indicateur).
- 100 % des établissements de santé ayant une activité chirurgicale ont organisé un suivi d'un acte « traceur » par principale discipline (4<sup>e</sup> indicateur).

1. [www.invs.sante.fr/publications/2004/tdb\\_infections\\_nosocomiales/tdb\\_inf\\_noso\\_part1.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/2004/tdb_infections_nosocomiales/tdb_inf_noso_part1.pdf)
2. [www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/compaqh](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/compaqh)
3. [www.cdc.gov/ncidod/hip/PublicReportingGuide.pdf](http://www.cdc.gov/ncidod/hip/PublicReportingGuide.pdf)
4. [www.sante.gouv.fr/htm/actu/infect\\_nosoco181104/prog.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/infect_nosoco181104/prog.pdf)
5. Circulaire DGS/SD5C-DHOS/E2/2005/384 du 11 août 2005 relative à la stratégie nationale d'audit des pratiques en hygiène hospitalière.



# Présentation des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation (CRCI)

Françoise Avram, Présidente adjointe de la CRCI Ile-de-France, Haute-Normandie, Guyane, Guadeloupe-Martinique

*Les CRCI sont au centre d'un dispositif issu de la loi du 4 mars 2002. Il existe à ce jour 25 CRCI en France métropolitaine et Outre Mer. Elles sont composées de membres d'origines diverses : représentants des usagers (associations de victimes), praticiens hospitaliers et libéraux, établissements publics et privés, organismes payeurs : ONIAM (solidarité nationale) et compagnies d'assurance, personnes qualifiées appartenant au monde du droit et de la médecine. Elles sont présidées par un magistrat de l'ordre judiciaire ou administratif.*

*Il s'agit de commissions de règlement amiable, administratives, de nature non juridictionnelle. Leur saisine ne supprime en rien la possibilité de recours devant les tribunaux (administratif ou judiciaire, civil ou pénal) qui peuvent être concomitants. Elle suspend la prescription des actions devant les juridictions.*

*La représentation n'est pas obligatoire pour les demandeurs qui peuvent néanmoins se faire assister par la personne de leur choix (médecin conseil, avocat...). La procédure est contradictoire. La saisine d'une CRCI se fait à l'aide d'un formulaire spécifique. C'est la CRCI de la région où le "fait générateur" du dommage s'est produit qui est compétente.*

### Compétences

Les CRCI ne sont compétentes que pour les dommages dont le fait générateur s'est produit postérieurement au 4 septembre 2001 et qui présentent un certain degré de gravité qui se caractérise par l'atteinte des seuils suivants (pris alternativement) :

- une IPP > 24 %
- une ITT (incapacité temporaire de travail totale ou partielle, ne concernant donc que les personnes exerçant une activité professionnelle) > 6 mois consécutifs ou non consécutifs mais dans une période de 12 mois
- à titre exceptionnel : des troubles particulièrement graves dans les conditions d'existence ou l'inaptitude définitive à l'exercice de la profession exercée au moment du dommage.

Lorsque le dommage n'atteint pas ces seuils de gravité, la commission peut proposer une conciliation.

L'objectif de ces commissions est de faciliter l'indemnisation des victimes d'accident médical, d'affection iatrogène ou d'infection nosocomiale, que les acteurs de santé mis en cause appartiennent

au secteur public ou au secteur privé. Pour ce faire, elles doivent dire si les conditions d'une indemnisation sont remplies, qui en aura la charge et quels seront les préjudices à indemniser. Elles répondent à ces questions en rendant un avis.

### Conditions d'indemnisation

Les conditions de l'indemnisation sont :

- l'existence d'un accident médical, d'une affection iatrogène ou d'une infection nosocomiale,
- l'imputabilité directe du dommage à un acte de prévention, de diagnostic ou de soin,
- un dommage ayant pour le patient des conséquences anormales au regard de son état de santé ou de son évolution prévisible.

L'indemnisation sera assurée :

- par l'assureur de l'acteur de santé mis en cause si sa responsabilité est engagée en raison de son comportement fautif,
- par l'ONIAM (Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux), émanation de la solidarité nationale, en cas d'accident médical non fautif (aléa thérapeutique).

>>>

>>>

- cas particulier des infections nosocomiales :
  - présomption de responsabilité des établissements
  - infections nosocomiales graves (IPP>25% ou décès) survenues postérieurement au 31 décembre 2002 : indemnisation par la solidarité nationale (ONIAM)
- la responsabilité dans la survenue du dommage peut être partagée, ce qui donne lieu à un partage de l'indemnisation.

## Les avis de la commission

L'instruction des dossiers au terme de laquelle les CRCI rendent leurs avis, a pour "pivot" une expertise au fond gratuite pour les demandeurs, réalisée de façon contradictoire par des experts missionnés par les présidents. Le principe est celui d'une co-expertise et d'un rapport conjoint qui doit permettre de répondre aux questions précitées.

La commission peut ainsi rendre un avis :

- d'incompétence : la CRCI d'Ile-de-France et Haute-Normandie parle d' "irrecevabilité devant la commission" lorsque l'expertise au fond a révélé que les seuils de gravité en rapport avec l'accident médical ou l'infection nosocomiale, n'étaient pas atteints,
- de rejet lorsque les conditions d'une indemnisation ne sont pas réunies,

- d'indemnisation. Elle dirige alors cette dernière vers un assureur ou la solidarité nationale, avec des possibilités de partage.

Le rôle des CRCI s'arrête là mais il n'est pas inutile de connaître le devenir des avis qu'elles rendent :

L'assureur ou l'ONIAM (solidarité nationale) doit adresser au demandeur une proposition d'indemnisation dans les 4 mois. Une acceptation par ce dernier vaut transaction au sens du code civil (art. 2044) et met fin au "litige". Le paiement doit intervenir dans le mois qui suit. En cas de refus, le demandeur peut agir devant les tribunaux.

L'ONIAM se substitue à l'assureur qui ne fait pas de proposition d'indemnisation dans le délai de 4 mois.

Ce système est récent mais son fonctionnement apporte d'ores et déjà de grandes satisfactions non seulement dans l'"aiguillage" des indemnisations mais aussi dans l'apaisement des conflits entre soignés et soignants, tant il est vrai que ces conflits se nourrissent souvent d'un réel manque de communication entre ceux-là et ceux-ci. ■



## Recommandations

- **Ministère de la Santé et des Solidarités • Recensement et évaluation de la coopération inter-établissement des équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière • 91 pages**
- **OMS • Recommandations pour l'hygiène des mains au cours des soins • 34 pages**
- **CCLIN Ouest • Hygiène en pédiatrie dans les services de nourrissons • 78 pages**
- **Ministère de la Santé et des Solidarités • Sécurité sanitaire dans les établissements de santé : Réglementation applicable - édition n°5 • 37 pages**
- **Afssa • Recommandations d'hygiène pour la préparation et la conservation des biberons, juillet 2005 • 116 pages**
- **Ministère de la Santé • Guide d'accès à la réglementation et des recommandations relatives à la construction et au fonctionnement technique des établissements de santé • 37 pages**
- **Ministère de la Santé • Afssaps, Inrs, Fiche technique: Masques médicaux ou appareils de protection respiratoire jetables : quel matériel choisir ? • 2 pages**

## Réglementation

- **Circulaire Légionelles**
  - **Circulaire n° DGS/SD7A/DHOS/E4/DGAS/SD2/2005/493 du 28 octobre 2005 relative à la prévention du risque lié aux légionelles dans les établissements sociaux et médico-sociaux d'hébergement pour personnes âgées.**
- **Indicateur ICALIN**
  - **Note d'information de la DHOS sur la publication nationale des résultats du tableau de bord des infections nosocomiales**
  - **Document joint à cette note : "vos questions - nos réponses" sur l'Indice Composite des Activités de Lutte contre Infections Nosocomiales**
- **Traitement DM et patients ayant reçu des PSL de donneurs vMCJ • Circulaire N°DGS/SD5C/DHOS/2005/435 du 23 septembre 2005 relative aux recommandations pour le traitement des dispositifs médicaux utilisés chez les sujets ayant reçu des produits sanguins labiles (PSL) provenant de donneurs rétrospectivement atteints de variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (vMCJ)**

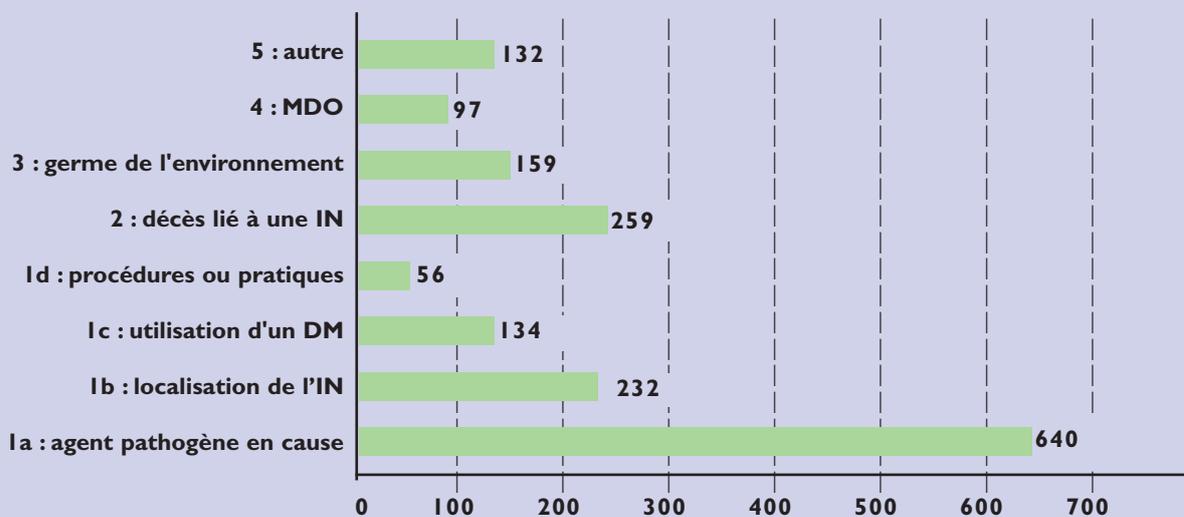
Nouveautés disponibles en ligne sur le site du CCLIN  
<http://www.ccr.jussieu.fr/cclin>

# Bilan CCLIN Paris-Nord au 28 novembre 2005

1303 fiches de signalement ont été reçues (4065 cas) dont 870 en Ile-de-France, 260 en Nord-Pas-de-Calais, 90 en Picardie, 78 en Haute Normandie.

Répartition des signalements par motif depuis août 2001

Tableau 1



Liste des principaux germes quand le motif de signalement est 1a

Tableau 2

- 212 *Acinetobacter baumannii*
- 76 *Staphylococcus aureus*
- 47 *Pseudomonas aeruginosa*
- 33 entérocoques
- 31 *Enterobacter*
- 18 *Streptococcus pyogenes*
- 17 *Aspergillus*
- 16 *Clostridium difficile*
- 16 *Klebsiella pneumoniae*
- 15 parasites (*Sarcoptes*, *Cryptosporidium*)
- 15 *Legionella pneumophila*
- 10 VHC

Liste des principaux sites quand le motif de signalement est 1b

Tableau 3

Sites	Effectif	%
Ophtalmo	55	31
ISO	38	21
Os et articulations	30	13
Syst. Nerveux central	18	9
Bactériémie/septicémie	13	6

Exemples d'investigations relatives au signalement menées ces derniers mois

Tableau 4

- Cas d'infections / colonisations à *Enterobacter sakazakii* en néonatalogie
- Bactériémies à *Salmonella worthington* et *S. enterica* sérotype Gambia en néonatalogie
- Cas groupés d'infections du site opératoire à pneumocoque en chirurgie urologique
- 2 épisodes de cas groupés d'endophtalmies postopératoires
- Épidémie d'*E coli* BLSE en maison de retraite médicalisée

## Demandes

BAC +5, École Supérieure de Commerce de Lille en Mastère Management de la Chaîne Logistique et Achat. Expérience de 5 années comme Responsable du Management Opérationnel. Poste souhaité dans le Nord. Missions et défis souhaités au sein de ce secteur d'activité en pleine mutation et évolution dans le domaine **Logistique**, voire **Supply Chain**.  
[gerald.laurent@neuf.fr](mailto:gerald.laurent@neuf.fr)

Expérience de 8 ans en hygiène hospitalière (ancien chef d'unité d'hygiène hospitalière, coordonnateur de réseau départemental et auditeur en cabinet privé) recherche poste temps plein de **praticien hospitalier** contractuel de préférence en région Midi-Pyrénées. Bonne capacité à fédérer, travailler en équipe, animer des groupes de travail et intervenir sur le terrain. Contact : Chantal Lavigne.  
 Tél : 06 82 93 73 11

[hygieneaccompagn@aol.com](mailto:hygieneaccompagn@aol.com)

Responsable du poste de bactériologie, correspondante au sein du CLIN, je m'engage à suivre une formation en hygiène hospitalière, et suis à la recherche d'un emploi hospitalier en région PACA en tant que **biohygiéniste**.  
[nicole.giraud@free.fr](mailto:nicole.giraud@free.fr)

## Offres

La **Cellule Infections Nosocomiales de la Direction Générale de la Santé** recherche un **médecin ou pharmacien** chargé du risque infectieux en milieu extrahospitalier. Le poste est susceptible d'être vacant au 1<sup>er</sup> février 2006. Mission : élaboration et mise en œuvre de la politique nationale de gestion du risque infectieux en pratique ambulatoire extrahospitalière. Il s'agira notamment d'établir un état des lieux des pratiques d'hygiène et définir les besoins des professionnels de santé en milieu extrahospitalier, afin de proposer et mettre en place un programme d'action.  
 Contact : Mme Dominique Bessette, le chef de bureau. Tél : 01 40 56 45 40  
 Fiche de poste sur le site du CCLIN.

Un poste de **praticien hospitalier** est vacant de suite au **CH de Melun** en Seine et Marne. Il s'agit soit d'un temps plein moitié hygiène moitié bactériologie au laboratoire, soit d'un mi-temps d'hygiéniste. Merci de contacter Dr Fiette, Présidente du CLIN - Tél : 01 64 71 63 78

Le **Centre Hospitalier d'Arpajon** (400 lits) dans l'Essonne à 50 km de Paris par le RER C ou la N 20 recherche une **infirmière hygiéniste** temps plein pour un poste vacant à compter du 01 novembre 2005. Pour tous renseignements : Mme Dauvillier directrice des soins ou Mme Ponthoreau directrice des ressources humaines - Tél : 01 64 92 90 10

L'Unité d'hygiène hospitalière et de Lutte contre les Infections Nosocomiales (Labo de Bactériologie - Hygiène, Pr François EB) du **CHU d'Amiens** recherche un **praticien attaché en hygiène** (5 ou 10 1/2 journées). Ce poste est susceptible d'évoluer à plus ou moins brève échéance.  
 Profil du poste : médecin ou pharmacien ayant une expérience en bactériologie et/ou en Hygiène. Posséder des connaissances en Épidémiologie serait un plus appréciée. Tél : 03 22 66 82 20

[hygieneshosp@chu-amiens.fr](mailto:hygieneshosp@chu-amiens.fr)

Le **Centre Hospitalier de Soissons (Aisne)** recherche un **praticien en hygiène hospitalière** pour structure inter-hospitalière - Adresser candidature et CV au Directeur du Centre Hospitalier 02209 Soissons cedex. Tél : 03.23.75.72.00.



## France

### 28<sup>es</sup> Journées Nationales d'études sur la stérilisation dans les établissements de santé - 12-13 avril 2006 - Tours

Informations : Joelle Vanbesien, Centre d'études et de formation hospitalière - Tél : 05 65 23 06 00

[vanbesiencefh@wanadoo.fr](mailto:vanbesiencefh@wanadoo.fr)  
[www.cefh-ceps.com](http://www.cefh-ceps.com)

### XVII<sup>e</sup> Congrès de la Société Française d'Hygiène Hospitalière (SFHH)

1-2 juin 2006 - Nantes - Informations : Guillaume d'Ardier, Europa organisation, Toulouse  
Tél : 05 34 45 26 45

[ins\\_sfh2006@europa-organisation.com](mailto:ins_sfh2006@europa-organisation.com)  
[www.sfh.net](http://www.sfh.net)

### 11<sup>e</sup> Journée Régionale de Prévention de Lutte contre les Infections Nosocomiales et d'Hygiène Hospitalière

22 mars 2006 - Amiens  
Dr Zoher Kadi, DRASS, 52 rue Daire,  
80037 Amiens cedex - Tél : 03 22 82 30 84  
Fax : 03 22 82 30 01

[karine.retaux@sante.gouv.fr](mailto:karine.retaux@sante.gouv.fr)

### 16<sup>th</sup> European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ECCMID) - 1<sup>er</sup> au 4 avril 2006 - Nice

Informations : AKM Congress Service - PO Box  
CH Basel, Switzerland - Tél : 41 61 686 77 77

[info@akm.ch](mailto:info@akm.ch)  
[www.esccmid.org/eccmid2006](http://www.esccmid.org/eccmid2006)

### 7<sup>es</sup> Journées Nationales d'Infectiologie (JNI)

8-9 juin 2006 - Bordeaux  
Informations : Nathalie Pasquier-Desvignes, Vivactiplus  
Tél : 01 43 37 67 30

[vivactiplus@wanadoo.fr](mailto:vivactiplus@wanadoo.fr)  
[www.infectiologie.com](http://www.infectiologie.com)



## International

### SHEA's 16<sup>th</sup> Annual Scientific Meeting (Society for Healthcare Epidemiology of America)

18 à 21 mars 2006 - Chicago (USA)  
Informations : SHEA, 66 Canal Center Plaza, Suite 600  
Alexandria VA 22314 - Tél : 1-703-684-1006,

[info@shea-online.org](mailto:info@shea-online.org)  
[www.shea-online.org](http://www.shea-online.org)

### 24<sup>th</sup> Annual Meeting of the European Society for Paediatric Infectious Diseases (ESPID) - 3 au 5 mai 2006.- Basel (Suisse).-

Informations : Kenes International / ESPID 2006,  
17 rue du Cendrier, PO Box 1726, CH-1211 Genève  
Suisse - Tél : 41 22 908 0488

[espid@kenes.com](mailto:espid@kenes.com)  
<http://www.kenes.com/epid>

### 10<sup>e</sup> Rencontre Internationale des Infirmiers et Infirmières Francophones en Hygiène Hospitalière - 25-26 mai 2006 - Québec (Canada)

Thème : "La prévention des infections et les réalités du XXI<sup>e</sup> siècle". Informations : Christine Chemorin  
Tél : 04 72 11 06 83

[christine.chemorin@chu-lyon.fr](mailto:christine.chemorin@chu-lyon.fr)  
[www.siihhf.org](http://www.siihhf.org)

### 12<sup>th</sup> International Congress for Infections Diseases (ICID) - 15 au 18 juin 2006 - Lisbonne (Portugal) -

Informations : ISID, 181 Longwood  
Avenue Boston - MA 02115 - USA  
Tél : 1-617-277-0551

[info@isid.org](mailto:info@isid.org)  
[www.isid.org](http://www.isid.org)



### CCLIN Paris-Nord

15, rue de l'École de Médecine, 75006 Paris  
Tél. : 01 40 46 42 00 : Fax : 01 40 46 42 17

<http://www.ccr.jussieu.fr/cclin>

Responsable de la rédaction

**P. Astagneau**

Comité de rédaction

**M. Aggoune, P. Astagneau, A.H. Botherel Tran-Minh  
A. Carbonne, M.T. Chalumeau, N. Dubreuil,  
J.M. Germain, Z. Kadi, D. Landriu, R. Leroy,  
F. L'Hériteau, M. Vanhuffel**

Secrétariat de rédaction :

**K. Lebascle**

Réalisation

**A ÉDITORIAL, Paris**

Tél. : 01 42 40 23 00