



## Sommaire

### RÉSEAUX DE SURVEILLANCE

- 2 Consommation d'antibiotiques : résultats 2010
- 4 IN en réanimation : résultats 2011
- 6 Réseau INCISO : résultats 2011

### EN DIRECT DES ÉTABLISSEMENTS

- 9 Infections associées aux soins, l'expérience du CH de Dieppe
- 10 Prise en charge des IN en Espagne
- 11 Rôles et missions des OMÉDITS

### EHPAD

- 13 Épidémies d'Infections Respiratoires Aiguës (IRA) dans les EMS de Picardie
- 14 3<sup>e</sup> journée de prévention du risque infectieux en Ile-de-France

### MISE AU POINT/BONNES PRATIQUES

- 16 Prévention des infections associées aux chambres à cathéters implantables (CCI) pour accès veineux
- 17 Maladie de Creutzfeldt-Jakob : précisions autour de l'instruction du 1<sup>er</sup> décembre 2011

### AUDIT / ÉVALUATION DES PRATIQUES

- 20 Évaluation 2011 des précautions « standard » avec l'outil du GREPHH
- 22 Hygiène buccodentaire en EHPAD, enquête régionale de prévalence en Haute-Normandie

### SIGNALEMENT

- 24 Méningo-encéphalite nosocomiale à *Listeria monocytogenes*
- 26 Le circuit de veille et d'alerte au niveau de l'ARS Ile de France
- 29 Tableau de bord

LU POUR VOUS P. 30

CONGRÈS ET AGENDA P. 31

## 20 ans déjà !

En 1992 étaient créés par Arrêté ministériel cinq centres de coordination inter-régionaux de lutte contre les infections nosocomiales (C-CLIN) et un comité technique national (CTIN), instances d'expertise émanant du monde hospitalier, chargées de définir les priorités de la politique de lutte et de créer une dynamique d'actions et de formation avec les réseaux de professionnels. Ce dispositif venait renforcer les comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) instaurés par décret en 1988 dans tous les établissements publics de santé. En 1995, un objectif de réduction des IN de 30 % sur 5 ans était inscrit par Circulaire et les équipes opérationnelles d'hygiène (EOH) étaient mises en place selon un ratio théorique de 1 praticien pour 800 lits et 1 infirmier pour 400 lits. Enfin, un nouveau décret abrogeant celui de 1988 imposait l'existence de CLIN dans tous les établissements de santé publics et privés, et renforçait le rôle des EOH. Sur ces bases, le dispositif continue d'évoluer pour mieux répondre au défi de l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients, tant au niveau des établissements de santé que des soins ambulatoires et du secteur médico-social.

Grâce à ce dispositif, la France dispose d'un des systèmes les plus performants d'Europe en matière de prévention du risque infectieux. Nous avons désormais des outils qui permettent d'évaluer de façon globalement satisfaisante les tendances des principales infections associées aux soins avec les indicateurs produits par les réseaux de surveillance du RAISIN ou les enquêtes nationales de prévalence, la détection des phénomènes émergents par le signalement facilité depuis peu par une déclaration en ligne sur le web (E-SIN), la mesure des écarts aux bonnes pratiques en hygiène par les audits du GREPHH, et l'analyse annuelle établissement par établissement des indicateurs du tableau de bord dont les résultats sont à la disposition de tout citoyen sur le site web du Ministère de la santé (Platines). Si tous les objectifs quantifiés du PROPIN ne sont pas atteints, des résultats encourageants sont cependant notés sur les 5 dernières années, en particulier pour les SARM, certaines ISO, les infections sur cathéter en réanimation ou les AES.

Faut-il s'en satisfaire ? Au vu des récents échanges sur les listes de discussion Web du C-CLIN, il semble qu'un certain nombre de nos collègues, présidents de CLIN, engagés pour beaucoup depuis de nombreuses années dans cette mission bénévole, s'interrogent aujourd'hui sur le bien fondé de la démarche, et expriment lassitude, voire incompréhension vis-à-vis des exigences croissantes que réclament les outils mis en place. Pour les établissements de petite taille, les ressources nécessaires pour mettre en œuvre les programmes d'action et répondre aux demandes des tutelles pour fournir ➤ Suite page 5

**Pr Pascal Astagneau**  
Directeur du CCLIN Paris-Nord



## Surveillance des consommations d'antibiotiques et des résistances bactériennes : résultats 2010

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

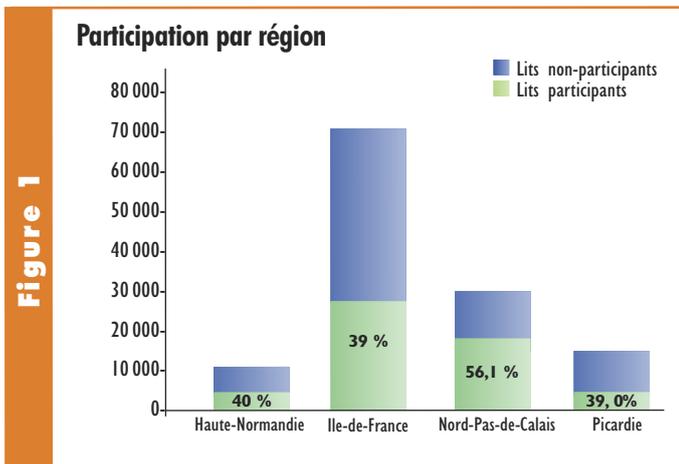
**Les consommations élevées d'antibiotiques sont l'un des principaux déterminants de la résistance bactérienne. La surveillance des consommations d'antibiotiques (CAB) fait partie des priorités de la lutte contre ces résistances. Un réseau de surveillance des CAB dans les établissements de santé (ES) est proposé par les cinq CCLIN depuis 2007. Les résultats des consommations 2010 de l'inter-région Paris-Nord sont présentés ici.**

### Matériel et méthodes

Les établissements de santé volontaires de l'inter-région ont fourni leurs données de consommations 2010 selon les critères habituels: tous les antibiotiques systémiques, en hospitalisation complète uniquement, dans l'ensemble de l'ES, et de façon optionnelle par type de service. Les CAB étaient exprimées en nombre de doses définies journalières pour 1 000 journées d'hospitalisation (DDJ/1 000 JH).

### Résultats

239 établissements de santé ont fourni leurs données de consommation en 2010: 79 établissements privés de court séjour (MCO), 66 centres hospitaliers généraux, 17 CHU, 47 établissements privés de SSR, 19 établissements psychiatriques, 7 hôpitaux locaux, 2 hôpitaux d'instruction des armées et 2 établissements privés de SLD. La participation était variable selon les régions (figure 1). Les antibiotiques les plus consommés étaient les  $\beta$ -Lactamines (notamment l'amoxicilline-acide clavulanique) et les fluoroquinolones (tableau 1).



### Consommation des principales familles d'antibiotiques ou des principales molécules dans l'ensemble de l'établissement

Tableau 1

Consommation totale	363,0	[176,5 – 533,6]
<b><math>\beta</math>-Lactamines</b>	<b>246,5</b>	<b>[107,3 – 366,6]</b>
<b>Pénicillines</b>	<b>194,8</b>	<b>[89,8 – 286,3]</b>
Amoxicilline - ac. clavulanique	105,2	[45,4 – 172,7]
Pénicillines A (sans inhibiteur)	48,2	[25,9 – 96,0]
<b>C3G</b>	<b>17,7</b>	<b>[7,0 – 38,8]</b>
<b>Carbapénèmes</b>	<b>1,10</b>	<b>[0,0 – 4,2]</b>
<b>Fluoroquinolones</b>	<b>43,9</b>	<b>[24,4 – 70,2]</b>
<b>MLS*</b>	<b>15,2</b>	<b>[8,8 – 24,3]</b>
<b>Imidazolés</b>	<b>10,3</b>	<b>[2,1 – 19,8]</b>
<b>Aminosides</b>	<b>7,0</b>	<b>[1,0 – 17,3]</b>
<b>Sulfamides</b>	<b>5,4</b>	<b>[2,4 – 9,8]</b>
<b>Glycopeptides</b>	<b>2,5</b>	<b>[0,3 – 6,3]</b>

Les consommations de l'ensemble des établissements (médiane [p25-p75]) étaient plus élevées pour les établissements ayant des activités particulières, expliquant des consommations élevées d'antibiotiques. Par exemple :

- prise en charge des infections ostéo-articulaires (18 ES) : 579,4 DDJ/1000 JH [512,8 - 687,7]
- prise en charge des mucoviscidoses (9 ES) : 659,8 DDJ/1000 JH [544,9 - 716,5],
- prise en charge des lymphomes (20 ES) : 579,2 DDJ/1000 JH [536,4 - 721,4]
- activité de transplantation d'organes solides (9 ES) : 665,7 DDJ/1000 JH [544,9 - 812,9]
- greffe de moelle osseuse (8 ES) : 691,1 DDJ/1000 JH [545,3 – 824,3].

Le niveau de consommation et le type d'antibiotique consommé étaient variables selon le type de service: maximum en réanimation, minimum en SLD.

[Suite >>>](#)

## Consommation des principales familles d'antibiotiques ou des principales molécules par type de service

Tableau 2

	Médecine (n=79)		Chirurgie (n=78)		Réanimation (n=47)		SSR (n=114)	
	Médiane	Intervalle inter-quartile	Médiane	Intervalle inter-quartile	Médiane	Intervalle inter-quartile	Médiane	Intervalle inter-quartile
<b>Consommation totale</b>	<b>626,9</b>	<b>[489,8 - 728,1]</b>	<b>674,6</b>	<b>[499,9 - 805,8]</b>	<b>1718,3</b>	<b>[1390,2 - 1911,6]</b>	<b>209,8</b>	<b>[150,9 - 291,9]</b>
<b>β-Lactamines</b>	<b>427,9</b>	<b>[274,4 - 502,9]</b>	<b>466,5</b>	<b>[353,1 - 547,3]</b>	<b>924,4</b>	<b>[791,7 - 1045,6]</b>	<b>119,2</b>	<b>[83,4 - 173,8]</b>
Amoxicilline - ac. clavulanique	217,5	[163,9 - 304,3]	220,7	[153 - 307,5]	221,2	[152,0 - 268,8]	62,3	[39,1 - 86,4]
Penicillines A (sans inhibiteur)	68,1	[40,5 - 130,5]	58,1	[36,2 - 90,1]	189,0	[112,9 - 271,2]	31,2	[17,7 - 54,5]
C3G	52,6	[37,6 - 70,7]	30,1	[14,2 - 47,4]	207,6	[178,8 - 275,4]	10,4	[6,9 - 19,8]
Carbapénèmes	3,5	[1,5 - 6,7]	2,5	[0,5 - 7,2]	68,9	[39,2 - 135,5]	0,6	[0,0 - 2,0]
<b>Fluoroquinolones</b>	<b>93,5</b>	<b>[63,5 - 124,1]</b>	<b>74,5</b>	<b>[53,5 - 93,8]</b>	<b>196,0</b>	<b>[135 - 267,6]</b>	<b>38,0</b>	<b>[24,5 - 53,2]</b>
<b>MLS*</b>	<b>32,0</b>	<b>[18,8 - 49,1]</b>	<b>18,7</b>	<b>[8,1 - 26,4]</b>	<b>82,0</b>	<b>[47,0 - 155,0]</b>	<b>15,5</b>	<b>[8,5 - 23,2]</b>
<b>Imidazoles</b>	<b>17,9</b>	<b>[12,5 - 26,1]</b>	<b>34,3</b>	<b>[18,5 - 58,1]</b>	<b>61,6</b>	<b>[42,0 - 94,9]</b>	<b>4,1</b>	<b>[1,4 - 8]</b>
<b>Aminosides</b>	<b>11,0</b>	<b>[5,4 - 17,4]</b>	<b>27,4</b>	<b>[17,2 - 37,9]</b>	<b>116,7</b>	<b>[75,6 - 166,8]</b>	<b>1,2</b>	<b>[0,3 - 2,6]</b>
<b>Sulfamides</b>	<b>7,3</b>	<b>[3,6 - 13,2]</b>	<b>6,3</b>	<b>[3,7 - 9,8]</b>	<b>16,5</b>	<b>[8,8 - 41,1]</b>	<b>6,0</b>	<b>[3,5 - 11,3]</b>
<b>Glycopeptides</b>	<b>4,4</b>	<b>[2,3 - 10,3]</b>	<b>5,5</b>	<b>[3,5 - 8,5]</b>	<b>64,6</b>	<b>[35,2 - 94,2]</b>	<b>0,5</b>	<b>[0,0 - 2,0]</b>

\*Macrolides, Lincosamides, Streptogramines

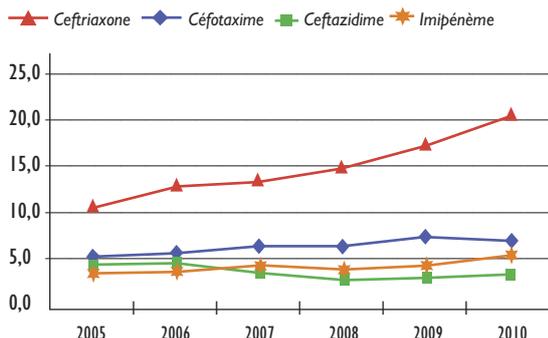
De 2005 à 2010, 38 établissements de santé ont fourni leurs données de façon continue. La consommation totale d'AB dans cette cohorte a augmenté de 13,1% (de 380,2 à 430,1 DDJ/1000 JH).

La consommation de céphalosporines de 3<sup>e</sup> génération (C3G) a augmenté de 43 % et la consommation de carbapénèmes de 81 % (figure 3). Parmi les C3G, les consommations de ceftriaxone et céfotaxime augmentaient respectivement de 86 % et 38 % tandis que les consommations de ceftazidime diminuaient de 23 %.

La consommation de fluoroquinolones s'est peu modifiée (-3,1 %), avec une diminution des consommations d'ofloxacine (-12 %) et de ciprofloxacine (-13 %) et une augmentation des consommations de lévofloxacine de 49 % (figure 4).

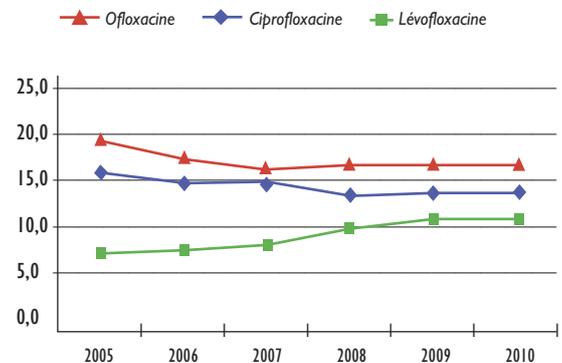
### Évolution des consommations de C3G et carbapénèmes entre 2005 et 2010

Figure 3



### Évolution des consommations de fluoroquinolones entre 2005 et 2010

Figure 4



## Conclusion

La participation montre l'intérêt croissant des ES pour cette surveillance. Les comparaisons inter-ES au sein de ce réseau peuvent être améliorées par la prise en compte d'activités fortement consommatrices d'AB (IOA, mucoviscidoses, hématologie) dans l'ES et par le recueil des CAB par secteur d'activité (médecine, chirurgie, réanimation, etc.). Cette surveillance ne met pas en évidence de diminution notable du niveau de consommation, notamment pour les C3G, les carbapénèmes et les fluoroquinolones. ■

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



# Surveillance des infections nosocomiales (IN) en réanimation : résultats 2011

Cécilia Campion, François L'Hériteau – CCLIN Paris-Nord

*La surveillance des IN en réanimation est l'une des priorités du programme national de lutte contre les IN. Depuis 1999, le CCLIN Paris-Nord propose une surveillance des IN en réanimation. Cette surveillance est harmonisée au niveau national depuis 2004. Les IN surveillées sont les pneumopathies associées à la ventilation mécanique (PVM), les colonisations, infections, et bactériémies sur cathéter veineux central (CVC), les infections urinaires et les bactériémies. Depuis 2011, les bactériémies sur CVC d'hémodialyse sont également surveillées. Les résultats de la surveillance 2011 pour l'inter-région sont présentés ci-après.*

Du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2011, 41 unités de réanimation de l'inter-région ont participé à la surveillance et inclus 5618 patients. Le sex-ratio était de 1,5 et l'âge moyen de 62,3 ans. L'IGSII moyen à l'admission était de 43,6. Les trois quarts (74,4 %) des patients étaient en réanimation pour une pathologie médicale, 16,3 % étaient immunodéprimés et plus de la moitié (57,6 %) recevaient des antibiotiques à l'admission. La durée de séjour des patients inclus était en moyenne de 12,8 jours.

Cependant, la durée moyenne de séjour (DMS) était variable d'une unité à l'autre (médiane 12,3 jours; intervalle interquartile [10,8-14,7]).

Les trois cinquièmes (60,9 %) des patients ont été intubés. Plus de la moitié a nécessité un CVC (57,9 %) et les quatre cinquièmes (80,5 %) un sondage urinaire à demeure. La durée moyenne d'intubation était de 12,3 jours, de cathétérisme veineux central de 10 jours et de sondage urinaire de 11,9 jours.

## L'exposition aux dispositifs invasifs était variable selon des unités :

Tableau 1

	% de patients exposés au dispositif médiane [p25-p75]	Durée d'exposition (jours) médiane [p25-p75]	Ratio d'utilisation* chez les exposés (%) médiane [p25-p75]
Intubation	64,3 [53,6 - 73,7]	12,3 [10,3 - 13,8]	78,4 [71,5 - 81,8]
Cathéter veineux central	62,9 [50,0 - 70,7]	10,8 [8,4 - 12,4]	80,5 [73,8 - 89,0]
CVC d'hémodialyse	10,5 [2,2 - 16,0]	8,9 [7,4 - 10,3]	59,1 [53,5 - 68,2]
Sonde urinaire	83,2 [80,3 - 90,4]	11,7 [10,4 - 13,4]	90,3 [84,5 - 93,3]

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

## Incidence moyenne des IN sur l'ensemble du réseau :

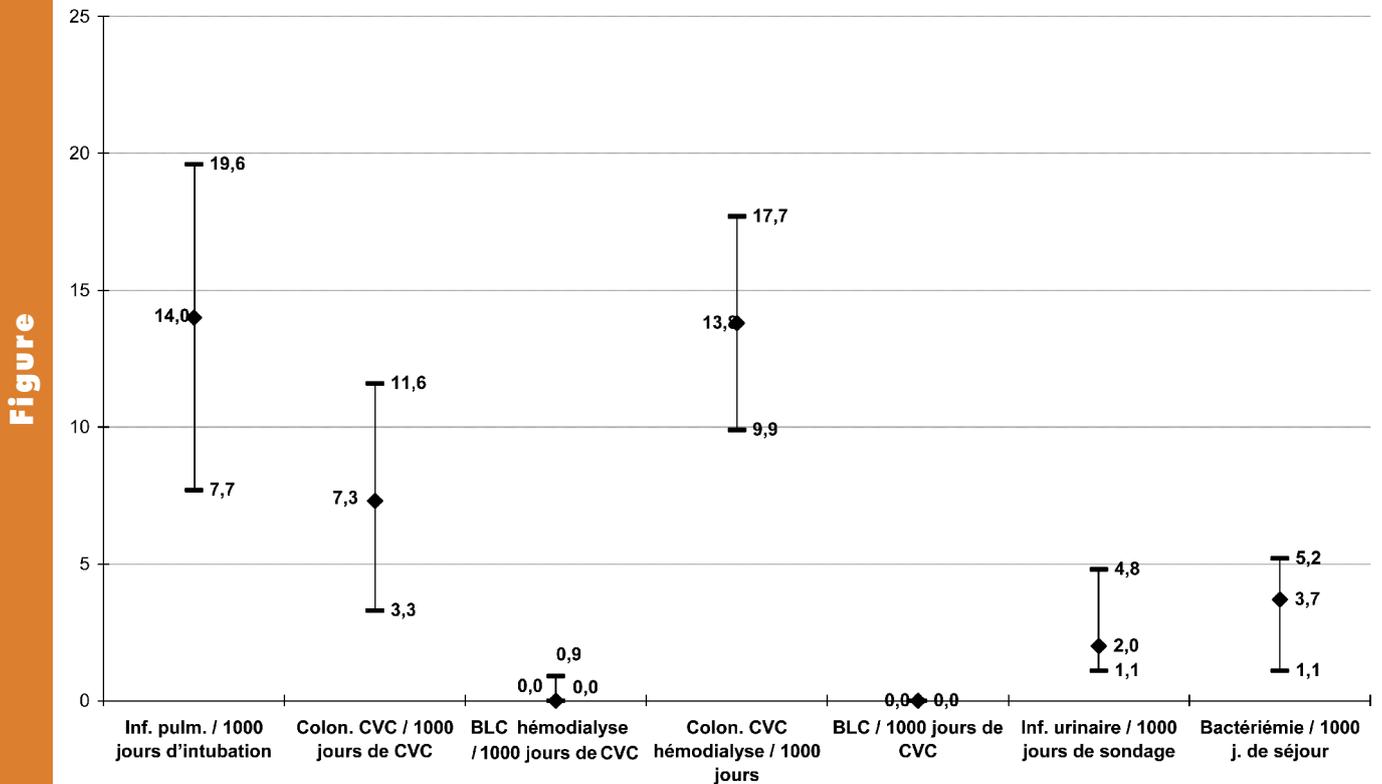
Tableau 2

<b>Pneumopathies (3422 patients intubés)</b>	<b>15,1 / 1000 jours d'intubation)</b>
<b>CVC (4102 CVC)</b>	
Colonisations de CVC	8,4 / 1000 jours-CVC
Bactériémies liées au CVC	0,6 / 1000 jours-CVC
<b>CVC d'hémodialyse (822 CVC)</b>	
Colonisations de CVC	15,1 / 1000 jours-CVC
Bactériémies liées au CVC	0,7 / 1000 jours-CVC
<b>Infections urinaires (4179 patients sondés)</b>	<b>3,1 / 1000 jours de sondage</b>
<b>Bactériémies (5618 patients)</b>	<b>3,7 / 1000 jours d'hospitalisation (en réanimation)</b>

L'incidence des IN variait d'une unité à l'autre.

Suite >>>

Distribution de l'incidence des principales infections nosocomiales en réanimation. Médiane [p25-p75]



Les données du réseau Réa RAISIN permettent aux unités de réanimation effectuant la surveillance de se comparer aux autres unités du réseau et de suivre l'évolution temporelle de leur incidence. Une telle démarche de rétro-information a déjà fait la preuve de sa capacité

à apporter une réduction de l'incidence des infections de CVC en réanimation. ■

**Nous remercions les établissements ayant participé à la surveillance 2011.**

## 20 ans déjà ! » Suite de la page I

les informations nécessaires au calcul des indicateurs sont limitées, voire insuffisantes. Il est probable que les ratios en personnel des EOH ne sont pas atteints dans tous les centres. La tarification à l'activité ajoute à la confusion si les praticiens ne parviennent pas à valoriser les IAS dans les tarifs des séjours, ce qui permettrait d'augmenter les recettes pour l'établissement et justifierait d'autant les moyens alloués à l'hygiène.

Il est clair que l'État et l'Assurance-maladie ont investi dans ce domaine qui est et restera prioritaire pour la santé publique en France. Le contexte économique actuel ne favorise pas l'allocation de moyens supplémentaires. Il faudra donc faire avec en optimisant les moyens existants et en définissant des stratégies et des priorités dont le rapport coût-efficacité soit favorable. Puissent nos tutelles nous entendre... ■



## Réseau INCISO : surveillance 2011

Cécilia Campion, 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 inclure pour participer 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 (<https://webpub.chu-rennes.fr/cclin/iso/>) permet à chaque établissement la saisie de ses données, et d'éditer ses principaux résultats.

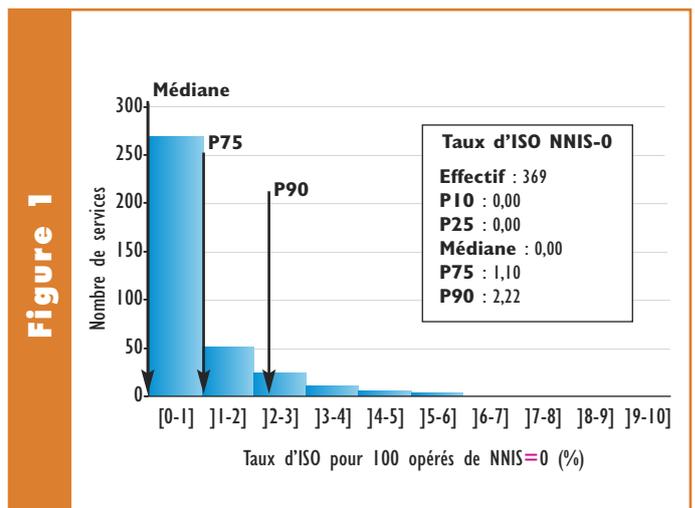
En 2011, le réseau a regroupé 581 services de chirurgie de 216 établissements. Au total, 70 021 patients ont été inclus. Les principaux résultats sont présentés ci-dessous.

### 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, 68 % des patients opérés étaient à faible risque d'ISO (NNIS égal à zéro). Le graphique ci-dessous présente la répartition de l'incidence des ISO pour ces patients (NNIS=0), parmi les 369 services ayant inclus au moins 50 patients NNIS=0.

### Répartition des interventions « de surveillance prioritaire » et taux d'incidence des ISO par type d'intervention parmi les 70 021 patients opérés en 2011

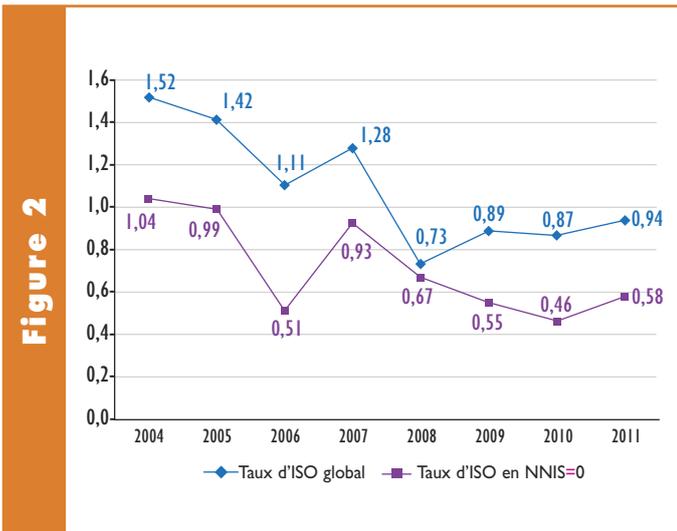
Chirurgie	N (%)	Taux brut	Taux NNIS=0
CHOL	2 995 (4,3)	0,70	0,50
HERN	5334 (7,6)	0,62	0,36
COLO	1 279 (1,8)	8,13	5,33
APPE	1 482 (2,5)	2,38	1,24
PTHA	547 (0,8)	0,73	1,24
PTTH	3 134 (4,5)	0,67	0,62
RPTH	320 (0,5)	0,63	0,90
PTGE	2 204 (3,1)	0,32	0,30
LAMI	504 (0,7)	0,79	0,00
HDIS	723 (1,0)	0,41	0,19
CESA	6 456 (9,2)	1,63	1,55
HYSA	647 (0,9)	2,32	2,01
HYSV	485 (0,6)	2,60	2,79
MAST+TUMO	2 647 (3,8)	1,70	1,30
PROS	739 (1,1)	4,87	3,60
RTUP	782 (1,1)	2,30	2,60
VPER	3 245 (4,6)	0,71	0,60



Suite >>>

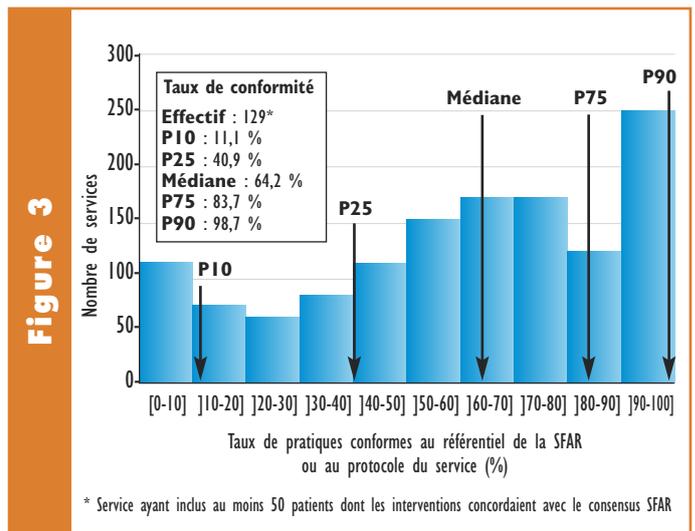
## Évolution de l'incidence des ISO de 2004 à 2011 sur une cohorte de 73 services

Sur la cohorte de 73 services ayant participé continuellement de 2004 à 2011, l'incidence des ISO a baissé de 38 % (passant de 1,52 % à 0,94 %  $\text{Khi}^2$  de tendance,  $p < 0,05$ ). Chez les patients à faible risque (NNIS=0) elle a baissé de 44 % (passant de 1,04 % à 0,58 % ;  $\text{Khi}^2$  de tendance,  $p < 0,05$ ).



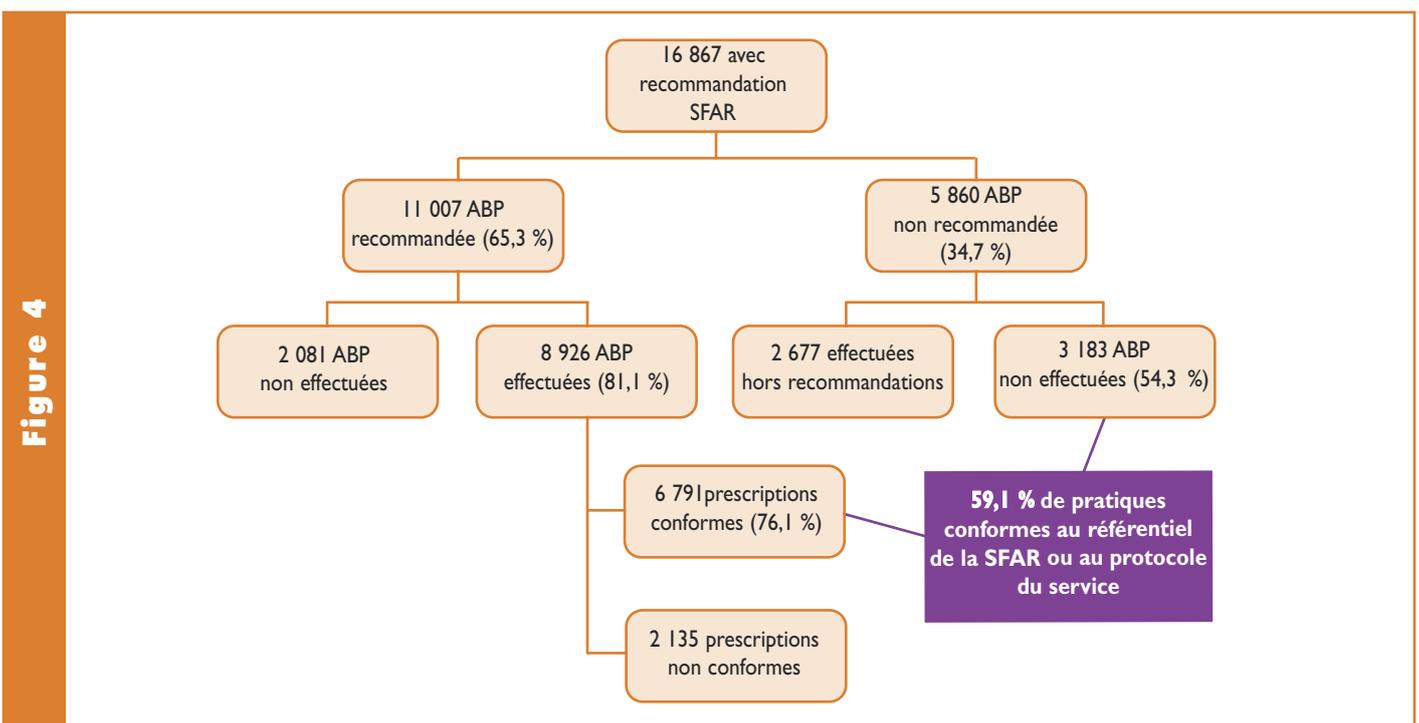
## Répartition des services selon le pourcentage de pratiques conformes au référentiel de la SFAR ou au protocole du service

La figure ci-dessous présente la répartition du pourcentage de pratiques conformes au référentiel de la SFAR ou au protocole du service, parmi les 129 services ayant inclus au moins 50 patients évaluables.

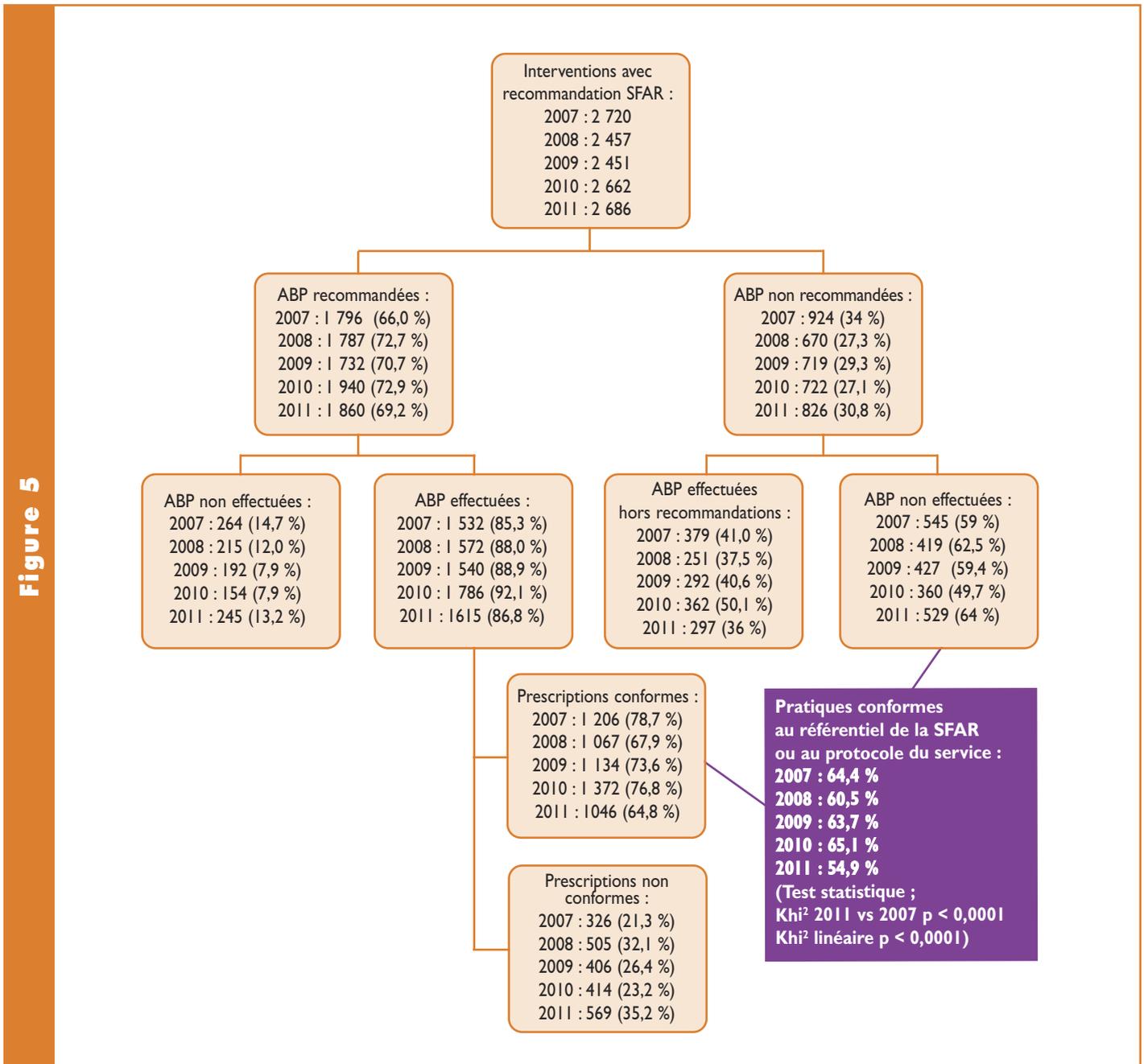


## Indication et pratique de l'antibioprophylaxie en 2011 après prise en compte de l'intervention

En 2011, 232 services de 99 établissements ont participé au module antibioprophylaxie (ABP) de la surveillance INCISO. Un total de 22917 interventions ont été incluses. Dans 45,7 % des interventions où aucune ABP n'était recommandée, elle a été effectuée hors recommandation. Dans 19 % 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 59 % des interventions.



Comparaison de l'indication et des bonnes pratiques de 2007 à 2011 après prise en compte de l'intervention parmi les 33 services ayant participé aux 4 audits de l'ABP



Nous tenons à remercier tous les établissements ayant participé au réseau INCISO en 2011.

Le rapport complet de la surveillance est disponible sur le site internet du CCLIN : [www.cclinparisnord.org](http://www.cclinparisnord.org)

# Lutte contre les infections associées aux soins et démarche globale de gestion des risques : l'expérience du CH Dieppe

I. Poullain (coordonnateur des risques associés aux soins) et S. Rochon-Edouard (praticien hygiéniste) - CH Dieppe

**La circulaire du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé formalise la collaboration entre les Équipes Opérationnelle d'Hygiène et la gestion des risques associés aux soins. Une nouvelle organisation est à mettre en place dans les établissements où chacun doit trouver sa place.**

Le Centre Hospitalier de Dieppe (CHD), hôpital de référence (971 lits et places) du territoire de santé « Caux Maritime/Seine Maritime » propose les filières suivantes MCO avec 340 lits, SSR 80, Psychiatrie 120, SLD / EHPAD 431.

L'Équipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) constituée depuis 2000 d'un praticien hygiéniste, de deux IDE hygiénistes, d'un technicien biohygiéniste et d'une secrétaire, assure une activité transversale en lien avec le président du CLIN. L'EOH, auparavant rattachée au laboratoire s'est rapprochée fin 2010 de la gestion des risques associés aux soins par anticipation du décret du 12/11/2010<sup>1</sup> avec, parallèlement, un rattachement à la CME pour un positionnement institutionnel.

- Dès 1999, le développement de la gestion des risques est un objectif fort du CHD et le signalement des événements indésirables devient dès lors une culture.
- La collaboration entre l'EOH (infectiovigilance) et la gestion des risques est opérationnelle depuis 2002 au sein de la COordination des VIGilances et gestion des RISques (COVIRIS), renforcée par les trois certifications (2002, 2007 et 2011). La participation commune aux différentes instances (CME, CLIN, CRUQPC, Commissions EPP, ATB), aux réunions de Revues de Morbi-Mortalité (RMM) a favorisé ce rapprochement progressif.
- En 2009, le gestionnaire de risques et le président de CME proposent un projet de gestion des risques associés aux soins au directeur approuvé par le conseil exécutif. Le gestionnaire de risques est désormais missionné auprès du président de la CME.
- Une nouvelle articulation s'est organisée fin 2010: rencontre hebdomadaire avec le président de la CME, interventions mensuelles en CME sur le thème dédié « Qualité et Sécurité des soins, Gestions des Risques » et en Comité de Gestion des Risques constitué du directeur, du directeur de soins, de la qualité et gestion des risques, du président de la CME, du coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, du président

de la commission EPP et du praticien hygiéniste. Ce comité permet de faire un bilan mensuel des Événements Indésirables Associés aux Soins (EIAS) avec l'analyse des risques identifiés et les propositions d'actions correctives.

Dans le même temps, l'EOH s'est rapprochée de la gestion des risques sanitaires et environnementaux avec la constitution d'une cellule aspergillaire pour la prévention du risque infectieux lié aux travaux et la participation des membres de l'EOH aux commissions « Eau », « Air », « Déchets ».

Les analyses systémiques des événements indésirables infectieux graves liés aux soins (méthode ALARM) sont réalisées conjointement entre le praticien hygiéniste, le coordonnateur de gestion des risques et l'équipe médico-soignante ainsi que le suivi des plans d'action. L'EOH et la GR se positionnent alors comme des experts catalyseurs et formateurs, permettant le déclenchement d'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP).

- Une nouvelle organisation se met en place début 2012 avec la circulaire d'application de 18/11/2011<sup>2</sup>, formalisant la place de l'EOH, comme expert dans la gestion du risque infectieux pour les patients, professionnels et visiteurs en lien avec le coordonnateur de gestion de risques associés aux soins. L'EOH inscrit ses actions dans la démarche globale d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins assurant la coordination de la gestion des risques infectieux *a priori* et *a posteriori*. Les textes réglementaires ont permis de formaliser une organisation déjà existante et opérationnelle au sein du CH Dieppe, basée sur une collaboration ancienne solide. Le rapprochement de l'EOH vers la gestion des risques est vécu comme une évolution logique et cohérente grâce à la complémentarité des expertises basées sur des valeurs communes.

Le travail d'équipe, facilité par des échanges réguliers, permet le respect de la place de chacun dans ses missions aidé par la confiance du président de la CME, de la Direction et des professionnels. ■

1. Décret N°2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements

2. Circulaire N° DGOS/PF2/2011/416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatifs à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements

# Prise en charge de l'infection nosocomiale en Espagne

Dr Manuel Zurbarán, Médecine préventive et Santé publique Hospital Universitario Virgen del Rocío, Séville

*En Espagne, les compétences sanitaires ont été transférées aux communautés autonomes depuis les années 80 et par conséquent, 17 systèmes de santé résultent de cette décentralisation. Ce qui signifie que la surveillance de l'infection nosocomiale (IN) est mise en place de façon différente dans chaque région. Néanmoins, il existe des projets nationaux qui essayent d'harmoniser les indicateurs de la surveillance de l'IN et de les rapprocher des critères européens.*

## Niveau hospitalier

En Espagne, tous les grands et moyens hôpitaux comptent un Service de Médecine Préventive et Santé Publique qui s'occupent de la surveillance, de la prévention et du contrôle de l'IN depuis 1980 avec l'aide des laboratoires de microbiologie. De plus, d'après la législation les hôpitaux, doivent disposer d'un comité d'infections multidisciplinaires formé par des médecins préventivistes, des microbiologues, des médecins internes, des infirmières, des pharmaciens, etc. Ils ont la mission d'établir des directives pour le contrôle de l'IN à ce niveau.

## Niveau régional

Même si la lutte contre l'IN au niveau hospitalier est lancée depuis longtemps en Espagne, l'organisation de cette lutte au niveau inter-hospitalier est plus récente. Prenons l'exemple de trois régions : l'Andalousie, la région de Madrid et la Catalogne.

**L'Andalousie :** depuis 2002, le ministère autonome andalou chargé de la santé contraint les hôpitaux du Service Andalou de Santé (réseau des hôpitaux publics) à générer annuellement 14 indicateurs à travers son Plan de surveillance et de contrôle des infections nosocomiales.

Ces indicateurs sont organisés en cinq axes : la prévalence de l'IN, l'incidence de l'IN dans les services de réanimation, l'incidence du site opératoire, les infections par des bactéries multirésistantes et l'étude de l'usage d'antibiotiques et des résistances bactériennes qui en résultent.

**La région de Madrid :** depuis l'année 2007, la région de Madrid possède le registre RIHOS pour la surveillance de l'IN dans le site opératoire. Le signalement est à la charge des services de médecine préventive qui doivent envoyer cette information à l'Institut de Santé Publique de la Région de Madrid. Ceci est à caractère obligatoire avec une périodicité de trois mois. En 2012, la région de Madrid va étendre les signalements à tous les types d'IN à travers le système de surveillance VIRAS-Madrid.

**La Catalogne :** depuis 1999, les hôpitaux de l'Institut Catalan de la Santé (entreprise publique de services sanitaires la plus grande de la Catalogne) ont un programme commun de surveillance de l'IN, le VINICS, qui a défini les indicateurs, les systèmes de surveillance ainsi que les standards. Après le succès de ce programme, le programme VINCat est né pour tous les hôpitaux de la Catalogne.

## Niveau national

Les études et projets sur l'IN au niveau national sont de participation volontaire et à l'initiative des sociétés de professionnels avec le soutien du ministère chargé de la Santé à travers le Plan de Qualité du Système National de Santé. En voici quelques exemples :

### EPINE (Étude de Prévalence de l'Infection Nosocomiale en Espagne).

Depuis l'année 1990, la Société Espagnole de Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène (SEMPSPH) organise annuellement l'étude principale de prévalence de l'infection nosocomiale en Espagne, l'EPINE. Cette étude a pour objectifs de déterminer la prévalence, la localisation, la distribution, les facteurs de risque associés et l'évolution temporelle de l'infection nosocomiale dans les hôpitaux espagnols. L'étude se réalise avec la participation volontaire et confidentielle de 287 hôpitaux comprenant 61 200 patients (données pour l'année 2011). À partir de cette année 2012, l'EPINE sera réalisée en même temps que l'EPPS (European Point Prevalence Survey).

**ENVIN :** en 1994, le registre ENVIN a été créé pour la société espagnole de réanimation (SEMICYUC) avec l'objectif d'enregistrer les infections associées à l'usage des dispositifs pendant le séjour des patients dans les services de réanimation (147 services pour l'année 2009). Actuellement, le registre de données est fait avec le logiciel informatique ENVIN-HELICS (Hospital In Europe Link for Infection Control through Surveillance). À travers le registre ENVIN, s'organisent les projets Bactériémie Zéro et Pneumonie Zéro.

**INCLIMECC :** en 1994, un groupe de professionnels de la médecine préventive a créé le registre INCLIMECC, un logiciel informatique qui permet l'enregistrement, l'analyse et le contrôle de l'IN au niveau hospitalier. Les données de tous les hôpitaux qui participent sont ajoutées et publiées régulièrement dans des revues scientifiques.

Pour conclure, la surveillance en Espagne de l'IN au niveau hospitalier est installée depuis longtemps alors qu'au niveau régional elle se développe de façon hétérogène ; actuellement, il n'existe pas de projet législatif concernant la surveillance au niveau national. ■

# Rôles et missions des OMÉDITs

Elise Rémy, Pharmacien coordonnateur OMÉDIT Haute-Normandie

*Les Observatoires des Médicaments, des Dispositifs Médicaux et des Innovations Thérapeutiques sont des structures d'appui, d'évaluation et d'expertise scientifique régionales ou inter-régionales, créées suite au décret du 24 août 2005 relatif au Contrat de Bon Usage des Médicaments, Produits et Prestations (CBUMPP). Il en existe aujourd'hui 25, qui couvrent l'ensemble du territoire national et des DOM-TOM.*

### Les missions

Les OMÉDITs sont chargés d'exercer le relais de proximité auprès des offreurs de soins sanitaires et médico-sociaux, et des ARS pour la promotion des bonnes pratiques en matière de produits de santé. Ils animent une politique coordonnée de bon usage en termes de qualité, de sécurité, et d'efficacité, pour tous les produits de santé, dont les anti-infectieux.

Leurs missions ont été définies initialement dans la circulaire du 19 janvier 2006, puis ont été complétées en 2010 afin de les élargir au médico-social et à la ville. Il s'agit de **missions d'observation** concernant les données relatives à la prescription, dans les établissements de santé de sa région, des médicaments et des dispositifs médicaux (DM) de la liste hors GHS et des autres produits de santé intra-GHS. Un **suivi et une analyse de ces pratiques de prescription (spécialités pharmaceutiques et DM)** sont organisés par établissement, produit par produit, puis les données recueillies sont confrontées aux Référentiels Nationaux de Bon Usage validés par l'INCa, l'AFSSAPS (désormais ANSM), et la HAS, ou aux recommandations nationales et conférences de consensus.

**L'amélioration de la qualité, et la promotion du bon usage des produits de santé** font parties des missions principales des OMÉDITs, grâce à l'animation de différents groupes de travail au niveau régional. Un **Retour d'informations est assuré** vers les professionnels, les ARS et les instances nationales (DGOS, HAS, AFSSAPS/ANSM, INCa), ainsi que la **diffusion** des informations relatives aux références et recommandations.

Les OMÉDITs sont également chargés de la **structuration et de l'analyse des rapports annuels d'étape des contrats de bon usage en lien avec l'ARS**.

### Les missions

Les OMÉDITs possèdent un règlement intérieur, ils sont hébergés pour moitié dans les ARS et pour moitié dans les hôpitaux (le plus souvent CHU). Ils possèdent une cellule de coordination, de taille variable en fonction des

régions, composée au minimum d'un temps pharmacien et le plus souvent d'un temps secrétariat, auxquels peuvent se rajouter du temps médecin, ingénieur ou autre.

Des groupes de travail ou commissions techniques permettent d'aborder les différents sujets avec les professionnels des établissements de santé, du médico-social et de la ville. Parmi les thèmes, sont fréquemment retrouvés les anti-infectieux, la cancérologie, le circuit des médicaments et la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse, l'informatisation et les dispositifs médicaux. Des groupes spécifiques EHPAD et HAD se mettent également en place dans plusieurs régions. Un partenariat est établi avec les structures régionales existantes, qui participent le plus souvent aux groupes de travail: Antenne Régionale de Lutte Contre les Infections Nosocomiales (ARLIN), Centre Régional de Pharmacovigilance (CRPV), Réseau régional d'oncologie.

Afin de diffuser leurs travaux, beaucoup d'OMÉDITs disposent d'un site internet propre ou hébergé par leur ARS (site PARTHAGE). Un réseau d'échanges des OMÉDITs a, par ailleurs, été créé en 2008 afin de partager les informations et les actions réalisées par les uns et les autres.

### La coopération OMÉDIT et ARLIN/CCLIN

Une enquête réalisée auprès du réseau des OMÉDITs début 2012 a montré que les ARLIN/CCLIN participaient régulièrement aux commissions régionales des OMÉDITs ou vice versa, et aux journées d'information organisées par l'une ou l'autre des structures régionales (journées référents notamment). L'analyse de la consommation des antibiotiques est réalisée soit par l'ARLIN, l'OMÉDIT ou les deux au sein de commissions régionales. Il est dans ce domaine particulièrement important d'éviter les doublons.

L'optimisation des données de surveillance existantes est primordiale et il nous faudra rapidement mettre en phase les données sur la politique de bon usage des ATB présentes dans les CBUMPP et

[Suite >>>](#)

celles présentes dans les bilans LIN. Il est donc nécessaire de faire le point dans chaque région sur les organisations et missions existantes, et d'identifier les partenariats envisageables entre ARLIN/CCLIN et OMÉDIT.

Afin d'étendre les collaborations, depuis octobre 2011, l'OMÉDIT de Haute-Normandie participe au comité de pilotage national ATB-Raisin en tant que représentant du réseau des OMÉDITs.

Plusieurs sujets paraissent d'ores et déjà évidents en terme de collaboration : formation, information, évaluation des pratiques : constitution/partage des annuaires « référents antibiotiques », animation du réseau des référents par l'OMÉDIT et l'ARLIN, ou soutien de l'OMÉDIT aux organisations existantes, formalisation d'un réseau pour l'organisation d'un conseil régional en antibiothérapie (mise en place avec l'ARS), exploitation conjointe des données de l'assurance-maladie pour la ville. De même, le renforcement de l'informatisation en cohérence avec les objectifs nationaux, la promotion de l'informatisation via les OMÉDITs (CBU), et l'assurance de la compatibilité des outils informatiques promus par les OMÉDIT/ARS et ceux du réseau ATB-Raisin (ConsoRes) sont des sujets d'actualité.

Pour être plus efficace et répondre aux attentes du Plan National d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016, la confrontation des données de consommations avec les données de résistances recueillies et analysées par les CCLIN est indispensable.

Pour conclure, les interlocuteurs et les expertises des OMÉDITs et des ARLIN/CCLIN sont complémentaires, pour un même objectif : l'amélioration du bon usage des antibiotiques ! ■



### Recommandations et réglementations en cours de rédaction ou de réactualisation

<b>SF2H</b>	Recommandations pour la prévention de la transmission croisée par voie respiratoire : gouttelettes ou air. Fin 2012
<b>SF2H / SFR</b>	Recommandations sur l'hygiène en radiologie.
<b>SF2H / SPILF</b>	Ré-actualisation de la Conférence de consensus de 2002 « Infections urinaires nosocomiales » sous la forme d'une recommandation de pratique clinique.
<b>CCLIN Sud-Ouest</b>	Bon usage des antiseptiques.
<b>CCLIN Est</b>	Hygiène en cabinet médical.
<b>Guide Eau et Santé</b>	Hygiène en cabinet de ville. 2012/2013.
<b>AFNOR</b>	Révision de la norme NF S 90-351 (Etablissement de santé : salles propres et environnements maîtrisés et apparentés).

# Épidémies d'infections respiratoires aiguës dans les établissements médico-sociaux de Picardie

Annie Brenet, Zoher Kadi - ARLIN Picardie

**Les infections respiratoires aiguës (IRA) constituent la première cause de mortalité d'origine infectieuse en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées dépendantes (EHPAD). Les épidémies d'IRA sont assez fréquentes dans les établissements médico-sociaux alors que ces derniers n'ont pas de personnel formé pour gérer ces événements. Personnels et visiteurs pouvant être à l'origine de l'introduction et/ou de la diffusion de l'épidémie, il apparaît nécessaire de protéger les résidents de ces établissements, notamment par la vaccination contre la grippe et le pneumocoque.**

## Historique

Depuis 2006, les Antennes Régionales des CCLIN (ARLIN) sont réglementairement chargées d'accompagner les EMS dans la gestion des épidémies. Lors d'une étude multicentrique régionale <sup>1</sup> réalisée en 2009, 98 % des EMS ont déclaré avoir organisé la campagne de vaccination antigrippale 2008-2009 pour les résidents et 96 % pour leurs professionnels. Cependant l'interrogatoire des résidents et des personnels sur la réalité de cette vaccination montre que la couverture vaccinale pour les résidents est de 96 % et de 33 % pour le personnel. Cette étude montre également que 75 % des EMS disposent d'un protocole de conduite à tenir devant une épidémie de grippe.

## Constat

Dès septembre 2011, chaque établissement a sensibilisé les personnels à la vaccination anti grippale allant même jusqu'à proposer de prendre en charge le vaccin. Au cours du 1er trimestre 2012, la Picardie a enregistré 31 signalements de cas groupés d'IRA. Ces épidémies ont touché les résidents, les salariés et les familles. L'implication de virus grippaux de type A était confirmée dans 55 % des cas, alors que la réalisation de TDR n'est pas encore systématique en phase épidémique. Pour l'ensemble des signalements effectués, le taux d'attaque chez les résidents varie entre 3 % et 82 % et entre 0 % et 48 % chez le personnel. La durée moyenne d'un épisode épidémique est de 9 jours variant de 2 à 29. Au cours de cette période épidémique, les taux d'hospitalisation rele-

vés varient de 0 % à 45 %. 12 décès ont été imputables à ces épidémies de grippe au cours du 1er trimestre représentant une létalité de 19%. Au regard des investigations réalisées, il apparaît nettement que la couverture vaccinale des résidents est en moyenne de 88 % variant de 56 % à 100 %, et de 10 % chez les soignants <sup>2</sup> variant de 0 % à 20 %. Les équipements de protection individuelle sont présents dans la totalité des EMS.

## Conclusion

Force est de constater que l'identification précoce de cas groupés est un point clef pour limiter l'étendue de l'épidémie. Néanmoins, la vaccination antigrippale annuelle des résidents et des personnels demeure en amont, une mesure efficace pour anticiper les épidémies de grippe. Ces actions ne seront pas complètes sans la vaccination des visiteurs réguliers ainsi que de leur information lors de la survenue d'épidémie. « Informer sert au fil du temps à modifier les savoirs, les opinions, à provoquer des prises de conscience. » <sup>3</sup> ■

**Remerciements : Guillaume Spaccaferri et Natacha Samson de l'ARS de Picardie, les directeurs des EMS pour le partage de données.**

1. 60 EMS totalisant 5088 résidents et 88 lits en moyenne ont participé à cette enquête. Trois quarts des EMS avaient un médecin coordonnateur.

2. Sur les 31 établissements touchés, seuls 5 ont communiqué leur taux de couverture vaccinale chez le personnel.

3. Pour le professeur Fabien Girandola, la prévention du risque infectieux passe par les apports de la théorie de l'engagement (professeur en psychologie sociale, science du comportement, Université de Bourgogne à Dijon, 22<sup>e</sup> congrès national de la société française d'hygiène hospitalière, 8-10 juin 2011, Lyon)

# Troisième journée « Prévention du risque infectieux en EHPAD d'Île-de-France »

Ivana Novakova - ARLIN Ile-de-France

*Les ARLIN du CCLIN Paris-Nord réunissent, depuis quelques années déjà, les professionnels des EHPAD. L'équipe de l'ARLIN Ile-de-France a organisé le 9 février 2012 la 3<sup>e</sup> journée annuelle consacrée à la prévention du risque infectieux en EHPAD. Cette rencontre a été marquée par une forte mobilisation.*

L'événement a rassemblé près de 580 participants dont une majorité d'infirmier(e)s, de médecins coordonnateurs, et de directeurs d'EHPAD. Environ 50 aides-soignants et autres agents du service ont également assisté à cette journée.

Les EHPAD sont de plus en plus intéressés par l'appréhension du risque infectieux dans leurs structures. La parution de la circulaire interministérielle qui énonce le plan national de la prévention du risque infectieux a encore renforcé l'intérêt des équipes directrices de ces établissements.

Le programme de la journée a été axé sur la présentation d'organisation des diverses structures accompagnantes des EHPAD et sur le retour d'expérience des équipes qui prennent en charge au quotidien les résidents.

Malgré la température basse de ce matin hivernal, presque toutes les places de l'amphithéâtre étaient occupées lorsque le Pr Astagneau, directeur du CCLIN Paris-Nord, a pris la parole. Le programme a été ouvert avec des mots d'encouragements dans la construction du programme de prévention en mettant en avant les différences entre les établissements de santé et médico-sociaux.

## ARS, CIRE, ARLIN : un trinôme indispensable

L'agence régionale de santé (ARS), la cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE) et l'antenne régionale de lutte contre les infections associées aux soins (ARLIN) représentent le « trinôme » des coopérateurs indispensables pour les EHPAD sur le chemin de la prévention et de la gestion des infections. Les trois médecins des structures citées ont expliqué leurs rôles respectifs ainsi que l'articulation entre elles afin de comprendre que l'ARLIN comme l'accompagnant et l'aidant participe activement avec l'ARS et la CIRE aux investigations lors des épidémies. La collaboration active entre ces trois structures a pour conduit à une action efficace auprès des EHPAD. Lors d'une épidémie, signalée selon les critères en vigueur, la plateforme de l'ARS recueille

les informations, les transmet à la délégation territoriale dont il relève l'EHPAD concerné, la CIRE organise l'approche épidémiologique et l'ARLIN est sollicitée pour l'expertise, l'aide, l'accompagnement dans les démarches sur le terrain.

## L'importance de l'auto-évaluation

L'ensemble des points du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social a été présenté par Danièle Landriu du CCLIN Paris-Nord, membre du groupe inter-CCLIN traitant cette problématique.

La synthèse des différents articles a permis de comprendre l'importance de l'auto-évaluation de l'établissement en matière de prévention du risque infectieux. Afin de permettre une auto-évaluation opérante à chaque EHPAD, le Groupe d'Évaluation des Pratiques en Hygiène Hospitalière (GREPHH) a élaboré un outil pratique disponible à présent en ligne sur le site internet du CCLIN Paris-Nord. Chaque établissement est fortement encouragé à s'auto-évaluer et ce manuel le permet de façon simple et claire afin d'appuyer la rédaction du Document d'Analyse des Risques Infectieux (DARI) dont la rédaction sera obligatoire.

## Les expériences rapportées

- En Haute-Normandie, l'ARLIN - avec un historique plus long - a pu développer une collaboration proximale avec l'ARS et la CIRE et Denis Thillard nous a fait part de l'expérience d'utilisation un logiciel commun qui facilite la gestion des épidémies.

Les nouvelles propositions organisationnelles peuvent dynamiser les « habitudes » dans la prise en charge des résidents. C'est au sein de l'EHPAD de la Fondation Chambrant Thibault que les aides-soignants motivés ont le rôle des « manageurs » et « superviseurs » des bonnes pratiques. Cette expérience a permis d'encourager les soignants dans leur attitude vis-à-vis de la prévention du risque infectieux.

[Suite >>>](#)

- Nadia Askeur de la délégation territoriale 95 de l'ARS a montré les difficultés rencontrées dans la gestion d'une importante épidémie de gale dans leur département et l'importance d'une alerte précoce d'une part et d'une certaine rigueur dans la conduite à tenir d'autre part.
- L'ARLIN en Aquitaine a développé la coordination en réseau des correspondants d'EHPAD. Ce réseau participe à l'élaboration des différents dispositifs utilisés à présent lors des formations, et à la rédaction des protocoles les mieux adaptés dans le domaine de la prévention du risque infectieux.

## Des spécificités propres aux EPHAD

- L'après-midi a débuté avec un projet innovateur de l'équipe du Dr Diamantis qui coordonne un travail régional. La proposition des recommandations d'antibiothérapie raisonnée chez les personnes âgées a suscité un grand intérêt dans l'auditorium.
- Les épidémies de gastro-entérites touchent régulièrement les résidents ainsi que les soignants des EHPAD. Ces épisodes, bien que leur durée soit le plus souvent limitée, peuvent causer les états graves chez les personnes âgées. Le directeur avec le médecin coordonnateur de l'EHPAD Solemnes nous ont fait part des secrets et des obstacles dans la prise en charge globale des résidents qui ne se limite pas uniquement aux soins mais aussi à l'environnement. L'audit interne ainsi que celui effectué par l'ARS et l'ARLIN ont permis de trouver des solutions adaptées dans cet établissement où sont hébergées les personnes avec les troubles cognitifs importants.
- Les cas groupés de gale marquent une recrudescence régionale, interrégionale et nationale. La gale vue par l'équipe d'encadrement de l'EHPAD La Tour a pointé sur la problématique du diagnostic et les possibilités dont un EHPAD dispose. En effet, le diagnostic de gale tardive et souvent à l'origine des cas groupés. Le traitement curatif des cas et le traitement prophylactique des personnes « contacts » doivent être bien organisés. Cette parasitose a depuis toujours une connotation marginale et pourtant tous les ans, la gale provoque les épidémies non seulement dans les institutions et les hôpitaux mais aussi en ville, dans les foyers, les écoles et les crèches. C'est pour cette raison que l'information de tous les intervenants de l'EHPAD et des familles aide à dédramatiser la situation pour pouvoir maîtriser les actions.
- Les deux dernières présentations proposées ont donné le rythme sur le signe des bactéries multirésistantes (BMR) et la compatibilité avec la vie en EHPAD. Les exemples des mesures à prendre lorsqu'un résident est porteur d'une BMR ont montré que le respect rigoureux des précautions « standard » d'hygiène suffit pour prévenir la transmission croisée. L'information donnée à l'établissement de santé sur le statut bactériologique lors d'une hospitalisation de ce résident a également été abordée. Les propositions d'actions concrètes ont permis

de dénouer le labyrinthe des questions posées par les professionnels. L'enquête sur la problématique de l'accueil d'un résident porteur d'une BMR et le questionnement du Dr Cloarec-Blanchard, médecin coordonnateur de l'EHPAD Les Arcades ont superposé les solutions suggérées par Ivana Novakova, infirmière hygiéniste de l'ARLIN. Le débat a été lancé et la sincérité des propos de chaque interlocuteur a mis en avant la stigmatisation des résidents détectés porteurs d'une BMR et les complications réelles rencontrées au quotidien par les équipes des EHPAD.

## En conclusion

Les nombreux échanges, riches en contenus, ont permis à nouveau de réunir les personnes qui ont à cœur l'avenir des établissements d'hébergement pour les personnes âgées. Cette journée a témoigné de l'attention singulière des professionnels pour la gestion du risque infectieux et de la faisabilité des propositions raisonnables des hygiénistes.

Le grand projet à venir reste le développement d'un vrai réseau régional des correspondants formés en hygiène, qui par la suite se chargeront des formations in situ. Le savoir et savoir-faire de chacun, associés à un projet d'établissement permettront de diriger les équipes vers les actions les mieux adaptées à la situation donnée. ■

**Merci à tous les participants et à tous les intervenants et rendez-vous dans un an encore plus nombreux !**

# Prévention des infections associées aux chambres à cathéters implantables (CCI) pour accès veineux

Danièle Landriu - CCLIN Paris-Nord pour le groupe de travail

**En début d'année 2012, un nouveau guide de recommandations professionnelles est paru concernant la prévention des infections associées aux chambres à cathéter implantables pour accès veineux. Les auteurs ont souhaité réaliser un document utile aux personnels hospitaliers et extra hospitaliers, aux patients hospitalisés ou à domicile.**

## Le besoin

Le promoteur, la SF2H, a souhaité élaborer des recommandations spécifiques à ce dispositif intra-vasculaire qui, depuis les années 1980, a connu un essor rapide. En effet, les recommandations concernant spécifiquement la prévention du risque infectieux associées aux CCI publiées au plan international sont rares.

En France, l'ANAES a publié en 2000 un référentiel pour l'évaluation de la qualité et de la surveillance des CCI, qui a servi de base à la rédaction de nombreux protocoles dans les centres et les réseaux de soins prenant en charge les patients porteurs de ces dispositifs.

Cependant, les pratiques restent hétérogènes, la prise en charge des patients évolue, particulièrement le développement du maintien à domicile, et des nouveaux matériels sont mis à disposition des soignants. Pour assurer des soins homogènes et de qualité, quel que soit le lieu de prise en charge du patient, il était important de recommander des pratiques actualisées.

## Méthodologie d'élaboration

La méthodologie retenue pour l'élaboration de ce guide est celle du consensus formalisé d'experts, recommandé par la HAS lorsque la revue de littérature apporte peu d'études avec de hauts niveaux de preuve, ce qui est le cas des CCI, et lorsque le thème fait apparaître une hétérogénéité des pratiques et nécessite « d'identifier par un groupe indépendant et de sélectionner parmi plusieurs alternatives les situations dans lesquelles une pratique est jugée appropriée ».

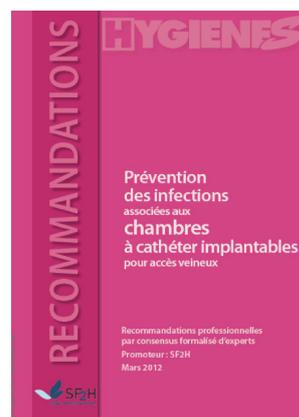
À partir des membres désignés par les sociétés partenaires et organismes sollicités, les deux pilotes de ce travail ont constitué trois groupes de travail :

- **Groupe de pilotage et de rédaction** : il décline les questions posées, analyse les données bibliographiques et rédige un argumentaire et des propositions de recommandations ;
- **Groupe de cotation** : il donne son accord avec les propositions et y apporte éventuellement des modifications ;
- **Groupe de lecture** : il évalue le fond et la forme du document (lisibilité, applicabilité et acceptabilité des recommandations).

## Le choix des recommandations

La cotation qui intervient dans cette démarche formalise le degré d'accord, les points de convergence ou de divergence des experts et permet de donner « un poids » aux recommandations ou de les rejeter. Au total 281 recommandations ont été proposées pour un premier tour de cotation, à l'issue de ce premier tour, 146 ont reçu un accord fort ; 135 ont été soumises à un deuxième tour après une réunion de discussion et apport de précisions avec le groupe de coteur. Au final : sont restées 229 recommandations avec accord fort, et 51 avec accord simple qui ont été regroupées en 98 recommandations.

Le document comprend trois grandes parties :



- **Partie 1** : la pose et le retrait de la CCI, le choix d'une CCI par rapport aux autres accès vasculaires, du moment idéal de pose, le site et des conditions de pose, l'antibio-prophylaxie.
- **Partie 2** : l'utilisation de la CCI, la tenue de l'opérateur, la pose de l'aiguille et son retrait, le rinçage de la CCI, le pansement et la gestion des lignes en routine.
- **Partie 3** : les aspects de politique

générale dont la formation du personnel médical et para-médical, de la surveillance des infections, de l'évaluation des pratiques.

Ce guide doit servir de référence pour l'élaboration de protocoles de soins, et de protocoles d'audit et de lien entre l'activité hospitalière et libérale. ■

Ce guide est accessible sur le site de la SF2H et des CCLIN  
[www.sf2h.net/publications-sf2h.html](http://www.sf2h.net/publications-sf2h.html)  
[www.cclinparisnord.org](http://www.cclinparisnord.org)

# Maladie de Creutzfeldt-Jakob : précisions autour de l'instruction du 1<sup>er</sup> décembre 2011

Delphine Verjat-Trannoy (CCLIN Paris-Nord)

avec l'aide de Michèle Aggoune (CCLIN Paris-Nord) et de Françoise Karnycheff (Hôpital Foch)

(membres du groupe de travail « EST » de la DGS)

*La circulaire du 14 mars 2001 a été remplacée par l'instruction du 1<sup>er</sup> décembre 2011 : ce texte modifie la prise en charge du matériel dans les lieux de soins en introduisant en particulier la notion d'inactivation totale. Cet article apporte des précisions, fiche par fiche, sur les grands principes de la nouvelle gestion du risque lié aux encéphalopathies spongiformes transmissibles (EST).*

## Fiche 1

### Risque prion en 2012 en France

Il n'y a pas actuellement de cas vivant de vMCJ en France. Le nombre de MCJ confirmées est relativement stable (autour de 150 personnes dans les cinq dernières années). Le nombre de cas suspects est dix fois plus élevé. La prise en compte du risque prion est liée à la persistance de cas de MCJ et surtout à l'existence d'une population, de taille inconnue, de porteurs asymptomatiques de l'agent responsable de la vMCJ.

### Ciblage des patients

La recherche et l'identification des patients suspects ou atteints de MCJ sont à mener **dans tous les services où des actes invasifs sont réalisés avec des dispositifs médicaux réutilisables**. Ce ciblage, organisé selon le choix des établissements, est sous responsabilité médicale (professionnel en charge de l'acte invasif). En cas de doute, il est conseillé de demander un avis spécialisé. Il n'est plus nécessaire de rechercher des facteurs de risque de MCJ mais uniquement une suspicion de MCJ. Le résultat du ciblage doit figurer dans le dossier patient.

### Critères de suspicion

La suspicion de MCJ est clinique, de prime abord neurologique (signes neurologiques +/- intellectuels ou psychiatriques) d'apparition récente et d'évolution progressive sans rémission. Les signes neurologiques sont un signe d'appel (cas possible). L'analyse des résultats du dosage de la protéine 14-3-3, de l'EEG et de l'IRM peut conduire à identifier un cas probable (probabilité d'atteinte élevée).

### Critères de confirmation

La confirmation du diagnostic (cas certain) est toujours d'ordre neuropathologique (autopsie) : elle permet de distinguer définitivement la vMCJ des autres formes. En l'absence d'autopsie et sur la base des informations à disposition, la cellule nationale de référence peut aider, dans certains cas, à distinguer une vMCJ des autres formes.

### Patients exposés à des produits sanguins labiles (PSL) issus de donneurs atteints de vMCJ

Ce groupe de patients est limité actuellement à 9 personnes vivantes : elles sont parfaitement identifiées et identifiables en cas de soins puisque porteuses de l'information relative à leur statut. **Pour ces patients, les formations lymphoïdes organisées sont des tissus à haut risque infectieux.**

### Cas de l'urgence vitale

En cas d'acte en urgence, sur un tissu à haute infectiosité uniquement, il est demandé de procéder à une inactivation totale avant réutilisation. Cependant, en cas de doute sur le statut MCJ, il est préférable de séquestrer le matériel le temps d'obtenir des informations complémentaires.

[Suite >>>](#)

## Fiche 2

### Quel produit utiliser ?

Tout traitement revendiquant une inactivation totale peut être utilisé sous réserve de faire partie de la liste des produits et procédés inactivants totaux de l'ANSM (ex-Afssaps) et d'en respecter les conditions d'utilisation (concentration, durée, température...) décrites sur son site : [www.ansm.sante.fr/Dossiers-thematiques/Creutzfeldt-Jakob-et-produits-de-sante](http://www.ansm.sante.fr/Dossiers-thematiques/Creutzfeldt-Jakob-et-produits-de-sante).

### Comment se définit l'inactivation totale ?

Elle est démontrée par l'association de deux types de tests effectués selon le protocole standard prion (PSP) :

- in vitro (dosage de la PrP) permettant d'identifier le **mécanisme d'action** du traitement, par comparaison des surfaces et des effluents : action **inactivante** ou seulement éliminante,
- in vivo (mesure de l'infectiosité) permettant d'évaluer le **niveau d'efficacité** du traitement par rapport à un traitement de référence : efficacité **totale** ou partielle.

### Quels sont les traitements de référence ?

L'**hypochlorite de sodium à 2 % de chlore actif et la soude molaire (1N)** appliquées pendant 1h sont toujours des traitements de référence (inactivants totaux). Leur utilisation est limitée par la compatibilité avec les dispositifs médicaux et le fait de rajouter une étape supplémentaire au traitement. La stérilisation par autoclave à la vapeur d'eau (cycle 134°C 18 min) assure une inactivation qui n'est pas considérée comme totale. Elle reste le traitement de référence pour les micro-organismes conventionnels. L'incinération à 800°C est le seul mode de destruction totale des ATNC.

## Fiche 3

### Gaines de protection à usage unique

L'utilisation d'une gaine, chez un patient suspect ou atteint, évite l'inactivation totale et la séquestration des sondes d'échographie endocavitaires et transoesophagiennes ainsi que des endoscopes thermosensibles sans canal opérateur. En cas de rupture de la gaine, le traitement doit tenir compte du risque ATNC (se référer à la procédure sans protection).

### Traitement en fonction du type d'acte

**1- Actes sur tissus à haute infectiosité :** en neurochirurgie (hors rachis), chirurgie ophtalmologique (rétine et nerf optique) et chirurgie ou endoscopie ORL (muqueuse olfactive). Le nombre d'actes concernés en endoscopie ORL est très limité (voir la FAQ de la DGS à paraître).

- Cas général : prévoir systématiquement une étape **d'inactivation totale**.
- Patient suspect ou atteint : double nettoyage manuel et **inactivation totale** avant séquestration. Le matériel sera détruit si une EST est confirmée.

**2- Actes (chirurgicaux ou endoscopiques) sur formations lymphoïdes organisées**

- Cas général : simple nettoyage puis stérilisation par autoclavage ou double nettoyage puis désinfection.
- Patient suspect ou atteint : double nettoyage manuel et **inactivation totale** avant séquestration. Le matériel sera détruit en présence confirmée d'une vMCJ.

### Organisation du traitement pour les dispositifs médicaux autoclavables à risque ATNC

Dans le cas d'une stérilisation centrale : pour éviter d'avoir à organiser des circuits différents selon le type de chirurgie (tri des instruments) ou de soumettre l'ensemble des instruments à une inactivation totale, il est possible d'équiper les blocs à risque avec des laveurs désinfecteurs d'instruments (LDI) assurant une inactivation totale. En cas de patient suspect ou atteint : ne pas utiliser de LDI.

### Choix des produits ou procédés inactivants totaux

Selon la liste de l'ANSM, les catégories de traitement disponibles actuellement sont les suivantes : détergent-désinfectant, désinfectant manuel, détergents pour LDI ou tunnels de lavage, procédé de stérilisation basse température.

**1- Compatibilité :** les produits proposés sont pour la plupart alcalins et nécessitent une neutralisation lorsqu'ils sont utilisés en LDI. La compatibilité des produits avec le matériel à traiter est à vérifier avant mise en place.

**2- Activité antimicrobienne :** les produits et procédés proposés par l'ANSM ont été vérifiés sur le plan de leur activité sur les prions. Il faut s'assurer de leur efficacité sur les agents conventionnels avant de les utiliser pour une pré-désinfection, une désinfection ou une stérilisation. Lors de l'utilisation d'un détergent-désinfectant pour la pré-désinfection et le nettoyage, l'inactivation totale n'est assurée qu'à la fin de la phase de nettoyage.

[Suite >>>](#)

## Fiche 4

### Endoscopie en cas de contact avec les formations lymphoïdes organisées

- 1- En routine, rien de changé (patient ni suspect, ni atteint) : maintien du double nettoyage, de l'utilisation de formulations à base d'acide peracétique pour leur efficacité, utilisation d'un laveur-désinfecteur d'endoscope (LDE) ne recyclant pas les produits.
- 2- Patient suspect ou atteint: éviter les endoscopes les plus récents, faire un double nettoyage manuel (pas de LDE) et une **inactivation totale** avant de séquestrer le matériel.

### Cas de patients découverts ultérieurement suspects ou atteints

Une recherche des actes invasifs est à effectuer dans les 6 mois précédents. **Si le patient n'était pas déjà suspect (ciblage effectué) et que le traitement appliqué était conforme aux recommandations de routine, alors la réutilisation du matériel est possible.** Sinon, il est à détruire. Il n'y a plus besoin d'établir la liste des 5 premiers patients exposés à un dispositif médical utilisé chez un patient suspect ou atteint.

## Fiche 5

Les liquides et bacs de trempage doivent être soumis à une **inactivation totale** en cas d'utilisation pour le matériel d'un patient suspect ou atteint.

Les déchets à risque ATNC doivent suivre le circuit des DASRI pour une incinération à 800 °C minimum. Leur banalisation reste interdite.

## Fiche 6

### Risque AES

Dans le cas de piqûre, coupure ou projection dans les yeux de tissus ou liquides biologiques à risque ATNC, les mesures à prendre sont les mêmes qu'en cas d'AES classique sauf pour les plaies cutanées où le pourcentage de chlore actif préconisé est plus élevé (2 %). Le médecin du travail doit être informé et tenir à jour une liste des personnes exposées.

## ANNEXE : Classification des tissus selon l'OMS 2010

Les tissus classés en B ne sont pas associés à un risque de transmission sauf les formations lymphoïdes en cas de vMCJ en raison d'une réplication importante du prion. ■

### À retenir

- Actes invasifs touchant aux formations lymphoïdes organisées : actes à risque uniquement pour les patients suspects ou atteints de vMCJ → rien de changé en routine pour l'endoscopie (patient ni suspect, ni atteint)
- Patient suspect ou atteint : double nettoyage manuel du matériel (pas de LDI ou de LDE) et inactivation totale avant séquestration pour tout acte invasif à risque ATNC (tissus à haute infectiosité ou formations lymphoïdes organisées)

**Une Foire aux Questions va être diffusée prochainement par la DGS.**

# Évaluation 2011 des précautions « standard » avec l'outil du GREPHH

## Résultats de l'interrégion Nord : attitudes déclarées des professionnels de santé

Delphine Verjat-Trannoy et Cécilia Campion - CCLIN Paris-Nord

*Dans le cadre du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013, le Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière (GREPHH) a mis à disposition des établissements début 2011 un outil d'évaluation des précautions « standard ». Les CCLIN ayant choisi ce thème comme sujet d'enquête nationale pour 2011, les établissements (ES) de l'inter-région Nord ont été sollicités pour participer à cette évaluation sur deux périodes: mars-juin et septembre-décembre 2011. Cet outil, basé sur l'auto-évaluation, permettait principalement aux établissements d'évaluer la politique de promotion des précautions « standard » ainsi que les ressources allouées au niveau des services. Il proposait, par ailleurs, de mesurer les niveaux de formation et les attitudes déclarées du personnel. Cet article présente les résultats interrégionaux relatifs à ce dernier point.*

### Méthode

Les professionnels ont rempli l'auto-questionnaire fourni qui leur proposait 4 types de réponses: « toujours », « souvent », « parfois » ou « jamais ». Pour chaque situation de soin proposée (32 au total), les résultats sont rendus en termes de fréquence de chaque réponse sachant que les réponses « parfois » et « jamais » ont été regroupées lors de l'analyse. Ces pourcentages ont été calculés pour le personnel concerné. Le pourcentage de personnel déclaré « non concerné » (NC) figure en dernière colonne du tableau ci-après.

### Participation

Dans l'interrégion Nord, 478 structures de soins se sont inscrites à l'enquête. Les résultats sont issus de l'analyse des données de 435 établissements et 4 EHPAD (privé: 42 %, public: 40 % et ESPIC : 18 %) soit 4503 services et 65341 personnels répondants. Les infirmières et IDE spécialisés représentent 39 % des répondants. Viennent ensuite les aides-soignants/auxiliaires de puériculture avec 29 % et les médecins/chirurgiens/internes avec 7 % des participants.

### Résultats

- Bonnes pratiques d'hygiène: l'hygiène des mains entre deux patients est mieux respectée qu'entre deux activités ou qu'après le retrait des gants (81 % de « toujours » versus 63/66 %). 1,7 % à 3,9 % des professionnels interrogés ne se sentent pas concernés pour ces questions générales.

- Prévention des AES: le changement de gants est mieux respecté entre deux patients qu'entre deux activités (94 % versus 56 %). 8,1 % à 11,2 % des personnels ne se sentent pas concernés.

Les situations où le port de gants est le moins respecté sont les suivantes : la manipulation des prélèvements biologiques, les injections IM/SC, la

pose de voies veineuses et les prélèvements sanguins. En cas de risque d'exposition à du sang ou des liquides biologiques, le port de surblouse/tablier et de masque est déclaré systématique dans à peine la moitié des cas et le port de lunettes de protection dans 1/4 des cas. Les aiguilles sont encore parfois ou souvent recapuchonnées ou désadaptées à la main (1/3 des déclarants). 79 % des répondants déclarent une élimination systématique des OPTC dans des collecteurs au plus près des soins.

### Conclusion

Cette enquête a motivé un grand nombre d'établissements et de professionnels: la méthode par auto-évaluation facilite la participation du plus grand nombre sur un sujet de base concernant tous les soignants. Les meilleurs résultats concernent les mesures prises entre deux patients et le port de gants lors de gestes très contaminants comme la toilette intime ou la vidange des drains et collecteurs à urine (> 90% de « toujours »). Certains résultats confirment ceux retrouvés dans des audits nationaux précédents (HYGMAIN, CVP). La protection des soignants avec des équipements individuels reste un sujet d'amélioration puisqu'elle n'est pas systématique en cas d'exposition y compris lors d'actes invasifs. Il sera intéressant de comparer ces déclarations, faites avec objectivité au vu des résultats, aux actions de promotion des établissements et aux ressources en matériel des services. Cette évaluation, qui aura permis une nouvelle sensibilisation des professionnels aux précautions « standard », pourra être renouvelée après mise en place de mesures correctives. ■

**Pour plus d'informations** RV le 25 juin pour une présentation complète des résultats. L'analyse détaillée de cette enquête sera mise à disposition prochainement dans le cadre d'un rapport interrégional.

Attitudes déclarées	% des personnels concernés			% de NC*
	Jamais Parfois	Souvent	Toujours	
<b>Les professionnels se désinfectent les mains avec un produit hydro-alcoolique ou se lavent les mains ...</b>				
1 ... entre 2 patients	3,5	15,2	81,3	3,9
2 ... entre 2 activités	7,8	29,0	63,2	1,7
3 ... après le retrait des gants	12,4	22,0	65,6	2,8
<b>Les professionnels portent des gants à usage unique (UU) lors de ...</b>				
4 ... risque de contact avec du sang ou tout produit d'origine humaine	3,6	11,3	85,1	3,5
5 ... risque de contact avec des muqueuses	5,7	13,5	80,8	8,1
6 ... risque de contact avec la peau lésée du patient	5,3	14,7	80,0	7,7
7 ... la manipulation de prélèvements biologiques	15,7	18,3	66,0	22,3
8 ... la manipulation du linge souillé	6,4	15,0	78,6	9,0
9 ... manipulation du matériel souillé	4,7	13,3	82,0	7,9
10 ... soins, lorsque leurs mains comportent des lésions	8,0	16,4	75,6	8,2
<b>Dans les situations particulières suivantes, les professionnels portent des gants à usage unique lors de ...</b>				
11 ... la toilette intime d'un patient	4,9	4,4	90,7	24,4
12 ... un change de patient	7,3	9,8	82,9	22,1
13 ... la vidange de drains	3,4	6,2	90,4	50,5
14 ... la vidange de collecteurs à urines	3,5	6,9	89,6	27,0
15 ... l'ablation d'un pansement souillé	4,0	9,3	86,7	32,9
16 ... la réalisation d'une injection IM / SC	45,3	17,3	37,4	49,9
17 ... la pose d'une voie veineuse	31,3	17,7	51,0	49,7
18 ... la réalisation d'un prélèvement sanguin	35,3	19,0	45,7	49,3
19 ... la manipulation des déchets	10,0	17,2	72,8	11,9
<b>Les professionnels changent de gants à UU ...</b>				
20 ... entre 2 patients	2,4	3,4	94,2	8,1
21 ... entre 2 activités	20,9	23,3	55,8	11,2
<b>Les professionnels portent une surblouse ou un tablier à UU pour protéger leur tenue professionnelle en cas de risque de...</b>				
22 ... projection / aérosolisation de sang ou produit d'origine humaine	34,0	17,0	49,0	17,0
23 ... contact avec du sang ou tout autre produit d'origine humaine	38,3	16,5	45,2	14,0
<b>Les professionnels portent un masque à usage unique en cas de ...</b>				
24 ... risque de projection / aérosolisation de sang ou produit biologique	35,5	18,0	46,5	17,9
25 ... suspicion d'infection respiratoire lors de soins auprès d'un patient	25,0	19,3	55,7	8,9
<b>Les professionnels portent des lunettes ou un masque à visière en cas de ...</b>				
26 ...risque de projection / aérosolisation de sang ou produit biologique	64,5	10,1	25,4	30,4
<b>Aiguilles</b>				
27 Il leur arrive de recapuchonner les aiguilles souillées	91,8	4,5	3,7	37,5
28 Il leur arrive de désadapter les aiguilles souillées à la main	89,8	6,5	3,7	38,9
<b>Objets piquants tranchants coupants (OPTC)</b>				
29 Les professionnels éliminent immédiatement les OPTC souillés au plus près du soin dans un collecteur adapté	6,6	14,7	78,7	24,4
<b>AES: les professionnels pratiquent ...</b>				
30 ... un lavage simple des mains suivi d'une FHA si leur peau est souillée par du sang ou des liquides biologiques	11,7	9,8	78,5	9,0
31 ... un lavage et une antisepsie en cas d'AES	3,9	4,4	91,7	22,1
32 ... un rinçage abondant en cas de projection de sang ou de liquide biologique sur les muqueuses	4,4	3,6	92,0	24,8

\* NC: non concernés (% calculé sur N = 65 341 répondants)

# Hygiène buccodentaire des résidents d'EHPAD Enquête régionale de prévalence en Haute-Normandie

J-M. Germain et D. Thillard, ARLIN Haute-Normandie

*L'hygiène bucco-dentaire et les soins de bouche sont essentiels au confort des personnes âgées. Un mauvais état bucco-dentaire est également un facteur de risque de pneumopathie. Bien que l'importance du bon état bucco-dentaire et du respect des soins d'hygiène associés ne soient plus remis en cause, ces soins sont mal évalués dans les établissements de santé ou les établissements médicaux sociaux accueillant des personnes âgées.*

## Objectif du travail

Le soin de bouche constitue une aide au maintien de l'intégrité des muqueuses et à une bonne adaptation des prothèses. Le non respect de ces soins peut entraîner des difficultés de mastication, de digestion, des infections, un inconfort, des douleurs, une mauvaise haleine et des difficultés à s'exprimer.

L'objectif de cette enquête était de faire un état des lieux régional de l'état bucco-dentaire des résidents d'EHPAD permettant d'évaluer la qualité des soins. Les objectifs secondaires étaient de sensibiliser soignants et résidents à l'importance de l'hygiène bucco-dentaire et d'identifier les difficultés rencontrées pour sa mise en œuvre.

## Méthode

La méthode a été largement inspirée de celle définie par un groupe de travail du CoCLINNOR.

Il s'agissait d'une enquête régionale à réaliser un jour donné (ou une semaine donnée) dans chaque établissement volontaire. Le question-

naire (un par patient) a été élaboré à partir de la grille extraite du guide d'évaluation bucco-dentaire du Centre Médical de l'Université du Nebraska. Il a été décidé de n'évaluer que 6 critères sur les 8 proposés dans la grille initiale: les lèvres, les dents ou prothèses, les gencives, la langue, la salive, les muqueuses. La voix, la déglutition, demandant la participation du résident, ont été supprimées pour des raisons de faisabilité. Chaque critère devait être coté de 1 (pas d'altération) à 3 (altération importante). Un score global était enfin calculé par addition des scores de chaque critère. Plus le score global était élevé, plus l'état bucco-dentaire était altéré. L'analyse des données a été assurée à l'aide du logiciel Epi-Info. Chaque établissement a reçu ses propres résultats. Une synthèse régionale a également été réalisée.

## Résultats

L'enquête a été proposée sur la période du 15/09/11 au 15/02/12. Un total de 22 EHPAD a réalisé l'enquête auprès de 1 754 résidents soit 70% des résidents des structures

Répartition des résidents en fonction du score global

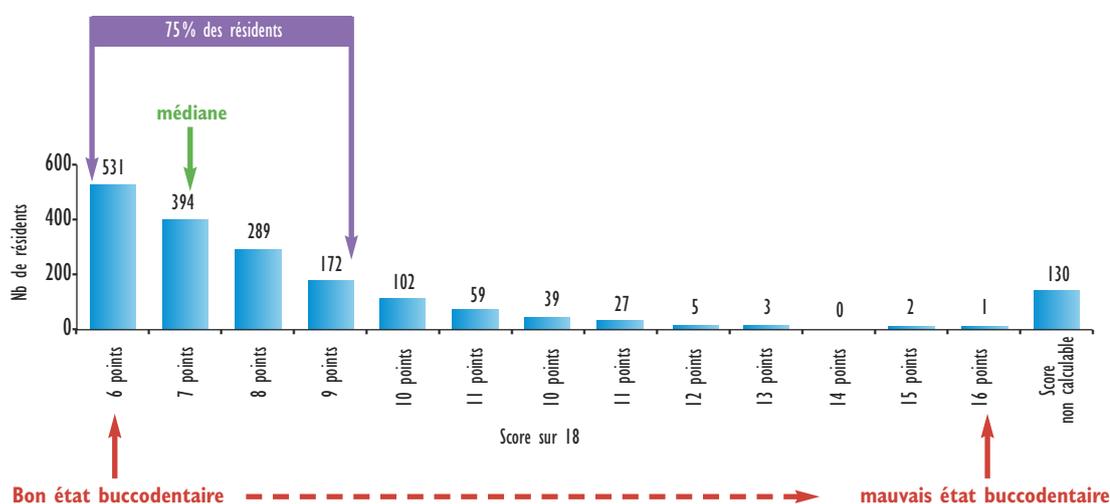


Figure 1

ayant participé. L'âge moyen des résidents était de 85 ans, 75% étaient des femmes et 57% des patients étaient très dépendants (GIR 1 ou 2). Parmi les résidents enquêtés, 3% bénéficiaient de soins bucco-dentaires médicamenteux (principalement pour une sécheresse buccale ou des érosions et aphtes). Quatorze pour cents des résidents ne réalisaient aucune hygiène buccodentaire. Pour 6%, le dernier examen chez le dentiste datait de moins de 1 an et dans 85% des cas la date n'a pas pu être précisée. Près de la moitié des résidents portaient au moins une prothèse dentaire. Parmi les 1 556 prothèses recensées, 17% (n=264) n'étaient pas portées régulièrement (prothèses non adaptées ou entraînant des douleurs).

Le score global a pu être calculé pour 1 634 résidents (130 fiches n'étaient pas complètes). Il variait de 6 à 18 avec une médiane à 7. Le critère le plus mal coté était celui concernant les dents et les prothèses : 57% des résidents présentaient une altération moyenne ou importante.

## Conclusion

Près de 70% des résidents enquêtés présentaient un score satisfaisant (6 à 8) et moins de 5% des altérations importantes de l'état buccodentaire (score de 12 à 18). Les actions d'amélioration devront concerner en particulier l'hygiène des dents, l'entretien des prothèses et le suivi régulier des résidents par un dentiste. ■

**Nous remercions l'ensemble des personnes ayant organisé cette enquête au sein de leur EHPAD (directeurs, médecins coordonnateurs, infirmières coordinatrices...) et les professionnels de santé ayant accepté de remplir ce questionnaire.**

1. CoCLINNOR: réseau d'hygiène des établissements de santé du secteur Seine et Plateaux Nord

## Détail des scores pour les 1 754 résidents

	Pas d'altération	Altérations moyennes	Altérations importantes	Inconnu	Total
<b>Lèvres</b>	Roses et humides <b>79 %</b>	Sèches et fissurées <b>19 %</b>	Ulcérées avec saignement <b>0 %</b>	<b>1 %</b>	<b>100 %</b>
<b>Dents et/ou prothèses*</b>	Propres/sans débris <b>40 %</b>	Plaque et/ou débris localisés ou prothèse sale <b>37 %</b>	Plaque généralisée et/ou débris généralisés ou prothèse sale et/ou abîmée <b>20 %</b>	<b>4 %</b>	<b>100 %</b>
<b>Gencives</b>	Roses, fermes, humides <b>80 %</b>	Rougeur(s), œdèmes, dépôts blanchâtres <b>16 %</b>	Saignements, dépôts blanchâtres épais <b>2 %</b>	<b>3 %</b>	<b>100 %</b>
<b>Langue</b>	Roses et humides, présence de papilles <b>69 %</b>	Pâteuse, moins de papilles, moins colorée <b>27 %</b>	Rougeurs, fissures, boursouffures, coloration noire <b>2 %</b>	<b>2 %</b>	<b>100 %</b>
<b>Salive</b>	Aqueuse, transparente <b>85 %</b>	Visqueuse, épaisse <b>10 %</b>	Absente, bouche sèche <b>3 %</b>	<b>2 %</b>	<b>100 %</b>
<b>Muqueuses</b>	Roses et humides <b>90 %</b>	Rougeurs, inflammations, dépôts, cloques sans ulcération <b>8 %</b>	Ulcérations avec ou sans saignements, douleurs <b>0 %</b>	<b>2 %</b>	<b>100 %</b>

\* exclusion des patients sans dent et sans prothèse soit n=198



## Méningo-encéphalite nosocomiale à *Listeria monocytogenes* Retour d'expérience

### MOTS-CLÉS

Infection nosocomiale, Listériose neuroméningée, alimentation, HACCP

### ARLIN NORD - PAS DE CALAIS

CCLIN Paris-Nord

### Période de survenue

2011

### POINT D'INFORMATION

Le diagnostic d'une encéphalite doit faire évoquer la possibilité d'une infection à *Listeria monocytogenes*. La fréquence de cette étiologie est de l'ordre de 10 % avec une létalité élevée (46 %) notamment en cas de comorbidités associées <sup>(1-3)</sup>.

### CONTEXTE

• **Description chronologique de l'événement :** Depuis le 28/03/2011, une patiente âgée de 83 ans, présentant plusieurs antécédents connus (hypothyroïdie auto-immune, cardiomyopathie hypertensive, hypercholestérolémie, néoplasie), est hospitalisée dans un service de soins de suite et de réadaptation (SSR) pour prise en charge de troubles cognitifs consécutifs à une encéphalopathie d'Hashimoto.

**Le 15/05/2011**, devant une aggravation de son état neurologique, la patiente est transférée au Centre hospitalier Universitaire (CHU) de la région.

**Le 16/05/2011**, la patiente présente une hyperthermie. Des hémocultures et une ponction lombaire mettent en évidence *Listeria monocytogenes*. Le diagnostic d'endocardite compliquée d'une méningo-encéphalite est posé. La patiente reçoit une bithérapie associant amoxicilline et gentamycine à doses méningées.

**Le 18/05/2011**, une déclaration obligatoire et un signalement sont réalisés à l'ARS et au CCLIN.

**Le 21/05/2011**, malgré une très courte période d'amélioration, le tableau neurologique de la patiente se dégrade. Elle présente d'importants troubles de la conscience qui vont évoluer vers un coma.

**Le 07/06/2011**, malgré la prise en charge, la patiente décède. En raison de nombreux facteurs aggravants, l'infection à *Listeria* ne peut être retenue comme seule cause du décès.

• **Investigations :** L'enquête alimentaire réalisée par l'ARS auprès du centre hospitalier et de la famille, n'a pas permis de mettre en évidence la consommation d'aliments suspects. Concomitamment, l'ARS sollicitera l'expertise de l'ARLIN et de la direction des services vétérinaires (DSV). Une visite conjointe de la cuisine de l'établissement a été rapidement programmée.

Outre les prélèvements réalisés (surfaces et produits alimentaires), **plusieurs non-conformités ont été relevées** dont principalement :

- vétusté des locaux
- conception et agencement des locaux ne permettant pas le respect de la marche en avant
- plan de maîtrise sanitaire et plan HACCP non formalisés
- existence de cuisines satellites qui permettaient des préparations complémentaires (mixage...)
- personnel insuffisamment formé à la maîtrise des points critiques en cuisine
- absence de procédures de bio-nettoyage des surfaces de la cuisine centrale

Des **mesures correctives immédiates** sont demandées ; parmi lesquelles :

- la suppression des préparations tranchées et moulignées,
- la sectorisation des locaux,
- l'élaboration d'un plan de maîtrise sanitaire des risques,
- le nettoyage et la désinfection des locaux et des équipements.

L'analyse des résultats des autocontrôles de l'établissement a montré l'existence de résultat positif à *Listeria monocytogenes* sur des plats témoins. Ces résultats n'avaient pas été transmis à l'équipe opérationnelle en hygiène. Les prélèvements sur la lame, le support et le plan de travail du trancheur à légumes mettront en évidence la présence de *Listeria monocytogenes*.

Ces éléments ont conduit à la fermeture de la cuisine de l'établissement par décision préfectorale. La réouverture a été assujettie à la mise en conformité des locaux, à une désinfection minutieuse des surfaces et à la réalisation de nouveaux prélèvements.

Les souches environnementales retrouvées ont été envoyées au CNR des *Listeria* pour typage et comparaison avec celle de la patiente. Les résultats ont montré une similitude entre les différentes souches.

Des réunions de travail associant les représentants de l'établissement, l'ARLIN et la DSV ont permis de suivre le projet de restructuration de la cuisine et de valider un plan d'action. Une visite de contrôle a évalué la conformité des travaux entrepris et les prélèvements microbiologiques de contrôle sont revenus négatifs. La cuisine a repris son activité le 30 juillet 2011.

[Suite >>>](#)

- **Mécanisme de transmission et hypothèses :** La transmission s'est faite par ingestion d'aliments contaminés chez une patiente âgée présentant plusieurs comorbidités. Le trancheur à légumes a été incriminé comme la source de contamination, compte tenu des similitudes entre la souche de la patiente et celles isolées sur la lame, le support et les surfaces autour du trancheur.
- **Circonstances et causes/facteurs immédiats :**
  - Défaut de désinfection des surfaces et des équipements
  - Conception et agencement des locaux ne permettant pas la sectorisation des différentes zones de travail (réception, déboitage, légumerie) et le respect de la marche en avant
- **Causes/facteurs latents (facteurs liés au patient, aux soignants, à la structure, aux tâches, à l'environnement, à l'organisation, au contexte institutionnel)**

## Utilisation de la méthode ALARM

Type de facteur	Facteurs contributifs	Exemple dans le cas rapportés
<b>Institution</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Politique et culture gestion des risques insuffisantes</li> <li>• Contraintes financières</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HACCP insuffisamment mis en œuvre à la cuisine</li> <li>• Plan de maîtrise sanitaire non formalisé</li> <li>• Travaux de rénovation non réalisés</li> </ul>
<b>Organisation et management</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisation cuisine non définie</li> <li>• Absence de définition des compétences requises</li> <li>• Formation insuffisante du personnel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence de coordination entre les différents intervenants du secteur et pas de lien établi avec l'équipe d'hygiène</li> </ul>
<b>Environnement de travail</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Locaux et matériels inadaptés ou déficients</li> <li>• Matériels manquants (absence de lave-mains)</li> <li>• Vétusté des locaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non-respect de la marche en avant</li> <li>• Hygiène des mains insuffisante</li> </ul>
<b>Équipe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence d'encadrement aux cuisines</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• défaut de coordination des acteurs</li> </ul>
<b>Tâches/Protocoles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procédures de nettoyage-désinfection absentes</li> <li>• Traçabilité des contrôles de température non formalisée</li> <li>• Autocontrôles microbiologiques non transmis à l'EOH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tâches non réalisées ou oubliées</li> <li>• Contrôles non réalisés</li> <li>• Absence d'interprétation des analyses microbiologiques des auto contrôles</li> </ul>
<b>Individu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualification inadaptée du personnel de cuisine (Pas de qualification du personnel de cuisine à la méthode HACCP)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Défaut connaissances en hygiène (précautions standard) et des bonnes pratiques</li> </ul>
<b>Patient</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patiente fragile avec des comorbidités</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évolution clinique défavorable</li> </ul>

### • Actions conduites

- Actualisation du Plan de Maitrise Sanitaire
- Réalisation de travaux pour sectoriser les différentes zones de travail et respecter la marche en avant
- Rédaction de procédures (nettoyage-désinfection, contrôle des températures...)
- Traçabilités effectives des actions
- Formalisation de l'interprétation des résultats d'autocontrôle
- Formation du personnel à la méthode HACCP

## RÉFÉRENCES

1. Mailles A et al. Épidémiologie des encéphalites infectieuses en France en 2007. BEH 2012; 16-17: 198-202.
2. Goulet V et al. Surveillance de la listériose humaine en France, 1999-2011. BEH 2012; Hors-série: 38-40.
3. Roussel S et al. Surveillance des *Listeria monocytogenes* dans les aliments. BEH 2012; Hors-série: 41-5.

# Le circuit de veille et d'alerte au niveau de l'ARS Île-de-France

Yannelle Dossou, Cécile Somarriba et Sylvie Renard-Dubois

Agence régionale de santé (ARS) IDF - Pôle veille et sécurité sanitaire

**La loi HPST (article L.1431-2 du code de la santé publique) a confié aux ARS la responsabilité d'organiser la veille sanitaire, l'observation de la santé dans leur région et les recueil et traitement des signalements d'événements sanitaires, en s'appuyant sur les observatoires régionaux de santé. Une des missions de l'ARS est de collecter et d'analyser les signaux susceptibles de présenter un risque pour la santé de la population dans une perspective d'anticipation, d'alerte et d'action précoce.**

### Un point régional unique

Conformément à la note du 20 avril 2010 du secrétariat général du ministère chargé

des Affaires Sociales, l'ARS d'Île-de-France a mis en place, dès le premier juillet 2010, une plateforme comprenant un centre de réception et régulation des alertes, une cellule régionale de veille et gestion des alertes (CRVAGS) et la cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE). Le centre de régulation des alertes est doté d'un numéro unique joignable 24h/24, d'un courriel et d'un fax.

Ce dispositif vise à offrir aux professionnels de santé et aux institutions partenaires de la veille sanitaire, un point d'entrée unique doté de coordonnées téléphoniques, mail et fax où leurs signalements (en particulier les maladies à déclaration obligatoire, les infections nosocomiales, les signalements de pollutions ou autres événements entraînant des risques sanitaires...) seront réceptionnés et pris en charge.

Au-delà de la réponse adaptée à chaque signalement, ce lieu de centralisation unique permet également une surveillance et une analyse régionale des indicateurs de la Veille sanitaire en Ile-de-France.

Une large communication vers les professionnels de santé (établissements de santé, médico-sociaux, partenaires institutionnels) a été faite à la mi-décembre 2010 dans un premier envoi de 4 600 lettres et affichettes.

### Professionnaliser la veille

La création de l'ARS a été l'occasion de restructurer la veille sanitaire autour d'une équipe régionale et de huit équipes départementales. L'enjeu du dispositif est d'offrir un lieu de signalement unique au niveau régional, la plate-forme de veille sanitaire, pouvant répondre 24h/24 et garantir une permanence de la réponse (investigation et gestion) par des équipes formées aux techniques de veille et de gestion qui s'appuient sur des procédures partagées, et un système d'information unique.

### En ce qui concerne les infections nosocomiales

Le cadre réglementaire est précisé par l'article R6111-17 du code de la santé publique, modifié par le Décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 - art. 2: « *Lorsqu'un ou plusieurs cas d'infections nosocomiales ont été détectés et que leur nature correspond à un ou plusieurs des critères de signalement définis à l'article R. 6111-13, le professionnel de santé chargé du signalement y procède sans délai auprès du directeur général de l'agence régionale de santé et du directeur du centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales de l'interrégion* ».

Les textes qui précisent les recommandations aux établissements de santé et aux DDASS (actuellement les délégations territoriales de l'ARS) sur les critères de signalement, l'organisation interne des établissements de santé et le rôle des intervenants extérieurs dans le dispositif de signalement, notamment la circulaire DHOS\ E2-DGS\SD5C N° 21 du 22 janvier 2004 relative au signalement des infections nosocomiales et à l'information des patients dans les établissements de santé, restent en vigueur.

### Partager avec les partenaires institutionnels dans l'ARS IDF et en dehors de l'ARS

Chaque jour, un partage des signaux se fait entre le niveau régional et départemental ainsi qu'avec la Cire avec émission d'un point quotidien des alertes à destination des permanenciers d'astreinte et des différentes directions régionales et délégations territoriales.

Chaque vendredi, un échange élargi a lieu entre la cellule régionale (CRVAGS), la Cire, la cellule de coordination des vigilances, la cellule qualité des soins dépendant de la direction de l'offre de soins, le département défense et sécurité afin de partager l'ensemble des alertes de la semaine et réaliser le bulletin hebdomadaire des signalements. Toutes les trois semaines, des représentants de l'antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales de l'Île de France (ARLIN) - voire du CCLIN Paris-Nord - participent à cette réunion

[Suite >>>](#)

Ce partage régulier permet de suivre l'évolution de la gestion des différents signalements en rapport avec des infections associées aux soins.

## Description des signaux

Les analyses présentées ci-dessous sont issues du tableau de régulation mis en place en décembre 2010, dans lequel sont enregistrés quotidiennement les signaux reçus par téléphone, fax ou mail. Sur l'année 2011, un total des 4447 signalements a été traité.

**Répartition mensuelle de l'ensemble des signaux reçus (figure 1) :** Les deux tiers des informations traitées par la plateforme régionale, sont des signaux liés au risque infectieux : les maladies à déclaration obligatoire (63 % de l'ensemble des signaux),

les parasitoses (gale, giardiase) et autres infections (coqueluche, maladie de Lyme, gastroentérites aiguës (GEA), infections respiratoires aiguës basses (IRAB), grippe.

Les signalements d'infections nosocomiales représentent 7 % de l'ensemble des signaux reçus sur la plateforme régionale.

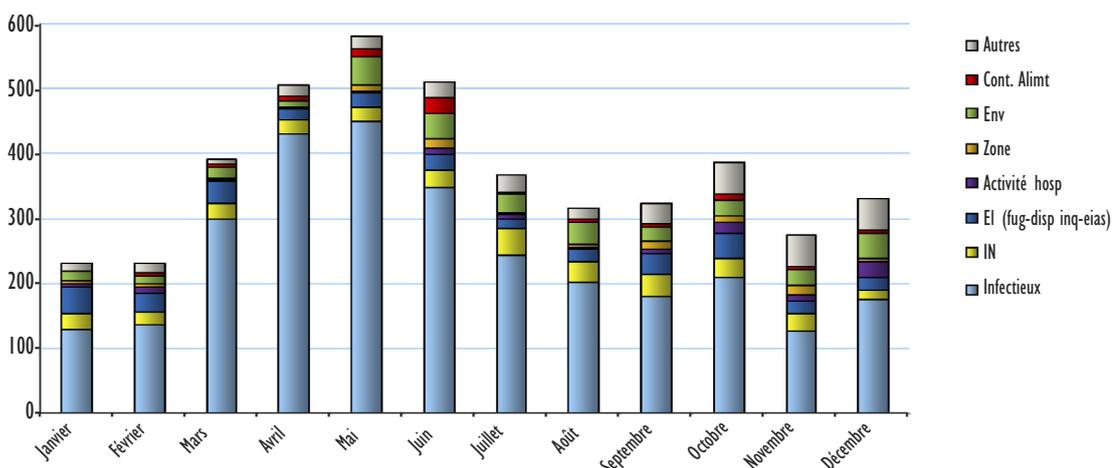
## Répartition des signalements d'infection nosocomiale par direction territoriale (figure 2)

La petite couronne (93, 94, 92) et Paris (75) ont signalé 214 infections nosocomiales, soit 69 % de l'ensemble des signalements d'infections nosocomiales reçus en 2011.

Cette répartition coïncide avec le nombre d'établissements de santé plus élevé à Paris et en petite couronne.

Figure 1

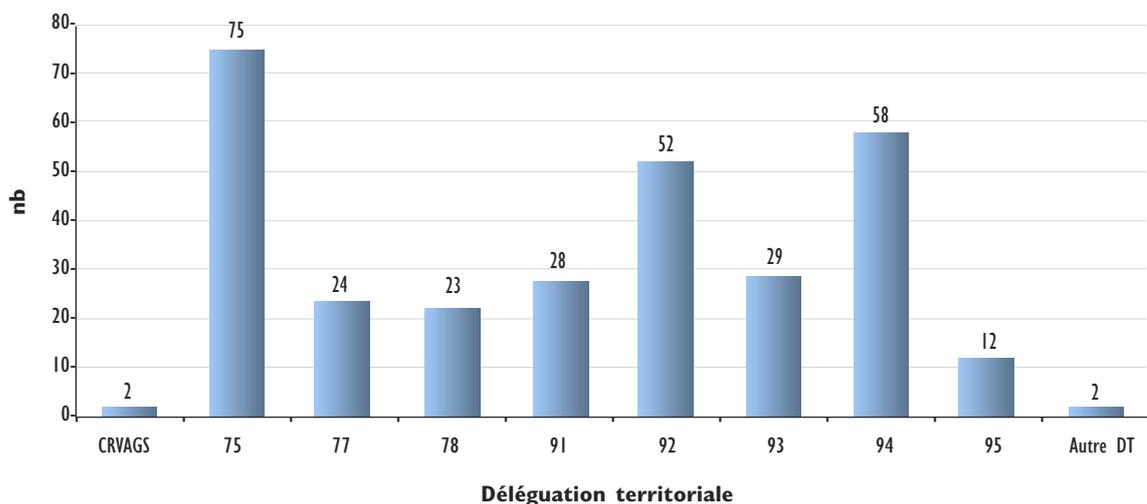
Répartition mensuelle des signaux reçus au CRRSS en 2011



Cont. Alimt : contamination alimentaire - Env : signal environnemental - El : événement indésirable - IN : infection nosocomiale

Figure 2

Répartition par direction territoriale (DT), des signalements d'infection nosocomiale reçus en 2011



## Répartition mensuelle des signalements d'infections nosocomiales reçues en 2011 et au premier trimestre 2012 (figure 3)

Un pic de signalements d'infections nosocomiales (n=39) est observé au mois de juillet 2011. Il correspond à une épidémie de bactéries multirésistantes émergentes (entérocoques résistants aux glycopeptides mais surtout entérobactéries productrices de carbapénèmes) sévisant dans plusieurs établissements franciliens, essentiellement dans des services de réanimation. Elle a entraîné des fermetures de site dans une période estivale déjà extrêmement fragile en matière d'offres de soins. Dans la plupart des cas, un lien avec l'étranger était retrouvé: rapatriement sanitaire, hospitalisations à l'étranger dans l'année précédente ou séjours à l'étranger.

Au premier trimestre 2012, les signalements d'infections nosocomiales représentent 4 % de l'ensemble des signaux reçus, soit 59 signaux sur un total de 1368.

Depuis le 5 décembre 2011, un outil de gestion dématérialisé du signalement externe des infections nosocomiales e-SIN a été mis en place. Il permet le télésignalement via une application sécurisée accessible par Internet. Les signaux émis par les établissements de santé peuvent être ainsi gérés en temps réel par l'établissement émetteur et l'ensemble des acteurs concernés: CCLIN, ARLIN et ARS. Dans cette première année, ce nouveau dispositif n'a pas encore complètement remplacé les envois par fax. Il faut espérer que cette diminution relative des signaux ne soit pas liée à la mise en place de ce nouvel outil et à d'éventuelles difficultés d'appropriation mais bien à un succès de la lutte contre les infections nosocomiales. ■

Répartition mensuelle des déclarations d'infections nosocomiales, reçues en 2011 et au premier trimestre 2012

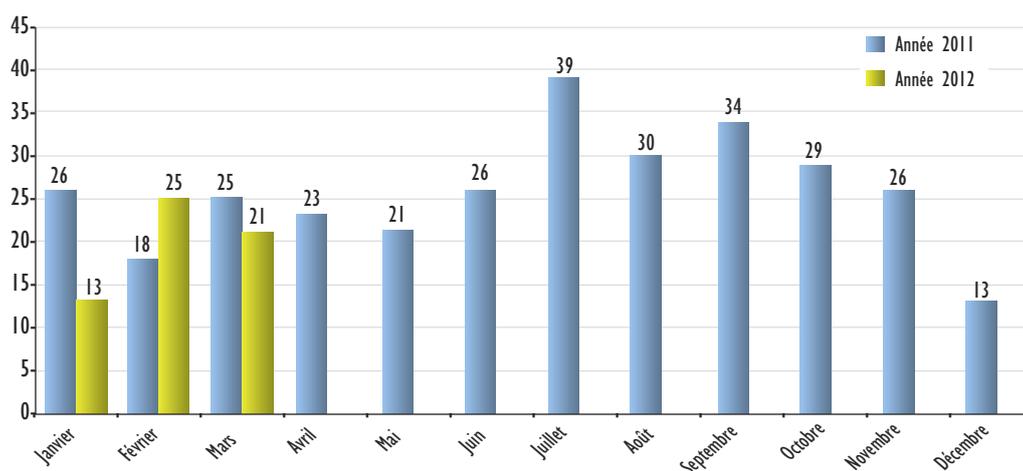
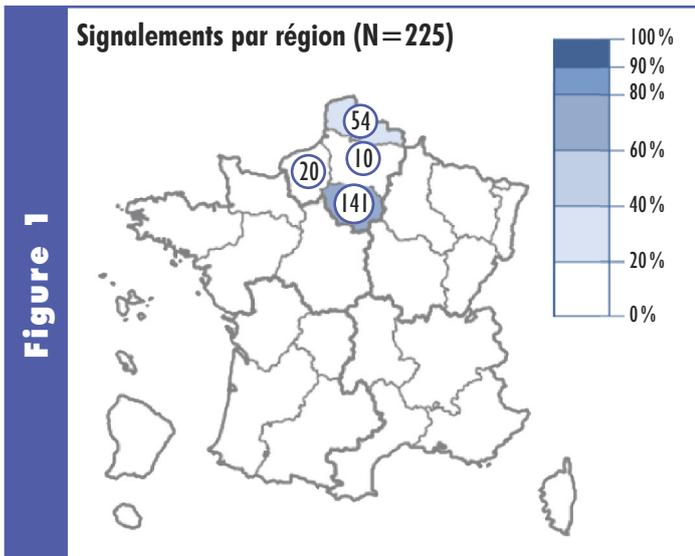


Figure 3

# Bilan des signalements CCLIN Paris-Nord

(1<sup>er</sup> décembre 2011 – 1<sup>er</sup> juin 2012)

225 fiches de signalement, 46 % de cas groupés  
Établissements publics : 82 %, privés : 13 %, Espic : 5 %

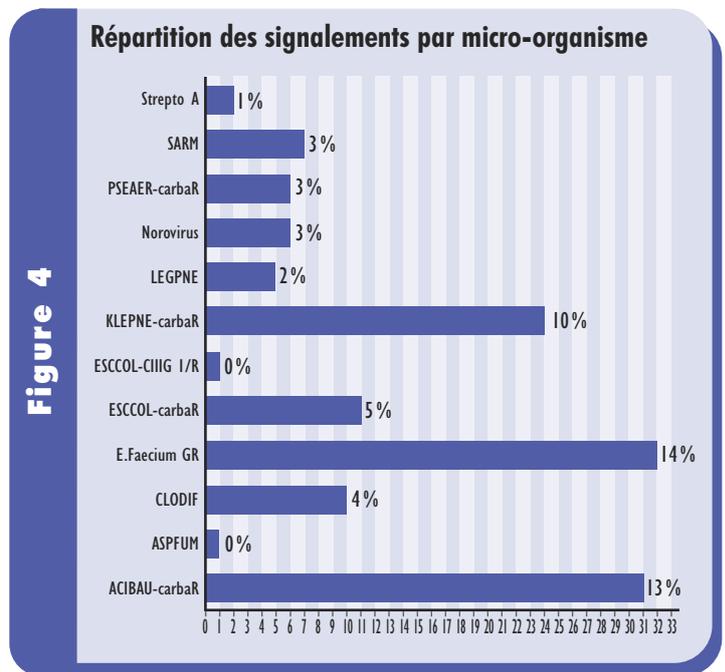
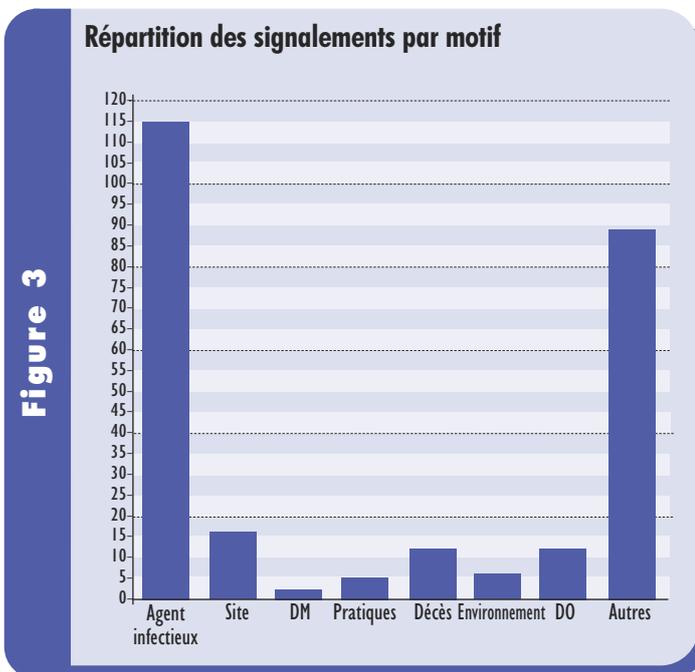


**Tableau 1**

Signalement d'épisodes liés à des bactéries émergentes

Bactérie émergente	Ile-de-France	Haute Normandie	Nord Pas-de-Calais	Picardie	Total
EPC <sup>1</sup>	34	0	2	1	37
ERV <sup>2</sup>	30	1	5	0	36
ABRI <sup>3</sup>	16	0	16	2	34
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>1</b>	<b>23</b>	<b>3</b>	<b>107</b>

<sup>1</sup> Entérobactérie productrice de carbapénémase  
<sup>2</sup> Entérocoque résistant à la vancomycine  
<sup>3</sup> *Acinetobacter baumannii* résistant à l'imipenem



**Investigations importantes :**

Plusieurs signalements en endoscopie pour ce qui concerne des défauts structurels et d'organisation :

- méconnaissance de certaines particularités dans la conception interne de ces dispositifs médicaux et en conséquence, procédure inadaptée pour leur nettoyage/désinfection,
- méconnaissance et mauvaises pratiques d'utilisation d'un laveur désinfecteur.

Deux de ces dysfonctionnements ont conduit à une information et à des rappels de patients.



## Evaluation of the national Cleanyourhands campaign to reduce *Staphylococcus aureus* bacteraemia and *Clostridium difficile* infection in hospitals in England and Wales by improved hand hygiene: four year, prospective, ecological, interrupted time series study

Stone SP *et al* - BMJ 2012; 344:e3005

**Dans cet article, les auteurs évaluent l'impact de la campagne d'hygiène des mains britannique sur les commandes de solution hydro-alcoolique et de savon liquide et sur l'incidence des bactériémies à *S. aureus* et des infections à *C. difficile*. Les auteurs étudient ensuite l'association entre ces commandes et ces mêmes infections.**

**Objectif :** afin de diminuer l'incidence des bactériémies à SARM (*S. aureus* résistant à la méticilline) et SASM (*S. aureus* sensible à la méticilline) ainsi que des infections à *C. difficile*, une campagne sur le lavage des mains a été lancée en 2004 au Royaume-Uni. Des chercheurs de l'University College of London (UCL) ont analysé les résultats de l'impact de cette campagne de 2004 à 2008.

**Méthode :** cette campagne consistait en une mise à disposition au lit du patient de solutions hydro-alcooliques (SHA), de supports pour la promotion de l'hygiène des mains et des audits réguliers sur ce thème. La campagne a débuté en décembre 2004 et a duré jusqu'à fin juin 2005 et l'enquête s'est déroulée en trois phases : 6 mois avant la campagne, pendant la campagne et jusqu'à 36 mois après la campagne. L'analyse a été conduite sur chaque trimestre.

**Résultats :** 187 groupes hospitaliers d'Angleterre et de Pays de Galles étaient concernés par cette enquête.

**Commandes des produits :** à la fin de l'étude, les commandes de SHA étaient passées de 3,4 mL à 26 mL/ JH. Cette augmentation est significative entre chaque partie de l'enquête ainsi qu'après des rappels de cette campagne fin juin 2006 et mise à disposition de nouveaux posters en octobre 2007.

**Incidence des infections :** les données pour les bactériémies à SARM n'étaient disponibles que pour 170 établissements tandis que les données pour les bactériémies à SASM et les infections à *C. difficile* ne l'étaient que pour 165 établissements.

L'incidence des infections à SARM est passée de 1,88 cas pour 10 000 JH au début de l'étude à 0,91 cas pour 10 000 JH à la fin de l'étude. L'incidence des infections à *C. difficile* est passée de 16,75 cas pour 10 000 JH à 9,49 cas pour 10 000 JH à la fin de l'étude sachant qu'au début de chaque année l'incidence des infections était plus importante que le reste de l'année donc la diminution n'est pas rectiligne.

L'incidence des infections à SASM n'a pas montré de diminution, passant de 2,67 cas pour 10 000 JH au début de l'étude à 3 cas pour 10 000 JH à la fin de l'étude.

**Association entre volume de produit et incidence des infections :** les auteurs ont trouvé une association indépendante entre la commande de savons et l'incidence des infections à *C. difficile*. Chaque mL consommé en plus permettait de diminuer de 0,7 % le taux des infections à cette bactérie.

De même, une association a été trouvée entre la commande de SHA et l'incidence des infections à SARM. Chaque mL en plus permettait de diminuer de 1 % le taux d'infection à cette bactérie mais seulement après la dernière année de l'étude.

**Discussion :** Aucune des mesures prises n'a permis une diminution des infections à SASM contrairement aux infections à SARM plus liées à la transmission croisée et, donc, plus sensibles à l'observance de l'hygiène des mains des personnels de santé.

**Conclusion :** Cette étude permet de montrer l'effet positif d'une campagne menée sur plusieurs années et selon différents axes (accessibilité des produits, réactualisation des supports de communication, évaluations) sur deux types d'infections particulièrement liées à la transmission croisée.

Florence Bekaert, interne en pharmacie



## France

### SFAR 2012 (Société Française d'Anesthésie-Réanimation)

Du 19 au 22 septembre 2012 - Paris

[www.sfar2012.com](http://www.sfar2012.com)

### 1<sup>re</sup> Journée de formation et d'échanges Hygiène, risques et qualité chez la personne âgée.

**Thème: Le pied de la personne âgée, La nutrition en gériatrie: problématiques et réponses**

27 septembre 2012 - Lyon

[www.healthandco.fr](http://www.healthandco.fr)

### 22<sup>e</sup> Journée sur les dispositifs médicaux Euro-Pharmat

Du 9 au 11 octobre 2012 - Lille

[www.euro-pharmat.com/journeeslilleprogramme.asp](http://www.euro-pharmat.com/journeeslilleprogramme.asp)

### Colloque infections nosocomiales et orthopédie

19 octobre 2012 - Paris

[www.le-clef.fr](http://www.le-clef.fr)

### 57<sup>es</sup> Journées internationales de biologie

Du 7 au 9 novembre 2012 - Paris

[www.jib-sdbio.fr](http://www.jib-sdbio.fr)

### 32<sup>e</sup> RICAI. Réunion interdisciplinaire de chimiothérapie anti-infectieuse

22-23 novembre 2012 - Paris

[www.ricai.org](http://www.ricai.org)

### XIV<sup>es</sup> Journées internationales de la qualité hospitalière et en santé

26-27 novembre 2012 - Paris

[www.jiqhs.fr](http://www.jiqhs.fr)

### 35<sup>es</sup> Journées régionales d'hygiène hospitalière et de prévention des infections nosocomiales

13-14 décembre 2012 - Strasbourg

[www.jrhh.org/congres/index.php](http://www.jrhh.org/congres/index.php)



## International

### 52<sup>nd</sup> ICAAC (Interscience conference on antimicrobial agents and chemotherapy)

Du 9 au 12 septembre 2012 - San Francisco (USA)

[www.icaac.org/](http://www.icaac.org/)

### 13<sup>e</sup> Rencontre internationale francophone des infirmiers et infirmières en hygiène hospitalière

4-5 octobre 2012 - Luxembourg

[www.rehazenter.lu](http://www.rehazenter.lu)

### IDWeek 2012. A Joint Meeting of IDSA, SHEA, HIVMA, and PIDS

Du 17 au 21 octobre 2012 - San Diego (USA)

[www.idweek.org](http://www.idweek.org)

### 29<sup>th</sup> Conference ISQua (International society for quality in health care)

Du 21 au 24 octobre 2012 - Genève (Suisse)

[www.isqua.org](http://www.isqua.org)

### 8<sup>th</sup> HIS (Hospital infection society)

Du 19 au 21 novembre 2012 - Liverpool

[www.hisconference.org.uk](http://www.hisconference.org.uk)

### International conference on prevention and infection control (ICPIC)

Du 25 au 28 juin 2013 - Genève (Suisse)

## Agenda ARLIN/CCLIN

### Rencontre destinée aux représentants des usagers

18 septembre 2012 - Lille

### Réunion des EOH - 2 octobre 2012 - Lille

### 5<sup>e</sup> Journée Régionale de formation en Hygiène pour le personnel des Établissements Médico-Sociaux (FOREMS 2012) - 9 octobre 2012 - Amiens

### Rencontre des infirmières hygiénistes de l'inter-région - 18 octobre 2012 - Paris

### 8<sup>e</sup> Journée régionale destinée aux représentants des usagers - 23 octobre 2012 - Amiens

### Hygiène et prévention du risque infectieux en Établissements Médico-Sociaux

Novembre 2012 - Rouen

### 18<sup>e</sup> Rencontre d'hygiène hospitalière, de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins (NOSOPICARD 2013) - 19 mars 2013 - Amiens



### CCLIN Paris-Nord

Site Broussais - 96 rue Didot

75014 Paris

Tél.: 01 40 27 42 13

Fax: 01 40 27 42 17

<http://www.cclinparisnord.org>

Responsable de la rédaction: P. Astagneau

Comité de rédaction: P. Astagneau, H. Blanchard, K. Blanckaert, A. Brenet, J.M. Germain, Z. Kadi, D. Landriu, F. L'Hériveau, I. Novakova, Y. Ollivier, E. Seringe, D. Thillard, D. Verjat - Secrétariat de rédaction: K. Lebasacle

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