



Sommaire

RÉSEAUX DE SURVEILLANCE

- 2 BMR : résultats 2009
- 4 NEOCAT : résultats 2009
- 7 INCISO : résultats 2010

EN DIRECT DES ÉTABLISSEMENTS

- 11 Cas groupés d'endophtalmies post-opératoires
- 12 Enquête sur la prévention du risque infectieux en HAD

EHPAD

- 15 Un cas de légionellose dans un EHPAD

MISE AU POINT/BONNES PRATIQUES

- 16 Nouveau décret sur la gestion des risques et la lutte contre les IN
- 19 Hospitalisation à domicile (HAD) : une hospitalisation à part entière ?
- 20 NosoBase : une navigation au fil de l'eau
- 22 Actualisation 2010 des recommandations sur l'antibioprophylaxie en chirurgie

AUDIT / ÉVALUATION DES PRATIQUES

- 24 Évaluation de l'application des mesures d'hygiène en cabinet médical
- 25 Journée nationale sur l'hygiène des mains

SIGNALLEMENT

- 27 Signalements de cas de rougeole
- 29 Tableau de bord 2010 du CCLIN Paris-Nord

LA PAROLE AUX LECTEURS

- 30 Résultats de l'enquête de satisfaction concernant le Bulletin

CONGRÈS - AGENDA

Restons mobilisés !

Depuis la promulgation de la Loi Hôpital patients santé territoires (HPST), le paysage hospitalier et le système de santé dans son ensemble sont en pleine mutation, modifiant les équilibres auxquels nous étions habitués. Ce changement impacte directement l'organisation de la lutte contre les infections associées aux soins. Faut-il s'en émouvoir ?

La mise en place des agences régionales de santé (ARS) depuis avril 2010 crée une nouvelle dynamique régionale en réunissant les différentes structures de l'Autorité sanitaire chargées autrefois de la santé publique et de l'offre de soins (DRASS, ARH, URCAM, URML...). Ce nouveau dispositif couvre l'ensemble des champs de la santé des établissements de santé, du secteur médico-social et du secteur libéral et ambulatoire. Au niveau départemental, les DDASS sont transformées en délégations territoriales sous la tutelle des ARS. En revanche, les structures opérationnelles telles que les CCLIN et leurs antennes sont maintenues dans leur CHU d'origine et continuent d'assurer leurs missions de veille sanitaire, de coordination et d'expertise en lien avec les ARS. Le signalement des infections nosocomiales est maintenu en double circuit au CCLIN en charge de l'investigation dans les établissements de santé et de la plateforme régionale de veille sanitaire de l'ARS. Cette plateforme réunit tous les acteurs de la veille sanitaire au niveau régional pour traiter l'ensemble des signaux pouvant générer une alerte de santé et révéler un risque pour la population.

Au niveau des établissements de santé, le récent décret sur la gestion des événements indésirables a également modifié les organisations. Les CLIN peuvent être maintenus mais ne sont plus imposés. Les équipes opérationnelles d'hygiène sont désormais au centre du dispositif de la LIN, interlocuteurs incontournables pour les instances décisionnelles de l'hôpital. La couverture des besoins dans le secteur extra-hospitalier (EHPAD, secteur ambulatoire) reste néanmoins posée, l'expertise en matière de lutte contre les IAS étant aujourd'hui très peu développée dans ce secteur.

Outre les différents travaux et mises au point figurant dans ce numéro du bulletin de liaison, la publication dans la presse du classement des hôpitaux en fonction des indicateurs chaque année atteste de la vitalité du sujet et l'intérêt porté par les médias et la population sur les IAS après plus de vingt ans d'engagement et de politiques publiques. Malgré le contexte social et financier tendu dans les hôpitaux publics, les hygiénistes doivent rester mobilisés. Nous avons toutes les raisons de ne pas nous laisser entraîner dans un pessimisme qui serait contre productif, voire destructeur.

Pr Pascal Astagneau
Directeur du CCLIN Paris-Nord

Réseau BMR : résultats de la surveillance 2009

CCLIN Paris-Nord hors AP-HP



Isabelle Arnaud, Anne Carbonne - CCLIN Paris-Nord

Depuis 1996, le CCLIN Paris-Nord coordonne un réseau de surveillance des bactéries multirésistantes (BMR). Ce réseau repose sur une surveillance annuelle de trois mois (avril, mai et juin) à partir des laboratoires de microbiologie. L'objectif de cette surveillance est de promouvoir une méthodologie commune de surveillance des BMR dans les établissements de santé (ES) qui participent à BMR RAISIN. Il s'agit de fédérer les établissements pour soutenir la dynamique d'action contre la diffusion des BMR et de contribuer à l'évaluation de l'impact du programme national de prévention. Depuis 2002, cette enquête s'intègre dans le cadre du réseau national RAISIN de surveillance des bactéries multirésistantes (BMR) coordonné par le CCLIN Paris-Nord.

Les BMR surveillées sont les *Staphylococcus aureus* résistants à la méthicilline (SARM) et les entérobactéries productrices de bêta-lactamase à spectre étendu (EBLSE). Ne sont surveillées que les souches isolées de prélèvements à visée diagnostique. Les indicateurs utilisés sont la proportion des souches résistantes au sein de l'espèce pour *S. aureus* et l'incidence des SARM et des EBLSE pour 100 admissions et 1 000 journées d'hospitalisation.

En 2009, 129 laboratoires (représentant 143 établissements différents) ont participé à cette surveillance (ils étaient 35 en 1996). La surveillance BMR 2009 a porté sur 372 666 admissions et 3 744 557 journées d'hospitalisation en court séjour – dont 1 029 419 en médecine, 574 923 en chirurgie, 144 304 en soins intensifs (SI)- réanimation – et 1 283 468 journées d'hospitalisation en soins de suite et de réadaptation (SSR) et en soins de longue durée (SLD) et 402 189 journées en psychiatrie. Au cours de la surveillance, 6 145 *Staphylococcus aureus* ont été isolés (30,8 % de SARM) et 1 453 EBLSE dont les principales espèces étaient *Escherichia coli* (62,0 %), *Klebsiella pneumoniae* (13,6 %), *Enterobacter cloacae* (10,3 %) et *Enterobacter aerogenes* (6,6 %). La figure 1 montre l'incidence globale des SARM et des EBLSE par service (1 cas = 1 malade avec au moins un prélèvement à visée diagnostique) pour 1000 journées d'hospitalisation.

Les informations sur le lieu d'acquisition des BMR ont montré que globalement 43,5 % des souches de SARM et 48,2 % des EBLSE étaient acquises dans le service d'hospitalisation du malade.

L'étude des résistances associées montre que :

- Les SARM sont majoritairement sensibles à la gentamicine (93,9 %), au cotrimoxazole (97,5 %), à la pristina mycine (89,0 %), à la rifampicine (95,3 %), à l'acide fusidique (82,1 %), à la fosfomycine

Incidence des SARM et des EBLSE pour 1000 journées d'hospitalisation par service en 2009

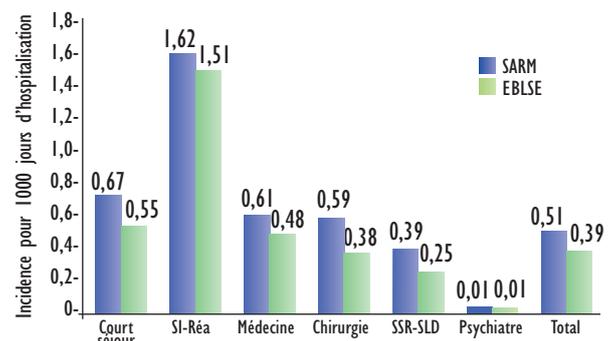


Figure 1

Pourcentage de SARM et d'EBLSE acquis dans les services / type de service

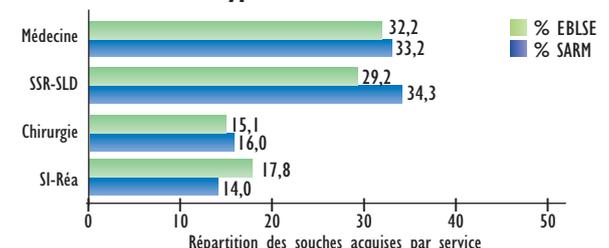


Figure 2

(93,8 %), au chloramphénicol (89,5 %), à la vancomycine (99,8 %) et à la teicoplanine (99,7 %). Ils restent globalement très résistants aux fluoroquinolones (9,9 % de sensibilité). La sensibilité à la tobramycine est de 54,2 % et à l'érythromycine de 58,9 %.

- Les entérobactéries productrices de BLSE sont sensibles à la gentamicine pour 58,5 % des souches, à l'amikacine pour 70,5 % et à la tobramycine pour 43,0 %. 99,3 % des souches sont sensibles à l'imipénème, 17,8 % des souches aux quinolones classiques, et 26,3 % à la Ciprofloxacine.

[Suite >>>](#)

Évolution dans les 40 laboratoires ayant participé chaque année depuis 2002

On observe pour les 40 laboratoires qui ont participé aux huit dernières années de surveillance (2002 à 2009) une diminution de l'incidence globale des cas SARM depuis 2002 (0,88 à 0,55 / 1 000 JH). Cette évolution est observée en court séjour, 0,99 à 0,69 / 1 000 JH, et dans les services de soins de suite, de longue durée et soins de réadaptation (0,65 à 0,41 / 1 000 JH). En réanimation, l'incidence a beaucoup diminué (3,28 à 1,32 / 1 000 JH) entre 2002 et 2009 (cf. tableau 1). Pendant la même période l'incidence des EBLSE augmente de 0,18 à 0,39 / 1 000 JH. Ces tendances se retrouvent quels que soient les services concernés.

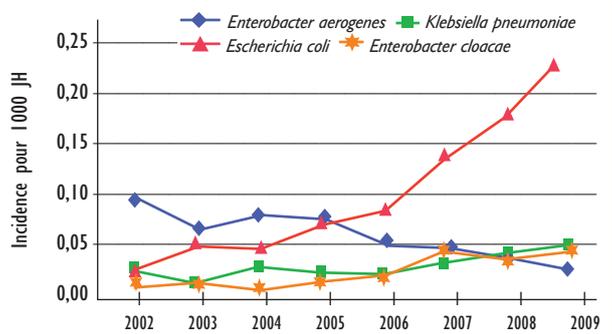
On note l'émergence des *Escherichia coli* au sein des EBLSE dont la proportion passe de 12,4 % en 2002 à 61,1 % en 2009.

L'incidence des *E. coli* augmente de 0,02 à 0,24 / 1 000 JH entre 2002 et 2009 (cf. figure 3). L'incidence des *Enterobacter cloacae* montre aussi une tendance à l'augmentation (0,01 à 0,04 / 1 000 JH). L'incidence des *Klebsiella pneumoniae* augmente aussi légèrement (0,03 à 0,05 / 1 000 JH). Au contraire, l'incidence des *Enterobacter aerogenes* diminue de 2002 à 2009 (0,10 à 0,03 / 1 000 JH).

Conclusion

Au sein des 40 laboratoires qui participent à la surveillance depuis 2002, l'incidence des SARM (prélèvements à visée diagnostique) a diminué dans tous les services. Ce résultat reflète essentiellement l'impact des mesures de préventions.

Évolution de l'incidence pour 1000 JH de *E. aerogenes*, *K. pneumoniae*, *E. coli* et *E. cloacae*



Parallèlement, l'incidence des entérobactéries productrices de BLSE tend à augmenter. En particulier les *E. coli* qui constituent maintenant plus de la moitié de ces souches, soit une incidence d'*E. coli* de 0,24/1 000 JH.

Des recommandations pour la maîtrise de la diffusion des *E. coli* BLSE ont été publiées : « Recommandations relatives aux mesures à mettre en œuvre pour prévenir l'émergence des entérobactéries BLSE et lutter contre leur dissémination. » (HCSP, février 2010, 71 pages). ■

Nous tenons à remercier tous les établissements ayant participé au réseau BMR 2009

Évolution de l'incidence des cas de prélèvements à visée de diagnostic positifs à souches multirésistantes de *S. aureus* (SARM) et d'EBLSE de 2002 à 2009 pour une cohorte de 40 établissements

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Incidence pour 1 000 jours d'hospitalisation								
SARM								
Tous Services	0,88	0,80	0,75	0,77	0,71	0,63	0,60	0,55
Court séjour	0,99	0,93	0,86	0,89	0,91	0,82	0,81	0,69
Dont SI-réa	3,28	2,54	2,25	2,25	2,02	1,76	1,52	1,32
SSR-SLD	0,65	0,51	0,53	0,53	0,50	0,43	0,38	0,41
EBLSE								
Tous Services	0,18	0,18	0,19	0,22	0,19	0,28	0,32	0,39
Court séjour	0,20	0,19	0,20	0,26	0,27	0,38	0,43	0,53
Dont SI-réa	0,86	0,38	0,49	0,86	0,82	1,06	1,14	1,24
SSR-SLD	0,13	0,14	0,16	0,15	0,10	0,18	0,20	0,24
Incidence pour 100 admissions en court séjour								
SARM	0,65	0,58	0,50	0,56	0,52	0,47	0,45	0,39
EBLSE	0,13	0,12	0,12	0,16	0,15	0,22	0,23	0,30



Surveillance des cathéters veineux centraux en néonatalogie : NEOCAT résultats 2009

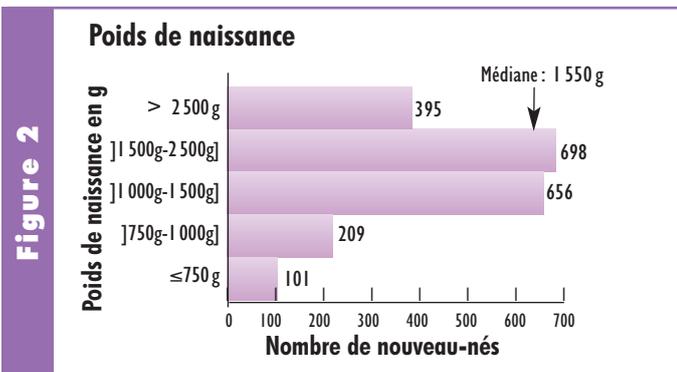
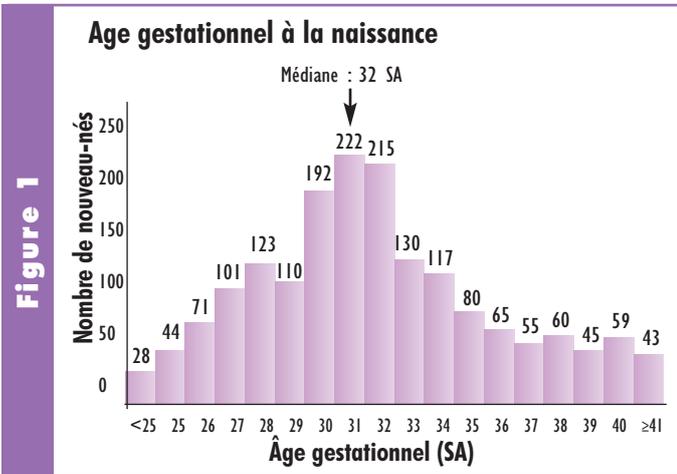
Ludivine Lacavé, François L'Héritier – CCLIN Paris-Nord

Depuis 2007, le réseau NEOCAT propose une surveillance des bactériémies liées aux cathéters veineux centraux (CVC) en néonatalogie, compte tenu de la morbidité et mortalité non négligeables dont elles sont responsables. Cette surveillance est ouverte aux services volontaires de néonatalogie des inter-régions Nord et Ouest (Basse Normandie, Bretagne, Pays de Loire, Centre).

Il s'agit d'une surveillance continue, à l'année, des nouveau-nés (NN) porteurs d'un CVC. Les cathéters veineux ombilicaux (CVO) et les autres CVC sont étudiés séparément.

Résultats

En 2009, 18 établissements de santé (ES) ont retourné leurs données de surveillance, incluant 2059 NN, porteurs de 1805 CVO et de 1351 autres CVC.



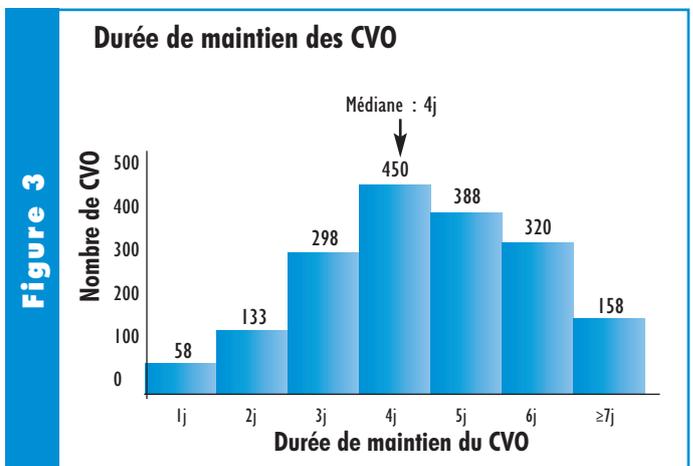
Description des CVO

Un quart des CVO (25,1 %) étaient utilisés pour une nutrition lipidique. Le CVO était contemporain d'une ventilation assistée invasive dans 57,8 % des cas et d'une ventilation non invasive dans 27,3 % des cas.

Vingt-sept BLC étaient identifiées sur les CVO, soit une incidence de 1,5 p 100 CVO (IC95 % [0,9 - 2,1]) et une densité d'incidence (DI) de 3,3 p 1000 jr-CVO (IC95 % [2,1 - 4,6]).

Le délai médian d'apparition d'une BLC sur les CVO était de 5 jours, intervalle interquartile (IIQ) [4j - 6j].

L'incidence des BLC était variable selon le poids de naissance (cf. tableau 1, page suivante).



Suite >>>

Incidence et densité d'incidence des BLC sur CVO selon le poids de naissance

Tableau 1

Poids de naissance	N CVO	Incidence des BLC (pour 100 cathéters)	IC _{95%}	DI des BLC (‰ jr-CVO)	IC _{95%}
≤ 750g	100	8,0	[2,5 - 13,5]	17,1	[5,3 - 29,0]
]750g - 1000g]	191	2,1	[0,0 - 4,1]	4,8	[0,1 - 9,5]
]1000g - 1500g]	574	0,9	[0,1 - 1,6]	2,0	[0,2 - 3,7]
]1500g - 2500g]	586	1,2	[0,3 - 2,1]	2,5	[0,7 - 4,4]
> 2500g	354	0,8	[0,0 - 1,8]	2,0	[0,0 - 4,4]

Description des autres CVC

Le site d'insertion habituel des autres CVC était le membre supérieur (83,9 %). Une nutrition parentérale lipidique est passée par le cathéter dans 87,8 % des CVC. Les NN ont reçu une ventilation assistée invasive dans 28,3 % des cas, et une ventilation assistée non invasive dans 43,7 % des cas, pendant le maintien du CVC. La durée de maintien des CVC variait de 1 à 77 jours.

194 BLC ont été identifiées sur ces 1 351 CVC, soit un taux d'incidence de 14,4 pour 100 CVC (IC_{95%} [12,4 - 16,4]) et une densité d'incidence de 10,2 pour 1000 j-CVC (IC_{95%} [8,8 - 11,7]). Le délai médian d'apparition d'une BLC sur ces CVC était de 11 jours (IIQ [6j - 17j]). L'incidence des BLC était variable selon le poids de naissance.

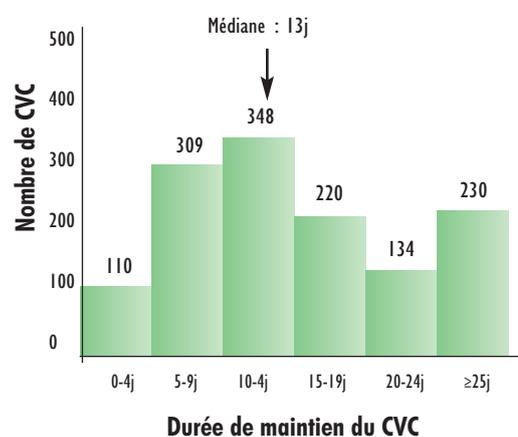
Siège d'insertion des CVC

Tableau 2

Site d'insertion du cathéter	N	%
Membre supérieur	1134	83,9
Membre inférieur non fémoral	83	6,1
Céphalique	66	4,9
Jugulaire	47	3,5
Sous-clavier	18	1,3
Fémoral	3	0,2
CVC par voie ombilicale	0	0,0
Total	1351	100,0

Durée de maintien des CVC

Figure 4



Incidence et densité d'incidence des BLC sur CVC selon le poids de naissance

Tableau 3

Poids de naissance	N CVC	Incidence des BLC (pour 100 cathéters)	IC _{95%}	DI des BLC (‰ jr-CVC)	IC _{95%}
≤ 750 g	104	39,4	[27,4 - 51,5]	23,4	[16,2 - 30,5]
]750g - 1000g]	240	25,4	[19 - 31,8]	14,1	[10,5 - 17,6]
]1000g - 1500g]	638	11,0	[8,4 - 13,5]	8,0	[6,1 - 9,9]
]1500g - 2500g]	292	6,8	[3,8 - 9,9]	6,0	[3,4 - 8,7]
> 2500g	77	2,6	[0,0 - 6,2]	2,5	[0,0 - 6,0]

Suite >>>

Les micro-organismes le plus communément isolés des hémocultures étaient des staphylocoques à coagulase négative (SCN) : 55,2 % des 27 BLC sur CVO et 83,7 % des 194 BLC sur CVC. *S. aureus* ou les entérobactéries étaient plus rarement isolés. Deux BLC à *P. aeruginosa* ont été rapportées (sur CVC) au cours de cette surveillance.

Conclusion

Cette troisième année de surveillance des BLC en néonatalogie permet de fournir des données françaises sur l'incidence des bactériémies sur cathéter en néonatalogie. Elle permet également de décrire l'épidémiologie microbienne de ces bactériémies. Cette surveillance en réseau permet aux services de néonatalogie surveillant leurs bactériémies de se comparer à un référentiel. Elle s'étend aux services volontaires de l'ensemble de la France pour la surveillance 2010. ■

Tableau 4

Micro-organismes isolés des hémocultures

Micro-organismes isolés	Hémocultures	
	CVO	CVC
Cocci Gram +	25	195
Staphylocoques à coagulase négative	16	175
<i>Staphylococcus aureus</i>	5	10
Entérocoque	2	5
Autres Cocci Gram +	2	5
Bacilles Gram +	0	0
Bacilles Gram -	3	9
Entérobactéries	3	7
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	0	2
Candida et levures	1	5
Total	29	209

Le CCLIN Paris-Nord remercie tous les établissements ayant participé au réseau NEOCAT 2009

Calendrier 2011 des réseaux de surveillance

	Période d'enquête	Inscription	Retour limite des données	Coordonnateurs
AES (rétrospectif) données 2010	du 1 ^{er} janvier au 31 décembre 2010	terminée	31 mars 2011	François L'Hériteau Fabien Daniel
AES données 2011	du 1 ^{er} janvier au 31 décembre 2011	janvier-février 2011	31 mars 2012	François L'Hériteau Fabien Daniel
ATB (rétrospectif) données 2010	du 1 ^{er} janvier au 31 décembre 2010	décembre 2010 janvier 2011	31 mars 2011	François L'Hériteau Ludivine Lacavé
BMR	du 1 ^{er} mars au 30 juin 2011	mars à septembre 2011	15 septembre 2011	Anne Carbonne Isabelle Arnaud
INCISO	du 1 ^{er} janvier au 30 juin 2011	janvier-février 2011	1 ^{er} septembre 2011	François L'Hériteau Fabien Daniel
NEOCAT (rétrospectif) données 2010	du 1 ^{er} janvier au 31 décembre 2010	terminée	31 janvier 2011	François L'Hériteau Ludivine Lacavé
NEOCAT données 2011	du 1 ^{er} janvier au 31 décembre 2011	décembre 2010 janvier 2011	31 janvier 2012	François L'Hériteau Ludivine Lacavé
REA	du 1 ^{er} janvier au 30 juin 2011 du 1 ^{er} janvier au 31 décembre 2011 (facultatif)	janvier-février 2011	31 août 2011 1 ^{er} mars 2011 (facultatif)	François L'Hériteau Fabien Daniel

AES → Accidents exposant au sang

ATB → Consommation d'antibiotiques

BMR → Bactéries multi-résistantes aux antibiotiques

INCISO → Infections du site opératoire

NEOCAT → Bactériémies sur cathéters veineux centraux dans les services de néonatalogie

REA → Infections liées aux cathéters veineux centraux dans les services de réanimation adulte



Surveillance 2010 du réseau INCISO

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

Depuis 1997, le CCLIN Paris-Nord coordonne un réseau de surveillance des infections du site opératoire (ISO) dans les services de chirurgie des hôpitaux de l'interrégion Paris-Nord. Les services de chirurgie volontaires des établissements – publics, PSPH ou privés – doivent, pour participer, inclure au moins 200 patients (toutes interventions confondues) entre janvier et mai. Pour les services souhaitant ne surveiller que certaines interventions, il est possible d'inclure au moins 100 interventions (dont la surveillance est considérée comme « prioritaire ») de la même spécialité, parmi une liste prédéfinie. Afin de repérer les ISO survenant après la sortie du service, chaque patient opéré doit être suivi au moins 30 jours après l'intervention.

Une application Web permet à chaque établissement de saisir ses données et d'éditer ses principaux résultats. <https://webpub.chu-rennes.fr/cclin/iso/>

En 2010, le réseau a regroupé 558 services de chirurgie de 224 établissements. Au total, 72 570 patients ont été inclus. Les principaux résultats sont présentés ci-dessous.

Répartition des interventions « de surveillance prioritaire » et taux d'incidence des ISO par type d'intervention (%) parmi les 72 570 patients opérés en 2010

Tableau 1

Chirurgie	N (%)	Taux brut	Taux NNIS-0
CHOL	3 245 (4,5)	0,86	0,67
HERE+HERS	5 507 (7,6)	0,51	0,36
COLO	1 343 (1,9)	7,89	4,78
APPE	1 482 (2,0)	2,97	1,24
PTHA	640 (0,9)	1,25	0,73
PTTH	3 088 (4,3)	0,52	0,19
RPTH	391 (5,4)	0,77	1,35
PTGE	2 206 (3,0)	0,36	0,44
LAMI	466 (0,6)	1,29	0,31

Chirurgie	N (%)	Taux brut	Taux NNIS-0
HDIS	661 (0,9)	0,61	0,62
CESA	6 324 (8,7)	1,58	1,53
HYSA	811 (1,1)	1,73	1,19
HYSV	485 (0,7)	2,06	1,30
MAST+TUM	2 778 (3,8)	1,08	0,81
PROS	772 (1,1)	4,27	3,28
RTUP	739 (1,0)	2,03	2,54
VPER	3 224 (4,4)	0,50	0,34
TOTAL	72 570	0,95	0,60

[Suite >>>](#)

Figure 1

Répartition des services selon le taux d'incidence des ISO pour 100 opérés de NNIS égal à zéro

Le NNIS est un index de gravité qui permet de classer les patients en catégories de risque croissant. Au total, 67 % des patients opérés étaient à faible risque d'ISO (NNIS égal à zéro). Le graphique ci-contre présente la répartition de l'incidence des ISO pour ces patients (NNIS=0), parmi les 371 services ayant inclus au moins 50 patients NNIS-0.

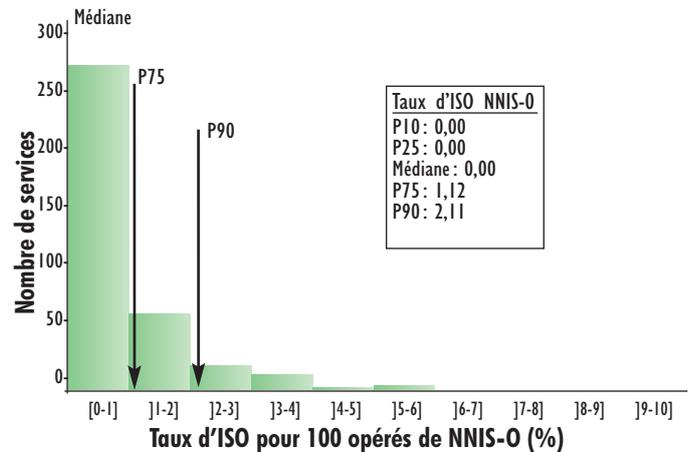


Figure 2

Répartition des services selon le Ratio Standardisé d'Incidence (RSI)

Le RSI est un outil de comparaison des services plus précis que le NNIS. Il prend en compte l'ensemble des facteurs de risque des ISO (suivi, sexe, durée de séjour préopératoire, type d'intervention, urgence, ambulatoire) en plus des éléments du score NNIS (score ASA, classe de contamination et durée opératoire). Ces facteurs sont intégrés dans un modèle de régression logistique qui permet de déterminer un nombre attendu (théorique) d'ISO par service. Le RSI correspond au rapport entre le nombre observé d'ISO lors de la surveillance sur le nombre d'ISO attendu. Un RSI supérieur à 1 signifie que sont survenues plus d'infections que ce qui était attendu compte tenu des facteurs de risque des patients. Le score ASA, la classe de contamination, la durée opératoire, la vidéoscopie, la chirurgie en urgence, la chirurgie ambulatoire, la chirurgie carcinologique, le suivi des patients, la durée pré-opératoire et le type d'intervention étaient dans le modèle final de la régression logistique. Le graphique ci-contre présente la répartition des 276 services ayant inclus plus de 100 patients selon leur RSI. Le RSI était significativement inférieur à 1 dans 16 services et significativement supérieur à 1 dans 20 services. Dans ces derniers, le RSI variait de 1,66 à 8,79.

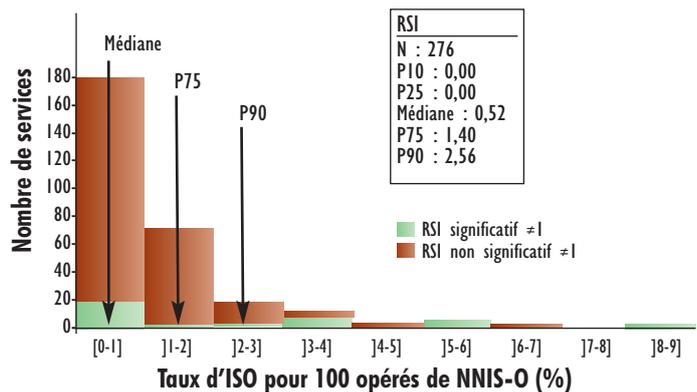
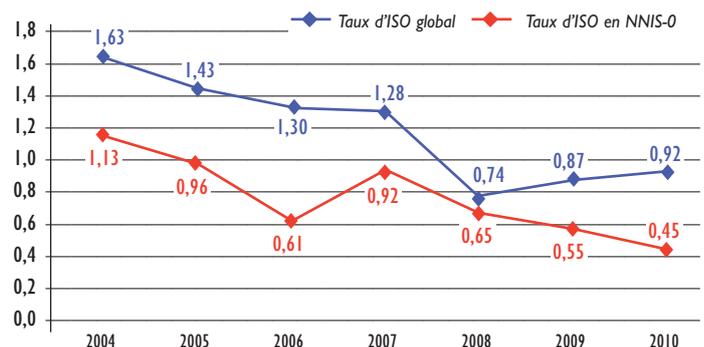


Figure 3

Évolution de l'incidence des ISO de 2004 à 2010 sur une cohorte de 79 services

Sur la cohorte de 79 services ayant participé continuellement de 2004 à 2010, l'incidence des ISO a baissé de 44 % (passant de 1,63 % à 0,92 % Khi^2 de tendance, $p < 0,05$). Chez les patients à faible risque (NNIS-0) elle a baissé de 60 % (passant de 1,13 % à 0,45 % ; Khi^2 de tendance, $p < 0,05$).

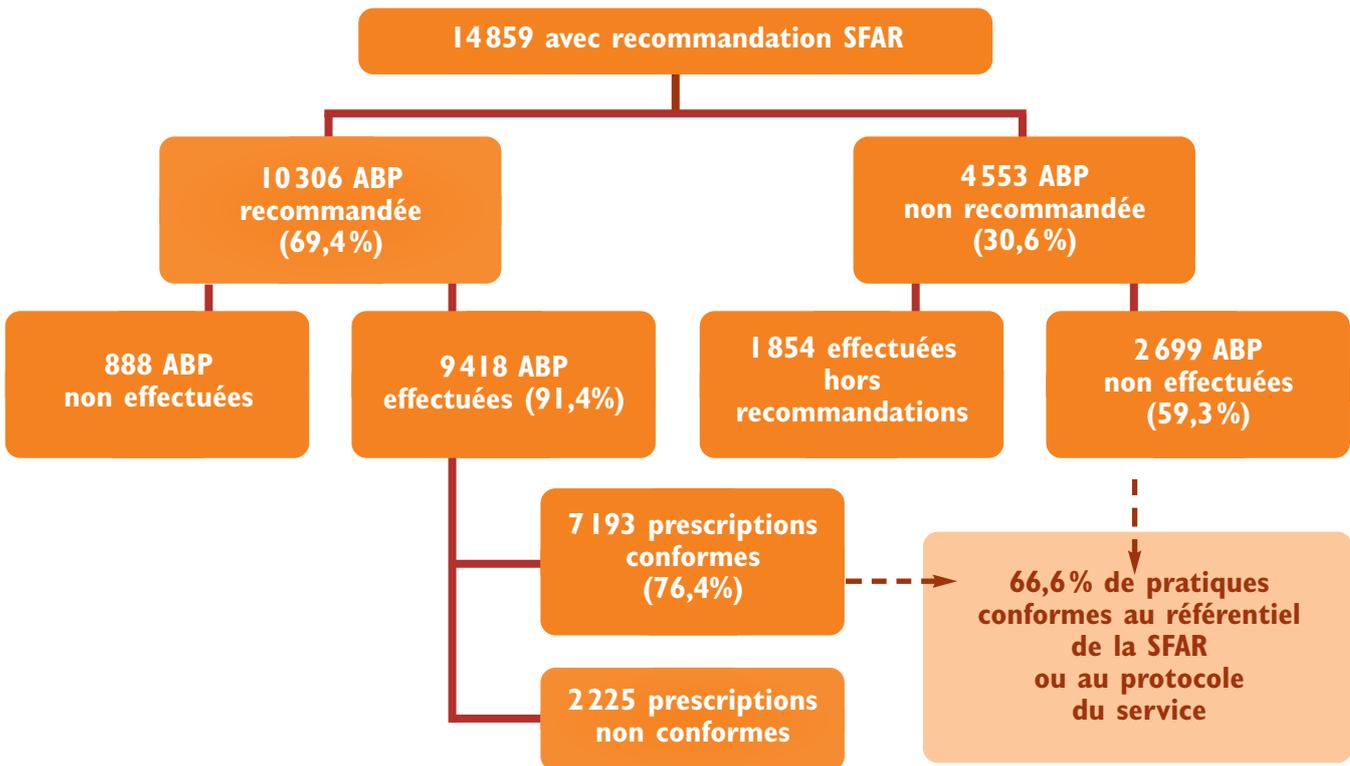


Suite >>>

Indication et pratique de l'antibioprophylaxie en 2010 après prise en compte de l'intervention

En 2010, 219 services de 106 établissements ont participé au module antibioprophylaxie (ABP) de la surveillance INCISO. Un total de 14 859 interventions ont été incluses. Dans 41 % des interventions où aucune

ABP n'était recommandée, elle a été effectuée hors recommandation. Dans 9 % des cas où l'ABP était recommandée, elle n'a pas été effectuée. Au total, les pratiques d'ABP (indication, choix de la molécule, posologie, délai d'administration, durée) étaient conformes au référentiel de la SFAR dans un peu plus des deux tiers des interventions.



Répartition des services selon le pourcentage de pratiques conformes au référentiel de la SFAR ou au protocole du service

La figure ci-contre présente la répartition du pourcentage de pratiques conformes au référentiel de la SFAR ou au protocole du service, parmi les 119 services ayant inclus au moins 50 patients évaluables.

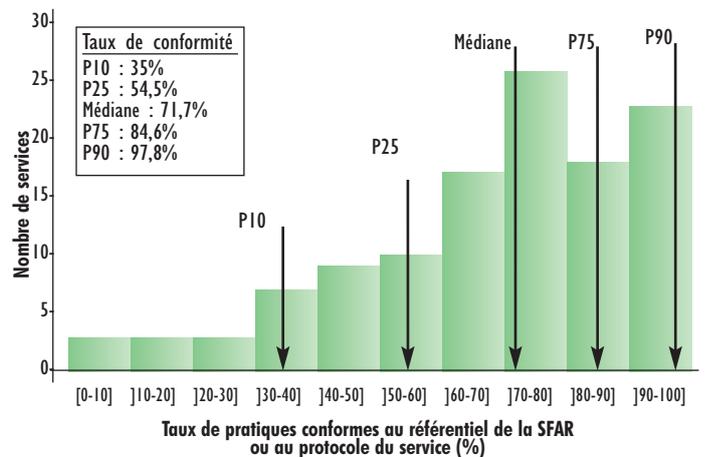
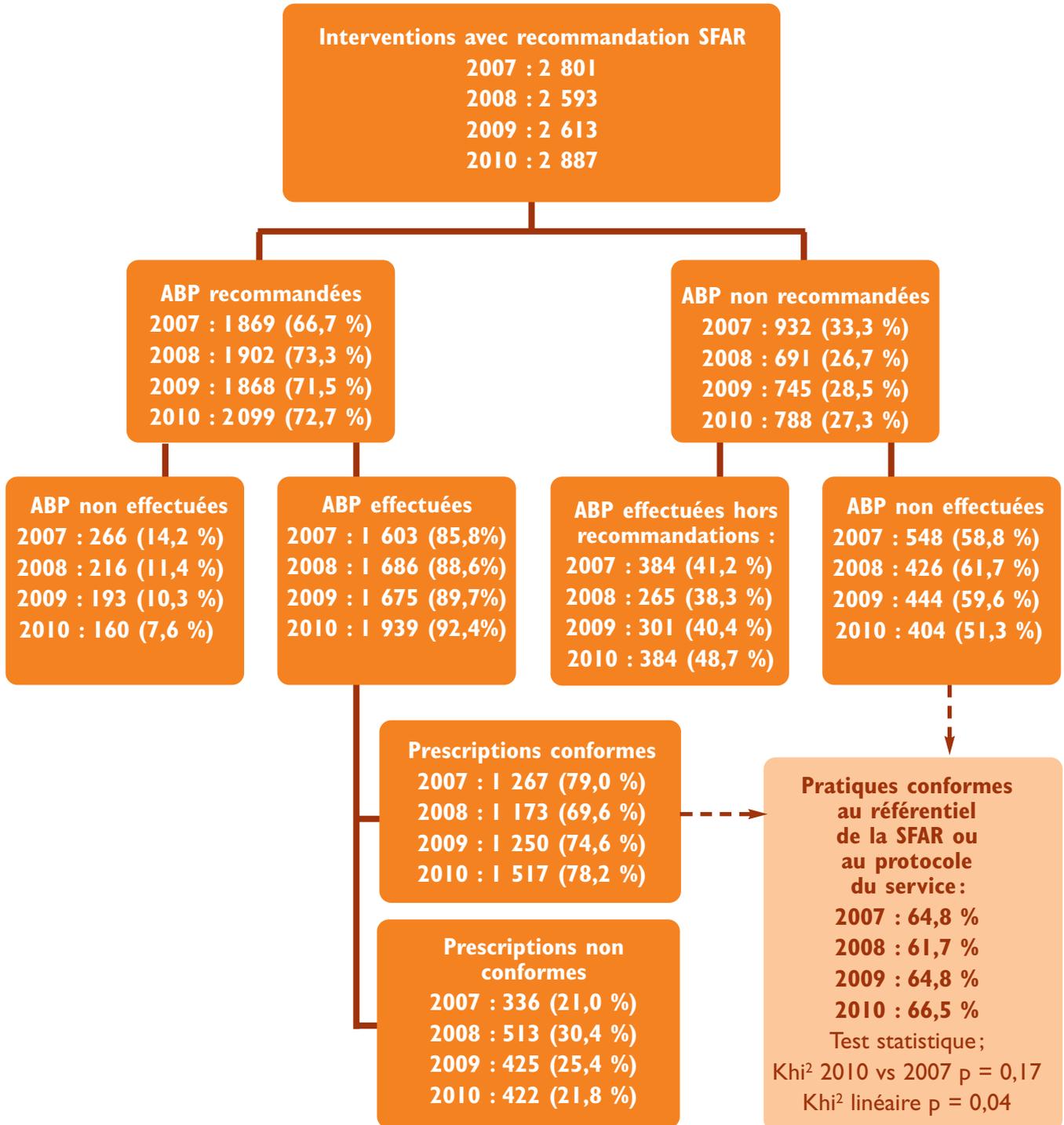


Figure 4

Suite >>>

RÉSEAUX DE SURVEILLANCE

Comparaison de l'indication et des bonnes pratiques entre 2007, 2008, 2009 et 2010 après prise en compte de l'intervention parmi les 38 services ayant participé aux 4 audits de l'ABP.



Le rapport complet de la surveillance est disponible sur le site internet du CCLIN.

Nous tenons à remercier tous les établissements ayant participé au réseau INCISO en 2010



Cas groupés d'endophtalmies post-opératoires

Natalie Delamare, praticien hygiéniste - Centre hospitalier de Beauvais

Deux cas groupés d'endophtalmies nosocomiales aiguës sont survenus, en avril 2010, au huitième jour après phacoémulsification pour cataracte dans notre établissement. L'incidence des endophtalmies post-opératoires après chirurgie programmée de la cataracte est estimée entre 1 à 3 pour 1 000 interventions ⁽¹⁾. Nous observons une incidence multipliée par un facteur 10 et étions donc devant un événement grave et inhabituel impliquant des mesures immédiates.

Description des cas

Les patients sont diabétiques, non insulino-dépendants, âgés de 83 et 57 ans; vu leur facteur de risque diabétique, ils ont eu, tous deux, une antibioprophy-laxie par fluoroquinolone. Les interventions se sont déroulées à huit jours d'intervalle par deux opérateurs différents dans la même salle d'intervention avec le même personnel paramédical. Pour un patient, la ponction de chambre antérieure a permis de mettre en évidence un staphylocoque coagulase négative donnant le plus souvent une évolution clinique lente ⁽²⁾; pour l'autre, les prélèvements d'humeur aqueuse, seuls réalisés et souvent moins contributifs, sont redevenus négatifs; aucun germe n'a donc été isolé, comme dans 39 % des cas des endophtalmies signalées en France de 2001 à 2005 ⁽³⁾. La prise en charge chirurgicale rapide des deux patients a permis de sauvegarder leur fonction visuelle. Les deux cas ont fait l'objet d'un signalement externe groupé, une semaine après la survenue du deuxième cas, délai inférieur au délai médian des signalements externes analysés de 2007 à 2009 ⁽⁴⁾.

Mesures correctives

Les mesures correctives suivantes ont été mises en place: suspension des interventions pour cataracte jusqu'à nouvel ordre et mise en place d'une cellule de crise comprenant le chef de service d'ophtalmologie, la pharmacienne, les cadres du bloc opératoire, l'infirmière référente d'ophtalmologie du bloc opératoire, le praticien en hygiène, le cadre hygiéniste.

Les pratiques sont analysées par la cellule de crise avec réajustement immédiat pour certaines d'entre elles: élimination dès son utilisation de la pince stérile utilisée pour la pose de l'insert de dilatation, gestion du microscope en salle d'intervention et traitement des pièces à main utilisées par l'opérateur.

Ces points corrigés, la cellule de crise décide de reprendre l'activité chirurgicale avec réalisation concomitante d'un audit de pratiques. L'audit de pratiques est réalisé par le service d'hygiène dans les services d'hospitalisation et au bloc opératoire afin de suivre sur une journée l'ensemble des patients opérés.

L'audit ne retrouve pas de dysfonctionnement majeur, mais note plusieurs points critiques dans les pratiques en matière d'hygiène et d'organisation, comme la possible utilisation du collyre multidose personnel du patient en préopératoire, le nombre insuffisant de manchons stériles pour le microscope en salle d'intervention, l'absence d'irrigation immédiate des pièces à main par l'opérateur et leur non-immersion. Les conclusions de l'audit ont été communiquées le jour même aux équipes, permettant ainsi la correction immédiate des points critiques. Puis un protocole de prise en charge du patient en période pré, per et postopératoire a été rédigé et validé par le CCLIN respectant les recommandations.

Conclusion

Comme souvent, les investigations n'ont pas mis en évidence un mécanisme unique possible de contamination mais plusieurs dysfonctionnements pouvant être responsables de l'infection en particulier la non-utilisation systématique de collyre unidose en préopératoire et les conditions de pose et de dépose, non toujours aseptiques, de l'insert de dilatation.

Le caractère rare et grave de ces infections post-opératoires a permis de mobiliser l'ensemble des équipes et de mettre en place de façon rapide les mesures correctives.

Néanmoins, un nouvel audit des pratiques est prévu à distance de l'épisode afin de s'assurer que ces mesures demeurent pérennes, la mobilisation des différents intervenants une fois passée. ■

Bibliographie

1. Honnart-Thomas M. Apport de l'hygiène dans la qualité des soins en bloc opératoire d'ophtalmologie. *J Fr Ophtalmol* 2004;27: 424-428.
2. Zhang Q, Delyfer MN. Étude rétrospective à propos d'endophtalmies post opératoires. *J Fr Ophtalmol* 2009;32: 162-164.
3. Coignard B, Poujol I. Le signalement des infections nosocomiales, France, 2001-2005. *BEH* 2006;51-52: 406-410.
4. Poujol I, Thiolet JM. Signalements externes des infections nosocomiales, France, 2007-2009. *BEH* 2010;38-39: 393-396.

Enquête sur la prévention du risque infectieux dans les établissements d'hospitalisation à domicile (HAD) du Nord - Pas-de-Calais

Yann Ollivier, Karine Blanckaert - ARLIN Nord - Pas-de-Calais

La région Nord - Pas-de-Calais dispose de 840 places d'hospitalisation à domicile (HAD) réparties sur 15 structures. La capacité d'accueil varie de l'une à l'autre: de 30 places pour la plus petite à 150 places pour la plus importante. L'activité de ces HAD s'élevait à 9 094 séjours, soit 279 919 journées d'hospitalisation pour l'année 2009 (données PMSI: <http://www.atih.sante.fr>). Depuis 2007, un groupe de travail régional inter HAD nommé « hygiène et qualité en HAD » s'est constitué afin d'élaborer des recommandations spécifiques à leurs activités sur un consensus régional.

Objectifs et méthodes

Cette enquête avait pour objectif d'évaluer l'organisation et les moyens dédiés à l'hygiène dans les établissements d'Hospitalisation à Domicile. Elle a aussi permis d'identifier les besoins en matière de gestion du risque infectieux. Il s'agit d'une enquête déclarative, effectuée en 2010 auprès des 15 HAD de la région. Un questionnaire standardisé était adressé au directeur de l'établissement et/ou à l'infirmier hygiéniste et/ou au référent qualité. Cette étude reprenait des questions posées à l'occasion d'une enquête similaire en 2008.

Résultats

L'ensemble des HAD de la région ont participé à cette enquête. Treize questionnaires ont été retournés à l'antenne régionale, dont un pour trois établissements (même équipe dirigeante mais établissements géographiquement distincts).

Organisation de la lutte contre les infections associées aux soins

Un CLIN spécifique à l'HAD est constitué pour dix établissements, les cinq autres HAD sont rattachés au CLIN de l'établissement auquel ils appartiennent. Des moyens humains sont affectés à la prévention du risque infectieux dans tous les établissements. Ce personnel est formé pour 93 % d'entre eux (il n'était que 64 % à être formé en 2008).

87 % des HAD déclarent avoir des correspondants en hygiène paramédicaux et 47 % des correspondants en hygiène médicaux. 73 % des HAD dispensent, en interne, des formations en hygiène de manière annuelle ou pluriannuelle.

Précautions standard

Au domicile du patient, le soignant dispose d'un endroit prévu au lavage des mains, à la préparation et à la réalisation des soins pour 14 HAD sur 15 et pour l'ensemble des HAD d'un endroit dédié au matériel. Concernant l'hygiène des mains, toutes les HAD fournissent à leurs soignants des Produit Hydro-Alcoolique (PHA). 9 HAD sur 15 fournissent également du savon doux liquide et des essuie-mains à usage unique. Des gants à usage unique non poudrés sont également fournis par toutes les HAD. La tenue de travail est obligatoire pour 87 % des HAD (versus 52 % en 2008). 3 HAD ont opté pour la tenue en tissu, qui est retirée à chaque domicile pour 2 d'entre elles. L'HAD réalise l'entretien de la tenue: 2 HAD permettent un changement quotidien, la dernière tous les deux à trois jours.

Lorsque la tenue est à usage unique (n = 10 HAD), la surblouse en intissé et/ou tablier plastique sont utilisés pour une seule visite dans 7 HAD et changés une fois par jour (hors contexte infectieux) pour 3 HAD.

L'HAD prend en charge l'entretien de l'environnement proche du patient dans 67 % des cas (versus 34 % en 2008). À défaut, l'entretien est confié au patient ou à sa famille. Les dispositifs médicaux fournis par un prestataire externe sont entretenus conjointement par le personnel soignant et le prestataire de service (n=10 HAD). Pour les 5 autres HAD, les familles sont chargées de cet entretien.

Le personnel soignant dispose d'une mallette de soins dans toutes les HAD. Celle-ci est désinfectée régulièrement pour 11 HAD, mais le rythme est variable d'une HAD à l'autre (de journalier à bi-annuel).

[Suite >>>](#)

Protocoles / procédures de soins

Des procédures d'hygiène, écrites et validés, existent dans l'ensemble des HAD. Les thèmes et la répartition de ces documents sont définis dans le tableau 1.

Évaluation / audit

Des audits d'observance des pratiques ont été réalisés dans 13 HAD sur 15 concernant l'hygiène des mains (10 HAD), l'élimination des déchets (5 HAD), les chambres à cathéter implantables (4 HAD), les précautions standard (3 HAD) et la tenue du personnel soignant (3 HAD).

Gestion des déchets

Toutes les HAD disposent de conditionnements spécifiques pour les DASRI et de collecteurs à objets piquants-coupants-tranchants. Ceux-ci sont dédiés aux patients. Le tri est effectué au plus près des soins pour l'ensemble des HAD. Celui-ci peut être différent d'une HAD à une autre (tableau 2, page suivante).

Le circuit de ramassage des DASRI est organisé pour l'ensemble des HAD. Il est assuré pour 11 HAD par un prestataire externe, pour 3 autres HAD par les soignants. Enfin, une HAD dédie un agent pour le transport des DASRI du domicile jusqu'au local intermédiaire de l'HAD où un prestataire prend le relais jusqu'à l'incinérateur.

Gestion des BMR / précautions complémentaires

Les soignants connaissent le statut BMR des patients et disposent de tabliers à usage unique pour 14 HAD sur 15. Un suivi du portage et/ou de l'infection à BMR est réalisé dans 14 HAD sur 15. Ce suivi s'effectue

par une information lors des transferts (n=14 HAD), une évaluation des mesures mises en places pour (n=10 HAD) et la réalisation de prélèvement de contrôle (n=8 HAD).

Surveillance et alerte

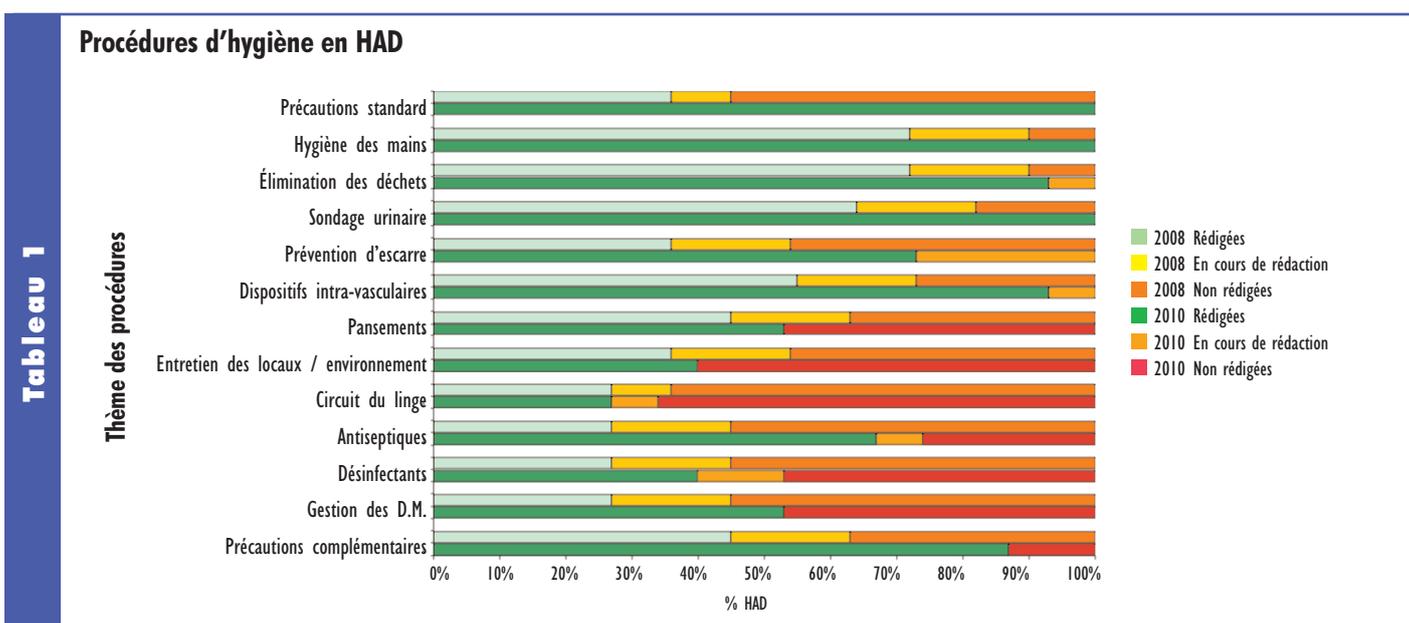
Toutes les HAD disposent d'une procédure écrite concernant les événements indésirables graves. En 2009, pour 10 HAD, aucun signalement n'a été émis en interne. 4 HAD ont effectué de 1 à 47 signalements internes. 2 HAD ont effectué 1 signalement externe (dont un par oral). Enfin, pour 13 HAD sur 15, il apparaît pertinent de participer à une enquête de prévalence des IAS avec une méthode spécifique aux HAD.

Discussion

Les structures d'HAD de la région Nord - Pas-de-Calais sont majoritairement récentes, créées pour la plupart entre 2004 et 2008.

Le taux de réponse de 100 % montre que toutes les HAD se sentent concernées par les problématiques du risque infectieux. En effet, l'ensemble des recommandations existantes sont majoritairement écrites pour l'hospitalisation « traditionnelle » et ne sont pas transposables en totalité à l'HAD. Ces structures expriment un besoin d'information, de partage d'expérience et de recommandations spécifiques à leur fonctionnement (soin au domicile et établissement géographiquement diffus).

L'enquête précédemment menée en 2008 auprès des HAD a permis d'identifier plusieurs axes de travail notamment sur les précautions standard, la tenue de travail, l'entretien de la mallette de soins et la



Suite >>>

gestion des dispositifs médicaux. Ces documents sont disponibles sur le site Nosobase :

<http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/had.html>.

L'évaluation de 2010 a montré une amélioration de l'organisation du risque infectieux. Ce qui est corrélé pour l'année 2009 par le score ICALIN : 9 HAD sont en classe A et 1 en classe B (10 HAD remplissent le bilan standardisé).

Cependant, le questionnaire a montré une hétérogénéité des pratiques sur quelques points.

Conclusion

La mutualisation des connaissances, l'évaluation des pratiques sur des problématiques communes permet d'harmoniser les pratiques d'hygiène en HAD par consensus des professionnels et de développer une expertise en matière d'hygiène en HAD.

Ce questionnaire a permis d'identifier de nouveaux axes de travail notamment sur les précautions complémentaires en HAD, la gestion des déchets, la gestion des chambres à cathéter implantable, les anti-septiques. Ils font l'objet de réunions du groupe de travail avec des points d'avancements trimestriels. ■

Typologie et tri des déchets

	Ordures ménagères	DASRI	DASRI uniquement si patient en précautions complémentaires
Poche d'alimentation entérale	2	8	5
Change complet	2	2	11
Sonde d'aspiration	0	15	0
Blouse à usage unique	6	1	8
Compresse	0	15	0
Poche de perfusion	0	15	0

Tableau 2

Un cas de légionellose dans une maison de retraite

A. Brenet ¹, Z. Kadi² - ARLIN du CCLIN Paris-Nord en Picardie

¹ Infirmière Cadre de Santé Hygiéniste, ² Médecin Coordonnateur

Dans un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), la maîtrise des risques liés à l'utilisation de l'eau ne peut se limiter à la surveillance de la qualité de l'eau. La maîtrise du risque lié aux légionelles passe par la connaissance de la conception et du fonctionnement des installations de production et de distribution de l'eau froide et de l'eau chaude sanitaire, en prenant en compte les particularités de chaque structure d'hébergement liées notamment à l'environnement, l'architecture, la distribution du réseau d'eau intérieur, l'usage de l'eau, sans oublier la qualification et l'expérience des personnels.

Nous rapportons ici le cas d'une contamination d'un résident par le réseau d'eau chaude sanitaire lors des douches, dans une petite structure d'hébergement de l'Aisne.

Historique

En 2010, l'Antenne Régionale du CCLIN Paris-Nord en Picardie (ARLIN) a eu à investiguer un cas de légionellose diagnostiqué le 11 août dans un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) de l'Aisne, hébergeant 48 résidents. Le résident a été traité, sans aggravation de son état général. La déclaration a été effectuée auprès de l'ARS 02 et, à ce jour, aucun autre cas de légionellose n'a été diagnostiqué. La recherche de légionelles dans l'environnement hydrique au moment de la déclaration a permis d'identifier plusieurs points d'eau fortement contaminés. C'est un adjoint des cadres administratifs qui assure la coordination du fonctionnement de l'EHPAD en l'absence du Directeur par intérim. En 2008, le réseau d'eau chaude affichait des écarts de température importants, et présentait déjà une contamination par légionelles, sans qu'on ait pu avoir connaissance de la quantification de cette contamination. La production d'eau chaude sanitaire (ECS) était assurée par deux ballons. Le carnet sanitaire n'était pas en place. L'alerte n'avait pas été donnée par manque de connaissance de ce risque.

Suite au cas clinique diagnostiqué en août, l'ARLIN de Picardie a proposé à la direction de l'établissement de faire le point de la situation sur les mesures prises et à mettre en place.

Mesure

Les douches et bains ont été arrêtés à compter du diagnostic du cas de légionellose. La production d'ECS a été revue: le ballon défectueux a été supprimé, le deuxième a été couplé à un échangeur à plaques. La température insuffisante (36°) de l'eau chaude sanitaire a été montée. Un suivi des températures de l'ECS est réalisé, mais il n'existe pas de procédure écrite. Les points d'eau inutilisés (bras morts) ont été recensés et l'eau des qua-

tre salles de bain est désormais contrôlée. Les prochains prélèvements ont été programmés après la mise en œuvre des purges et détartrages. L'enregistrement des températures mis en place est tracé. Le passage d'un cabinet d'audit agréé est programmé pour aider à l'instauration du carnet sanitaire.

La « circulaire du 22 avril 2002, relative à la prévention du risque lié aux légionelles dans les établissements », l'« Arrêté du 1^{er} février 2010 relatif à la surveillance des légionelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire » et le guide du Groupe Eau Santé « Eau des établissements pour personnes âgées - Maîtrise des risques sanitaires » ont été remis au personnel d'encadrement afin de les aider dans la mise en place du carnet sanitaire et dans la surveillance des légionelles. Le cadre de santé hygiéniste de l'ARLIN de Picardie a apporté son soutien dans la rédaction des procédures.

Conclusion

Les EHPAD sont des lieux d'hébergement où le risque de survenue des légionelloses est important car les personnes hébergées sont âgées, souvent immunodéprimées en raison de leur âge ou des pathologies dont ils sont porteurs, mais aussi à cause du manque d'expertise en matière d'hygiène et de prévention des légionelloses dans ce type d'établissement et, parfois, à cause de l'insuffisance des ressources pour mettre en œuvre une politique de prévention efficace. Force est de constater que pour garantir la sécurité sanitaire non seulement des résidents, mais aussi du personnel et des usagers qui fréquentent l'établissement, il est nécessaire de mettre en œuvre une stratégie globale pour maîtriser dans le temps la qualité de l'eau. ■



Décret sur la gestion des risques et la lutte contre les infections nosocomiales : Ce qu'il faut retenir du nouveau dispositif

Delphine Verjat-Trannoy, Karin Lebascle - CCLIN Paris-Nord

Les infections nosocomiales (IN), déjà élargies aux infections associées aux soins (IAS), font maintenant partie du groupe des événements indésirables associés aux soins (EIAS). Cette nouvelle classification a des conséquences directes et pratiques sur l'organisation de la lutte contre les IN dans les établissements de santé qui reste un des éléments prioritaires de la gestion des risques associés aux soins. Restitution dans ses grandes lignes du contenu de ce décret sur lequel deux professionnels de l'hygiène s'expriment.

Le texte en question est le décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les EIAS dans les établissements de santé. Son champ d'application concerne les établissements de santé.

Rôle du directeur de l'établissement

Il définit l'organisation de la lutte contre les EIAS et les missions correspondantes. Il désigne un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, chargé de la mise en œuvre des missions de la lutte.

Il définit un programme d'action, les mesures à mettre en œuvre pour cette lutte. Il désigne le personnel médical et infirmier constitutif de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOHH).

Le programme d'action est défini sur proposition de la CME ou de la conférence médicale d'établissement, selon le statut de l'établissement (public ou privé), en collaboration avec les membres de l'EOHH.

L'élaboration de l'organisation et les désignations de personnel suscités sont réalisées en concertation avec la CME ou la conférence médicale d'établissements.

Rôle du coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins

Formé spécifiquement à la gestion du risque, il est chargé de veiller à la mise en œuvre des missions définies par le directeur.

Organisation de la lutte contre les EIAS: cinq missions

- Développer une culture de la sécurité en menant des actions de formation et de communication (cibles : personnels, usagers) ;
- Analyser les EIAS en réunissant l'expertise nécessaire (personnes

formées aux méthodes de gestion des risques) ;

- Lutter contre les EIAS en élaborant un programme d'action et des indicateurs de suivi (proposés par la CME ou la conférence médicale d'établissement) ;
- Faire un bilan des actions mises en œuvre (CME) ;
- Assurer la cohérence des actions.

Gestion du risque infectieux

Chaque établissement dispose d'une EOHH constituée de personnel médical/pharmaceutique et de personnel infirmier, formés spécifiquement à la gestion du risque infectieux (professionnalisation).

Le programme d'actions de lutte contre les IN (LIN) s'inscrit dans un programme d'actions plus large de lutte contre les EIAS.

Les actions de LIN font l'objet d'un bilan.

Circuit de l'information

Les plaintes et réclamations des usagers sont transmises pour information au coordonnateur de la gestion des risques et à l'EOHH.

Rôle de l'EOHH

Elle participe à l'élaboration du programme d'actions ;

Elle participe à l'élaboration d'indicateurs de suivi des actions ;

Elle prépare le bilan des activités de LIN.

Au total

- L'EOHH est maintenue et son rôle est renforcé. Elle devient le référent auprès du responsable de l'établissement.
- Les réunions du CLIN sont reprises par la CME mais ce dernier peut être maintenu si l'établissement le souhaite : en particulier comme sous-commission de la CME.

[Suite >>>](#)

• Ce qui est déjà mis en place dans les établissements en matière de LIN (signalement, surveillance, audit) n'est pas remis en cause, sachant que ces actions s'inscrivent dans l'application du PROPIN 2009-2013 et du plan stratégique IN dans les établissements de

santé. Les relations de l'EOHH avec le coordonnateur de la gestion des risques restent à définir. Une circulaire en cours d'élaboration devrait préciser ce point. ■

Avis du Docteur Jean-Christophe Séguier, praticien en hygiène et président du CLIN, CH Intercommunal Poissy/Saint-Germain-en-Laye (78)

Maturité des équipes opérationnelles d'hygiène ou abandon de la médicalisation de la lutte contre les infections associées aux soins ?

L'histoire des CLIN, qui ont 22 ans, peut être caractérisée en cinq étapes.

1988 : le décret de 1988 fédère des volontaires bénévoles en pluridisciplinarité et donne une légitimité à la LIN

1995 : une circulaire professionnalise la LIN par la mise en place d'EOH qui s'appuie sur des référents dans les services et les CCLIN au niveau régional.

2000 : la LIN est généralisée aux établissements privés, les usagers entrent au CLIN, les CLIN comptent au maximum 22 membres.

2004-2005 : mise en place du signalement, des indicateurs de LIN, mais aussi abolition des CLIN passée inaperçue...

2009-2010 : la loi HPST remplace l'ex CLIN au rang d'une sous-commission qui fait partie de la CME. La CME devient le moteur de la qualité et de la gestion des risques.

Depuis le 12 novembre, l'EOH devient le seul « organe » qui doit prendre en charge la LIN et faire valider ses décisions par la CME puis le Directeur. Il s'agit d'une reconnaissance et de la professionnalisation des EOH dont les membres doivent être obligatoirement formés. L'EOH a, de plus, deux composantes : médicale (médecin ou pharmacien) et infirmière.

Dans certains établissements où le président du CLIN ou le praticien en hygiène hospitalière (PHH) était une « forte personnalité », quelques conflits de pouvoir étaient apparus, souvent préjudiciables... il était peut-être préférable (cela a été notre attitude depuis 15 ans) qu'une personne cumule la fonction de président du CLIN et celle de PHH. C'est, en fait, ce que propose ce décret qui laisse par ailleurs une grande liberté d'organisation à la LIN.

Depuis quelques années les professionnels de santé disposent de moins de temps, les CME sont accaparées par les résultats financiers et les stratégies « managériales », les gestionnaires de risque non médicaux fleurissent... l'anxiété des PHH grandit de peur de se voir déposséder de leur cœur de métier. Les PHH, dont l'expertise en gestion de risque remonte à plus de vingt ans, doivent capi-

taliser sur cet acquis en empruntant quelques méthodes aux gestionnaires de risque. De même, les PHH ont été très souvent aidant pour les EPP de leurs confrères... Il n'est pas concevable qu'un qualitatif ou un gestionnaire de risque non médical, non formé à l'épidémiologie et à l'hygiène hospitalière, exerce la fonction dévolue au praticien coordonnateur en hygiène hospitalière.

En fait deux problèmes peuvent être soulevés

• Celui d'un espace de transmission et de partage d'informations au niveau d'une CME. Nous ne pourrions pas faire des CME plus longues qu'actuellement, il n'est pas question de répliquer les réunions actuelles des CLIN au niveau d'une CME. Il y aura donc besoin d'un espace de travail préparatoire à la CME en groupe restreint, mais pluridisciplinaire. Nous avons cette possibilité par ce décret, afin de rendre en CME des propositions de politique ou d'actions claires, courtes, audibles par tous. Cela ne pourra se faire que si nous maîtrisons, entre autre, les outils de communication.

• Le problème des petits établissements qui n'ont pas accès à une EOH (en fait, il y en aurait peu, en 2008 93 % des établissements avaient accès à une EOH). Le CLIN tenait souvent le rôle d'EOH avec un personnel bénévole. En fait, ce bénévolat devait coûter cher puisque ces personnels étaient retirés de la production de soins. La circulaire d'application de ce décret serait accompagnée des ratios cibles des personnels des EOH et donc une possibilité de palier ce problème. Rappelons toutefois qu'il a fallu un an pour le dernier décret sur les CLIN (décembre 1999 : le décret; décembre 2000 : son décret d'application).

Ce décret nous laisse une grande liberté dans le choix de l'organisation de la LIN, ceci devrait réjouir ceux qui clament que notre pays est englué par l'abondance de textes contraignants...

Il y aurait donc, à mon avis, une vue positive de ce décret, nous devons nous organiser pour être efficaces et poursuivre ce travail de qualité entamé par les CLIN bénévoles de 1988, partagé par les EOH dès 1995. Les résultats positifs sont là (diminution du SARM, diminution des ISO, mise en place d'indicateurs, amélioration des pratiques), continuons mais sachons évoluer. ■

Avis du Docteur Jean-Bernard Lemaire, praticien Hospitalier, médecin chef de service de Gériatrie, président du CLIN, CH d'Hénin-Beaumont (62)

La composition et les missions des CLIN étaient clairement définies par le décret du 6 décembre 1999. Ce nouveau décret du 12 novembre 2010 entraîne, dans la confusion, la disparition quasi automatique des CLIN au profit des Comités de Gestion des Risques et Vigilance pour les établissements qui en sont pourvus, les CLIN devenant un groupe de travail comme de nombreux autres (CLAN, CLUD, etc.); l'hygiène et les infections nosocomiales deviennent un risque à gérer comme un autre. Un directeur d'établissement va-t-il encore prendre de son temps pour assister à une réunion du CLIN? Et quid des présidents de CLIN qui se sont souvent investis depuis de nombreuses années et ont péniblement acquis la confiance de leurs confrères et des

équipes de soins? Vont-ils devenir ces coordonnateurs de la gestion des risques associés aux soins et gérer aussi les plaintes et réclamations des usagers? Se pose aussi la question du rapport des équipes opérationnelles d'hygiène avec les Comités de gestion des risques et avec les anciens CLIN? Bref, qui fait quoi? C'est au directeur et au président de la CME de trancher et d'organiser... On perd en légitimité et en crédibilité dans un domaine qui nous paraît essentiel à un moment où les directions font la chasse aux économies.

Si, comme toujours, la bonne volonté des professionnels de santé vient à bout de ces difficultés, on peut s'interroger sur l'utilité de ce décret. ■



Recommandations et réglementation en cours de rédaction ou de réactualisation

- SSFHH / SFMM :** Guide « Risque infectieux fongique et travaux en établissement de santé ». Parution imminente
 - SFHH :** Recommandations pour la prévention des infections associées aux chambres implantées. 1^{er} semestre 2011
 - SFHH :** Recommandations pour la prévention de la transmission croisée par voie respiratoire : gouttelettes ou air. Fin 2011
 - SFHH / SFR :** Constitution d'un groupe de travail mixte sur l'hygiène en radiologie.
 - HAS :** Actualisation de la check list bloc opératoire. Janvier 2011
 - GREPHH :** Outil d'auto-évaluation pour la réalisation de l'audit national 2011 (thème = précautions « standard » ; période d'audit : février-décembre 2011) : fin janvier 2011
 - GREPHH :** Outil d'auto évaluation pour les EHPAD : fin janvier 2011
 - GREPHH :** Outil pour l'évaluation par observation de la qualité du geste d'hygiène des mains «Audit Qualimains » : début 2011
 - GREPHH :** Rapport national de l'audit hygiène des mains 2008-2009 « observance - pertinence » : début 2011
- Circulaire « Prion ».** Actualisation de la circulaire n°138. 1^{er} semestre 2011
- Circulaire sur l'organisation de la lutte contre les infections associées aux soins** (interprétation du décret du 12 novembre 2010).



Hospitalisation à domicile (HAD) : une hospitalisation à part entière ?

Dr Brigitte Miguères - CCLIN Paris-Nord, Yann Ollivier - ARLIN Nord - Pas-de-Calais

Les structures d'Hospitalisation à Domicile sont des établissements de soins « sans murs » soumis à un cadre réglementaire (autorisation d'activité délivrée par l'ARH) se présentant comme une alternative et/ou une suite à l'hospitalisation conventionnelle, que ceux-ci soient de statut public ou privé.

L'admission en HAD de patients est soumise à la prescription d'un médecin hospitalier ou du médecin traitant du patient. La prise en charge des patients, coordonnée par l'HAD sur la base d'un projet de soins, est assurée par des salariés et des intervenants externes (hospitaliers, libéraux et professionnels sollicités en fonction des besoins du patient).

Ces structures d'HAD sont soumises aux mêmes obligations que les hôpitaux traditionnels en matière d'accréditation, de qualité et sécurité des soins et de lutte contre les infections nosocomiales. Elles doivent également obéir aux mêmes règles d'organisation de la continuité et de la permanence des soins (soit 24h/24 et 7j/7) que ces hôpitaux.

En 2006, trois patients sur cinq sont pris en charge en HAD à la sortie d'une hospitalisation classique. Les soins liés à la périnatalité, les soins techniques de cancérologie, et les soins palliatifs représentent 56 % des séjours réalisés en HAD en France métropolitaine [1].

L'actualisation de la définition des infections nosocomiales (IN), en 2007, élargit le concept d'IN aux infections associées aux soins (IAS). L'HAD est citée comme l'un des lieux de surveillance, de prévention et de gestion du risque infectieux associé aux soins (respect des bonnes pratiques, évaluation des pratiques, formation, vaccination des professionnels...) sans toutefois donner de définitions spécifiques pour l'HAD. Les enquêtes de prévalence des infections associées aux soins à domicile, menées par l'HAD de l'AP-HP (2000 et 2007) et l'HAD de « Santé Service Bayonne et région » (6 enquêtes depuis 2002), montrent que le risque infectieux existe mais qu'il semblerait plus faible que dans les établissements d'hospitalisation conventionnelle. Les infections urinaires respiratoires et cutanées apparaissent comme les plus fréquentes, aucune infection sur cathéter veineux périphérique ou central n'ayant été relevée [2,3,4]. Cependant, une étude, menée par l'HAD Soins et Santé de Lyon, montre une incidence des infections de 1,13 ± 0,23 pour 1000 jours de cathétérisme veineux central [5].

Ces études ont permis une prise de conscience du risque infectieux associé aux soins à domicile et créent une dynamique pour la mise en place d'actions de prévention au sein de ces établissements.

En mai 2009, une enquête descriptive des structures d'HAD est menée sous l'égide de la DGS, par un groupe de travail coordonné par le CCLIN Sud-Ouest, afin d'adapter les prochains objectifs du programme national de prévention des IAS et les indicateurs du tableau de bord aux spécificités de l'hospitalisation à domicile (148 établissements ont participé à l'enquête, soit un taux de réponse de 60 %) [6]. ■

Bibliographie

1. Les structures d'hospitalisation à domicile en 2006 - Études et résultats N°697 juillet 2009 - DRESS.
2. Patte R, Drouvot V, Quenon JL et al. Prevalence of hospital-acquired infections in a home care setting. J Hosp Infect. 2005; 59(2):148-51.
3. Ittah-Desmeulles H, Miguères B, Silvera B, Denic L, Brodin M. Prévalence des infections associées aux soins en hospitalisation à domicile (HAD) de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris, France, 2007- Bull Epidemiol Hebd. 2009; 5 :44-48.
4. Enquête de prévalence « Santé Service Bayonne » annexe IV - Dossier DGS concernant l'adaptation des HAD au programme de lutte contre les infections liées aux soins 2009-2012.
5. Seveignes S, Chemorin C, Del Signore C et al. Évaluation des risques infectieux iatrogènes associés à l'hospitalisation à domicile. XVI^e Congrès national de la SFHH - Reims, 2 et 3 juin 2005.
6. Dossier DGS concernant l'adaptation des HAD au programme de lutte contre les infections liées aux soins 2009-2012.



Les recommandations, la réglementation et le nosothème
« Hospitalisation et soins à domicile » sur :
<http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/had.html>



NosoBase : chronique d'une navigation au fil de l'eau



K. Lebascle¹, M. Angibaud², I. Girot², N. Sanlaville³, S. Yvars³

1 : CCLIN Paris-Nord (karin.lebascle@sap.aphp.fr), 2 : CCLIN Ouest, 3 : CCLIN Sud-Est

La mairie de Quelville propose des fonds à l'EHPAD de la commune. L'attribution est liée à l'utilisation de ce budget : il doit être destiné à améliorer la qualité de vie et le confort quotidien des résidents. Une des idées soumises par le conseil municipal concerne l'installation d'un bain à remous ou d'un jacuzzi...

Le directeur de l'établissement demande à la personne en charge de l'hygiène de mener une étude de faisabilité et d'évaluer les contraintes de fonctionnement d'un tel équipement.

→ Monsieur Ilias, le nouveau référent « hygiène » de l'établissement, va rechercher des éléments de réponse sur NosoBase dont il a découvert l'intérêt lors de son récent DU (diplôme universitaire) en hygiène hospitalière.

NosoBase est le site francophone d'information et de documentation de référence, pour la prévention des infections associées aux soins. Cet outil réalisé par les CCLIN, est entièrement dédié aux professionnels d'hygiène hospitalière. Il est accessible à partir de n'importe quel poste connecté à Internet et son utilisation est entièrement gratuite. Monsieur Ilias se connecte à NosoBase et enregistre l'adresse dans ses favoris... <http://nosobase.chu-lyon.fr>

La présentation générale de la page d'accueil a été changée en juin 2010. Le nouveau logo représente à la fois l'idée de la documentation et du média électronique.

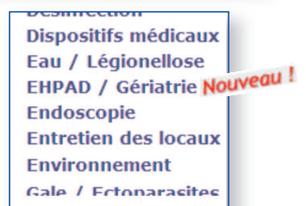


Même s'il a déjà connaissance de guides récents concernant la prévention du risque infectieux en gériatrie, il ne s'est pas encore penché sur les problématiques liées à l'environnement et plus spécifiquement à l'eau.

L'accès aux recommandations est possible par différentes voies : accès par thème, accès par auteur ou accès direct aux conférences de consensus.



Il choisit bien évidemment le classement thématique. Même s'il note avec satisfaction la présence d'une rubrique EHPAD/Gériatrie, Monsieur Ilias décide de s'intéresser aux documents rangés sous la rubrique « Eau / Légionellose ».



Sur chaque page, les textes sont rangés par ordre chronologique du plus récent au plus ancien. Le texte intégral de chaque document est consultable et téléchargeable librement. Les documents récents sont signalés par un **Nouveau!**

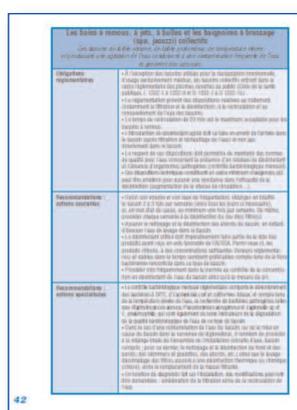
Revenons à la préoccupation de Monsieur Ilias... Les bains à remous, à brassage pourraient-ils avoir leur place dans la résidence? Dans un premier temps, Monsieur Ilias consulte **les Recommandations**.

Suite >>>

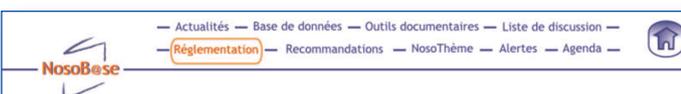
Dans le guide « Eau des établissements pour personnes âgées : maîtrise des risques sanitaires » élaboré par le Groupe Eau Santé en 2008, il repère le chapitre « Gestion des installations à risque ».

Le guide précise que les bassins collectifs entrent dans le cadre réglementaire des piscines ouvertes au public. Monsieur Ilias relève notamment le point suivant :

« La réglementation prévoit des dispositions relatives au traitement (notamment la filtration et la désinfection), à la recirculation et au renouvellement de l'eau des bassins ».



Logiquement, il poursuit sa recherche d'information dans la rubrique **Réglementation**.



Il ne connaît pas les dates des textes évoqués dans le guide et opte donc pour le classement thématique de la réglementation.



Les textes sont rangés par ordre chronologique du plus récent au plus ancien. La circulaire du 22 février 2008 est applicable aux piscines ouvertes au public et indique des produits et procédés de traitement de l'eau. Elle répond en partie à ces interrogations.

Monsieur Ilias repère des désinfectants susceptibles d'être utilisés. Il souhaite vérifier qu'il n'existe pas d'alerte sanitaire récente concernant le produit qu'il a l'intention de choisir pour la résidence. Il se dirige naturellement vers la rubrique « Alertes ».



Monsieur Ilias a compilé des informations validées, référencées par les CCLIN. Les guides, textes officiels et alertes qu'il a obtenus rapidement composent une base de dossier solide.

Enfin, Monsieur Ilias a la possibilité de s'abonner à la liste de discussion pour avoir un retour d'expérience de collègues hygiénistes déjà confrontés à cette situation.

Prochainement, Monsieur Ilias pourra poursuivre sa recherche documentaire. Il mènera une interrogation dans la base de données bibliographiques pour obtenir des articles scientifiques sur le sujet qui le préoccupe.

Mais ceci est une autre histoire... que nous vous présenterons dans le prochain numéro du bulletin. ■

Site d'information et de documentation pour la prévention des infections associées aux soins

- Recommandations et réglementation en texte intégral
- Base de données de références d'articles scientifiques nationaux et internationaux
- Alertes et actualités en direct

➔ 28 000 références

Actualisation 2010 des recommandations sur l'antibioprophylaxie en chirurgie

Katuska Miliani, François L'Hériteau - CCLIN Paris-Nord

En avril 2010, les recommandations pour la pratique de l'antibioprophylaxie (ABP) en chirurgie et médecine interventionnelle (patients adultes) ont été actualisées (1).

Dans les principes généraux, quinze points essentiels sont rappelés aux prescripteurs au début du document, certains correspondent à de nouvelles recommandations ne figurant pas dans l'actualisation 1999 précédente (2). Ceci a été le cas des points 8, 9, 10, 12 et 13 qui préconisent :

- l'application d'une « check-list » afin de vérifier l'administration de l'ABP (point 8) ;
- la désignation d'un médecin responsable de la prescription de l'ABP au sein de l'équipe chirurgicale (point 9) ;
- l'application de posologies renforcées d'ABP chez l'obèse (index de masse corporelle > 35kg/m²) pour qui la dose de bêta-lactamines est encore doublée (dose habituelle de la prophylaxie x 2) (point 10) ;
- la disponibilité des protocoles écrits, consignés par les anesthésistes-réanimateurs, validés par le CCLIN et le COMEDIMS (point 12) ;
- enfin, le point 13 prévoit l'affichage des protocoles d'ABP en salles de consultation pré-anesthésique, en salles d'intervention et de surveillance post-interventionnelle et dans les unités de soins. Ces protocoles devront être mis à jour régulièrement, une base annuelle pourrait alors être proposée.

D'autres points essentiels concernent certaines modifications des pratiques d'ABP. Par exemple le fait que l'indication de l'ABP doit non seulement être posée lors de la consultation pré-interventionnelle mais doit aussi être tracée dans le dossier du malade (point 6), l'horaire de la première dose de l'ABP doit précéder le début de l'intervention d'environ 30 minutes (60 minutes si l'antibiotique utilisé est la vancomycine) et doit être séparé de 5 à 10 minutes de la séquence d'injection des produits d'induction afin, en cas de réaction allergique, de faire la part de ce qui revient à chacune (point 7). Dans l'actualisation 1999, l'ABP devait précéder l'acte opératoire (dans un délai maximum de 1h à 1h30) et devait être réalisé, si possible, lors de l'induction de l'anesthésie.

En ce qui concerne la durée de l'ABP, les nouvelles recommandations 2010 renforcent les pratiques d'ABP de durée brève. L'injection d'une dose unique est recommandée dans la plupart des interventions ; pour les chirurgies habituellement longues ou pour celles qui se sont prolongées au-delà de 4 heures, des réinjections doivent être réalisées mais elles sont, en général, limitées à la période périopératoire (par exemple, dans la chirurgie cardiaque, de l'aorte ou des grandes artères des membres inférieures ou des troncs supra-aortiques, et dans certaines interventions en neurochirurgie dépassant 4 heures, des réinjections selon l'ATB utilisé doivent être réalisées). Les prescriptions en postopératoires sont exceptionnelles : de 24 heures maximum pour les prothèses articulaires en orthopédie et pour la chirurgie cervico ou maxillo-faciale avec ouverture buco-pharyngée, et de 48 heures maximum uniquement pour les amputations de membres ou les fractures ouvertes de stade II et III de Cauchoix (large plaie souillée des parties molles) ou les plaies crânio-cérébrales. Les prescriptions au-delà de 48 heures restent non recommandées. Dans les recommandations de 1999, des doses postopératoires étaient recommandées pour plus d'interventions, et souvent préconisées pour une durée jusqu'à 48 heures. Elles incluaient les interventions recevant des doses en postopératoires nommées précédemment et encore d'autres telles que les plaies de l'abdomen et les plaies du thorax opérées.

D'autres modifications parues dans les recommandations 2010 concernent notamment :

- l'ajout de recommandations d'ABP pour la chirurgie bariatrique et pour la chirurgie du rachis sans mise en place de matériel ;
- les exclusions d'ABP pour les cholecystectomies simples sans facteurs de risque que ce soit par coeliochirurgie ou par laparotomie ainsi que pour les hernies avec ou sans mise en place d'une plaque prothétique et quelle que soit la voie d'abord.

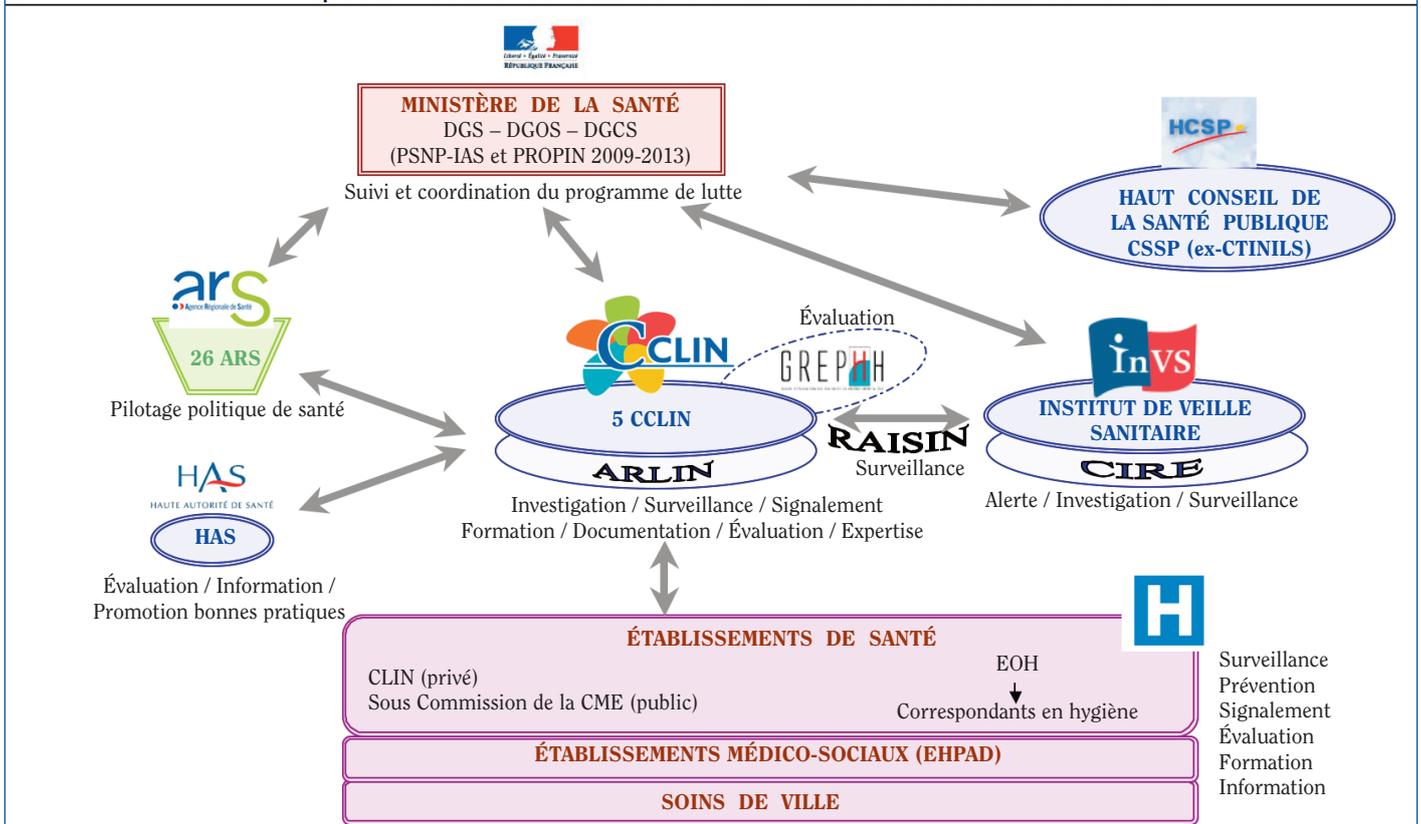
[Suite >>>](#)

- Enfin, les recommandations de la prophylaxie de l'endocardite infectieuse qui ont beaucoup changé. En effet, la prophylaxie ne va concerner que les interventions de la sphère dentaire impliquant des manipulations de la gencive ou de la région péri-apicale des dents ainsi que la perforation de la muqueuse orale. Elle ne sera prescrite que pour les patients ayant des cardiopathies à haut risque d'endocardite: valve prothétique, cardiopathie congénitale cyanogène non opérée, ou avec réparation prothétique, avec une fuite résiduelle ou dans le cas d'antécédent d'endocardite infectieuse. L'utilisation de glycopeptides n'est dorénavant plus recommandée dans le cadre de cette prophylaxie. ■

Bibliographie

1. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR). Antibioprophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle (patients adultes). Actualisation 2010. Disponible sur <http://www.sfar.org/>
2. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR). Recommandations pour la pratique de l'antibioprophylaxie en chirurgie. Actualisation 1999 des recommandations issues de la conférence de consensus de décembre 1992. Med Mal Infect 1999; 29: 435-45.

Dispositif national de lutte contre les infections associées aux soins



ARLIN: Antenne Régionale de Lutte contre les Infections Nosocomiales, **ARS**: Agence Régionale de Santé (ex-DRASS DDASS ARH), **CIRE**: Cellules de l'InVS en région, **CCLIN**: Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales, **CLIN**: Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales, **CSSP**: Commission spécialisée Sécurité des patients: infections nosocomiales et autres événements indésirables liés aux soins et aux pratiques, **DGCS**: Direction Générale de la Cohésion Sociale, **DGS**: Direction Générale de la Santé, **DGOS**: Direction Générale de l'Offre de Soins (ex-DHOS), **EOH**: Équipe Opérationnelle d'Hygiène, **GREPHH**: Groupe Évaluation des Pratiques en Hygiène Hospitalière, **HAS**: Haute Autorité de Santé, **PSNP-IAS**: Plan Stratégique National de Prévention des Infections Associées aux Soins, **PROPIN**: Programme national de prévention des IAS en établissement de santé, **RAISIN**: Réseau d'alerte d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales



Évaluation de l'application des mesures d'hygiène en cabinet médical, dans la région Nord - Pas-de-Calais

Dr François-René Knockaert - DRASS Nord - Pas-de-Calais, Dr Karine Blanckaert - ARLIN Nord - Pas-de-Calais

En 2007, le CTINILS, en introduisant la notion d'infections associées aux soins, a étendu le concept d'infection nosocomiale à tous les actes de soins quel que soit le lieu où ils ont été prodigués. La haute autorité de santé (HAS) a publié la même année des recommandations sur « l'hygiène et la prévention du risque infectieux en cabinet médical et paramédical », donnant une ligne de conduite claire pour les praticiens. L'objectif de cette étude est d'évaluer le niveau de connaissance des recommandations de la HAS par les médecins généralistes libéraux de la région Nord - Pas-de-Calais.

Méthodes

Une enquête téléphonique auprès d'un échantillon de 150 médecins généralistes, tirés de façon aléatoire dans la liste des médecins exerçant en libéral dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais, a été réalisée entre le 1^{er} mai et le 20 juin 2009, par un interne de médecine générale. L'enquête repose sur un questionnaire qui a été élaboré en concertation avec l'antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales en vue d'explorer sept axes :

- le type de population,
- la connaissance de l'existence de recommandations émanant de la HAS, des précautions standard et leur application,
- la couverture vaccinale des médecins,
- la conduite à tenir face à un accident d'exposition au liquide biologique,
- les dispositifs médicaux utilisés et leur entretien,
- la filière des déchets à risque infectieux,
- l'entretien des surfaces au cabinet.

Résultats

Soixante-cinq médecins (43,6 %) ont accepté de répondre au questionnaire. Le motif le plus fréquent de refus était le manque de temps. La population de l'échantillon a une moyenne d'âge de 51,2 ans, comparable à la moyenne d'âge des médecins du Nord - Pas-de-Calais (49,7 ans). La majorité d'entre eux exerçaient seul dans leur cabinet.

Les recommandations de la HAS sont connues par 61,5 % des médecins mais seulement 43,1 % déclarent les avoir lues. Moins de la moitié (43 %) des médecins connaît le concept de « précautions standard ».

Les solutions hydroalcooliques sont utilisées par la majorité des médecins interrogés (81,5 %). Mais seuls 30,7 % déclarent pratiquer un geste avant et après chaque examen clinique d'un patient. Tous possèdent et utilisent des gants à usage unique au cabinet et 53 (82,8 %) en ont à disposition dans la voiture pour leurs visites. 56 (86,1 %) médecins possèdent des masques à leur cabinet mais seulement 20 % en possèdent pour les visites et 14,3 % en ont déjà porté.

À la question sur l'opportunité de porter un masque, 16 y répondent : 18,8 % envisagent le port du masque s'ils sont malades, 31,3 % évoquent la grippe sans préciser s'il s'agit du patient ou d'eux-mêmes. Les autres motifs évoqués sont les bactéries multirésistantes (entérocoque résistant à la vancomycine en particulier), le contexte épidémique, l'examen d'un abcès, le contact avec un insuffisant respiratoire. 53,8 % sont à jour pour l'ensemble des vaccinations obligatoires ou recommandées (Diphtérie Tétanos Poliomyélite, hépatite B, grippe). Or, 35,4 % d'entre eux déclarent avoir été exposés à un AES. 95,3 % utilisent du matériel à usage unique, principalement pour les examens gynécologiques. 79 % utilisent du matériel réutilisable principalement pour la petite chirurgie. 80,4 % des médecins utilisent la chaleur sèche comme procédé de stérilisation. Sur l'effectif, seuls 2 médecins déclarent posséder un autoclave et 2 utiliser la désinfection à froid. Les objets piquants ou tranchants sont récoltés dans des containers adaptés pour 98,5 % des médecins. Seulement 71,4 % ont une filière de traitement bien identifiée. 43,1 % déclarent nettoyer leur cabinet tous les jours. La table d'examen est nettoyée entre chaque patient pour 12,3 % d'entre eux.

Discussion

Une majorité de médecins déclarent connaître l'existence des recommandations de la HAS. Cependant, les résultats de l'enquête montrent que les mesures sont encore peu appliquées. L'hygiène est inscrite dans le code de déontologie médicale et les pratiques doivent être conformes aux connaissances actuelles. Compte tenu de ces résultats, il semble qu'un travail d'information des médecins et des autres professionnels exerçant en cabinet de ville dans notre région, pourrait être proposé. Le principal obstacle à la mise en place des mesures est souvent de trouver le bon interlocuteur. Un travail en partenariat avec l'union régionale des médecins libéraux de la région Nord - Pas-de-Calais est donc nécessaire pour proposer sur toute la région des formations médicales continues sur le thème de l'hygiène en cabinet médical. ■



Journée nationale sur l'hygiène des mains 2010

Bilan de l'évaluation interrégionale

D. Verjat-Trannoy, F. Daniel, K. Lebascle, D. Landriu - CCLIN Paris-Nord

Dans le cadre de la démarche internationale menée par l'OMS, la France s'est engagée à organiser chaque année une campagne de sensibilisation sur le thème de l'hygiène des mains (Mission mains propres). La date fixée pour l'ensemble des pays engagés est, chaque année, le 5 mai.

Les établissements de santé, ainsi que les EHPAD, les centres de formation, les facultés de médecine et les cabinets libéraux constituaient les « cibles » de la campagne 2010. Une enquête a été proposée en juillet 2010 à l'ensemble de ces structures. L'objectif était d'évaluer les conditions de réalisation de cette journée et de recueillir de la part des organisateurs de la campagne 2010, des suggestions pour la journée du 5 mai 2011.

Pour cette campagne et son évaluation, les établissements de santé ont été directement sollicités par le CCLIN. Les ARLIN se sont chargés d'inciter les EHPAD et éventuellement les libéraux (par le biais des URML). L'information des autres structures a été gérée par le ministère lui-même.

Participation à la journée sur l'hygiène des mains (inscription sur le site du ministère) : 613 structures au total dont 463 établissements de santé (65 % des établissements de l'interrégion), 111 établissements médico-sociaux (EHPAD), 22 cabinets libéraux, 15 centres de formations et 2 facultés de médecine se sont engagés à organiser une journée. Même si les établissements de santé sont les principaux participants (76 %), la démarche semble donc engagée dans les autres types de structure. Les libéraux seront sans doute plus facilement sollicités une fois que les Unions régionales de professionnels de santé (URPS) auront été constituées.

Participation à l'enquête : 159 structures ont accepté de répondre au questionnaire proposé, ce qui représente globalement un quart des inscrits à la campagne. En ce qui concerne les établissements de santé, un tiers ont donné leur avis (149/463 inscrits). Seuls les résultats des établissements de santé sont ici détaillés, les autres structures ayant peu participé à l'enquête (7 EHPAD, 2 centres de formation et 1 libéral).

Organisation de la journée

79 % des établissements (117/149) ont organisé leur campagne à la date ou autour du 5 mai (23 établissements sur plusieurs jours, dont 9 sur une semaine). L'organisation de la journée a fait intervenir en moyenne sept personnes par établissement (de 1 à 50 personnes; médiane = 5). Elle a été gérée principalement par les EOHH (91 % des établissements) en collaboration avec les membres des CLIN (61 % des établissements) et les correspondants en hygiène (54 % des établissements). Les services ou responsables communication, qualité, formation et les directions ont été également partie prenante, mais pas systématiquement.

L'animation en zone spécifique est le type d'organisation le plus souvent adopté (68 %) par rapport à l'intervention dans les services (51 %). Toutefois, 30 % des établissements ont réussi à coupler les deux démarches. Que ce soit dans les services ou en zone spécifique, l'affichage ou l'exposition de documents constitue le mode d'organisation majoritaire (91 %). C'est la modalité la plus accessible au vu des moyens humains disponibles.

Des modalités comme les conférences ou des ateliers pratiques (avec participation des professionnels), demandant un investissement plus important aux organisateurs, ont tout de même été réalisées dans 42 % et 74 % des établissements respectivement. Pour 2011, certains établissements suggèrent de créer un document d'engagement individuel sur les prérequis, l'observance ou la qualité de réalisation de l'hygiène des mains.

[Suite >>>](#)

Communication

15 % des établissements ont pu faire une médiatisation locale de l'événement, par le biais de la presse locale essentiellement (61 % des 23 établissements). Pratiquement, 50 % des établissements ont prévenu leurs partenaires de l'organisation de la journée (autres établissements, principalement des centres de formation et EHPAD).

Les établissements sont sévères cette année vis-à-vis de la médiatisation nationale (42 % de non satisfaits) qui leur a semblé faible, notamment en comparaison de l'an dernier (qui a peut-être « bénéficié » de l'épidémie de grippe H1N1). Leur suggestion est d'augmenter celle-ci en utilisant tous les moyens disponibles : spots TV, messages radio et dans la presse de façon à toucher le grand public. Ils souhaitent que l'annonce soit faite bien avant le 5 mai. Les établissements souhaitent être soutenus dans leur démarche (documents envoyés aux mairies pour affichage général, information des médecins et des journaux régionaux).

Le blog mis en place cette année sur le site du Ministère a été consulté par 82 % des établissements. La moitié des consultants de ce blog s'en disent satisfaits ou très satisfaits.

Les outils utilisés

93 % des établissements ayant répondu à l'enquête ont commandé les documents du ministère (139/149) et 91 % d'entre eux sont satisfaits de la nouvelle organisation des commandes. Malgré cela, il reste encore cette année des établissements qui n'ont pas reçu les documents à temps du fait d'un envoi tardif ou d'une adresse mal renseignée (quelques cas).

Au total, 94 % des établissements ont utilisé les outils du ministère (un quart d'entre eux n'ont utilisé que ces outils). Ils étaient constitués cette année de deux anciens documents (1 affiche et 1 plaquette) et de deux nouveaux (affiche « mes résultats » et « plaquette libérale »). Les établissements ont utilisé en majorité les anciens documents (> 90 % d'entre eux). L'affiche « Mes résultats » n'a été choisie que par 68 % des établissements et principalement dans le but d'afficher l'évolution de l'ICSHA (son usage en tant qu'annonce de la journée a été plus limité). La plaquette « libérale » a été peu utilisée par les établissements, puisque destinée aux libéraux. Les quatre outils ont un bon score médian, autour de 4/5 chacun, si l'on se réfère à l'avis des utilisateurs. Les établissements suggèrent de modifier les documents de façon à renouveler l'intérêt des professionnels et d'éviter un effet de lassitude. Au minimum un changement de couleur et de format est souhaité. Le quiz et les vidéos sont à revoir. Les établissements sont en attente de jeux, de gadgets comme supports d'information, d'outils interactifs.

Trois-quarts des établissements ont utilisé d'autres outils que ceux du ministère. Les principaux outils élaborés par leurs soins sont des affiches, des badges et des quiz. Les supports audiovisuels, difficiles à élaborer, ont en général été récupérés ailleurs.

Évaluation de la journée

Le nombre de professionnels de santé ayant participé à cette campagne sur l'ensemble des établissements répondeurs est estimé à 16 000 personnes dans l'interrégion. Dans les établissements qui ont pu détailler les chiffres par catégorie professionnelle (N = 70 établissements, soit la moitié des participants, N = 8 200 personnes), le personnel paramédical représente 49 %, le personnel médical 9 %, les étudiants 17 % et les autres personnels (administratifs, techniques...) le chiffre non négligeable de 26 %.

Les usagers et visiteurs étaient ciblés dans 93 établissements (62 %) et ont représenté environ 5 700 personnes sensibilisées.

48 % des établissements envisagent d'évaluer l'impact de cette journée dont 35 % dès 2010 et 13 % en 2011. À cet effet, les établissements sont demandeurs d'un outil clé en mains qui puissent les aider à faire cette évaluation (appropriation des concepts ou satisfaction).

Thèmes additionnels

Lors de l'enquête, il a été demandé aux établissements de réfléchir à un thème supplémentaire qui pourrait s'adjoindre au thème incontournable de l'hygiène des mains au sein de la même campagne. Les thèmes suivants ont été les plus cités dans notre interrégion (réponses libres) : les gants, les précautions standards et complémentaires, la tenue professionnelle, les AES, l'hygiène des locaux, les souches hospitalières, l'hygiène des locaux.

Conclusion

Cette enquête, qui ne représente l'avis que de 32 % des établissements inscrits, montre toutefois un engagement fort des équipes de l'interrégion, des modes d'organisation privilégiant l'appropriation des concepts par les professionnels (mises en situation), malgré des moyens humains et matériel limités. Les documents du ministère sont très utilisés et appréciés, ce qui n'empêche pas les établissements de les compléter avec des outils souvent élaborés par eux-mêmes. Les établissements sont en demande d'une médiatisation nationale plus forte en lien avec l'engagement de la France dans cette démarche qui ne devrait pas seulement reposer sur eux. Des outils plus attractifs et nouveaux pour l'annonce de la journée, la sensibilisation des professionnels et l'évaluation de l'impact sont attendus pour 2011. ■

Pour en savoir plus : consultez le rapport d'évaluation interrégional disponible prochainement sur le site du CCLIN Paris-Nord

Les signalements de cas de rougeole reçus au CCLIN Paris-Nord de janvier 2009 à mai 2010

Yasmine Hassani, Anne Carbonne – CCLIN Paris-Nord

Une recrudescence des cas de rougeole est observée depuis octobre 2008 en France (1). Les 16 signalements reçus par le CCLIN entre janvier 2009 et mai 2010 ont été l'occasion de faire le bilan des mesures mises en place par les établissements et de les évaluer.

Matériel et méthodes

Les signalements de cas de rougeole ont été étudiés et analysés à partir des éléments suivants :

- données épidémiologiques descriptives ;
- Mesures prises ;
- Évaluation des pratiques ;
- Références: recommandations (circulaire DGS, INVS, INPES, CCLIN Paris Nord).

Résultats

Entre janvier 2009 et mai 2010, le CCLIN Paris-Nord a reçu 16 signalements de cas de rougeole survenus dans des établissements de santé. Au total, ces signalements correspondaient à 20 cas de rougeoles nosocomiales et 25 cas communautaires. Les signalements concernaient majoritairement des établissements d'Ile-de-France (9 signalements; 26 cas) suivi de la Haute-Normandie (3 signalements, 13 cas) et du Nord-Pas-de-Calais (4 signalements, 6 cas).

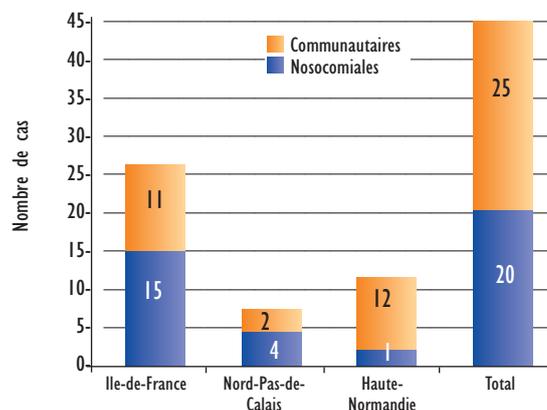
La distribution des cas de rougeole nosocomiale était de 5 cas (25 %) chez les patients et 15 cas (75 %) chez les soignants dont au moins 5 médecins (25 %). Parmi ces signalements, un cas d'infection grave entraînant le décès d'un patient immunodéprimé a été observé. Le patient concerné recevait un traitement immunosuppresseur et souffrait d'une dénutrition profonde.

Dans les établissements où le CCLIN est intervenu, les mesures prises étaient principalement des précautions complémentaires de type « air » :

- mise en isolement des sujets atteints (jusqu'à cinq jours après le début de la phase éruptive) ;
- recensement et information des cas contacts ;
- contrôle de la vaccination des cas contacts et mise à jour, si nécessaire, selon les recommandations du calendrier vaccinal 2-3 (jusqu'à 72 heures suivant un comptage) ;
- port de masque chirurgical pour les cas ;

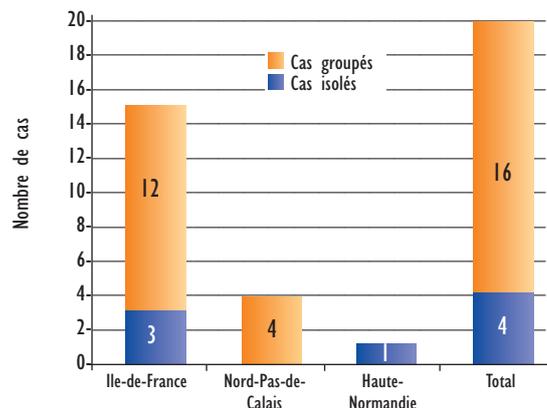
Rougeoles nosocomiales et communautaires déclarées

Figure 1



Répartition des cas de rougeoles nosocomiales

Figure 2



[Suite >>>](#)

- port de masque chirurgical pour les soignants contacts et ce, jusqu'à mise en évidence d'un résultat de sérologie négatif ou jusqu'à 18 jours après le comptage;
- port de masque de type FFP1 ou FFP2 autour des cas;
- administration d'immunoglobulines polyvalentes pour les sujets à risque de rougeole grave dans les six jours qui suivent un comptage (discuté au cas par cas).

Conclusion

Les cas de rougeole nosocomiale signalés au CCLIN Paris-Nord sont principalement des cas groupés.

La forte contagiosité du virus et le risque de survenue de formes graves ont impliqué la mise en œuvre rapide de mesures préventives. L'amélioration de la couverture vaccinale du personnel soignant, notamment dans les services à risque, permettrait de diminuer la diffusion de la maladie dans les établissements de santé. ■

Bibliographie

1. INVS : Données de déclaration obligatoire de la rougeole - Bilan de situation jusqu'au 31/08/2010 [<http://www.invs.sante.fr>]
2. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2010 selon l'avis du Haut conseil de la santé publique B.E.H n°14-15 du 22 avril 2010 [<http://www.invs.sante.fr>]
3. Circulaire n°DGS/RI1/2009/334 du 4 novembre 2009 relative à la transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire en cas de rougeole et la mise en œuvre de mesures préventives autour d'un cas ou de cas groupés [<http://www.sante-sports.gouv.fr>]

Extrait du calendrier vaccinal et de la circulaire n°DGS/RI1/2009/334 du 4 novembre 2009 appliqué aux professionnels de santé

Vaccination contre la rougeole – rappel du calendrier vaccinal en 2009

Recommandations pour les groupes à risque

Professionnels de santé non vaccinés, sans antécédents de rougeole ou dont l'histoire est douteuse et dont la sérologie est négative parmi les suivants : professions de santé en formation, à l'embauche ou en poste, en priorité dans les services accueillant des sujets à risque de rougeole grave.

- nés avant 1980 : Une dose de vaccin trivalent.
- nés en 1980 ou après, mise à jour du calendrier vaccinal :
 - . nés entre 1980 et 1991 : Au moins une dose du vaccin trivalent
 - . nés depuis 1992 : Deux doses de vaccin trivalent

Mesures préventives vaccinales pour les personnes exposées à un cas de rougeole

Vaccination des sujets contacts potentiellement réceptifs¹ à la rougeole

Professionnels de santé : une dose de vaccin trivalent.

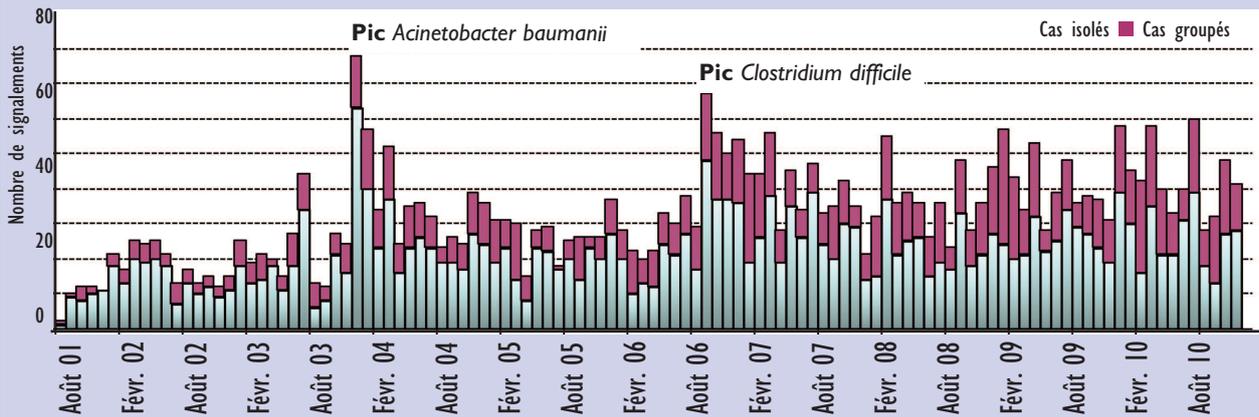
L'administration d'une dose de vaccin, réalisée dans les 72 heures qui suivent le contact avec un cas peut éviter de plus la survenue de la maladie. Elle reste préconisée même si ce délai est dépassé.

1. Sujet sans antécédent certain de rougeole ou n'ayant pas reçu deux doses de vaccin.

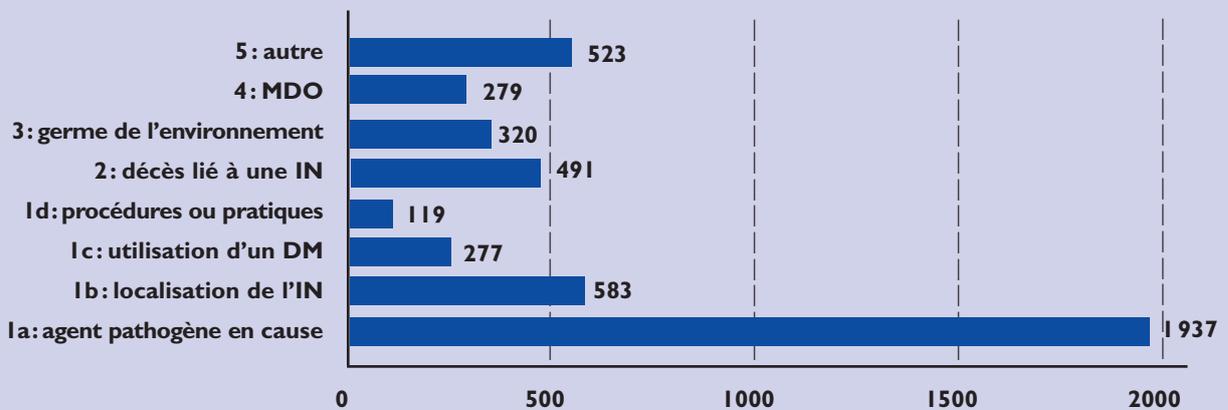
Bilan CCLIN Paris-Nord au 7 décembre 2010

3707 fiches de signalement ont été reçues (13 720 cas) : 2108 en Ile de France, 1006 en Nord - Pas-de-Calais, 306 en Picardie, 280 en Haute-Normandie. 445 établissements différents (sur les 717 de l'interrégion) ont signalé depuis 2001 : 1 fois pour 144 établissements, 2 à 10 fois pour 209 et plus de 10 fois pour 92.

Répartition mensuelle des signalements depuis août 2001



Répartition des signalements par motif depuis août 2001



Nombre de signalements pour les principaux germes quand le motif de signalement est Ia

- 421 *Clostridium difficile*
 - 336 *Acinetobacter baumannii*
 - 305 entérocoques
 - 140 *Staphylococcus aureus*
 - 109 *Pseudomonas aeruginosa*
 - 72 *Streptococcus pyogenes*
 - 71 *Klebsiella pneumoniae*
 - 69 *Enterobacter*
 - 36 parasites (*Sarcoptes*, *Cryptosporidium*, etc.)
 - 36 *Escherichia coli*
 - 35 *Aspergillus*
 - 30 *Legionella pneumophila*
 - 13 VHC
 - 12 Grippe
- Tableau 3

Nombre de signalements pour les principaux sites quand le motif de signalement est Ib

Sites	Nb signalements	%
Ophthalmo	219	38
ISO	131	23
Os et articulations	59	10
Syst. nerveux central	39	7
Bactériémie/septicémie	25	4
Cathéter	24	4

Tableau 4

Vous retrouvez des données plus complètes à l'adresse : www.cclinparisnord.org/signaINONcode/stats.pdf



Résultats de l'enquête de satisfaction réalisée auprès des lecteurs du bulletin du CCLIN Paris-Nord

Karin Lebascle - CCLIN Paris-Nord

En septembre 2010, le CCLIN Paris-Nord a effectué une enquête de satisfaction auprès des lecteurs de son bulletin d'information bisannuel. Les objectifs étaient d'en améliorer la qualité et de mieux répondre aux attentes des lecteurs.

Méthode

Un questionnaire a été élaboré, portant sur les caractéristiques du bulletin, sa présentation, son contenu, son utilisation et sa présentation.

Le 14 septembre 2010, les 1 602 destinataires de la liste de diffusion électronique du bulletin ainsi que les professionnels en hygiène inscrits sur les quatre listes de discussion du CCLIN (présidents de CLIN, praticiens, infirmières, techniciens biohygiénistes) ont été invités à répondre avant le 1^{er} novembre à un questionnaire mis en ligne.

Résultats

Deux-cent-quatre-vingt-trois personnes ont répondu à l'enquête.

Profil des répondants : les professions des répondants sont présentées sur la figure 1. Sur les 283 répondants, 19,8 % sont présidents de CLIN. La grande majorité exerce une fonction en hygiène (73,5 %), un tiers une fonction en gestion des risques (37,8 %) ou en qualité (32,9 %). Un même répondant peut avoir une fonction dans plusieurs domaines.

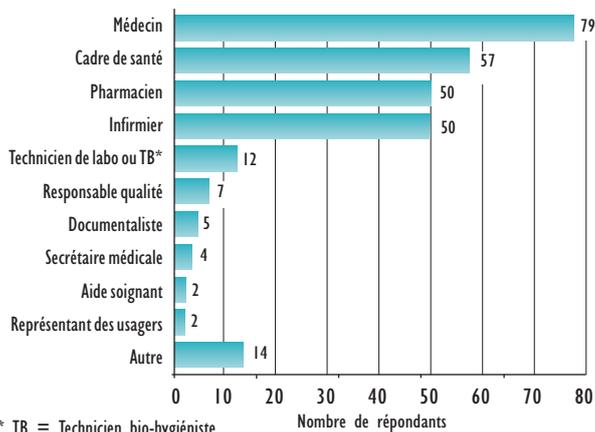
Modes de lecture et diffusion : presque deux tiers (61,8 %) des répondants lisent chaque numéro (édition semestrielle). La lecture à l'écran est aussi appréciée (50,2 %) que la lecture après impression sur papier (49,8 %). Si le bulletin est imprimé, il l'est en majorité en noir et blanc (63,5 %). Les réponses à la question « Le diffusez-vous autour de vous ? » sont présentées dans la figure 2. Près de la moitié (47,4 %) assure le diffuser « toujours » ou « souvent ».

Concernant l'aide apportée par le bulletin, 98,9 % (280) des répondants utilisent les informations contenues dans le bulletin pour leur activité professionnelle.

Présentation et périodicité : de façon unanime, les lecteurs qui ont répondu au questionnaire trouvent la présentation du bulletin agréable (96,8 %) et suffisamment illustré (97,5 %). Une majorité (58,7 %) estime qu'une diffusion semestrielle est adaptée.

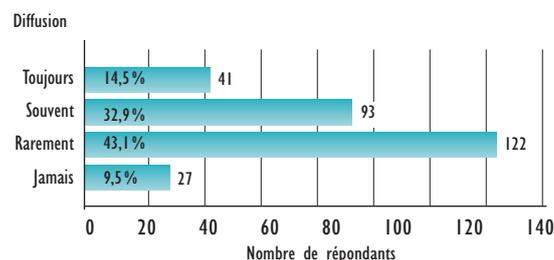
Profession des répondants (n=282)

Figure 1



Diffusion du bulletin à des collègues (n=283)

Figure 2



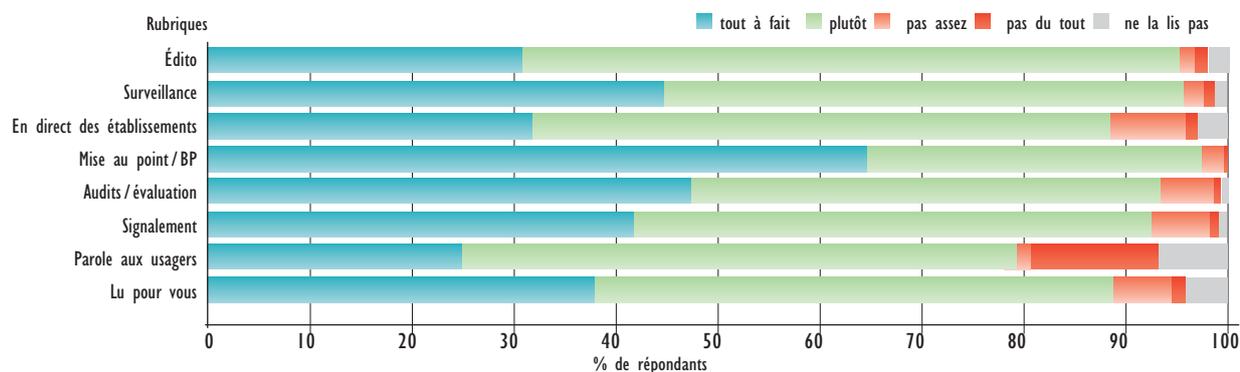
Appréciation et évolution du contenu

À la question « Ces rubriques répondent-elles à votre attente ? » (figure 3), 79 à 97 % des lecteurs ont répondu « tout à fait » ou « plutôt » selon les rubriques. Les mises au point/bonnes pratiques est la rubrique la plus appréciée alors que « La parole aux usagers » satisfait

Suite >>>

Figure 3

Ces rubriques répondent-elles à vos attentes ?



le moins de répondants (ne répond pas du tout à l'attente ou n'est pas lue pour 19,5 %).

Les lecteurs avaient ensuite la possibilité de citer leurs trois rubriques préférées. Les mises au point / bonnes pratiques, les audits et les réseaux de surveillance des infections nosocomiales arrivent en tête avec respectivement 253, 163 et 126 citations. Viennent ensuite les rubriques « en direct des établissements » (95), les signalements (69), le « Lu pour vous » (64), « La parole aux usagers » (42) et l'édito (37). Des rubriques ont été supprimées lors des derniers numéros. Sur les 269 répondants, 24,5 % (67) souhaitent voir réintégrer la rubrique « Offres et demandes d'emploi ». Sur les 275 répondants, 55,3 % (152) regrettent la disparition de la rubrique « Congrès ».

De nouvelles rubriques nous ont été proposées. Le retour d'expériences, le développement durable, la gestion des risques et événement indésirable et le secteur médico-social ont été les souhaits de rubriques les plus cités. Ont été également mentionnés : une rubrique de libre expression des EOH, un point régulier sur les recommandations en cours de rédaction ou d'actualisation, la réglementation récente, une rubrique de communication du ministère vers les EOH.

Les répondants nous ont également suggéré des thèmes à aborder

dans les prochains numéros. Voici ceux qui reviennent plusieurs fois : l'hygiène en psychiatrie, l'enseignement en hygiène, l'antibiorésistance, les changements apportés aux indicateurs du tableau de bord, la surveillance de l'environnement, la lutte contre les IN au point de vue national/régional/local, les bactéries émergentes, la vaccination du personnel.

Conclusion

Cette première enquête de satisfaction a permis d'évaluer les perceptions des lecteurs sur notre bulletin. Une grande majorité des répondants semblent satisfaits aussi bien de sa présentation que de son contenu. Certaines rubriques ou thèmes suggérés par les répondants ont déjà été intégrés dans ce numéro. ■

**Afin de continuer à améliorer cet outil de communication
N'hésitez pas à faire part de vos remarques par e-mail
→ karin.lebascle@sap.aphp.fr**



France

États généraux de l'infectiologie - 14/01/2011, Paris
<http://www.eginfectio.com/>

39^e Congrès international de la Société de réanimation de langue française (SRLF)
19-20-21/01/2011, Paris
<http://www.srlf.org/04-congres/indexCongres.asp>

3^e édition des États généraux des infections nosocomiales et de la sécurité des patients
27-28/01/2011, Paris
<http://www.eg-noso.com/>

12^e Forum ASPEC (Association pour la prévention et l'étude de la contamination)
15-16-17/03/2011, Paris
<http://www.contaminexpo.fr/>

33^{es} Journées nationales d'études sur la stérilisation dans les établissements de santé
6-7/04/2011, Nantes
www.cefh-ceps.com/actualite/jns.htm

Journées de l'InVS (Institut de veille sanitaire)
28-29/04/2011, Paris
<http://www.invs.sante.fr/display/doc=agenda/edito.htm>

22^e Congrès de la Société française d'hygiène hospitalière (SFHH) - 8-9-10/06/2011, Lyon

12^{es} Journées nationales d'infectiologie
8-9-10/06/2011, Toulouse
www.infectiologie.com/site/_jni_11_accueil.php



International

Society for healthcare epidemiology of America (SHEA) - Annual scientific meeting
1-4/04/2011, Dallas (États-Unis)
<http://www.shea2011.com/>



International

International Forum on quality and safety in health care
5-8/04/2011, Amsterdam (Hollande)
<http://internationalforum.bmj.com/>

21st European society of clinical microbiology and infectious diseases (ECCMID)
7-10/05/2011, Milan (Italie)
<http://www.eccmid-icc2011.org>

APIC 2011 - Association for professionals in infection control and epidemiology
27-29/06/2011, Baltimore (États-Unis)
<http://www.apic.org/>

International conference on prevention and infection control (ICPIC)
29/06 au 02/07/2011, Genève (Suisse)
<http://www.icpic2011.com/>

AGENDA 2011

CCLIN Paris-Nord et ses ARLIN

- 27 avril : les 10 ans du RAISIN (Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales)
- Mai : journée annuelle de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins

ILE-DE-FRANCE

- 28 janvier : journée de prévention du risque infectieux en EHPAD
- Dates non confirmées pour les réunions des praticiens et des infirmières hygiénistes

HAUTE-NORMANDIE

- 15 mars : journée plénière du GRIHNN (Groupe Régional des Infirmiers Hygiénistes de Haute-Normandie)
- 14 avril : journée des CLIN et EOH
- Dernier trimestre : journée de prévention du risque infectieux en EHPAD
- Dernier trimestre : rencontre avec les usagers

NORD - PAS-DE-CALAIS

- 24 mars : rencontre avec les usagers
- 29 mars : journée régionale de prévention du risque infectieux en collaboration avec l'ALIAS
- 10 mai : journée de prévention du risque infectieux en EHPAD

PICARDIE

- 3 février : 9^e séminaire des réseaux d'hygiène de Picardie
- 24 mars : 16^e rencontre d'hygiène hospitalière, de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins (Nosopicard)



CCLIN Paris-Nord
Site Broussais - 96 rue Didot
75014 Paris
Tél.: 01 40 27 42 13
Fax: 01 40 46 42 17

<http://www.cclinparisnord.org>

Responsable de la rédaction : P. Astagneau
Comité de rédaction : M. Aggoune, P. Astagneau, K. Blanckaert, A. Brenet, A. Carbonne, M.T. Chalumeau, N. Dubreuil, J.M. Germain, Z. Kadi, D. Landriu, F.L'Héritier, I. Novakova, D. Thillard, D. Verjat
Secrétariat de rédaction : K. Lebasclé
Réalisation : A. ÉDITORIAL, Paris, Tél.: 01 42 40 23 00