



BULLETIN • 34

Juillet 2009

Sommaire

RÉSEAUX DE SURVEILLANCE

- 2 Surveillance 2007 des consommations d'antibiotiques
- 4 Surveillance 2008 des infections nosocomiales en réanimation
- 6 Surveillance 2007 des AES

EN DIRECT DES ÉTABLISSEMENTS

- 8 Cas groupés d'hépatite A, soignants et patients
- 9 Précautions standard et hygiène des mains en hospitalisation à domicile
- 11 Enquête d'observation concernant les flacons d'antiseptiques

MISE AU POINT/BONNES PRATIQUES

- 12 Audit « POP » inter-région Nord
- 15 Indicateurs des IN: comparaison 2005/2006/2007, inter-région Nord
- 18 Flash info grippe A/H1N1

AUDIT/ÉVALUATION DES PRATIQUES

- 20 Connaissance des précautions standard (Haute-Normandie)
- 22 Gestion du risque infectieux dans les EPHAD, Groupe Korian
- 24 Audit 2008 hygiène des mains du GREPHH

SIGNALEMENT

- 26 Tableau de bord du CCLIN Paris-Nord

ACTUS (p 27)

Évolutions et perspectives du Programme National de Prévention des Infections Nosocomiales (PROPIN)

L'heure est la transition et à l'innovation: transition vers une nouvelle organisation de notre système de santé, centrée sur la régionalisation, et innovation vers un nouveau programme élargi de lutte contre les infections associées aux soins (IAS), dans les établissements de santé, mais aussi en direction des autres structures de soins et vers les pratiques de ville.

Le 1^{er} Programme National, débuté en 1995 et prorogé jusqu'en 2004, avait l'objectif affiché de réduire de 30 % la fréquence des IN. Il a surtout permis de consolider le dispositif de surveillance et de maîtrise des IN progressivement mis en place en France depuis 1988, avec la diffusion de recommandations nationales, et surtout le renforcement des structures (CCLINs, InVS), autorisant la mise en place d'un vaste programme national de surveillance, avec notamment la création du réseau des réseaux, le RAISIN, et ses cinq programmes de surveillance harmonisés, ainsi que la mise en place du signalement externe.

S'appuyant sur les structures ainsi mises en place, le programme 2005-2008 a permis de véritablement formaliser un programme national de LIN, comportant des objectifs quantifiés, déclinés aux trois niveaux de structures mises en place, local, inter-régional, et national. On retiendra sûrement de ce programme la volonté de transparence, avec une première production d'indicateurs, conçus non comme une sanction, mais comme une forte incitation envers les ES et une information du public. Progressivement élaborés et publiés au fil des années sous forme d'un "tableau de bord" sur le site du ministère pour l'ensemble des ES, ils ont rempli leur mission principale: tirer vers le haut la majorité des établissements de santé, tandis que les grandes enquêtes de prévalence montraient que les objectifs de 1995 étaient atteints. Cette première génération d'indicateurs devra évoluer - ne serait-ce qu'en raison des progrès accomplis - pour être affinés et mieux refléter les priorités et spécificités des différentes catégories d'ES. Certains objectifs 2005-2008 n'ont pas été encore atteints, notamment sur la consommation des produits hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains, ou la surveillance des ISO: ils seront maintenus et renforcés dans le PROPIN 2009-2012.

Celui-ci marque la maturité d'un dispositif dont la couverture nationale est complète, avec la création et le renforcement des ARLIN effectués au cours du précédent programme. Cette maturité autorise l'élaboration de nouveaux objectifs et indicateurs, associant aux objectifs révisés de moyens et processus précédents, des objectifs de résultats nationaux (incidence de bactériémies associées aux cathéters centraux en réanimation, taux d'ISO en chirurgie programmée, taux d'AES, et évolution des SARM et des ERV), s'appuyant sur des objectifs plus spécifiques aux établissements ou aux régions. Les CCLINs et leurs antennes régionales sont appelés à jouer un rôle de tout premier plan dans la coordination des actions et l'évaluation de ce nouveau programme.

Pr Christian Brun-Buisson
Coordonnateur du Groupe de Pilotage
du Programme National de Prévention des Infections Nosocomiales



Surveillance des consommations d'antibiotiques dans les établissements de santé de l'inter-région Nord : résultats 2007

Ludivine Lacavé, François L'Hériteau - CCLIN Paris-Nord

Les consommations élevées d'antibiotiques dans les établissements de santé contribuent à l'émergence et à la persistance des résistances bactériennes aux antibiotiques.

Contexte

La surveillance en réseau des consommations d'antibiotiques (CAB) permet aux établissements de santé (ES) de se situer par rapport à des ES comparables et de suivre leur évolution dans le temps.

Le CCLIN Paris-Nord propose depuis 2002, une surveillance en réseau des CAB. Les résultats des consommations 2007 sont présentés ici.

Matériel & méthodes

Les données de consommations 2007 des ES volontaires de l'inter-région Nord (Ile-de-France, Haute-Normandie, Picardie, Nord-Pas-de-Calais) ont été recueillies au 1^{er} trimestre 2008, à l'aide d'un fichier Excel :

- recueil des consommations de toutes les molécules AB,
- pour les hospitalisations complètes uniquement,
- dans l'ensemble de l'ES, et par service (optionnel).

Les consommations étaient exprimées en nombre de Dose Définie Journalière (DDJ, définie par l'OMS) pour 1000 journées d'hospitalisation (JH).

Résultats

Caractéristiques des établissements de santé participants

Cent cinquante-cinq établissements ont fourni leurs consommations de l'année 2007. La moitié des établissements participant étaient issus du secteur public, 28 % du secteur privé et 22 % du secteur PSPH, (figures 1 et 2).

Distribution des consommations

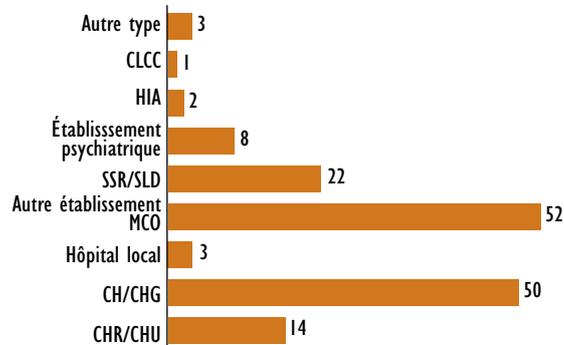
La médiane des consommations totales d'antibiotiques pour l'ensemble des établissements participant était de 380,9 DDJ/1000JH (IIQ [211,1 – 511,9]). Ces consommations étaient variables selon le type d'activité: maximum en réanimation, minimum en SLD et en psychiatrie (figure 3).

Évolution des consommations entre 2005 et 2007

Quarante-neuf établissements ont fourni leurs données de consommation tous les ans depuis 2005. Nous avons calculé la moyenne des consommations de ces 49 ES chaque année pour quelques molécules et familles d'AB (figures 4, 5, 6, 7).

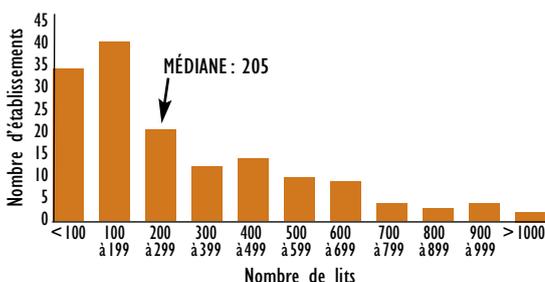
Répartition des ES par catégorie

Figure 1



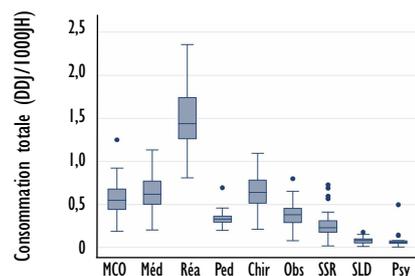
Répartition des ES par nombre de lits

Figure 2



Consommation totale d'AB par type de service

Figure 3



Suite >>>

Consommation des principales familles d'AB par type de service

Tableau 1

Consommation (DDJ/1000JH)	Médecine	Chirurgie	Réanimation	Gynéco-Obs.	SSR	SLD
Médiane [p25 - p75]	n=46	n=38	n=29	n=31	n=64	n=31
Total AB	617,3 [497,9 - 771,8]	638,6 [511,9 - 780,8]	1436,9 [1260,3 - 1741,4]	379,2 [289,5 - 455,3]	229,5 [173,9 - 310,7]	81,6 [50,8 - 100,2]
β-lactamines	435,6 [343,9 - 526,9]	436,1 [335,4 - 545,5]	884,9 [732,8 - 1007,3]	356,7 [259,9 - 407,5]	134,9 [90,0 - 168,2]	56,3 [36,2 - 72,3]
Fluoroquinolones	98,7 [73,5 - 123,9]	78,2 [46,7 - 95,7]	183,1 [131,7 - 262,6]	8,9 [2,7 - 13,4]	39,0 [29,1 - 58,6]	7,6 [6,1 - 12,5]
MLS	32,7 [22,3 - 50,0]	17,4 [8,8 - 23,8]	62,2 [38,7 - 112,6]	10,0 [6,5 - 16,4]	15,9 [10,8 - 23,7]	5,7 [3,7 - 9,1]
Aminosides	11,1 [4,4 - 16,9]	26,4 [16,3 - 35,1]	94,1 [72,9 - 133,1]	4,0 [2,0 - 7,7]	1,7 [0,2 - 3,6]	0,4 [0,1 - 0,9]
Imidazoles	14,0 [8,6 - 21,1]	36,5 [22,8 - 47,4]	46,1 [33,1 - 77]	4,1 [2,0 - 6,8]	3,2 [1,3 - 7,6]	1,0 [0,4 - 1,5]
Sulfamides	7,7 [4,3 - 13,8]	5,7 [3,7 - 11,5]	17,7 [4,0 - 30,8]	0,6 [0,0 - 1,6]	7,4 [4,5 - 14,5]	1,7 [1,0 - 5,6]
Glycopeptides	3,1 [1,0 - 7,1]	6,5 [4,3 - 9,2]	51,7 [31,6 - 99,3]	0,1 [0,0 - 0,6]	0,5 [0,0 - 3,1]	0,1 [0,0 - 0,3]

* MLS: Macrolides, lincosamides, streptogramines

Figure 4

Consommations de céphalosporines de 3^e génération (C3G)

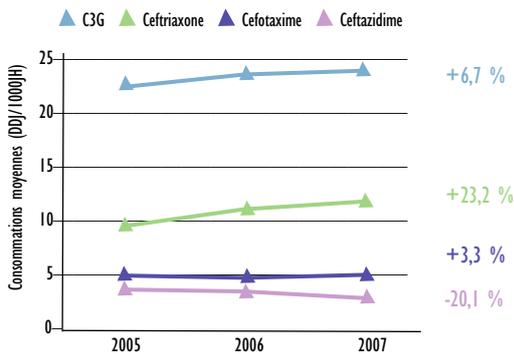


Figure 5

Consommations de fluoroquinolones

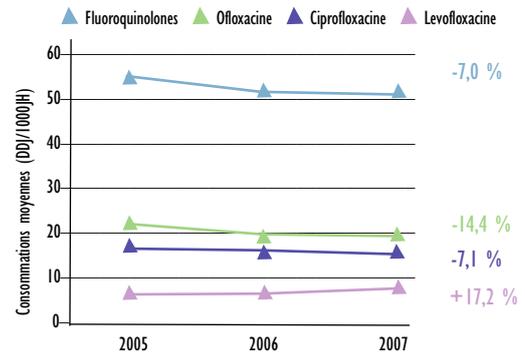


Figure 6

Consommations de glycopeptides

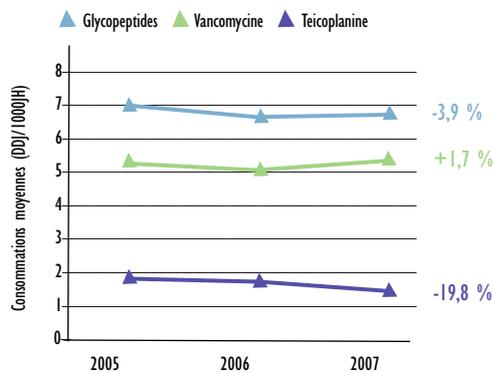
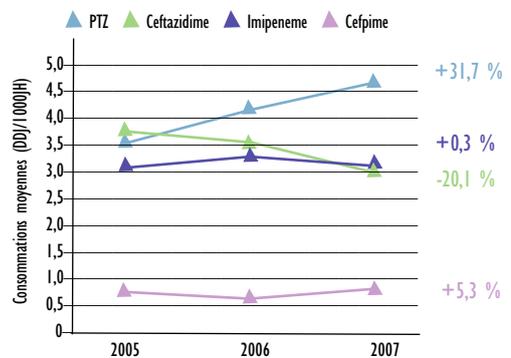


Figure 7

Consommations de β-lactamines « hospitalières »



Conclusion

Le niveau de consommation d'antibiotiques dans les établissements de santé est variable selon le type d'activité. Une surveillance stratifiée par secteur d'activité est nécessaire. Elle permet aux établissements de se situer par rapport

à des établissements comparables. Sur les données de l'ensemble du réseau, les consommations totales d'antibiotiques ont peu varié au cours des dernières années. Des variations ont cependant été observées pour certaines molécules. ■

Surveillance des infections nosocomiales en réanimation : résultats 2008

Fabien Daniel, François L'Hériteau - CCLIN Paris-Nord

La surveillance des infections nosocomiales en réanimation est l'une des priorités du programme national de lutte contre les IN. Depuis 1999, le CCLIN Paris-Nord propose une surveillance des IN en réanimation. Cette surveillance est harmonisée au niveau national depuis 2004. Les IN surveillées sont les pneumopathies associées à la ventilation mécanique (PVM), les colonisations, infections, et bactériémies sur cathéter veineux central (CVC), les infections urinaires et les bactériémies. Les résultats de la surveillance 2008 pour l'inter-région sont présentés ici.

Du 1^{er} janvier au 30 juin 2008, 47 unités de réanimation de l'inter-région ont participé à la surveillance et inclus 6 782 patients. Le sex-ratio était de 1,5 et l'âge moyen de 62,2 ans. L'IGSII moyen à l'admission était de 62,2. Près des trois quarts des patients étaient en réanimation pour une pathologie médicale, moins d'un sur six (15,1 %) étaient immunodéprimés et plus de la moitié (55,9 %) recevaient des antibiotiques à l'admission. La durée de séjour des patients inclus était en moyenne de 10,8 jours. Cependant, la durée moyenne de séjour (DMS) était variable d'une unité à l'autre (médiane 10,5 jours intervalle inter-quartile [9,0-11,8]).

Plus de la moitié des patients (57,5 %) ont été intubés, près de la moitié (48,9 %) ont nécessité un CVC et plus des quatre cin-

quièmes (80,1 %) un sondage urinaire à demeure. La durée moyenne d'intubation était de 10,7 jours, de cathétérisme veineux central de 9,1 jours et de sondage urinaire de 9,8 jours.

L'exposition aux dispositifs invasifs était variable selon des unités (tableau 1).

Sur l'ensemble du réseau, l'incidence moyenne des IN était de :

- Pneumopathies : 12/1000 jours d'intubation
- CVC (colonisations de CVC) : 11,1/1000 jours-CVC
- CVC (bactériémies liées au CVC) : 1,5/1000 jours-CVC
- Infections urinaires : 6/1000 jours de sondage
- Bactériémies : 4,2/1000 jours d'hospitalisation (en réanimation)

L'incidence de ces IN variait d'une unité à l'autre (figure 1).

L'exposition aux dispositifs invasifs selon les unités

Tableau 1

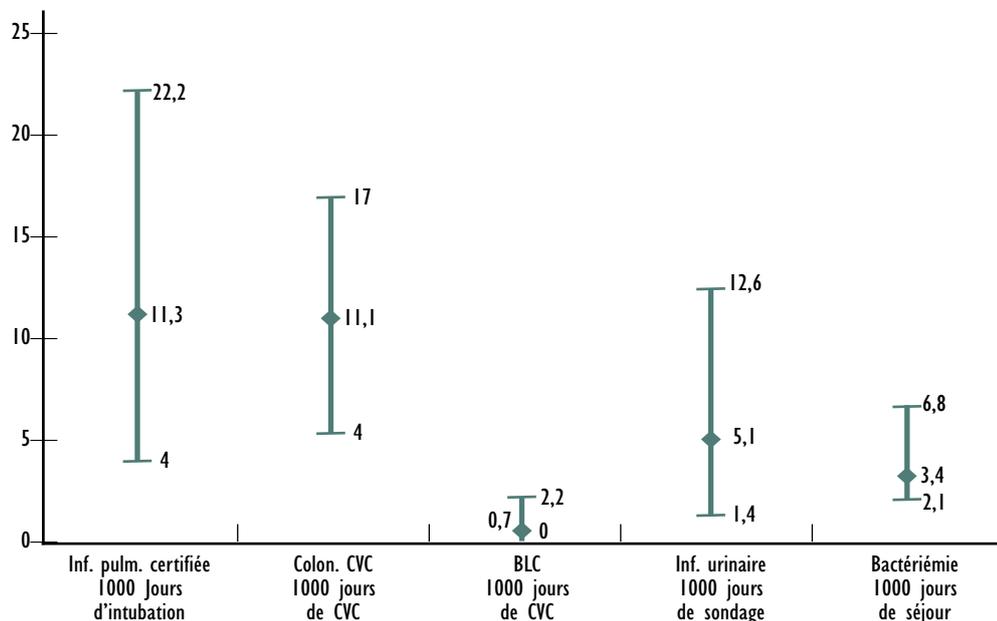
	% de patients exposés au dispositif médiane [p25-p75]	Durée d'exposition (jours) médiane [p25-p75]	Ratio d'utilisation chez les exposés (%)* médiane [p25-p75]
Intubation	57,4 [48,3 – 68,3]	10,8 [8,0 – 12,6]	77,2 [67,6 – 83,0]
Cathéter veineux central	46,5 [37,0 – 62,4]	8,9 [7,5 – 10,5]	45,9 [39,8 – 60,7]
Sonde urinaire	80,5 [75,7 – 88,5]	10,3 [8,2 – 11,4]	10,3 [8,2 – 11,4]

* Ratio d'utilisation : nombre de journées d'exposition au dispositif / nombre de journées d'hospitalisation (chez les exposés au dispositif)

[Suite >>>](#)

Figure 1

Distribution de l'incidence des principales infections nosocomiales en réanimation Médiane (p25-p75)



Conclusion

Les données du réseau Réa RAISIN permettent aux unités de réanimation effectuant la surveillance de se comparer aux autres unités du réseau et de suivre

l'évolution temporelle de leur incidence. Une telle démarche de rétro-information a déjà fait la preuve de sa capacité à apporter une réduction de l'incidence des infections de CVC en réanimation. ■



Infos

Désinfection des réseaux d'eau chaude sanitaire Cas des produits à base de peroxyde d'hydrogène et de sels d'argent

La note de service N° DGS/EA4/2009 du 19 juin 2009 interdit l'utilisation de peroxyde d'hydrogène avec argent pour le traitement de l'eau d'un réseau en service (préventif ou curatif).

Pour les réseaux hors service, l'utilisation de ce type de produit est en revanche autorisée, mais sous certaines conditions :

- nettoyage préalable des installations
- concentrations: 100 à 1000 mg/l de peroxyde d'hydrogène
- temps de contact: fonction de la concentration, jusqu'à 12h (petits réseaux)
- rinçages des installations

Rappel des incompatibilités possibles: acier galvanisé, résine organique

Produits concernés: Biogul E 100, Dieze PL, H Bio T50, H Bio T3, Sanosil S25



Résultats 2007 de la surveillance des AES

Fabien Daniel, François L'Hériteau - CCLIN Paris-Nord

Les accidents exposant au sang (AES) font courir au personnel de santé le risque de transmission d'un grand nombre de pathogène mais en particulier du VIH et des virus des hépatites B et C. Le respect des précautions standard et la mise à disposition de matériels de sécurité permettent de limiter ce risque. La surveillance des AES est un des moyens de la prévention. Cette surveillance a été mise en place dans l'inter-région depuis 1995.

Au cours de l'année 2007, un total de 5 033 AES a été recensé dans 97 établissements de l'inter-région Nord ayant participé au réseau, dont 65 % sont de statut « public ».

Les personnels de soins paramédicaux ont notifié la plupart des AES (2949 soit 58,6 %). Parmi eux, les infirmières (infirmières, infirmières de bloc opératoire, infirmières anesthésistes et surveillantes de soins) étaient les principales victimes avec 2 191 AES. Les médecins ont notifié 260 AES et les chirurgiens en ont notifié 136. Les AES déclarés se répartissaient en 3 918 accidents percutanés (APC : 3 480 piqûres et 438 coupures) et 988 projections (759 oculaires ou sur le visage, et 189 sur peau lésée).

Les mécanismes les plus fréquents des APC étaient la manipulation d'aiguille (49,5 %) et d'instruments souillés (26,4 %). Le mécanisme permettait de présumer que l'AES aurait pu être évité par le respect des précautions standard dans 34 % des APC. Le mécanisme de ces APC (en insistant sur les APC évitables) est précisé sur le [tableau 1](#).

Le matériel en cause était le plus souvent un stylo injecteur d'insuline. La tâche au cours de laquelle sont survenus les APC en désadaptant une aiguille était une injection sous-cutanée dans 62 % des cas. Là aussi le matériel en cause était le plus souvent un stylo injecteur d'insuline. Les APC liés à des objets traînants sont survenus principalement au cours de nettoyage de sols et surfaces (21 %), de transport de sacs poubelles (21 %), et de rangement (13 %).

Parmi les 3 736 APC où la présence d'un collecteur d'objets piquants tranchants (OPT) n'était pas jugée sans objet, ce collecteur était absent dans 27 % des cas. Cependant, parmi les 1 188 APC où la présence d'un collecteur était jugée « sans objet », la tâche en cours était souvent un geste chirurgical (22 %, dont plus du tiers en aidant l'opérateur), une injection (12 %, dont 90 % une injection sous-cutanée), un prélèvement veineux ou une perfusion (12 %).

Les tâches en cours, lors des APC où la présence d'un collecteur était jugée « sans objet », sont récapitulées sur la [figure 1](#).

Le personnel concerné a déclaré ne pas porter de gants dans 1 096 APC (29 %).

La victime de l'AES n'était pas vaccinée contre l'hépatite virale B dans 0,7 % des cas et son statut vaccinal était inconnu dans 2,7 % des cas.

La tâche en cours lors de l'APC était un soin infirmier ou assimilé dans 48 % des cas (injection et prélèvement sanguin le plus souvent), un geste chirurgical dans 19 % (dont 34 % concernaient l'aide), un geste médical dans 7 % des cas. Dans 16 % des cas, la tâche au cours de laquelle s'est produit l'APC n'impliquait pas de contact avec le patient ([figure 2](#)).

L'accident était une projection oculaire ou sur le visage dans 15 % des cas. Dans 33 %, 21 % et 22 % d'entre eux, un geste infirmier (ablation de perfusion et prélèvement sanguin le plus souvent), un geste chirurgical (aide à une procédure), et un soin de nursing et d'hygiène étaient respectivement à l'origine de l'AES. Les projections sur peau lésée (4 % des AES), survenaient à l'occa-

Tableau 1	Manipulation d'aiguille	1 936	49,5 %
	En recapuchonnant	245	6,4 %
	En désadaptant	250	6,3 %
	Manipulation d'instruments souillés	1 032	26,4 %
	Posés plateau	336	8,6 %
	Traînant	388	9,9 %
	Passage de la main à la main	58	1,5 %
	Manipulation de collecteurs OPT	256	6,6 %
	Trop plein	39	1,0 %
	Mal cliqué	5	0,1 %
	Manipulation de lame en désadaptant	232	5,9 %
		23	0,6 %
	Prélèvements	55	1,4 %
Seringue	55	1,4 %	
Autres, non précisés	342	8,8 %	

La tâche en cours lors des APC survenus en recapuchonnant une aiguille était le plus souvent (69 %) une injection sous-cutanée.

sion d'un geste infirmier dans 46 % des cas, d'un soin de nursing et d'hygiène dans 28 % et d'un geste médical dans 9 %.

Le statut sérologique du patient source était inconnu vis-à-vis du VIH dans 759 AES (15 %), vis-à-vis du virus de l'hépatite C (VHC) dans 1 005 (20 %) et vis-à-vis de l'antigène HBs dans 1 432 (29 %).

Le patient source était connu comme infecté par le VIH dans 267 AES (5,3 %), séropositif pour le VHC dans 351 (7,0 %), et porteur de l'antigène HBs dans 99 (2,0 %).

L'incidence des AES pour 100 lits et pour 100 équivalent temps plein (ETP) a été mesurée pour chaque catégorie de personnel. Les

incidences les plus élevées étaient observées chez les IBODEs (13,4 %) et les internes (11,3 %) (tableau 2).

L'incidence des APC pour 100.000 matériels était particulièrement élevée pour les aiguilles à chambre implantée (22,1 /100 000), et les stylos à insuline (22,8 /100 000).

Comme les années précédentes, il persiste une part importante d'accidents évitables. Le risque reste plus important notamment chez les IBODE, les internes, les chirurgiens, les sages-femmes, et avec certains matériels (stylos à insuline et chambres implantées). ■

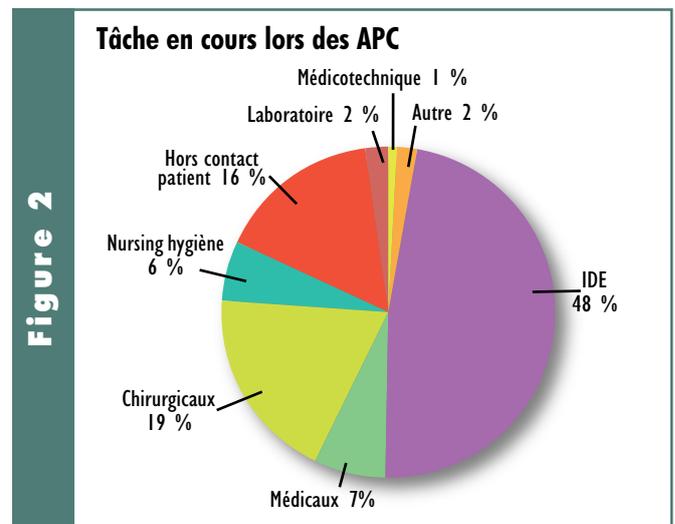
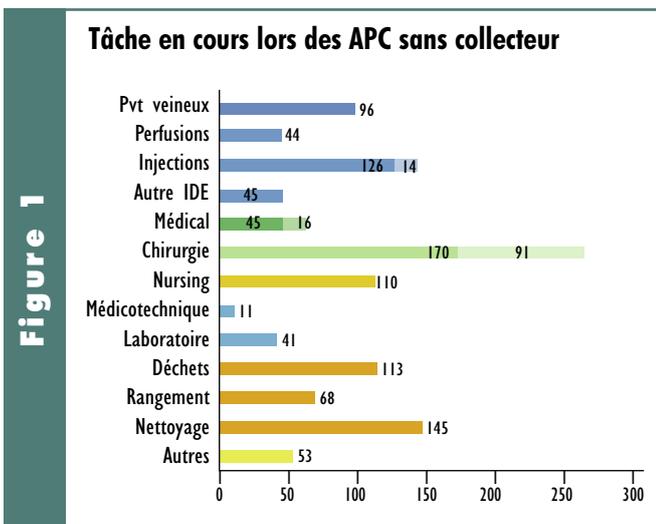


Tableau 2

Incidence des AES pour 100 lits ou 100 personnels par an

	N	AES		APC	
		Taux d'incidence	IC _{95%}	Taux d'incidence	IC _{95%}
LITS	97	10,7	[10,4 - 11,0]	8,3	[8,1 - 8,6]
Personnels para-médicaux					
Infirmière	91	7	[6,7 - 7,3]	5,4	[5,2 - 5,7]
IBODE	75	13,4	[10,9 - 15,9]	11,6	[9,3 - 13,9]
IADE	66	3,7	[2,5 - 4,9]	3	[1,9 - 4,1]
Aide soignant	84	1,9	[1,7 - 2,1]	1,4	[1,2 - 1,5]
Elèves	69	3,3	[3,0 - 3,5]	2,7	[2,4 - 2,9]
Personnels médicaux					
Médecin	77	2,4	[2,1 - 2,8]	2	[1,7 - 2,4]
Chirurgien	64	6,7	[5,3 - 8,1]	5,6	[4,3 - 6,8]
Sage femme	60	5,3	[3,7 - 6,9]	4,4	[2,9 - 5,9]
Anesthésiste réanimateurs	62	2	[1,0 - 3,1]	1,9	[0,9 - 2,9]
Etudiant	61	7	[6,2 - 7,9]	5,2	[4,5 - 6,0]
Interne	72	11,3	[10,3 - 12,4]	9,2	[8,3 - 10,2]

Rapport complet de la surveillance disponible sur le site internet du CCLIN : <http://www.cclinparisnord.org/>

Nous tenons à remercier tous les établissements ayant participé au réseau AES en 2007



Cas groupés d'hépatite A, soignants et patients

L. Guet¹, C. Cyvoct¹, M. Dubuisson¹, V. Bellet¹, I. Roland¹, D. Thillard², J-M Germain²,
V. Merle³, C. Tachon⁴, AM Roque Afonso⁵

Six cas d'hépatite A ont été diagnostiqués dans un centre hospitalier de Haute-Normandie : trois soignants d'un même service, une patiente de ce service, une technicienne de laboratoire et un agent de la blanchisserie. Les six personnes présentent une cytolysé hépatique avec fièvre, asthénie et malaise ; aucun des cas ne présente de diarrhée. Le diagnostic d'hépatite A est confirmé par la présence d'Ig M anti HAV dans les sérums.

Description de l'épidémie

Les deux premiers cas, diagnostiqués fin janvier 2008, sont des soignants du service de médecine (service N). Une troisième personne, aide-soignante de nuit du service, est hospitalisée dans une clinique au même moment pour les mêmes symptômes. Le médecin responsable du service N apprend par son confrère qu'une patiente ayant séjourné dans le service fin décembre présente elle aussi une hépatite A et est hospitalisée au CHU (cas n°4). Enfin, une employée de la blanchisserie en charge du linge de l'hôpital, est aussi atteinte des mêmes symptômes (cas n°5). Début mars, le médecin du travail de l'hôpital nous informe qu'une technicienne du laboratoire est en arrêt maladie pour une hépatite A (cas n°6). Les sérums des six cas sont envoyés au CNR pour typage : il s'agit de la même souche virale (génotype IA).

Investigation

Le mode de transmission du virus de l'hépatite A est oro fécal. La contamination se fait par contact direct d'une personne infectée avec une personne réceptive, ou indirectement par consommation d'eau, de coquillages ou d'aliments contaminés et contenant des virus excrétés ensuite dans les fèces des personnes infectées. Dans cette épidémie, cinq cas sur six déclarent leur maladie de façon contemporaine : une exposition commune est donc très probable. Une investigation est réalisée dans le service par l'équipe opérationnelle d'hygiène avec l'aide de l'antenne régionale du CCLIN. Elle comporte : une enquête alimentaire, une enquête concernant le risque de transmission du virus par contact (évaluation de la disponibilité des SHA - gestion des excréta) ; une étude des dossiers des patients hospitalisés dans le service pendant la période correspondant à l'incubation de la maladie. L'enquête alimentaire n'aboutit pas. Il n'y a aucun contact des cas "en privé". L'étude des plannings des personnels et de l'organisation du service montre qu'il n'y a pas de patients communs entre les trois soignants, ni de notion de patients hospitalisés en même temps que le cas n°5 ayant eu une hépatite et/ou une diarrhée et/ou une cytolysé durant leur séjour. L'étude des dossiers des patients hospitalisés dans le service pendant

la période correspondant à l'incubation de la maladie (décembre 2007) montre qu'un patient (Monsieur B.) présente un pic de transaminases (= 610 UI) le 10 janvier 2008...

Monsieur B. est hospitalisé dans le service N (du 12/12 au 12/02) après un séjour en réanimation suite à une noyade dans la rivière... Ce patient a été retrouvé en immersion totale, il est intubé et ventilé, présente une hypothermie et des convulsions anoxiques.

Ce patient est très agité et, le 27 janvier il est nauséux avec une douleur au flanc droit. La perturbation du bilan hépatique est attribuée dans un premier temps à l'éthylisme chronique du patient associé aux effets secondaires des anti épileptiques. Des sérologies HCV et HBV (mais pas HAV) sont demandées le 07/02, négatives... Deux sérums sont conservés pour ce patient, les deux sont envoyés pour recherche d'Ig M dans un premier temps : le sérum du 24/11/2007 est négatif, celui du 07/02/2008 est positif. Ig M = 3,2. L'envoi des deux sérums au CNR indique que la souche est identique à celles des autres cas.

Les mesures correctives préconisées ont été :

- le rappel des précautions standard avec installation de supports muraux pour solutions hydro alcooliques,
- la mise en place de lave bassins.

Conclusion

Dans des locaux vétustes, les soignants du service N et la patiente ont pu se contaminer par des contacts directs et indirects avec Monsieur B (patient très agité).

Les conditions de travail dans ce service à cette période étaient très difficiles : un sous-effectif en personnel soignant, des patients très dépendants...

L'application des précautions standard était rendue difficile pour les soignants dans ce contexte.

Pour les deux cas extérieurs au service (blanchisseuse, cas n°5 et technicienne, cas n°6), la contamination est probablement liée au manque de respect des précautions standard avec une contamination indirecte par le linge pour l'une et le sérum des patients infectés pour l'autre. ■



Précautions standard et hygiène des mains en hospitalisation à domicile : évaluation des pratiques professionnelles

C. Risselet, présidente du CLIN, hôpital de la Croix Rouge à Bois-Guillaume

Les précautions standard doivent être appliquées par tout soignant pour tout patient dès lors qu'il existe un risque de contact ou de projection avec du sang, des liquides biologiques, des sécrétions ou des excréments et pour tout contact avec une peau lésée et une muqueuse. L'hygiène des mains fait partie de ces précautions standard. Elle occupe une part essentielle dans le dispositif de lutte contre les infections associées aux soins et plus particulièrement dans la gestion du risque infectieux lié à la transmission manuportée, première cause des infections associées aux soins.

L'hospitalisation à domicile (HAD) prend en charge des patients souffrant de polyopathologies nécessitant des soins lourds, techniques et répétés. À ce titre, elle est particulièrement concernée par le respect des précautions standard et en particulier de l'hygiène des mains.

Nous voulions savoir si les soignants du service HAD (infirmiers et aides soignants) avaient une bonne connaissance et mise en pratique des précautions standards et de l'hygiène des mains.

Cette démarche d'évaluation avait pour objectif de mesurer la qualité d'une pratique à l'aide de critères explicites et de comparer les résultats aux référentiels. L'écart observé entre la qualité souhaitée et la qualité appliquée impose alors la mise en place d'un plan d'amélioration des bonnes pratiques d'hygiène en secteur d'hospitalisation à domicile.

Méthodologie

Le groupe de travail pluridisciplinaire constitué était issu du CLIN, de l'équipe opérationnelle d'hygiène du secteur (réseau CoCLINNOR1), de la direction des soins et du personnel soignant de l'HAD.

Pour la collecte des données, nous avons préféré un audit d'évaluation des connaissances avec réponse immédiate. En effet, dans le contexte du domicile, un audit basé sur l'observation aurait été difficile à réaliser et moins exhaustif, il ne nous aurait pas permis de toucher l'ensemble du personnel soignant.

Les références sur lesquelles le groupe s'est appuyé pour ce travail d'évaluation des pratiques professionnelles étaient : les 100 recom-

mandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales (CTIN 1999), la circulaire N° DGS/DH/98/249 du 20 avril 1998 relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé, les recommandations CCLIN Paris-Nord, le guide de prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé (DGS 2006).

L'élaboration de deux questionnaires (précautions standard, hygiène des mains) a été réalisée à partir des recommandations, des protocoles déjà existants dans le service, mais aussi d'une observation des soignants lors de leurs tournées et d'échanges entre le rédacteur du questionnaire et les soignants afin d'adapter l'évaluation à la prise en charge spécifique en HAD.

Tous les infirmiers et aides-soignants ont été audités par l'intermédiaire de ces deux questionnaires les 30 mai et 1^{er} juin 2007, soit 33 personnes interrogées sur 33 professionnels concernés.

Les questionnaires devaient être renseignés de façon anonyme dans un temps défini (une feuille recto-verso chacun), sans possibilité de communication entre soignants, ceci afin d'évaluer précisément les connaissances de chacun.

Les données brutes ont été transmises et analysées en partenariat avec l'équipe opérationnelle d'hygiène du secteur (réseau CoCLINNOR1). Cette exploitation s'est faite sur la période estivale. Un retour à l'équipe au complet a été rendu en octobre 2007 par le président du CLIN et le directeur des soins.

Suite >>>

Résultats

Parmi l'ensemble des résultats, plusieurs points sont intéressants :

- 2/3 des soignants n'avaient pas reçu de formation sur les précautions standards depuis leur entrée en activité professionnelle.
- La totalité des soignants savait qu'elle devait porter masque, lunettes et surblouse en cas de risque de projection de sang.
- 1/3 des soignants pensaient que le port des gants ne s'imposait pas si risque de coupure ou piquûre.
- 1/10 des soignants pensaient qu'une aiguille pouvait être recapuchonnée avec précaution.
- L'hygiène des mains avant et après le port des gants n'était pas systématique pour tous,
- La friction des mains avec la solution hydro-alcoolique était la procédure la plus utilisée au domicile, mais la moitié des personnels soignants ne connaissait pas précisément la quantité de solution hydro-alcoolique et le temps de friction nécessaires,
- 2/3 des soignants n'utilisaient que la solution hydro-alcoolique lors de la prise en charge d'un patient porteur de *Clostridium difficile* (sans lavage simple préalable),
- Un peu plus de la moitié des soignants déclarait utiliser les solutions hydro-alcooliques lors de la prise en charge d'un patient infecté.

Suite à cet audit, il nous est apparu important de faire porter nos axes d'amélioration sur :

- La formation de tous les personnels soignants aux précautions standard et à l'hygiène des mains,
- La mise à jour des protocoles « hygiène des mains » et « précautions standard » avec appropriation par les soignants,
- La formalisation de la fonction « correspondant en hygiène », notamment dans son rôle formateur et de lien entre le CLIN et l'équipe soignante.

Avec, comme actions pratiques pour la mise en œuvre du plan d'amélioration :

- La formation adaptée au contexte d'HAD et aux résultats de l'audit pour tous les soignants dispensée par l'infirmière hygiéniste du réseau CoCLINNOR¹ en décembre 2007 en présence du président du CLIN, du directeur des soins et du médecin du travail,
- La mise à jour des protocoles, validation par le CLIN (fin 2007), et diffusion (premier trimestre 2008),
- La rédaction et diffusion dans les services de la fiche de missions des "correspondants en hygiène" (validée par le CLIN en novembre 2007),
- La mise en place pour les nouveaux embauchés d'une formation trimestrielle par les « correspondants en hygiène » et le médecin du travail (programme CLIN 2008).

La mesure des résultats de nos actions d'amélioration est passée par :

- La participation à l'enquête régionale sur les précautions standard « GRIHNN² » en 2008 pour une réévaluation suite aux mesures correctives mise en place. Là, nous avons pu constater que notre groupe HAD avait de meilleurs résultats que nos autres services, notamment sur les indications de l'hygiène des mains et sur l'hygiène des mains après le retrait des gants.
- Et le suivi en continu de certains indicateurs par le CLIN: nombre de formations, nombre de personnels formés, suivi de la consommation de solution hydroalcoolique (+35 % entre 2007 et 2008 pour le service HAD), suivi des AES, suivi des bactéries multi-résistantes.

Conclusion

Notre service d'HAD, en tenant compte de ses spécificités, a pu être évalué; ce qui nous a incités à effectuer le même type d'audit sur d'autres thèmes par la suite. Les évaluations nous ont conduits à une action constructive sur le long terme qui profite à l'ensemble de nos services, y compris hors HAD. ■

1. CoCLINNOR : réseau d'hygiène des établissements de santé du secteur Seine et Plateau Nord (Seine-Maritime)

2. GRIHNN : Groupe Régional des Infirmiers en Hygiène de Haute-Normandie.

Infos



Réunion d'informations avec les représentants des usagers 2009

- Picardie : 17 décembre
- Ile-de-France : 25 novembre
- Haute-Normandie : 22 octobre

Journée régionale de prévention du risque infectieux en EHPAD 2009

- Haute-Normandie : 24 novembre
- Picardie : 14 octobre
- Nord Pas-de-Calais : 28 mai (diaporama disponible sur le site internet du CCLIN)
- Ile-de-France : 7 mai (idem)

Enquête d'observation concernant les flacons d'antiseptiques

Valentine Cuvelier, IDE hygiéniste, CH de Saint-Quentin

Il s'agit des résultats d'une enquête d'observation sur les antiseptiques réalisée dans les établissements du réseau n° 3 en 2005 et en 2008. Dix établissements ont participé: la polyclinique St-Claude, la clinique Ste-Monique (Saint-Quentin), les Centres Hospitaliers (Saint-Quentin, Guise, Péronne, Ham), la Maison de Santé (Bohain), l'IMES (Proisy), la Maison de Retraite Euphémie Derche (Etreillers) et la MAS (Guise).

Problématique

Des dysfonctionnements sont constatés régulièrement: les flacons ne sont pas datés à l'ouverture, le délai de conservation après ouverture n'est pas connu, les conditionnements des flacons sont parfois trop volumineux et les monodoses sont conservées pour une utilisation ultérieure.

Objectif

Prévenir les infections nosocomiales qui pourraient survenir par l'utilisation de flacons d'antiseptiques périmés ou contaminés.

Méthode

- Observer, à l'aide d'une grille les produits en réserve, (avec vérification de la date de péremption) et les flacons entamés afin d'évaluer la conformité des délais de conservation après ouverture.
 - Lister les différents antiseptiques présents dans les services.
 - Identifier les services qui notent soit la date d'ouverture soit la date limite d'utilisation.
 - Quantifier les stocks et le nombre de flacons entamés.
 - Distinguer les flacons périmés.
- Les différents lieux investigués sont les salles de soins, les salles de bains, les chariots de soins, de nursing, de ménage et les réserves.

Mesures prises

Une information et une sensibilisation du personnel aux dates de conservation des antiseptiques après ouverture, par le biais de la réactualisation du protocole d'utilisation ont été faites. La mise à disposition d'étiquettes adhésives à disposer sur les flacons permettant de renseigner la date d'ouverture et la date limite de conservation a été organisée (6 services s'en servent).

Ouvert le/...../.....
À jeter le/...../.....

En accord avec les pharmaciens, la chlorhexidine 0,05 % (trop faiblement dosée) et l'Ether ont été supprimés. L'achat de petits conditionnements et de monodoses doit être privilégié afin de limiter le risque infectieux. Reste à généraliser l'utilisation des étiquettes adhésives par tous les services.

Recommandation

Avant toute utilisation d'un antiseptique, s'assurer de sa validité. En cas de doute (absence de date sur le flacon), le jeter. ■

Tableau 1

Quelques chiffres

	2005	2008
Antiseptiques recensés	12 421	15 471
Flacons entamés	1 674 (13,5 %)	1 615 (10,5 %)
Flacons en stock	10 747 (86,5 %)	13 886 (89,5 %)
Flacons périmés	127 (1 %)	133 (0,85 %)

On constate un plus grand stock d'antiseptiques dû à l'achat de conditionnements monodoses. Les flacons entamés et périmés sont en diminution en 2008.

Audit « Préparation cutanée de l'opéré » : résultats de l'inter-région Nord

M. Aggoune, Z. Kadi, F. Daniel, D. Landriu pour le groupe de travail national POP

Le réseau de surveillance des infections du site opératoire (ISO) commun aux 5 CCLINs coordonnés, au niveau national, au sein du Réseau d'alerte d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (RAISIN) a montré que l'incidence des ISO entre 1999 et 2006 était de 1,54 %. La bonne préparation cutanée et muqueuse du patient en vue d'un acte chirurgical est nécessaire pour limiter le risque d'ISO. Ce processus regroupe l'ensemble des soins corporels locaux et généraux réalisés en période préopératoire : avant l'hospitalisation, en unité d'hospitalisation et au bloc opératoire. Elle vise à limiter la contamination du site opératoire par la flore cutanée ou muqueuse du patient. En 2007, le groupe « Préparation de l'opéré » (POP) mis en place par le « Groupe d'Évaluation des Pratiques en Hygiène Hospitalière » (GREPHH) a proposé le premier outil national d'audit sur le thème de la préparation cutanée de l'opéré.

Objectif

Il s'agit d'évaluer en interne les étapes et pratiques de préparation cutanée pour tout acte chirurgical et de radiologie interventionnelle et de mesurer l'écart avec les recommandations de la conférence de consensus « Gestion pré-opératoire du risque infectieux » de la SFHH.

Méthode

La méthodologie a été élaborée par le groupe POP sur la base des travaux menés sur le même thème par le CCLIN Sud-Est (2006) et le CCLIN Sud-Ouest (2003-2004). L'audit a été réalisé par enquête prospective par interview du patient et du personnel dans le service d'hospitalisation et par observation directe des pratiques des professionnels au bloc opératoire et en radiologie interventionnelle. Les critères d'EPP ont été développés sur la base de cinq critères recommandés dans les questions 2 et 3 de la Conférence de consensus « Gestion préopératoire du risque infectieux » du 5 mars 2004.

Résultats

Participation

Au total, 162 des 308 établissements de santé ayant une activité chirurgicale dans l'inter-région Paris Nord en 2007 ont participé à l'audit sur la « préparation cutanée de l'opéré » soit un taux de participation globale de 52,6 % (tableau 1). Sur les 10552 préparations cutanées auditées près de 80 % concernent des cas l'hospitalisation classique (79,2 %) contre 20,6 % en ambulatoire. Les observations ont été réalisées en très grande majorité dans le cadre d'interventions chirurgicales programmées (93,6 % des cas, contre 6,3 % pour les interventions non-programmées). Un tiers des audits a été réalisé dans les services d'orthopédie, 20 % en digestif et 11 % en gynécologie. En moyenne, 65 fiches « patients » étaient remplies par établissement, avec une médiane à 41,5 fiches.

Participation selon les régions

Tableau 1

	Nb d'établiss. avec chirurgie	Nb d'établiss. participants	Participation %
Haute-Normandie	26	16	61,6
Picardie	32	18	56,2
Nord-Pas-de-Calais	64	38	59,4
Ile-de-France	186	90	48,4
Participation globale	308	162	52,6

Existence d'un protocole

Parmi les 386 services ayant participé à l'audit, une très large majorité (près de 97 %) a un protocole relatif à la préparation cutanée de la peau de l'opéré. Lorsqu'il existe, le protocole est daté et validé par le CLIN, (ou l'instance qui en fait office), dans 97,3 % des cas, et a été estimé conforme aux critères de la Conférence de Consensus 3 fois sur 4 (figure 1). Un protocole existe dans plus de 98 % des observations : en neurochirurgie (100 %), en gynécologie (98,7 %), en stomatologie (98,3 %) et en chirurgie vasculaire (99,6 %). Si le taux de conformité du protocole est de 84 % en chirurgie plastique, il n'est par contre que de 45,6 % en stomatologie.

Information du patient sur la toilette pré-opératoire

L'information du patient sur la toilette pré-opératoire relève d'une obligation réglementaire. L'information du patient concernant la toilette pré-opératoire pouvait être jugée comme non adaptée en cas de gestes chirurgicaux à réaliser dans un contexte d'urgence, lorsque les patients étaient hyperalgiques, ou encore lorsque les patients ne parlaient pas le français. Globalement, une information sur la toilette pré-opératoire est délivrée au patient près de 9 fois sur 10 (87,0 %), 89 %

Suite >>>

en hospitalisation classique et 79,6 % en ambulatoire. L'information sur la toilette pré-opératoire au futur opéré passe de près de 88 % en cas d'intervention programmée, à 69,8 % lors d'intervention non-programmée ($p < 0,0001$). Dans toutes les spécialités elle dépasse 80 % sauf en stomatologie où elle n'atteint que 59 %

Douche ou toilette pré-opératoire avec solution moussante antiseptique

Douche ou toilette pré-opératoire: au total, une douche ou une toilette pré-opératoire (cheveux compris ou non), avant une intervention chirurgicale ou un acte de radiologie interventionnelle, est réalisée dans 97 % des cas. Cette douche ou toilette pré-opératoire est faite cheveux compris dans trois quarts des cas.

En secteur ambulatoire, l'absence de douche ou de toilette pré-opératoire est plus fréquente qu'en secteur d'hospitalisation classique: respectivement 7,5 % contre 1,7 % ($p < 0,0001$). On remarque également une différence de près de 8 points entre les taux de réalisation d'une douche ou toilette cheveux compris ($p < 0,0001$).

Produit utilisé pour la douche ou toilette pré-opératoire: globalement, une solution moussante antiseptique est utilisée pour la réalisation de la douche ou de la toilette pré-opératoire (cheveux compris ou non) dans 92,4 % des cas. Dans près de 86 % des cas, c'est une solution moussante de PVPI qui est employée. Ont été considérées comme conforme à la recommandation relative à la douche pré-opératoire, les observations où les patients bénéficiaient à la fois, d'une douche (ou toilette) pré-opératoire cheveux compris, et de l'emploi d'une solution moussante antiseptique. Le taux global de conformité concernant cette recommandation est de 68,6 % [67,7 – 69,6]. Concernant les modalités de l'hygiène corporelle pré-opératoire, les recommandations de la Conférence de consensus sont plus souvent respectées lors d'hospitalisation en secteur classique (73,1 %) qu'en secteur ambulatoire (51,5 %), et ce de façon très significative ($p < 0,0001$). De même, ces modalités sont plus souvent suivies lors d'intervention programmée (70,2 %), que non programmée (44,2 %), $p < 0,0001$.

Traitement des pilosités

Lors de l'audit, 7 patients sur 10 ont bénéficié d'une dépilation. La dépilation est réalisée en règle générale au niveau du service (5 % des patients dépilés le sont au bloc opératoire). 1,9 % de l'ensemble des patients ont été dépilés à la fois dans le service et au bloc opératoire. Le procédé de dépilation était jugé conforme s'il était réalisé par tonte, par produit chimique, ou par ébarbage avec ciseaux. Globalement, pour les 6 529 patients ayant eu une dépilation (et pour lesquels le procédé était renseigné), la technique utilisée était conforme dans 89,3 % des cas (figures 2 et 3).

Détersion et désinfection

Détersion du site opératoire

Une détersion du site opératoire est réalisée dans environ 78 % des cas observés. Lorsqu'une détersion est réalisée, elle est faite dans 99,0 %

des cas avec une solution moussante antiseptique; il s'agit le plus souvent de solution moussante de PVPI. Le respect de l'ensemble des modalités de la détersion correspond aux observations où les détersions sont:

- réalisées au bloc opératoire,
- avec une solution moussante antiseptique,
- suivi d'un rinçage à l'eau stérile (ou au sérum physiologique),
- puis d'un séchage par tamponnement avec des compresses stériles (ou un champ stérile).

L'ensemble de ces étapes a été respecté pour 6 761 des 7 947 patients ayant eu une détersion, soit 85,1 %. L'étape la moins correctement suivie lors de la détersion est la phase de séchage, pour près de 9 % des patients parmi ceux ayant eu une détersion du site opératoire.

Désinfection du site opératoire

La désinfection du site opératoire est réalisée dans 97,5 % des cas. Lors de l'audit, un antiseptique alcoolique a été utilisé dans près de 49 % des cas. Ce chiffre atteint les 61 % si l'on exclut les spécialités où les sites opératoires concernent souvent les muqueuses, telles que l'ophtalmologie, la stomatologie, l'ORL, la gynécologie, l'urologie et la chirurgie plastique. Les pourcentages du respect de la gamme de produit aux 3 étapes, (ou à 2 étapes si la détersion n'est pas adaptée), atteint 85,3 %. L'attente du séchage spontané de l'antiseptique appliqué, « sans l'aider ni le provoquer » est notée dans 74,8 % de l'ensemble des observations. Le taux global de conformité concernant la pratique d'une détersion, suivie d'une désinfection du site opératoire, est de 62,3 % [61,4 – 63,2] (figure 4).

Traçabilité

Parmi les 10 552 fiches patient, la traçabilité de l'information était notée dans 3 811 cas, soit un taux global de conformité concernant la traçabilité de l'information délivrée au patient de 36,1 % [35,2 – 37,0].

Le taux global de conformité concernant la traçabilité de la désinfection du site opératoire est de 68,0 % [67,1 – 68,9].

Conclusion

Cet audit montre que les recommandations de la conférence de consensus de la SFHH ont été entendues et ce dans toutes les spécialités. Les services qui ne disposent pas de protocoles en conformité avec ces recommandations restent à la marge. Ces résultats témoignent que les soignants et les professionnels en hygiène sont réellement engagés dans un processus d'amélioration continu de la qualité et la sécurité des soins. Bien entendu ce travail montre également que des améliorations peuvent être apportées ici et là en fonction des résultats obtenus par chaque établissement voire chaque service. ■

Suite >>>

Figure 1

Protocole de préparation de la peau de l'opéré en fonction des spécialités

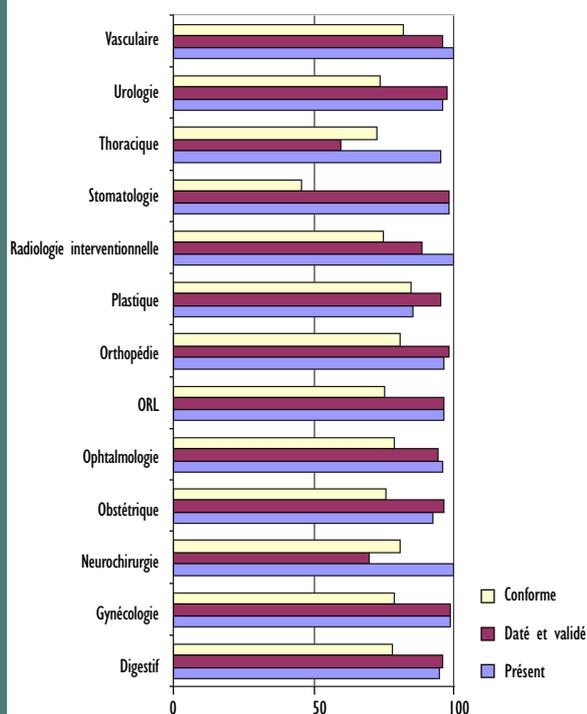


Figure 2

Dépilation dans le service ou à domicile

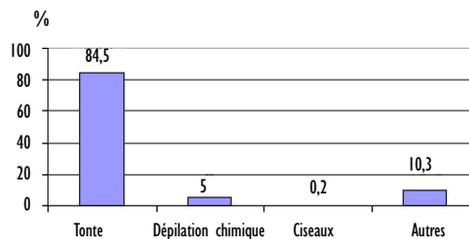


Figure 3

Dépilation au bloc

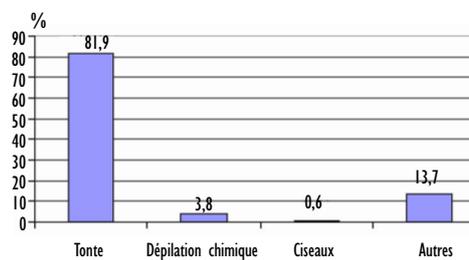


Figure 4

Conformité du procédé de dépilation selon le type de spécialité

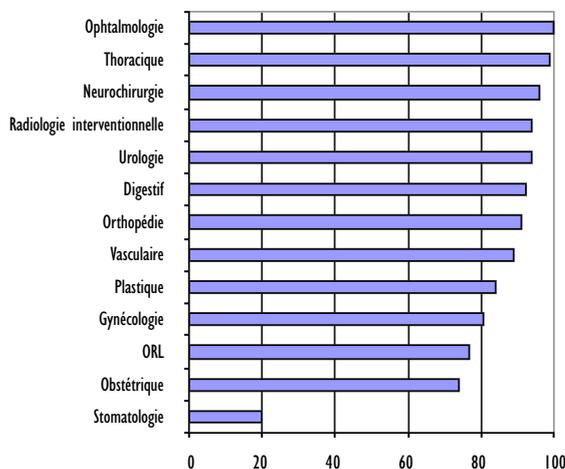




Tableau de bord des infections nosocomiales

Indicateurs et classement des établissements de santé : comparaison des résultats 2005-2006-2007 pour l'inter-région Nord

Delphine Verjat-Trannoy, Karin Lebasacle, Pascal Astagneau - CCLIN Paris-Nord

Le tableau de bord annuel des infections nosocomiales (IN) s'inscrit dans le programme de prévention des infections nosocomiales. Il a pour objectif le développement de l'évaluation et de la communication sur le risque infectieux associé aux soins. En 2007, cinq indicateurs ont été proposés aux établissements pour mesurer :

- 1) l'activité de lutte contre les infections nosocomiales → ICALIN*
- 2) l'utilisation des produits hydro-alcooliques → ICSHA*
- 3) la réalisation d'une surveillance des infections du site opératoire → SURVISO*
- 4) la promotion du bon usage des antibiotiques → ICATB*
- 5) la maîtrise de la diffusion des SARM → indice triennal du SARM*

Les quatre premiers sont des indicateurs de moyens, le dernier un indicateur de résultats.

Depuis 2006, un score agrégé a été mis en place ; il est basé sur les quatre principaux indicateurs (ICALIN, ICSHA, SURVISO, ICATB) avec une pondération différente pour chacun.

Calcul des indicateurs

Les indicateurs proposés sont calculés à partir des données fournies dans les bilans annuels standardisés d'activité des CLIN. Dans le cas de l'ICALIN et de l'ICATB, il s'agit de scores basés sur un ensemble de paramètres. Pour l'ICSHA, SURVISO et l'indice SARM, il s'agit de simples pourcentages.

Classement des établissements

Dans le cas de l'ICALIN, de l'ICSHA et de l'ICATB la valeur de l'indicateur permet actuellement de classer les établissements dans l'une des cinq catégories définies de A à E. Une classe F est réservée aux non-répondants. Ce principe s'applique aussi au score agrégé.

Résultats

Les résultats 2007 de ces indicateurs et du score agrégé au niveau inter-régional sont présentés en comparaison des résultats 2005 et 2006 (voir encadrés).

Conclusion

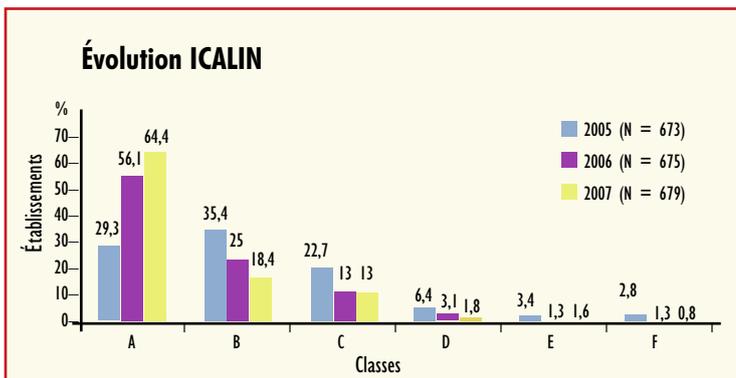
L'effet stimulant des indicateurs se poursuit sur l'ensemble des établissements de l'inter-région. Une remontée des établissements vers les meilleures classes est visible pour ICALIN, ICSHA, ICATB et le score agrégé. L'indicateur SURVISO augmente régulièrement laissant penser que l'objectif du programme de LIN sera bientôt atteint. Malgré une bonne progression, le pourcentage d'établissements en classe A et B reste assez faible pour ICSHA (36 %) contrairement aux autres indicateurs (82,8 % pour ICALIN, 60,1 % pour le score agrégé, 55,4 % pour ICATB). Il faut espérer que les campagnes de sensibilisation à l'utilisation des produits hydro-alcooliques de 2008 et 2009 aideront à l'amélioration des prochains résultats pour cet indicateur. ■

[Suite >>>](#)

ICALIN

L'ICALIN est un score sur 100 obtenu en cumulant les points attribués à l'organisation, aux moyens et aux actions de lutte contre les infections nosocomiales (OMA), qui représentent chacun un tiers du score final.

Points positifs : après avoir pratiquement doublé entre 2005 et 2006, le pourcentage d'établissements en classe A continue d'augmenter, ce qui témoigne d'un maintien de la dynamique d'amélioration observée. Cette augmentation se fait grâce à la diminution de toutes les autres classes (2 fois moins d'établissements en classes B et C, 3 fois moins en classes E et F entre 2005 et 2007). Environ 50 % des établissements des classes B, E et F et 70 % des établissements de classe D sont passés dans une classe supérieure entre 2006 et 2007.

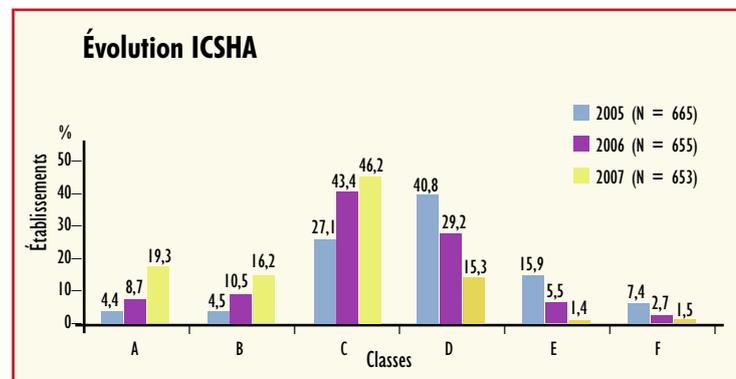


Point à améliorer : En 2007, le nombre d'établissements en classes A et B augmente peu par rapport à 2006 (82,8 % versus 81 %). Environ 40 % des établissements des classes B, E et F et 20 % des établissements de la classe D n'ont pas changé de classe entre 2006 et 2007. Le nombre d'établissements en classe E ne diminue pas en 2007 (11 établissements versus 9 en 2006 et 23 en 2005) alors qu'une absence d'établissements en classe E est attendue pour 2008 (objectif du programme).

ICSHA

L'ICSHA est un pourcentage obtenu en rapportant le volume annuel total de produits hydro-alcooliques (PHA) à la somme des objectifs personnalisés de consommation par spécialité de l'établissement. Pour un établissement donné, l'objectif personnalisé est calculé pour chaque spécialité à l'aide de trois valeurs :

- le volume théorique d'une friction : fixé quelle que soit la spécialité à 3 ml, soit 0,003 litre par friction,
- le nombre théorique de friction par journée d'hospitalisation : fixé mais variable en fonction de la spécialité,
- le nombre réel de journées d'hospitalisation dans l'année pour la spécialité : extrait des données SAE de l'année.



Points positifs : alors qu'en 2005, il y avait plus d'établissements dans les classes D, E et F qu'en A, B et C, la tendance inverse observée dès 2006 (ABC > DEF) se poursuit (36 % en 2005, 62,6 % en 2006, 81,7 % en 2007). Un bon rythme de progression est observé dans les classes A et B (nombre d'établissements pratiquement multiplié par 2 tous les ans). Parallèlement, les classes D, E et F continuent de diminuer : 3 fois moins d'établissements en D, 10 fois moins en E et 5 fois moins en F depuis 2005. En 2007, la classe D ne fait plus partie des classes majoritaires.

Point à améliorer : les classes A et B ne représentent en 2007 que 36 % des établissements.

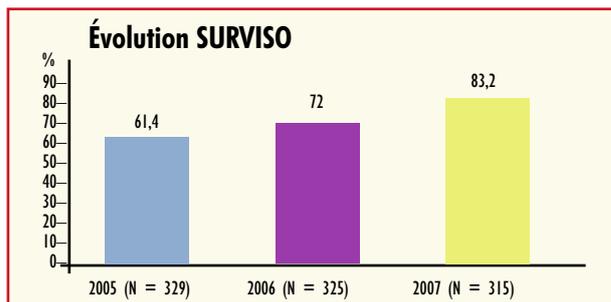
La classe C reste toujours la plus fréquente des classes (les objectifs de consommation des produits hydro-alcooliques se situent pour cette classe entre 30 et 70 %) : la médiane des établissements de cette classe est à 50 %. En classe C, 35 % des établissements sont passés dans une classe supérieure en 2007 et 61 % y sont restés : une des difficultés à « sortir » de cette classe est liée à son étendue (40 % versus 10 à 20 % pour les autres classes).

Les classes D et E représentent encore 16,7 % des établissements.

SURVISO

SURVISO correspond au rapport du nombre d'établissements ayant mis en place une surveillance des ISO sur le nombre d'établissements concernés.

Points positifs : l'augmentation du pourcentage d'établissements réalisant une surveillance des ISO observée entre 2005 et 2006 (+ 17 %) se poursuit en 2007 (+ 16 %). **Si cette évolution se maintient à ce rythme, l'objectif du programme de LIN de 100 % d'établissement ayant un suivi des ISO pourrait être atteint en 2008.** L'absence d'attribution de score agrégé en 2007 aux établissements retardataires apportera certainement sa contribution à cette évolution.

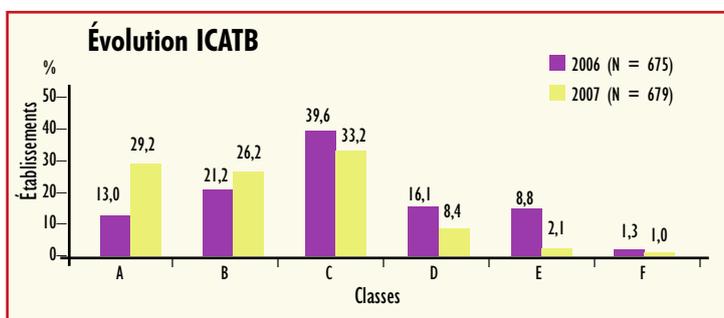


ICATB

L'indice composite de bon usage des antibiotiques est un score sur 20 obtenu en cumulant les points attribués à l'organisation (4 points), aux moyens (8 points) et aux actions (8 points) menées par l'établissement dans le domaine de l'antibiothérapie (OMA).

Points positifs : en un an, le pourcentage d'établissements a nettement augmenté dans les classes A et B (x 2 pour la classe A). Il y a, en 2007, plus de 50 % des établissements en A ou B (versus 34,2 % en 2006). Cette augmentation se fait grâce à une diminution des autres classes (CDEF) avec 2 fois moins d'établissements en D et 4 fois moins en E. Les classes ABC sont majoritaires (73,8 % en 2006, 88,6 % en 2007) par rapport aux classes DEF.

Point à améliorer : même si elle est en diminution, la classe C reste la plus fréquente des classes. Les classes D et E représentent encore 10 % des établissements.



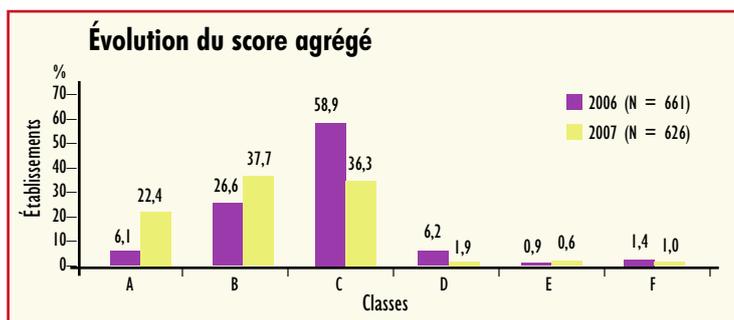
SCORE AGRÉGÉ

C'est un score sur 100 obtenu en attribuant à chaque indicateur pris en compte (ICALIN, ICSHA, SURVISO, ICATB) une pondération (40 %, 30 %, 10 % et 20 % respectivement). Ce score permet aux établissements de proposer aux usagers une lecture simplifiée des résultats sous forme d'un seul chiffre et d'une seule classe.

Points positifs : le pourcentage d'établissements en classe A et B a augmenté depuis 2006 (x 3,5 pour la classe A et x 1,5 pour la classe B). Ces deux classes représentent, en 2007, 60 % des établissements (versus 32,7 % en 2006). Cette augmentation s'est faite grâce à la forte diminution observée en classe C (22,6 % d'établissements en moins). Les classes ABC restent fortement majoritaires (91,6 % en 2006, 96,4 % en 2007) par rapport aux classes DEF.

Point à améliorer : malgré une diminution certaine, la classe C reste une des classes les plus fréquentes (juste après la classe B) en lien avec le pourcentage important d'établissements en classe C pour les indicateurs ICSHA et ICATB pris en compte dans le calcul de ce score.

Remarque : en 2007, le nombre d'établissements ayant pu afficher un score agrégé est nettement plus faible qu'en 2006 (-35). Ceci est dû à une décision ministérielle de ne pas attribuer ce score aux établissements n'ayant pas de résultats pour l'indicateur SURVISO.



Grippe A/H1N1: flash info CCLIN Paris-Nord

Marine Tournoud, Anne Carbonne, Pascal Astagneau

Au 12 juin 2009, 28 600 cas confirmés de grippe A (H1N1) dont 145 décédés dans le monde. Les cas sont essentiellement localisés au niveau du continent américain avec 24 833 cas dont les 145 décès. La France compte 80 cas confirmés dont 68 cas importés et 12 cas secondaires liés à des cas importés. Aucune forme sévère n'a été observée. La France est en période pandémique « Situation 5A » qui correspond à l'extension géographique de la transmission interhumaine du virus, à l'étranger. *

Définition des cas

Suspicion : toute personne présentant un syndrome respiratoire aigu brutal SRA (signes généraux : fièvre > 38° ou courbature ou asthénie et signes respiratoires : toux ou dyspnée).

Cas possible : si dans les 7 jours avant le début des signes : séjour dans une zone dans laquelle une circulation du nouveau virus de grippe A (H1N1) est connue, ou contact étroit avec un cas possible, probable ou confirmé pendant sa période de contagiosité (qui commence 24 heures avant le début des signes cliniques).

Cas probable si : cas possible avec une PCR grippe A sur un écouvillon naso-pharyngé ; cas possible avec un tableau sévère (syndrome de détresse respiratoire aiguë ou décès dans un tableau de syndrome infectieux respiratoire aigu) ; cas possible ayant eu un contact étroit avec un cas probable ou confirmé pendant sa période de contagiosité.

Cas confirmé : c'est un cas possible ayant été confirmé biologiquement comme une infection liée au nouveau virus grippal de type A (H1N1) par les CNR-grippe.

Prise en charge des cas et contacts

Le virus grippal se transmet essentiellement par voie aérienne.

Mesures d'hygiène

Prise en charge au service des urgences d'un patient ayant des signes de grippe :

- Pour le patient : port d'un masque chirurgical ;
- Pour le professionnel de santé qui prend en charge le patient : port d'un masque FFP2.

Prise en charge en hospitalisation, en chambre seule à pression négative si possible, sinon en chambre seule, porte fermée et aérée plusieurs fois par jour (précautions air).

Mesures barrières pour le personnel :

1. Désinfection des mains par friction alcoolique avant et après tout contact avec le patient ou son environnement ;
2. Port de masque type FFP2 par le soignant dès l'entrée dans la chambre, à garder tout au long des soins et à jeter après être sorti de la chambre ;
3. Port d'une tenue de protection (lunettes + surblouse + gants à usage unique non stérile) en cas de risque de projection ou

d'aérosolisation de produits d'origine humaine (prélèvement naso-pharyngé, intubation, aspirations trachéales, endoscopie, manipulation de linge souillé...)

Mesures d'hygiène pour les cas (y compris les cas suspects) :

1. Limiter les déplacements et les visites. Les visiteurs doivent se protéger par un masque FFP2 ;
2. Hygiène des mains régulière et après chaque mouchoir ou crachat dans des mouchoirs ou des crachoirs à usage unique à éliminer dans les sacs de déchets à risque infectieux ;
3. Port de masque type chirurgical par le patient en présence d'un tiers.

Entretien de la chambre avec produits nettoyants-désinfectants habituels. Nettoyage journalier.

Prise en charge du patient décédé : mesures habituelles.

Traitements

Les inhibiteurs de la protéine virale M2 (amantadine et rimantadine) sont inefficaces sur le virus émergent. Par contre, l'oseltamivir, Tamiflu® et le zanamivir, Relenza® (inhibiteur de la neuraminidase) sont efficaces (données in vitro).

Aux États-Unis, l'utilisation de l'Oseltamivir a été étendue aux enfants de moins d'un an et aux femmes enceintes⁽¹⁾. L'utilisation de l'oseltamivir ou du zanamivir en monothérapie semble être un facteur de sélection favorisant l'apparition de souches résistantes par mutations génétiques. C'est pourquoi il est important de rationaliser l'utilisation des antiviraux. La bithérapie associant l'oseltamivir et le zanamivir semble efficace in vivo sans qu'un phénomène de résistance ne soit mis en évidence⁽²⁾.

Vaccination : où en est-on ?

La vaccination saisonnière semble inefficace pour lutter contre le nouveau variant H1N1⁽³⁾, c'est pourquoi les industriels travaillent sur un nouveau vaccin.

Depuis le 22 mai 2009, un protocole de surveillance des cas groupés de grippe à nouveau virus grippal A (H1N1) a été mis en place par le ministère de la santé et l'InVS. Ce dernier étend le signalement à tous les cas groupés de syndrome respiratoire aigu de survenue brutale à la DDASS.

Doivent être signalés à la DDASS :

Suite >>>

- tout épisode d'au moins trois cas en une semaine dans une même collectivité s'il n'existe pas d'éléments orientant vers un autre diagnostic.

- toute augmentation inhabituelle de SRA chez les patients des professionnels de santé s'il n'existe pas d'éléments orientant vers un autre diagnostic.

De plus, les établissements de santé sont tenus de signaler au CCLIN et à la DDASS les cas groupés d'infections respiratoires nosocomiales. ■

* Fiche D.1 du ministère de la santé : http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_D1-A-H1N1.pdf

Ces recommandations sont susceptibles d'évoluer (état des données au 15 juin). Retrouvez les mises à jour sur : <http://www.cclinparisnord.org/GRIPPE/grippe.htm>

Références

- (1) Centers for Disease Control and Prevention. Interim Guidance on Antiviral Recommendations for Patients with Novel Influenza A (H1N1) Virus Infection and Their Close Contacts. May 6, 2009.
- (2) Poland GA, Jacobson RM, Ovsyannikova IG; Influenza virus resistance to antiviral agents: a plea for rational use. *Clin Infect Dis* 2009; 48:1254-6.
- (3) Centers for Disease Control and Prevention. Serum cross-reactive antibody response to a novel Influenza A (H1N1) virus after vaccination with seasonal Influenza vaccine. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2009;58(19):521-4.



Determinant Roles of Environmental Contamination and Noncompliance with Standard Precautions in the Risk of Hepatitis C Virus Transmission in a Hemodialysis Unit

Girou E. et al. *Clinical Infectious Diseases* 2008;47:627-33

Les transmissions nosocomiales sont la deuxième cause d'infection par le Virus de l'Hépatite C (VHC). Cet article présente les résultats d'une étude visant à déterminer le rôle de la contamination environnementale et d'une faible observance des Précautions Standard (PS) sur le risque de transmission croisée du VHC au sein d'une unité d'Hémodialyse.

Une équipe française a effectué une étude de cohorte prospective durant neuf mois (janv-sept 2004) chez les patients d'une unité d'Hémodialyse. Afin de détecter toute séroconversion pour le VHC, des sérologies ont été réalisées tous les trois mois chez les 52 patients inclus. Des prélèvements de surfaces par écouvillonnage humide ont été effectués pendant les séances et suite à la désinfection extérieure des machines. Les zones prélevées ont été définies comme les surfaces les plus fréquemment manipulées (générateurs d'hémodialyse, postes de soins...). Les prélèvements ARNVHC+ ont ensuite été comparés par analyse phyllogénétique à la cohorte de patients connus VHC+. Des audits des PS (hygiène des mains et port de gants) ont été réalisés lors des soins à risque (manipulation cathéter, fistules...).

Parallèlement, le ratio personnel/patient a été enregistré.

Deux séroconversions pour le VHC ont été observées durant l'étude. Suite à une enquête épidémiologique, les analyses phyllogénétiques ont montré que l'un des deux patients présentait la même souche virale qu'un patient chronique déjà connu VHC+.

Parmi les 740 prélèvements de surface réalisés, 82 (11 %) comportaient de l'hémoglobine dont 6 également de l'ARN VHC. Sur ces 82 prélèvements, 71 provenaient de surfaces pour lesquelles aucune trace de sang n'était visible. L'analyse virologique a montré que les prélèvements ARNVHC+ étaient étroitement liés aux souches virales des deux nouveaux cas. De plus, une persistance de l'ARNVHC sur les surfaces a été mise en évidence par comparaison des prélèvements avant/après désinfection.

Parallèlement, 2382 opportunités d'hygiène des mains ont été évaluées. L'observance atteint globalement 40 % (données non chiffrées). L'utilisation des gants est appropriée dans 36 % (857) des cas. Ces derniers sont enlevés immé-

diatement après l'acte à risque ou le contact avec l'environnement du patient dans 34,1 % (672) des cas.

Les résultats statistiques montrent qu'un faible ratio soignant/patient et une faible observance de l'hygiène des mains sont corrélés à la présence d'hémoglobine sur les surfaces. De plus, la notion de sang non visible dans l'environnement proche des malades a été mise en évidence. D'autres études ont démontré que l'ARN VHC pouvait survivre 48 heures sur les surfaces inertes à température ambiante.

La contamination sanguine non visible des surfaces représente bel et bien une source possible de transmission du VHC, via les gants ou les mains des soignants. Les recommandations consistent donc à appliquer rigoureusement les PS et à optimiser l'organisation des soins (ratio soignant/patient correct...) afin de limiter le risque de transmission croisée du VHC au sein d'une unité d'Hémodialyse.

Fleur Delfosse, Interne, Antenne Régionale CCLIN Paris-Nord



Audit de connaissance des précautions standard par les professionnels de santé de Haute-Normandie

Denis Thillard, Jeanne Marie Germain - Antenne régionale Haute-Normandie du CCLIN Paris-Nord

Le respect des précautions standard (PS) contribue à protéger le personnel mais également les patients. Ces recommandations sont à mettre en œuvre lors des soins à tout patient. L'objectif de cette enquête était d'évaluer les connaissances des professionnels de santé sur les précautions standard afin de mieux cibler les actions de sensibilisation ou de formation à mettre en place.

Méthodologie

Un audit de connaissance a été proposé à tous les établissements de santé (ES) de Haute-Normandie en 2008, quels que soient leur statut et leur type d'activité. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire anonyme auto-administré. Tous les professionnels de santé des services de soins et les personnels des services médico-techniques étaient concernés.

L'enquête s'est déroulée entre octobre 2007 et juin 2008. Chaque ES avait la possibilité de réaliser cette enquête dans un ou plusieurs services ainsi qu'auprès d'une ou de plusieurs catégories professionnelles. Au sein de chaque ES, le recueil des données, la saisie et l'analyse ont été réalisés par l'équipe d'hygiène et le CLIN.

Un programme développé sous Excel® et fourni par l'antenne régionale Haute-Normandie du CCLIN permettait à chaque ES d'éditer ses propres résultats. Pour chaque question, une description des réponses était présentée dans un graphique.

Dans un second temps, un score sur 100 a été attribué à chaque

questionnaire en fonction du nombre de réponses correctes. Une aide à la saisie a été apportée aux établissements qui le souhaitaient.

Résultat

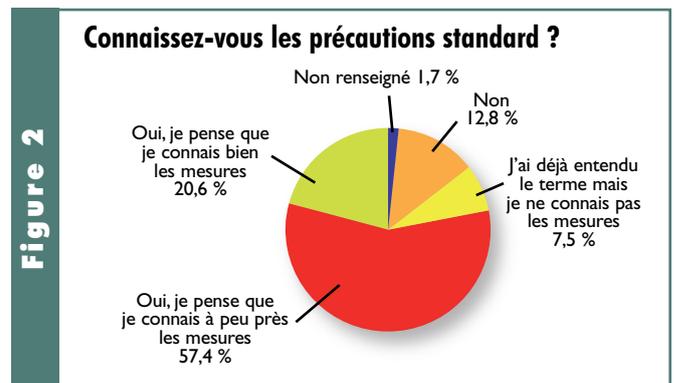
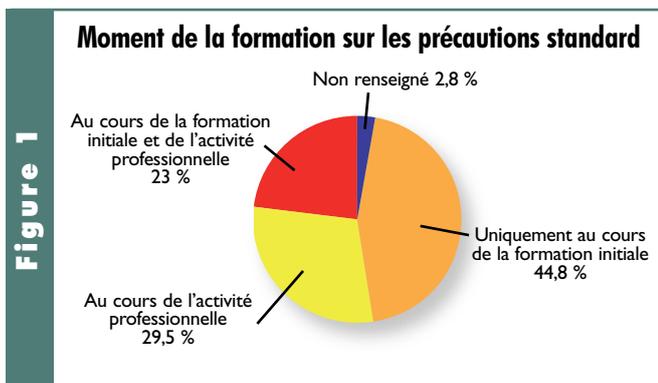
Un total de 52 établissements de santé a participé à cette enquête, soit 82 % des ES publics et 78 % des ES privés concernés. Les résultats portent sur l'exploitation des 8149 fiches reçues.

L'âge médian était de 36 ans. Les infirmiers (IDE) représentaient 33 % des personnes, les aides-soignants (AS) 28 %, les agents de service 14 % et les médecins 8 %.

Parmi les répondants, 65 % ont déclaré avoir reçu une formation sur les PS (44 % lors de la formation initiale et 34 % en cours d'activité) (figure 1).

20 % des répondants pensaient bien connaître les PS et 20 % affirmaient ne pas savoir à quoi correspondent ces mesures (figure 2).

L'objectif principal des PS (protection des patients et des soignants)



Suite >>>

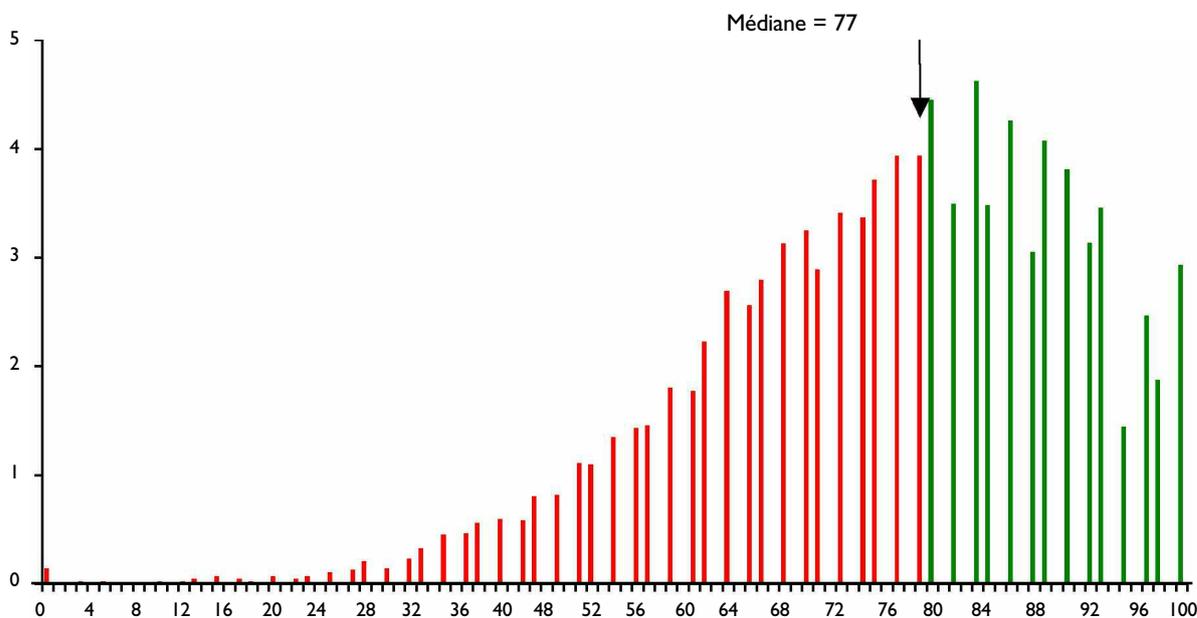
était connu par 93 % des personnes. Seulement 50 % savaient qu'elles s'appliquent pour tous les patients. La majorité savait qu'une hygiène des mains est nécessaire avant et après un contact avec un patient (89 %), 72 % connaissaient cette nécessité après le retrait des gants. L'indication du port des gants si risque de coupure était connue de 63 % des personnes. Le matériel de protection si risque de projection était connu (masque 94 %, surblouse 85 %, lunettes 73 %). La connaissance des modalités d'élimination du matériel souillé était satisfaisante mais 15 % ignoraient qu'il ne faut pas recapuchonner (26 % des AS versus 1 % des IDE et 5 % des médecins). La procédure complète à suivre en cas d'accident exposant au sang (AES) était connue de 40 % des personnes. Pour l'ensemble des questionnaires, le score médian sur 100 était

de 77 (figure 3). Ce score variait en fonction de la profession: étudiants (85), IDE (83), médecins (72), AS (72) et agents de service (59). Il variait également en fonction de la formation (77 pour les personnes ayant bénéficié d'une formation initiale et/ou continue versus 68; $p < 10^{-6}$)

Conclusion

Les PS sont connues de manières incomplètes. Les lacunes concernent essentiellement l'application systématique des PS, les pratiques associées au port des gants, à l'élimination des piquants/tranchants et à la conduite à tenir en cas d'AES. Cette première approche devra être complétée par l'observation des pratiques et des réévaluations périodiques. ■

Répartition des répondants (en %) selon le score sur 100



Nous remercions le Groupe Régional des Infirmiers Hygiénistes de Haute-Normandie (GRIHNN) qui a été à l'origine de ce travail, le groupe des praticiens en hygiène pour son implication ainsi que tous les CLIN et EOH de la région ayant participé à cette enquête.



Prévention et gestion du risque infectieux : enquête sur les ressources et les moyens dans les EHPAD du groupe Korian en Ile-de-France

Brigitte Migueres¹, Danièle Landriu¹, Christine Beuve², Philippe Denormandie², Anne Carbone¹, Pascal Astagneau¹ CCLIN Paris-Nord¹, Groupe Korian²

Le CCLIN Paris-Nord est régulièrement sollicité dans la gestion d'épidémies survenant dans les EHPAD. L'ensemble des soins est de plus en plus complexe dans ces établissements hétérogènes et faiblement médicalisés.

De juillet à octobre 2008, une étude pilote (enquête déclarative par auto-questionnaire) a été mise en place, par le CCLIN Paris-Nord, en collaboration avec la direction Qualité du groupe Korian (groupe privé français spécialisé dans la prise en charge de la dépendance temporaire et permanente), dans 26 EHPAD en Ile-de-France, ayant pour objectif de recueillir des données sur les ressources et moyens mis en œuvre et de questionner les établissements sur leurs attentes en matière de gestion du risque infectieux.

Résultats

88 % des EHPAD ont participé à l'étude (23/26).

Caractéristiques des EHPAD et des résidents

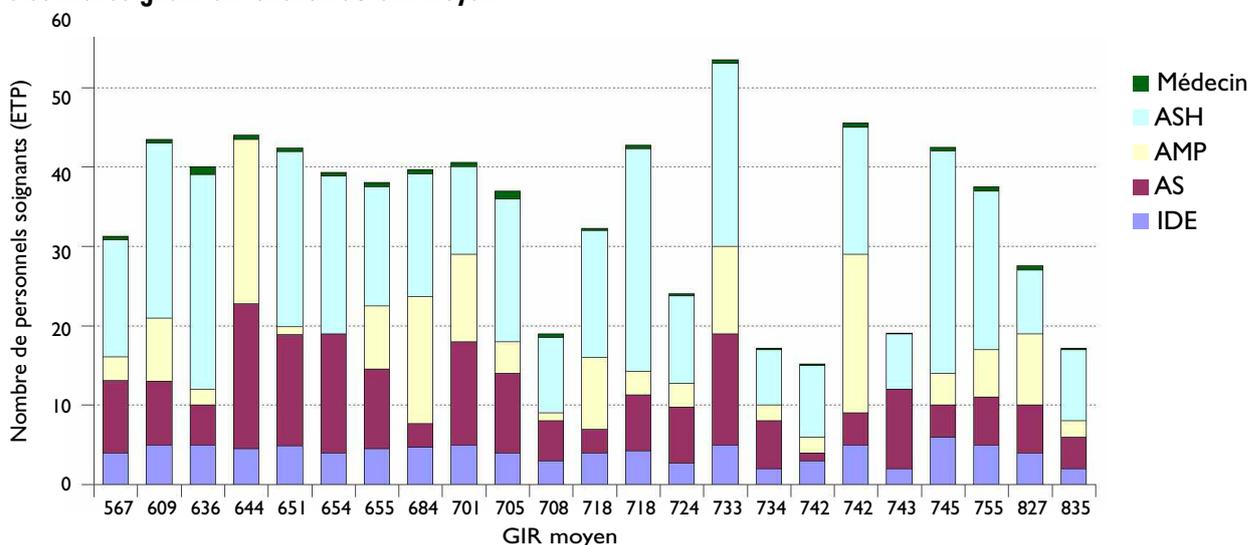
- La capacité totale d'accueil est de 1897 lits (82 lits en moyenne, et majorité de chambres à 1 lit)
- La dépendance des résidents est élevée : 74 % des établissements ont la majorité de leurs résidents classés en GIR 1-2, nécessitant la présence indispensable et continue d'intervenants.

Personnels

- Les aides-soignants (AS) et aide médico-psychologiques (AMP) sont majoritaires (figure 1).
- Chaque EHPAD dispose d'un médecin coordonnateur et d'une infirmière coordonnatrice.
- Il n'y a pas d'IDE la nuit.
- Les autres professionnels, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, psychomotriciens, orthophonistes... sont en nombre variable; les médecins traitants en nombre important.
- Aucun établissement n'a de partenariat avec une EOHH.

- Les soins infirmiers concernent 50 à 75 % des résidents dans 1 et 2. Ce sont majoritairement des soins d'escarre ou d'ulcère, des poses de perfusions sous-cutanées, de sondes urinaires, des soins de gastrostomie ou colostomie et des poses de perfusion intraveineuses. Ce sont majoritairement des soins d'escarre ou d'ulcère, des poses de perfusions sous-cutanées, de sondes urinaires, des soins de gastrostomie ou colostomie et des poses de perfusion intraveineuses.

Personnel soignant en fonction du GIR moyen



Prévention et gestion du risque d'IAS

- Des formations sont organisées dans 1 et 2. Les thèmes prioritaires concernent l'hygiène des mains et l'entretien des locaux; elles sont destinées aux personnels IDE, AS-ASH, AMP.
- L'hygiène des mains est possible dans tous les établissements: essuie-mains à UU, savon liquide et PHA (gel ou solution) sont disponibles.
- Protocoles/CAT (figure 2)
- Vaccinations (données 2007): une vaccination contre la grippe est proposée tous les ans (20 établissements) (figure 3, 4); une vaccination contre le pneumocoque est proposée dans 10 établissements. Pour 7 d'entre eux le taux de résidents vaccinés varie de 2 à 30 %.
- Aucun ne propose au personnel un rappel contre la coqueluche.
- Gestion d'épidémies: 11 établissements ont été confrontés à une situation épidémique de 2006 à 2008 (gastro-entérites: 9, gale: 4, infections respiratoires: 3). Dans la gestion de ces épisodes 7 établissements ont fait appel au CCLIN et/ou à la DDASS.

Les attentes des EHPAD

Tous les établissements souhaitent une aide. La gestion des épidémies, la formation des personnels et la rédaction de protocoles sont les thèmes jugés prioritaires par les établissements (figure 5).

Conclusion

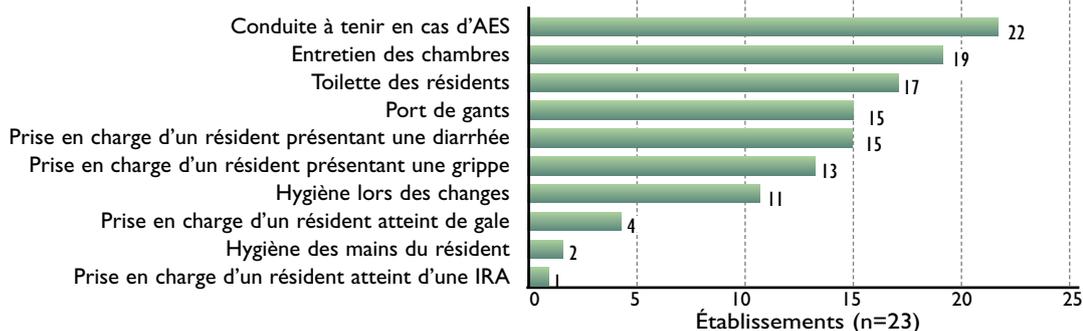
Cette étude met en évidence la grande dépendance des résidents dans la majorité des EHPAD, leurs besoins en soins infirmiers, ainsi que leur prise en charge pour les gestes de la vie quotidienne. Cette prise en charge induit des gestes à risque de transmission des micro-organismes (lors des changes des résidents, la toilette, l'aide aux repas...).

Si des précautions telles que l'hygiène des mains, la vaccination antigrippale pour les résidents sont prises en compte et appliquées, des points sont à renforcer à savoir la gestion des épidémies, la formation des personnels et la rédaction de protocoles.

Ces points correspondent d'ailleurs aux attentes prioritaires décrites par ces EHPAD. ■

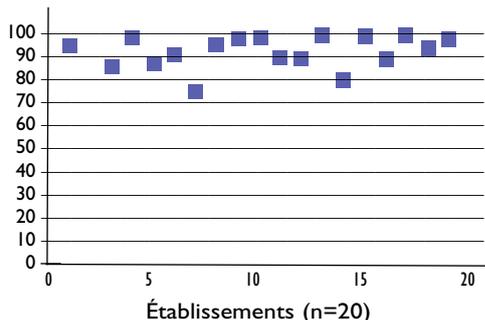
Répartition des principaux protocoles ou procédures rédigés dans les 23 EHPAD

Figure 2



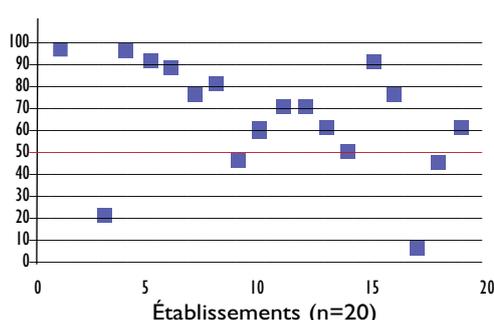
Pourcentage des résidents vaccinés

Figure 3



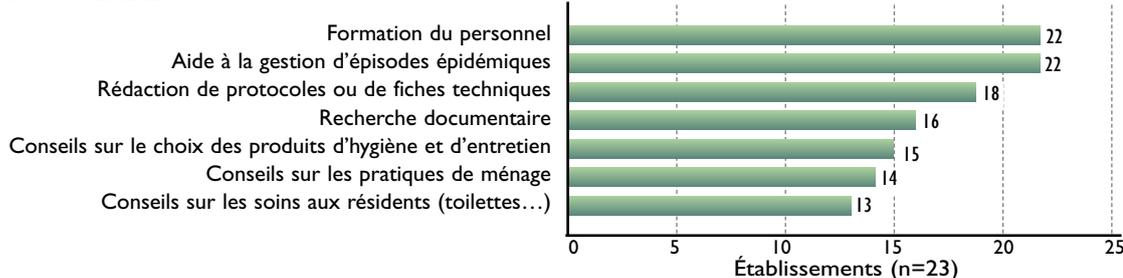
Pourcentage des personnels salariés vaccinés

Figure 4



Les attentes des EPHAD

Figure 5



Nous remercions pour leur collaboration tous les EHPAD ayant participé à cette étude

Audit « Hygiène des mains » 2008 du GREPHH : participation et aide à l'interprétation

Delphine Verjat-Trannoy - CCLIN Paris-Nord

En 2008, soit deux ans après la première évaluation interrégionale de l'hygiène des mains, un audit sur l'observance et la pertinence de l'hygiène des mains a été proposé aux établissements de l'interrégion (outil clé en mains du GREPHH). Dans l'attente du tableau de bord à paraître prochainement, un bilan de la participation est présenté et des précisions sont apportées pour faciliter l'analyse des résultats obtenus localement.

Aide à l'interprétation des résultats

Dans l'audit 2008, les trois principaux critères d'évaluation de l'hygiène des mains sont l'observance, la proportion d'utilisation des produits hydro-alcooliques (PHA) et la conformité observance/pertinence.

Observance de l'hygiène des mains

Observance avant et après soin: il s'agit d'un calcul différent de celui de l'audit 2006, plus strict et plus exigeant. Ce qui est évalué est l'encadrement d'un soin donné par deux gestes d'hygiène des mains (1 soin = 2 opportunités), quand cet encadrement est attendu, sans interprétation par rapport au contexte.

- hygiène des mains avant et après soin —> observance
 - hygiène des mains avant soin uniquement ou après soin uniquement ou absence d'hygiène des mains —> non observance
- La situation 1 (manipulation des déchets...) n'est pas prise en compte dans ce calcul car il n'y a pas d'hygiène des mains attendue avant soin (absence d'indication).

Dans le rapport automatisé 2006, l'observance globale était évaluée opportunité par opportunité:

- hygiène des mains avant soin —> observance
- hygiène des mains après soin —> observance
- non-observance: absence d'hygiène des mains avant ou après soin

Dans le rapport inter-régional 2006, les deux types d'observance (globale, avant et après soin) ont été calculés (cf. encadré).

Observance avant soin: même calcul que pour l'audit 2006 (par opportunité).

La situation 1 (manipulation des déchets...) n'est pas prise en compte dans ce calcul car il n'y a pas d'hygiène des mains attendue avant soin (absence d'indication).

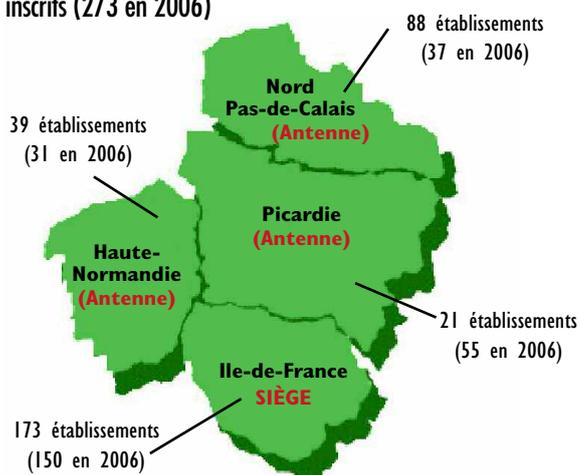
Observance après soin: même calcul que pour l'audit 2006 (par opportunité).

La situation 1 (manipulation des déchets...) est prise en compte dans ce calcul car un geste d'hygiène des mains est attendu après soin (indication).

Absence d'hygiène des mains avant et après: non calculé dans le rapport automatisé 2006. Ce qui est mesuré en 2008, c'est l'absence

Participation globale + 15 %

321 inscrits (273 en 2006)



d'encadrement d'un soin donné par deux gestes d'hygiène des mains quand cet encadrement est attendu. La situation 1 (manipulation des déchets...) n'est pas prise en compte dans ce calcul car il n'y a pas d'hygiène des mains attendue avant soin (absence d'indication).

En résumé pour la situation 1, ne doit apparaître que le résultat de l'observance après soin. Si ce n'est pas le cas, c'est que l'hygiène des mains « avant soin » a été codée à tort comme « indiquée » (1 au lieu de 2).

Proportion d'utilisation des PHA

Il s'agit du même calcul que pour l'audit 2006. Le nombre de gestes d'hygiène des mains réalisés par friction est rapporté au nombre total de gestes d'hygiène des mains observés. Ce paramètre sert à estimer le taux d'intégration de la friction au sein des pratiques d'hygiène des mains

Suite >>>

Conformité observance/pertinence

Ce paramètre n'était pas évalué en 2006. Il permet de se rapprocher de la réalité des pratiques :

- **en combinant plusieurs paramètres** (observance et pertinence)
L'observance, c'est la réalisation de l'hygiène des mains au bon moment (quand une hygiène des mains est attendue).

La pertinence, c'est la réalisation d'une technique d'hygiène des mains adaptée au niveau de risque infectieux du soin (friction toujours adaptée, lavage simple pas toujours adapté).

- **en tenant compte du contexte de l'hygiène des mains** (changement de chambre, changement de patient, enchaînement de soins...).

En particulier, dans cet audit, le fait qu'une seule hygiène des mains soit réalisée entre deux soins successifs peut, sous certaines conditions, rendre les deux soins conformes alors qu'elle était la cause d'une non observance pour un des deux soins concernés.

De ce fait, il n'est pas anormal de trouver un résultat meilleur pour la conformité que pour l'observance.

Toutes les situations sont prises en compte, y compris la situation 1. Dans ce dernier cas, une conformité est attribuée, qu'il y ait hygiène des mains avant soin ou pas (hygiène des mains non indiquée avant).

Le tableau de bord 2008 permettant une comparaison avec les établissements de la même catégorie sera prochainement diffusé aux établissements participants.

Limites de la comparaison des résultats audit 2006 / audit 2008

Même si les calculs sont parfois identiques, il faut rester prudent pour la comparaison entre 2006 et 2008.

Les études diffèrent en effet au niveau :

- de la méthode d'observation :

- en 2006, il s'agissait d'une observation dans les chambres par période de 30 minutes maximum ;
- en 2008, la méthode était laissée au choix des établissements (parmi 3 méthodes identifiées dont celle de 2006).

- des situations prises en compte :

- en 2006, les soins tout venant pouvaient être observés ;
- en 2008, une liste limitative de 7 situations a été proposée, la situation 2 « peau saine » étant un peu plus ouverte que les autres.

Pour rappel : principaux résultats de l'audit « Hygiène des mains » 2006

Observance globale (avant ou après soin) :	70,1 % (45 740 opportunités ayant donné lieu à une hygiène des mains / 65 266 opportunités)
Observance avant et après (encadrement) :	58,1 % (18 954 soins encadrés / 32 633 soins)
Observance avant soin :	67,9 % (22 164 gestes d'hygiène des mains / 32 633 opportunités)
Observance après soin :	72,2 % (23 576 gestes d'hygiène des mains / 32 633 opportunités)
Proportion d'utilisation des PHA :	58,7 % (24 236 frictions / 41 311 gestes d'hygiène des mains)

Le rapport détaillé des résultats de l'audit 2006 est disponible sur le site internet du CCLIN : <http://www.cclinparisnord.org/>

Bilan CCLIN Paris-Nord au 25 mai 2009

2930 fiches de signalement ont été reçues (10732 cas): 1687 en Ile-de-France, 759 en Nord Pas-de-Calais, 272 en Picardie, 206 en Haute Normandie. 393 établissements différents ont signalé depuis 2001 : 1 fois pour 125 établissements, 2 à 10 fois pour 190 et plus de 10 fois pour 78.

Tableau 1

Répartition des signalements par motif depuis août 2001

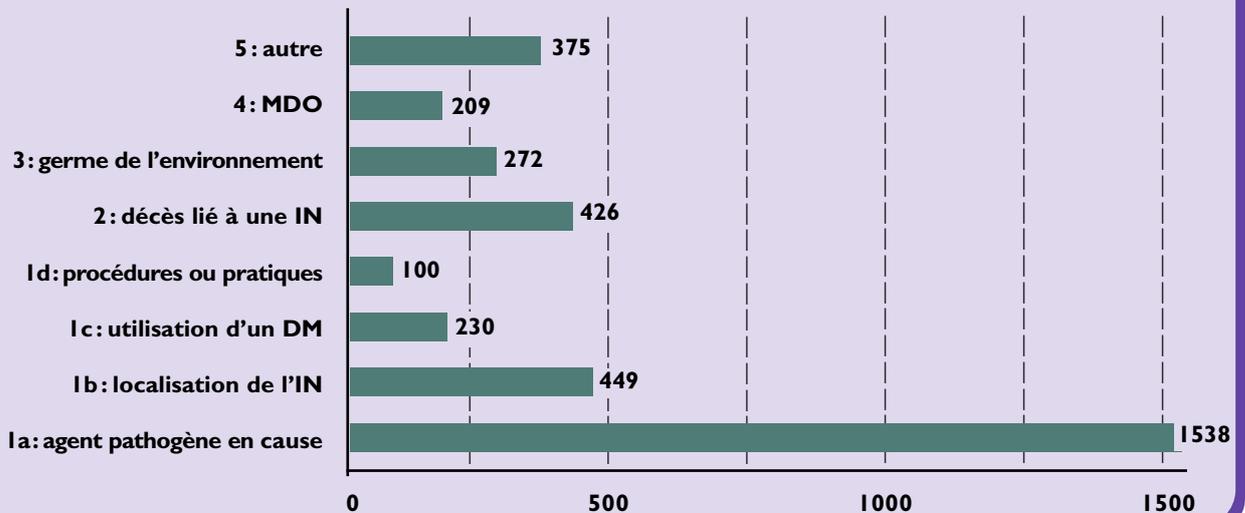


Tableau 2

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

- 363 *Clostridium difficile*
- 282 *Acinetobacter baumannii*
- 210 entérocoques
- 117 *Staphylococcus aureus*
- 89 *Pseudomonas aeruginosa*
- 53 *Enterobacter*
- 51 *Streptococcus pyogenes*
- 41 *Klebsiella pneumoniae*
- 32 *Aspergillus*
- 25 parasites (*Sarcoptes*, *Cryptosporidium*, etc.)
- 26 *Legionella pneumophila*
- 26 *Escherichia coli*
- 12 VHC

Tableau 3

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

Sites	Nb signalements	%
Ophtalmo	168	38 %
ISO	95	21 %
Os et articulations	50	11 %
Syst. nerveux central	20	7 %
Bactériémie/septicémie	21	5 %
Syst. cardio vasculaire	19	4 %

Investigations relatives au signalement menées ces derniers mois



- Cas groupés de streptocoque A en maternité
- Cas groupés de légionelloses nosocomiales avec décès
- Épidémie de klebsielles en réanimation
- Hépatite C nosocomiale en chirurgie cardiaque
- Un cas de *Klebsiella pneumoniae* toto-résistante

Vous retrouvez des données plus complètes sur : <http://www.cclinparisnord.org/signalNONcode/stats.pdf>

Grippe A (H1N1)

- Tous les documents d'information aux personnels de santé sont disponibles sur le site du CCLIN Paris-Nord, à la rubrique "Actualités"

Audit 2009-2010 "Cathéters veineux périphériques"

- Période d'enquête retenue: 1^{er} octobre 2009 - 31 mars 2010
- Outil d'audit: outil clé en mains élaboré par le GREPHH (GRoupe d'Évaluation des Pratiques en Hygiène Hospitalière)
- Mise à disposition du protocole et des diaporamas: fin juillet 2009
- Mise à disposition de l'application informatique: fin septembre 2009
- Inscription: en ligne, début septembre
- Journée de formation au CCLIN Paris-Nord: 28 septembre (14h-17h)

Nouveautés SFHH

- Recommandations pour l'hygiène des mains 2009, juin 2009, 102 pages
- Prévention de la transmission croisée: précautions complémentaires contact, Consensus formalisé d'experts, avril 2009, 56 pages
- Liste positive des désinfectants 2009, juin 2009, 28 pages



- Si vous souhaitez publier votre expérience de terrain (audit, épidémie, actions de prévention...) dans le bulletin du CCLIN, contactez Karin Lebascle au 01 40 46 42 13 ou

klebascl@bhdc.jussieu.fr



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.cclinparisnord.org>

Responsable de la rédaction: **P. Astagneau**

Comité de rédaction: **M. Aggoune, O. Arimane, P. Astagneau, K. Blanckaert, A. Brenet, A. Carbonne, M.T. Chalumeau, N. Dubreuil, J.M. Germain, Z. Kadi, D. Landriu, F. L'Hériteau, D. Thillard, D. Verjat**

Secrétariat de rédaction: **K. Lebascle**

Réalisation: **A ÉDITORIAL, Paris, Tél. : 01 42 40 23 00**