



Sommaire

RÉSEAUX DE SURVEILLANCE

- 2 Réseau BMR: résultats 2011
- 5 AES: résultats de la surveillance 2011
- 7 NEOCAT: résultats de la surveillance 2011

EN DIRECT DES ÉTABLISSEMENTS

- 10 Fonctionnement du réseau CoCLINNOR

EHPAD, FAM ET MAS

- 12 Hygiène et gestion du risque infectieux en foyers d'accueil médicalisé et maisons d'accueil spécialisées

MISE AU POINT/BONNES PRATIQUES

- 15 Instillation de collyre après chirurgie de la cataracte: une plaquette d'information destinée aux patients

AUDIT / ÉVALUATION DES PRATIQUES

- 17 Quick audit 2011 « zéro bijoux » en Haute-Normandie
- 19 Enquête sur la gestion des excréta dans les hôpitaux de l'AP-HP

SIGNALEMENT

- 21 Infections cutanées en gériatrie associée à la pose et l'entretien de cathéters pour hypodermoclyse
- 24 Épidémie ICD 027: actualité en 2012 dans l'inter-région
- 25 Tableau de bord du CCLin Paris-Nord

LU POUR VOUS P. 27

CONGRÈS P. 28

Le temps du bilan et des vœux

Le début d'une nouvelle année est traditionnellement l'occasion de faire un bilan sur celle qui vient de s'écouler. Voilà quelques faits à souligner pour 2012... Les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins viennent de faire l'objet de leur publication annuelle dans le cadre de la 2^e édition de semaine de la sécurité des patients. La vocation de ces indicateurs est double: outil de pilotage pour les établissements de santé et outil d'information, de transparence¹ pour les usagers du système de santé. Concernant les infections associées aux soins, une seconde génération d'indicateurs a été publiée pour la première fois en 2012 (ICALIN2, ICABMR, ICALISO). L'évolution de l'indicateur ICSHA avait commencé avec les données 2010. Quant à ICATB, la version 2 – dont les modalités de calcul ont été précisées – sera mise à disposition publique en 2014 (avec les données 2013).

D'autres indicateurs, notamment de résultats, sont en cours de discussion. Ces derniers suscitent de multiples interrogations et, plus particulièrement, quant à l'intérêt de leur diffusion publique. La Société Française d'Hygiène Hospitalière vient de publier un document² faisant le point sur les risques et les enjeux du « public reporting ». Dans ce bulletin, vous trouverez une synthèse des résultats pour notre inter-région en comparaison avec ceux de la France.

Autre point à noter en 2012, la généralisation du déploiement de l'outil de télé-signallement des infections nosocomiales: e-SIN. Cet outil devrait favoriser le partage d'information en permettant un échange entre les acteurs du signallement en donnant accès de manière anonymisée à la base nationale des signalements. Il est aussi possible de produire un rapport au format PDF décrivant les caractéristiques des signalements de son établissement. Des documents d'information, dont la *Lettre du signallement des infections nosocomiales*, sont disponibles sur le site de l'InVS³. Il ne faut pas oublier l'enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales pour laquelle, comme toujours, un nombre très important d'établissements de santé s'est mobilisé. Les résultats au prochain numéro...

Concernant le secteur médico-social, l'actualité a également été importante avec l'engagement des établissements dans la réalisation d'un document d'analyse du risque infectieux (Dari) pour les Ehpad et les structures d'accueil pour personnes handicapées (Fam et Mas). Le réseau CCLin/Arclin s'implique également pour aider et accompagner ces structures (cf. les résultats de l'enquête menée dans en Haute- Normandie).

Enfin, 2012 a aussi vu la proposition d'une nouvelle gouvernance pour le réseau CCLin/Arclin dont les objectifs sont de gagner en efficacité et de préciser le positionnement de chacun à l'égard des différents partenaires. Un comité directeur a été mis en place et un des premiers travaux de ce réseau vous est présenté dans ce bulletin (nouveau site internet du réseau). Je vous souhaite une très belle année 2013!

Dr Jeanne-Marie Germain
Coordonnatrice Arclin Haute-Normandie

¹ Les résultats de chaque établissement sont consultables sur le site Platines : www.sf2h.net

² www.sf2h.net

³ <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-associees-aux-soins/Signalement-et-alertes/Signalement-externe-des-infections-nosocomiales>

Réseau BMR – Résultats de la surveillance 2011

Cclin Paris-Nord hors AP-HP



Isabelle Arnaud, Hervé Blanchard - Cclin Paris-Nord

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

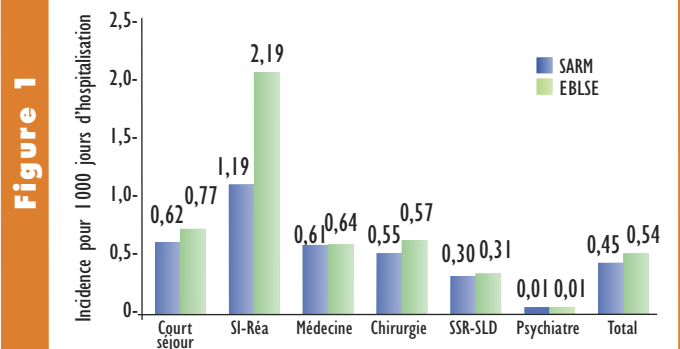
Les BMR surveillées sont les *Staphylococcus aureus* résistants à la méthicilline (SARM) et les entérobactéries productrices de bêta-lactamase à spectre étendu (EBLSE). Ne sont incluses après dédoublement que les souches isolées de prélèvements à visée diagnostique. Les indicateurs utilisés sont la proportion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

En 2011, 147 laboratoires (représentant 164 établissements différents de l'interrégion Paris-Nord) ont participé à cette surveillance (ils étaient 35 en 1996). La surveillance BMR 2011 a porté sur 410 618 admissions et 3 795 431 journées d'hospitalisation en Court Séjour (dont 1 737 733 en soins intensifs-réanimation (SI-Réa), 1 002 664 en médecine, 562 385 en chirurgie), 1 206 048 journées d'hospitalisation en soins de suite et de réadaptation (SSR) et en soins de longue durée (SLD) et 417 697 journées en psychiatrie.

Au cours de la surveillance, 7 063 *Staphylococcus aureus* ont été isolés (24,3 % de SARM) et 2 059 EBLSE dont les principales espèces étaient *Escherichia coli* (61,4 %), *Klebsiella pneumoniae* (19,2 %), *Enterobacter cloacae* (11,3 %) et *Enterobacter aerogenes* (3,2 %). La figure 1 montre l'incidence globale des SARM et des EBLSE par service (1 cas = 1 malade avec au moins un prélèvement à visée diagnostique) pour 1 000 journées d'hospitalisation.

Les informations sur le lieu d'acquisition des BMR ont montré que 46,3 % des souches de SARM et 49,9 % des EBLSE étaient acquises dans le service d'hospitalisation du malade.

Incidence des SARM et des EBLSE pour 1 000 journées d'hospitalisation par service en 2011



L'étude des résistances associées montre que :

- Les SARM sont majoritairement sensibles à la gentamicine (92,9 %), au cotrimoxazole (97,1 %), à la pristinaamycine (88,2 %), à la rifampicine (95,3 %), à l'acide fusidique (83,8 %), à la fosfomycine (93,1 %), au chloramphénicol (94,8 %), à la vancomycine (99,9 %) et à la teicoplanine (99,7 %). Ils restent globalement très résistants aux fluoroquinolones (8,2 % de sensibilité). La sensibilité à la tobramycine est de 63,6 % et à l'érythromycine de 58,6 %.
- Les entérobactéries productrices de BLSE sont sensibles à la gentamicine pour 54,8 % des souches, à l'amikacine pour 74,3 % et à la tobramycine pour 43,1 %. 99,3 % des souches sont sensibles à l'imipénème, 21,2 % des souches aux quinolones classiques, et 28,8 % à la ciprofloxacine.

Suite >>>

Évolution de l'incidence des SARM et des EBLSE de 2005 à 2011 pour la cohorte des 70 établissements ayant participé chaque année à l'enquête BMR entre 2005 et 2011*

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	p**
Incidence pour 1 000 jours d'hospitalisation								
SARM								
Tous Services	0,73	0,65	0,58	0,56	0,51	0,47	0,48	<10 ⁻³
CS	0,85	0,85	0,77	0,78	0,67	0,64	0,64	<10 ⁻³
dont SI-réa	2,31	2,11	1,73	1,61	1,46	1,25	1,19	<10 ⁻³
dont médecine	0,79	0,89	0,82	0,86	0,63	0,70	0,64	
dont chirurgie	0,75	0,76	0,64	0,64	0,60	0,48	0,59	
SSR-SLD	0,48	0,46	0,38	0,31	0,33	0,28	0,27	<10 ⁻³
EBLSE								
Tous Services	0,22	0,20	0,28	0,33	0,41	0,47	0,56	<10 ⁻³
CS	0,25	0,27	0,37	0,44	0,54	0,63	0,76	<10 ⁻³
dont SI-réa	0,88	0,80	0,99	1,19	1,49	1,53	1,98	<10 ⁻³
dont médecine	0,22	0,30	0,36	0,40	0,49	0,54	0,64	
dont chirurgie	0,20	0,21	0,36	0,37	0,38	0,52	0,61	
SSR-SLD	0,16	0,12	0,19	0,22	0,26	0,26	0,31	<10 ⁻³
Incidence pour 100 admissions en court séjour								
SARM	0,53	0,51	0,44	0,46	0,37	0,35	0,34	
EBLSE	0,16	0,16	0,21	0,26	0,30	0,35	0,41	

* souches isolées de prélèvement à visée diagnostique et après dédoublement

** test de Régression de Poisson.

Figure 2

Évolution de l'incidence / 1000 JH des SARM et des EBLSE entre 2005 et 2011 (cohorte de 70 ES)

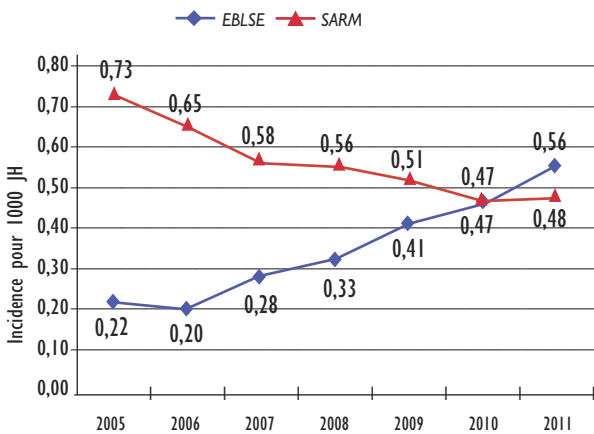
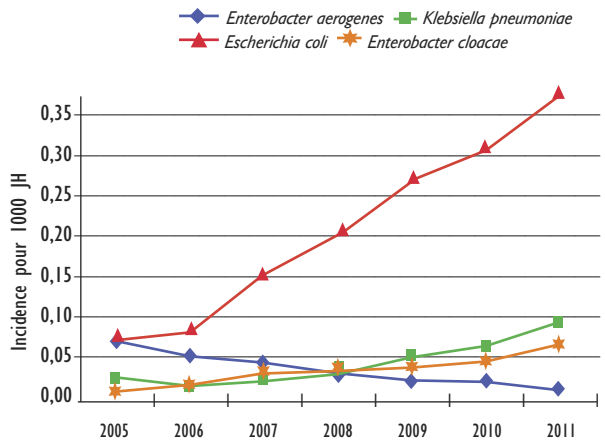


Figure 3

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



Évolution du groupe de laboratoires ayant participé chaque année de 2005 à 2011

On observe pour les 70 laboratoires qui ont participé aux sept dernières années de surveillance (2005 à 2011), une diminution de l'incidence globale des cas SARM depuis 2005 (0,73 à 0,48/1 000 JH). Cette évolution est observée en court séjour, 0,85 à 0,64/1 000 JH, et en SSR-SLD (0,48 à 0,27/1 000 JH). En réanimation, l'incidence a beaucoup diminué (2,31 à 1,19/1 000 JH) entre 2005 et 2011 (tableau I). Pendant la même période, l'incidence des EBLSE a augmenté de 0,22 à 0,56/1 000 JH. Ces tendances sont retrouvées quelque soient les services concernés : court séjour (0,25 à 0,76/1 000 JH), réanimation (0,88 à 1,98/1 000 JH) et SSR-SLD (0,16 à 0,31/1 000 JH).

On note la part toujours croissante des *Escherichia coli* au sein des EBLSE dont la proportion passe de 35,0 % en 2005 à 63,6 % en 2011.

L'incidence des *E. coli* augmente, comme indiqué sur la figure 2, de 0,08 à 0,36/1 000 JH entre 2005 et 2011. L'incidence des *Enterobacter cloacae* montre aussi une tendance à l'augmentation (0,01 à 0,06/1 000 JH), de même que celle des *Klebsiella pneumoniae* (0,03 à 0,09/1 000 JH). Au contraire, l'incidence des *Enterobacter aerogenes* diminue de 2005 à 2011 (0,07 à 0,02 /1 000 JH).

Conclusion

Au sein des 70 laboratoires qui participent à la surveillance depuis 2005, l'incidence des SARM (prélèvements à visée diagnostique) a diminué significativement ($p < 10^{-3}$) dans tous les services (tableau I). Ce résultat reflète très probablement l'impact des mesures de prévention.

Parallèlement, l'incidence des entérobactéries productrices de BLSE continue d'augmenter. En particulier les *E. coli* qui constituent maintenant plus de la moitié de ces souches, soit une incidence d'*E. coli* de 0,36/1 000 JH (figure 3).

Devant cette augmentation alarmante, des recommandations pour la maîtrise de la diffusion des *E. coli* BLSE ont été rédigées par un groupe d'experts : « Recommandations relatives aux mesures à mettre en œuvre pour prévenir l'émergence des entérobactéries BLSE et lutter contre leur dissémination. » (HCSP, février 2010, 71 pages).

De plus, l'émergence des EBLSE préfigure l'émergence déjà constatée des souches d'entérobactéries productrices de carbapénémase (S. Vaux et al, EuroSurveill 2011, <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19880>). Ce phénomène d'émergences successives est favorisé par la pression de sélection des antibiotiques à spectre de plus en plus étendu, qui à termes pourrait aboutir à l'impasse thérapeutique. Des recommandations pour la prévention de la transmission croisée de ces bactéries émergentes ont été éditées par les autorités de santé. Elles sont en cours de réévaluation par le Haut Conseil de la santé publique et la Société Française d'Hygiène Hospitalière (plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016, 84 pages). ■

Nous tenons à remercier tous les établissements ayant participé au réseau BMR 2011

Coordination : H. Blanchard, V. Jarlier

Rapport complet de la surveillance disponible sur le site internet du Cclin : www.cclinparisnord.org

Depuis 2012, une application informatique en ligne (outil WebBMR), développée par Isabelle Arnaud pour le Cclin Paris-Nord, est disponible pour les référents du réseau BMR. L'application 2013 sera développée sur le même modèle.

Calendrier 2013 des réseaux de surveillance

	Période d'enquête	Inscription	Retour limite des données	Coordonnateurs
AES (rétrospectif) données 2012	du 1 ^{er} janvier au 31 décembre 2012	terminée	31 mars 2013	François L'Hériteau Cécilia Champion
AES données 2013	du 1 ^{er} janvier au 31 décembre 2013	toute l'année 2013	31 mars 2014	François L'Hériteau Cécilia Champion
ATB (rétrospectif) données 2012	du 1 ^{er} janvier au 31 décembre 2012	jusqu'au 28 février 2013	30 avril 2013	François L'Hériteau Ludivine Lacavé
BMR	du 1 ^{er} avril au 30 juin 2013	mars à septembre 2013	15 septembre 2013	Hervé Blanchard Isabelle Arnaud
INCISO	du 1 ^{er} janvier au 30 juin 2013	janvier à avril 2013	15 septembre 2013	François L'Hériteau Cécilia Champion
NEOCAT (rétrospectif) données 2012	du 1 ^{er} janvier au 31 décembre 2012	terminée	31 janvier 2013	François L'Hériteau Ludivine Lacavé
NEOCAT données 2013	du 1 ^{er} janvier au 31 décembre 2013	toute l'année 2013	31 janvier 2014	François L'Hériteau Ludivine Lacavé
REA	<ul style="list-style-type: none"> du 1^{er} janvier au 30 juin 2013 du 1^{er} janvier au 31 décembre 2013 (facultatif) 	janvier à avril 2013	30 septembre 2013 31 mars 2014 (facultatif)	François L'Hériteau Cécilia Champion

AES → Accidents exposant au sang

ATB → Consommation d'antibiotiques

BMR → Bactéries multi-résistantes aux antibiotiques

INCISO → Infections du site opératoire

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

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



Résultats de la surveillance des AES 2011

Cécilia Campion, François L'Hériteau - CCLin Paris-Nord

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

Au cours de l'année 2011, un total de 3941 AES a été recensé dans 121 établissements de l'interrégion Nord ayant participé au réseau, dont 50 % sont de statut public.

Les personnels de soins paramédicaux ont notifié la plupart des AES (2319 soit 58,8 %). Parmi eux, les infirmières (infirmières, infirmières de bloc opératoire, infirmières anesthésistes et surveillantes de soins) étaient les principales victimes avec 1757 AES. Les médecins ont notifié 150 AES et les chirurgiens en ont notifié 116.

Les AES déclarés se répartissaient en 2971 accidents percutanés (APC : 2623 piqûres et 348 coupures) et 890 projections (636 oculaires ou sur le visage, et 167 sur peau lésée).

Les mécanismes les plus fréquents des APC étaient la manipulation d'aiguilles (49,2 %) et d'instruments souillés (26,1 %). Le mécanisme permettait de présumer que l'AES aurait pu être évité par le respect des précautions standard dans 35 % des APC. Le mécanisme de ces APC (en insistant sur les APC évitables) est précisé sur le tableau 1.

La tâche en cours lors des APC survenus en recapuchonnant une aiguille était le plus souvent (71,4 %) une injection sous-cutanée. Le matériel en cause était le plus souvent des aiguilles sous-cutanées (14,1 %) et les stylos injecteurs d'insuline (13 %). La tâche au cours de laquelle sont survenus les APC en désadaptant une aiguille était une injection sous-cutanée dans 60,4 % des cas. Ici, le matériel en cause était le plus souvent un stylo injecteur d'insuline (21,2 %). Les APC liés à des objets traînants sont survenus principalement lors de manipulation et le transport de déchet (27,5 %), le nettoyage (25,3 %) et le rangement (13,7 %).

Parmi les 2004 APC où la présence d'un collecteur d'objets piquants tranchants (OPT) n'était pas jugée sans objet, ce collecteur était absent dans 28,1 % des cas. Cependant, parmi les 735 APC où la présence d'un collecteur était jugée « sans objet », la tâche en cours était souvent des tâches en dehors du contact direct avec le patient (34,3 %). Viennent ensuite les gestes chirurgicaux (26 % dont plus des deux tiers avec l'aide d'une autre personne) et les gestes infirmiers (19 %).

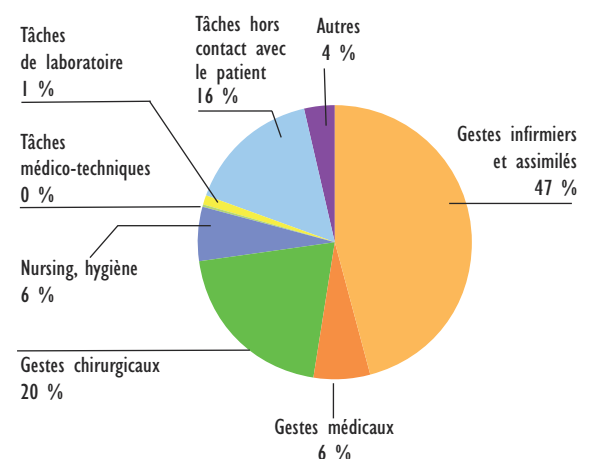
Le personnel concerné a déclaré ne pas porter de gants dans 745 APC (26,4 %).

Mécanisme des APC

Tableau 1

	n	% (n=2971)
Manipulation d'aiguille		
En recapuchonnant	192	6,5 %
En désadaptant	149	5,0 %
Manipulation d'instruments souillés		
Pose dans un plateau	250	8,4 %
Traînant	284	9,6 %
Passage de la main à la main	39	1,3 %
Manipulation de lame		
Section, ablation (tubulure, fils...)	25	0,8 %
Désadaptation de lame	21	0,7 %
Manipulation de conteneurs OPT		
Matériel saillant du conteneur trop plein	32	1,1 %
Mal fermé	6	0,2 %
Mal cliqué	2	0,1 %

Figure 2



La victime de l'AES n'était pas vaccinée contre l'hépatite virale B dans 0,2 % des cas et son statut vaccinal était inconnu dans 0,1 % des cas. La tâche en cours lors de l'APC était un soin infirmier ou assimilé dans 47 % des cas (injection et prélèvement sanguin le plus souvent), un geste chirurgical dans 20 % (dont moins d'1/3 concernaient

[Suite >>>](#)

Incidence des AES pour 100 lits ou 100 personnels par an

	N	AES		APC	
		Taux d'incidence	IC _{95%}	Taux d'incidence	IC _{95%}
LITS	121	7,9	[7,8 - 8,3]	6,1	[5,9 - 6,3]
PERSONNELS PARA-MÉDICAUX					
Infirmier(e)s	117	5,8	[5,5 - 6,1]	4,3	[4,1 - 4,6]
IBODE	93	12	[9,6 - 14,3]	10,5	[8,3 - 12,7]
IADE	90	3,3	[2,2 - 4,3]	2,7	[1,7 - 3,7]
Aide-soignant(e)s	116	1,4	[1,2 - 1,5]	1	[0,8 - 1,1]
Puéricultrices	91	1,9	[1 - 2,8]	1,7	[0,9 - 2,6]
Auxiliaires-puéricultrices	91	0,5	[0,2 - 0,8]	0,4	[0,2 - 0,7]
ASH et OP (chargés de l'entretien des locaux)	111	1,3	[1,1 - 1,6]	1,2	[1 - 1,5]
Elèves	72	2,6	[2,3 - 2,9]	2,1	[1,8 - 2,4]
PERSONNELS MÉDICAUX					
Médecins	103	1,5	[1,3 - 1,8]	1,3	[1 - 1,6]
Chirurgiens	79	6,4	[5,1 - 7,6]	5	[3,9 - 6,1]
Sage-femmes	77	4,4	[3 - 5,7]	4,2	[2,2 - 4,6]
Anesthésistes-réanimateurs	82	4,1	[2,7 - 5,4]	3,7	[2,3 - 4,9]
Internes	82	9,9	[8,9 - 11]	9,4	[6,9 - 8,7]
Autres médecins	64	0,9	[0,3 - 1,4]	0,3	[0,3 - 1,4]
Etudiant(e)s	80	5,6	[4,8 - 6,4]	3	[3,5 - 4,9]
Personnels médico-techniques	113	1,3	[1 - 1,6]	0,9	[0,6 - 1,1]

N indique le nombre d'établissements ayant fourni les dénominateurs permettant de calculer l'incidence.

l'aide), un geste médical dans 6 % des cas. Dans 16 % des cas, la tâche au cours de laquelle s'est produit l'APC n'impliquait pas de contact avec le patient.

L'accident était une projection oculaire ou sur le visage dans 16,1 % des cas. Dans 32 %, 26 % et 21 % d'entre eux, un geste infirmier (perfusion et prélèvement sanguin le plus souvent), un geste chirurgical (aide à une procédure), et un soin de nursing et d'hygiène étaient respectivement à l'origine de l'AES.

Les projections sur peau lésée (3,9 % des AES), survenaient à l'occasion d'un geste infirmier dans 51 % des cas, d'un soin de nursing et d'hygiène dans 23 % et d'un geste médical et chirurgical dans 14 % des cas.

Le statut sérologique du patient source était inconnu vis-à-vis du VIH dans 617 AES (16 %), vis-à-vis du virus de l'hépatite C (VHC) dans 816 (21 %) et vis-à-vis de l'antigène HBs dans 997 (26 %). Le patient source était infecté par le VIH dans 166 AES (4,3 %), séropositif pour le VHC dans 272 (7 %), et porteur de l'antigène HBs dans 76 (2 %).

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

dences les plus élevées étaient observées chez les IBODEs (12 %) et les internes (9,9 %).

L'incidence des APC pour 100 000 matériels était particulièrement élevée pour les aiguilles à chambre implantée (28 /100 000), et les stylos à insuline (13 /100 000).

Conclusion

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

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

Coordination : F. L'Héritau

Rapport complet de la surveillance disponible sur le site internet du CCLin : www.cclinparisnord.org



Surveillance des cathéters veineux centraux en néonatalogie : NEOCAT Résultats 2011

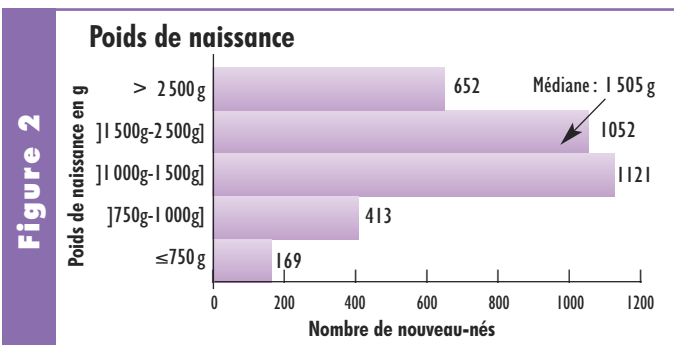
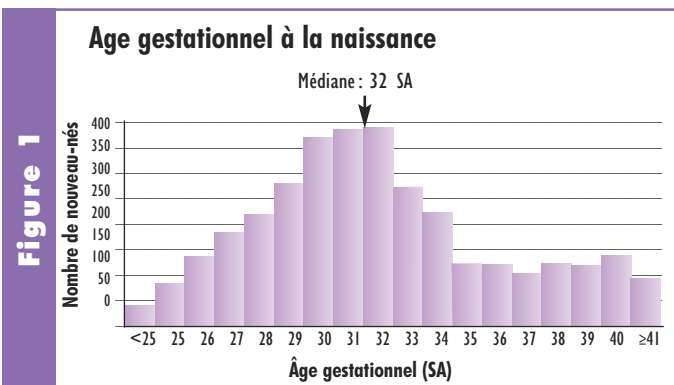
Ludvine Lacavé, François L'Hériteau - Cclin Paris-Nord

Depuis 2007, le réseau NEOCAT propose une surveillance des bactériémies liées aux cathéters veineux centraux (CVC) en néonatalogie, compte tenu des morbidité et mortalité non négligeables dont elles sont responsables. Les résultats de la surveillance 2011 sont présentés ici.

Cette surveillance est ouverte aux services volontaires de néonatalogie de toute la France depuis 2010. Il s'agit d'une surveillance continue, à l'année, des nouveau-nés (NN) porteurs d'un CVC. Les cathéters veineux ombilicaux (CVO) et les autres CVC sont étudiés séparément.

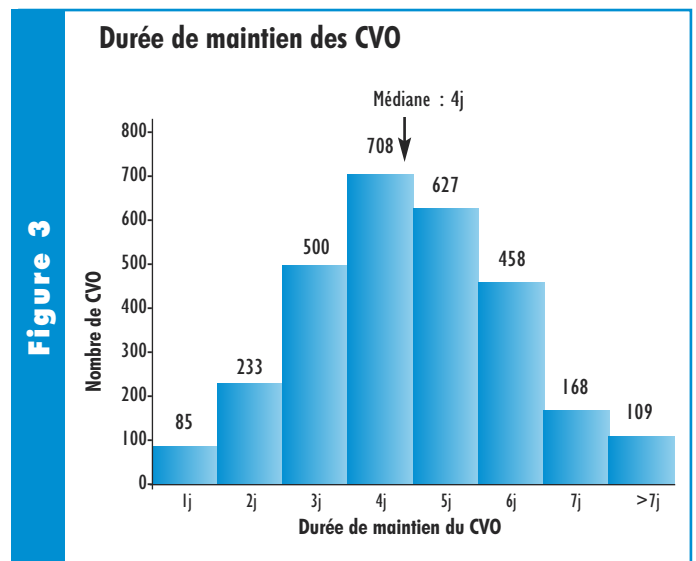
Résultats En 2011, 30 établissements de santé (ES) ont retourné leurs données de surveillance, incluant 3407 nouveau-nés, porteurs de 2888 CVO et de 2497 autres CVC.

Description des nouveau-nés



Description des CVO

Le CVO était utilisé pour une nutrition lipidique dans 52,4 % des cas. Le CVO était contemporain d'une ventilation assistée invasive dans 55,3 % des cas et d'une ventilation non invasive dans 31,2 % des cas.



Cinquante-sept bactériémies liées aux CVC (BLC) ont été identifiées sur les CVO, soit une incidence de 2,0 p 100 CVO (IC₉₅ % [1,5 – 2,5]) et une densité d'incidence (DI) de 4,4 p 1 000 jr-CVO (IC₉₅ % [3,2 – 5,5]). Le délai médian d'apparition d'une BLC sur les CVO était de 5 jours, avec un intervalle interquartile (IIQ) de [4j – 6j]. L'incidence des BLC était variable selon le poids de naissance (cf. **tableau 1** page suivante).

Suite >>>

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

Tableau 1

Poids de naissance	N CVO	Incidence des BLC (pour 100 cathéters)	IC _{95%}	DI des BLC (%o jr-kt)	IC _{95%}
≤ 750g	148	9,5	[4,5 - 14,4]	19,7	[9,4 - 30,0]
]750g - 1000g]	351	2,0	[0,5 - 3,5]	4,4	[1,1 - 7,7]
]1000g - 1500g]	954	1,5	[0,7 - 2,2]	3,3	[1,6 - 5,0]
]1500g - 2500g]	896	1,6	[0,7 - 2,4]	3,3	[1,6 - 5,1]
> 2500g	539	1,5	[0,5 - 2,5]	3,5	[1,1 - 5,9]

Description des autres CVC

Le site d'insertion habituel des autres CVC était le membre supérieur (86,1 %).

Site d'insertion des CVC

Tableau 2

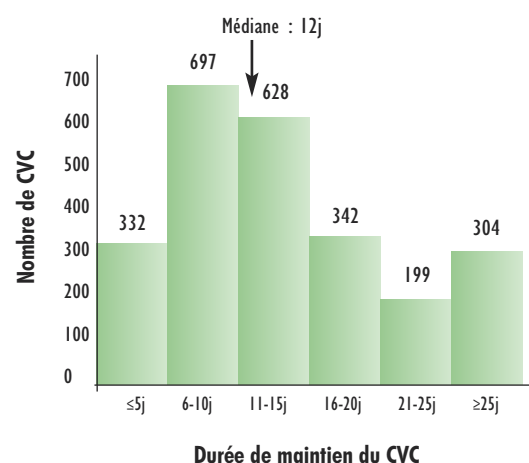
Site d'insertion du cathéter	N	%
Membre supérieur	2149	86,1
Membre inférieur non fémoral	176	7,0
Jugulaire	62	2,5
Céphalique	52	2,1
KT central par voie ombilicale	25	1,0
Fémoral	17	0,7
Sous-clavier	16	0,6
Total	2497	100,0

Une nutrition parentérale lipidique est passée par le cathéter dans 93,4 % des CVC. Les nouveau-nés ont reçu une ventilation assistée invasive dans 31,7 % des cas, et une ventilation assistée non invasive dans 46,8 % des cas, pendant le maintien du CVC.

la durée de maintien des CVC variait de 1 à 135 jours (**figure 4**).

Durée de maintien des CVC

Figure 4



Sur ces 2497 CVC, 353 BLC ont été identifiées, soit un taux d'incidence de 14,1 p 100 CVC (IC_{95%} [12,7 – 15,6]) et une densité d'incidence de 10,9 p 1000 jr-CVC (IC_{95%} [9,8 – 12,0]).

Le délai médian d'apparition d'une BLC sur ces CVC était de 9 jours (IIQ [6j – 15j]). L'incidence des BLC était variable selon le poids de naissance (cf. **tableau 3** page suivante).

[Suite >>>](#)

Tableau 3

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

Poids de naissance	N CVC	Incidence des BLC (pour 100 cathéters)	IC _{95%}	DI des BLC (%o jr-CVC)	IC _{95%}
≤ 750 g	203	34,0	[26,0 - 42,0]	22,7	[17,3 - 28,0]
]750g - 1000g]	484	24,0	[19,6 - 28,3]	14,6	[11,9 - 17,2]
]1000g - 1500g]	1065	9,9	[8,0 - 11,7]	8,2	[6,6 - 9,7]
]1500g - 2500g]	544	8,6	[6,2 - 11,1]	7,2	[5,2 - 9,3]
> 2500g	201	8,0	[4,1 - 11,9]	7,7	[3,9 - 11,4]

Les micro-organismes le plus communément isolés des hémocultures étaient des staphylocoques à coagulase négative (SCN): 68,3 % des 57 BLC sur CVO et 80,8 % des 353 BLC sur CVC. *S. aureus* ou les entérobactéries étaient plus rarement isolés.

Conclusion

Cette cinquième année de surveillance des BLC en néonatalogie permet de fournir des données françaises sur l'incidence des bactériémies sur cathéter en néonatalogie. Elle permet également de décrire l'épidémiologie microbienne de ces bactériémies.

Cette surveillance en réseau permet aux services de néonatalogie surveillant leurs bactériémies de se comparer à un référentiel. ■

Le Cclin Paris-Nord remercie tous les établissements ayant participé au réseau NEOCAT 2011.

Tableau 4

Micro-organismes isolés des hémocultures

Micro-organismes isolés	CVO	CVC
Cocci Gram +	56	360
SCN	43	319
<i>Staphylococcus aureus</i>	11	37
Entérocoques	1	2
Streptocoques hémolytiques (C, G)	0	0
Autres Cocci Gram +	1	2
Bacilles Gram +	0	3
Bacilles Gram -	7	28
Entérobactéries	7	25
<i>Acinetobacter baumannii</i>	0	1
Pseudomonas et app.	0	1
Autres bacilles Gram - non entérobactéries	0	1
Autres bactéries	0	1
Champignons	0	3
TOTAL	63	395

NB : La somme des micro-organismes isolés est différente du nombre de cultures puisque chaque culture peut isoler plusieurs micro-organismes.

Parmi 47 souches de *S. aureus* testées, 4 étaient des SARM (8,5 %) ; parmi 31 entérobactéries testées, 3 étaient productrices de BLSE (9,7 %).

Fonctionnement du réseau CoCLINNOR

Véronique Bellet - Coordinatrice du réseau

En septembre 1999, le directeur de l'ARH décide la création en Haute-Normandie de cinq réseaux d'hygiène, s'appuyant sur les secteurs sanitaires et rattachés chacun à un hôpital de référence. Les établissements publics et privés du secteur sanitaire Seine et Plateau Nord se réunissent pour créer un comité de pilotage et mettre en place le réseau qui sera nommé "CoCLINNOR" (coordination des CLIN du réseau Seine et Plateau Nord).

Le réseau

Il comprend 21 établissements publics et privés en plus de l'hôpital de référence qui est le centre hospitalo-universitaire de Rouen.

L'équipe opérationnelle du réseau, créée au début de l'année 2001 et rattachée au Département d'Epidémiologie et de Santé Publique du CHU, est constituée d'un praticien hospitalier hygiéniste, d'une IDE hygiéniste, et d'une secrétaire.

Fonctionnement

Le comité de pilotage est constitué de représentants médicaux et paramédicaux des établissements du réseau. Il se réunit deux fois par an : à chacune de ses réunions, l'équipe opérationnelle présente le bilan du fonctionnement depuis la dernière réunion et les établissements formulent leurs remarques et souhaits pour le restant de l'année ou pour le prochain programme annuel.

Compte tenu du nombre important d'établissements constituant le réseau, l'équipe opérationnelle ne peut pas jouer un rôle d'équipe mutualisée entre les établissements. Elle intervient plutôt comme une équipe « de recours », qui apporte une expertise et une aide méthodologique et logistique aux référents de l'établissement (président de CLIN, directeur des soins, responsable qualité...) pour les aider à définir, mener et évaluer les actions de lutte contre les infections nosocomiales. Elle joue aussi un rôle d'animation pour développer les coopérations entre les établissements du réseau.

L'IDE hygiéniste de l'équipe opérationnelle se rend dans tous les établissements qui le souhaitent (18 sur 21) suivant un rythme régulier d'une visite toutes les 6 à 8 semaines (soit 105 visites en 2011). Ces rencontres sont programmées à l'avance pour chaque semestre, ce qui permet d'établir un programme de travail prévisionnel.

Les rencontres permettent :

- de définir les priorités de l'établissement en matière de lutte contre les infections nosocomiales,
- de rédiger avec l'équipe de l'établissement des fiches techniques (83 en 2011),
- de mettre en place des actions d'évaluation (53 en 2011) sur des thèmes variés : hygiène bucco dentaire, cathéters veineux périphériques, précautions standard, hygiène des mains, soins techniques autres...
- d'aider les établissements à compléter leur bilan annuel standardisé, à préparer leur visite de certification, les inspections sanitaires...

La secrétaire intervient pour accueillir et orienter les demandes des établissements du réseau, répondre aux demandes de documentation et assurer la transmission des comptes rendus de visite-set d'intervention.

Le médecin hygiéniste intervient à la demande pour investiguer les situations potentiellement épidémiques ou les cas inhabituels d'infection, ou valider l'indication à un signalement externe d'infection nosocomiale. Il est consulté pour la politique de l'établissement dans la lutte contre les infections nosocomiales, la méthodologie de surveillance des infections, la prise en charge des patients, en particulier en cas de bactérie multirésistante ou hautement résistante. Il coordonne des travaux de recherche menés au sein du réseau, qui ont donné lieu à des publications scientifiques.

Le médecin et/ou l'infirmière participent au CLIN des établissements à la demande de ceux-ci.

[Suite >>>](#)

Des formations sont mises en place au sein du réseau :

- formations thématiques (3 par an) d'une demi-journée se déroulant au CHU, sur des thèmes choisis par les établissements,
- formations sur site sur des thèmes spécifiques de chaque établissement,
- formation de base en hygiène sous la forme de sessions régulières de deux journées (2 à 3 par an), ouvertes aux correspondants en hygiène et aux nouveaux personnels des établissements.

Par ailleurs, depuis la création du réseau, plusieurs groupes de travail inter-établissements se sont mis en place, animés par l'équipe opérationnelle et des chefs de projets issus des établissements. Parmi les thèmes traités on trouvait : « La toilette du patient dépendant », « L'élaboration d'une méthode de surveillance des ISO individualisée », « L'hygiène bucco-dentaire », « L'hygiène et le développement durable »... Actuellement un groupe de travail inter-établissement est en cours sur « L'accueil et la formation en hygiène des nouveaux arrivants ».

Enfin, tous les deux ans, une « soirée du réseau » est organisée ; les travaux effectués y sont présentés, l'objectif étant de partager et valoriser les expériences de chacun dans une ambiance conviviale.

Bilan de l'expérience

Les plus

- le nombre d'établissements du réseau, suffisamment important pour trouver des synergies et travailler plus vite, mais suffisamment réduit pour que les professionnels se connaissent,
- la collaboration entre établissements publics et privés au sein du réseau,
- les formations sur site, développées sur la demande des établissements, qui permettent d'apporter des connaissances et un savoir-faire technique adaptés aux ressources matérielles et humaines locales, sur un temps court permettant de libérer plus facilement les personnels,
- la collaboration étroite avec l'équipe opérationnelle du CHU, qui permet de profiter des expertises des différents membres de cette équipe,
- le dynamisme des établissements, sans signe d'essoufflement après plus de dix années de fonctionnement du réseau, dont témoigne le rythme toujours soutenu des visites et des travaux produits,
- les activités de recherche permises par cette dynamique de réseau.

La difficulté

Les frais de personnel et de fonctionnement intégralement supportés par le CHU, depuis la disparition du budget fléché avec le passage à un financement intégral T2A.

Les perspectives

- Développer encore les coopérations inter-établissements,
- Développer les liens avec la gestion des risques associés aux soins dans les établissements. ■

Hygiène et gestion du risque infectieux en foyers d'accueil médicalisés et maisons d'accueil spécialisées

État des lieux et attentes des établissements de Haute-Normandie en 2012

M. Lucas, J-M. Germain, D. Thillard - Arlin Haute-Normandie

Les foyers d'accueil médicalisés (Fam) et les maisons d'accueil spécialisées (Mas) accueillent des adultes handicapés qui ne peuvent effectuer seuls les actes essentiels de la vie, et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants. La circulaire du 15 mars 2012¹ relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011/2013, oblige ces établissements à rédiger un document d'analyse du risque infectieux (Dari). Selon cette circulaire, les Arlin doivent répondre aux sollicitations des Fam et des Mas, leur apporter, si besoin, un accompagnement méthodologique à la rédaction du Dari, ainsi qu'un soutien pour la gestion et la mise en place des mesures à prendre lors d'une épidémie et enfin une aide pour la surveillance et le signalement de certains phénomènes infectieux.

Objectif

Cette enquête avait pour objectif d'établir un état des lieux régional du risque infectieux dans les Fam et Mas permettant, d'une part, de connaître le fonctionnement de ces structures afin de leur apporter des réponses appropriées, et d'autre part, d'identifier les problématiques rencontrées, les moyens de prévention mis en œuvre et les attentes en matière d'hygiène et de gestion du risque infectieux dans ces établissements.

Méthodologie

Il s'agit d'une enquête descriptive reposant sur un questionnaire testé et validé par trois établissements. Un envoi à tous les Fam et Mas de Haute-Normandie ouverts avant le 1^{er} janvier 2012 a été réalisé fin mai par mail. Des relances ont été faites en juillet et août aux établissements qui n'avaient pas répondu.

Résultats

Au total, 26 établissements ont adhéré à l'enquête (18 Fam sur 26 et 8 Mas sur 12), soit un taux global de participation de 68 %.

Caractéristiques des établissements

Les établissements publics représentaient 12 % (n = 3) des répondants, ils étaient tous rattachés à un centre hospitalier. Les autres établissements étaient privés associatifs (n = 23) et l'un d'eux était rattaché à un hôpital.

La capacité d'hébergement variait de 5 à 68 résidents avec une médiane à 38. Plus de la moitié des établissements (n = 16), disposaient de plus de 80 % de chambres individuelles.

Une grande diversité de personnes intervenait auprès des résidents (professionnels médicaux, paramédicaux, éducateurs, aides médico-psychologiques, agents de service, personnes extérieures...). Pour toutes les catégories professionnelles les ressources en personnel étaient très différentes en fonction des établissements. Les aides médico-psychologiques et les aides soignants étaient majoritaires au sein des équipes intervenant auprès des résidents.

Soins réalisés par le personnel

Les principaux actes invasifs réalisés par le personnel étaient les prises de sang (n = 22) et la pose de sonde urinaire (n = 20).

Concernant les soins spécifiques, 22 établissements prenaient en charge des patients incontinents bénéficiant de changes et 16 établissements prenaient en charge des patients continents dépendants utilisant un bassin de lit ou une chaise percée (**graphique 1**).

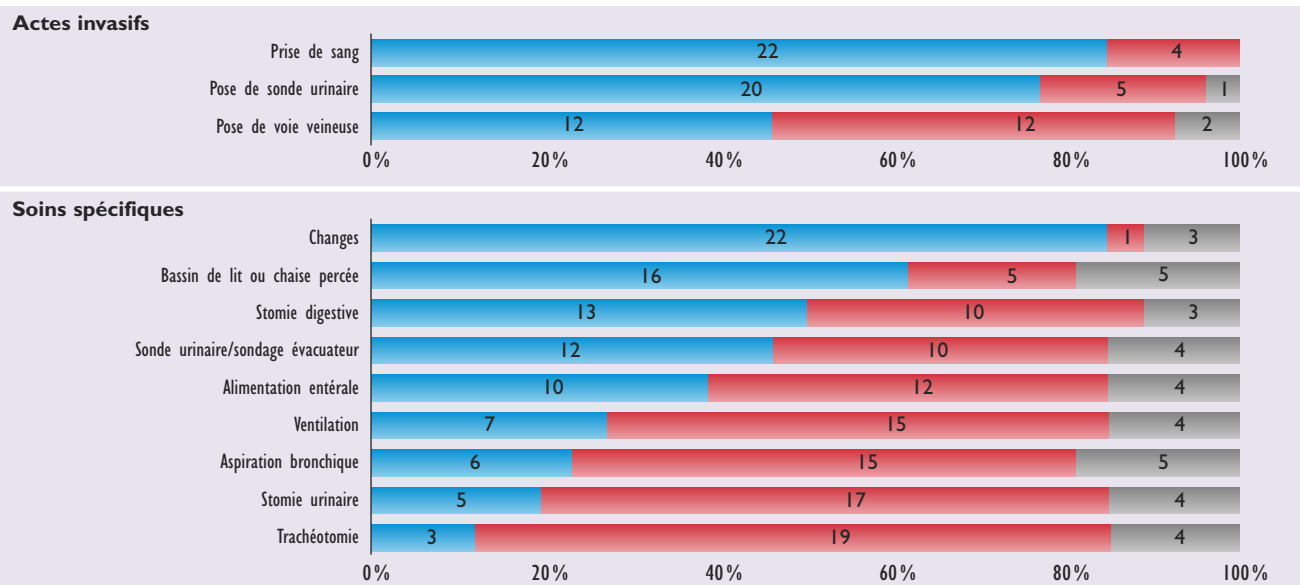
L'hygiène des mains

Pour la réalisation de l'hygiène des mains, tous les établissements mettaient à disposition du personnel du savon liquide, des essuie-mains à usage unique et des solutions hydro-alcooliques (SHA).

[Suite >>>](#)

Nombre et pourcentage d'établissements dont le personnel soignant réalise des soins invasifs et spécifiques

Oui Non Données manquantes



Des essuie-mains en tissu étaient présents dans 3 établissements et du savon en pain dans 2 établissements. Les SHA étaient réservées pour le personnel soignant dans 6 établissements.

Un document relatif à l'hygiène des mains était disponible dans 20 établissements (pour le personnel) et dans 3 établissements (pour les résidents). Une formation à l'hygiène des mains avait été organisée dans 6 établissements (pour le personnel) et dans 2 établissements (pour les résidents).

Dans 20 établissements, le personnel soignant incitait les résidents à se laver les mains avant le repas et dans 18 établissements après le passage aux toilettes.

Mesures d'hygiène lors des soins

L'ensemble des établissements mettait à disposition du personnel des gants à usage unique non stériles. Les masques chirurgicaux étaient disponibles dans 17 établissements, les surblouses dans 13 établissements et les lunettes de protection dans 4 établissements. Le personnel soignant prenant en charge des patients trachéotomisés ou effectuant des aspirations bronchiques ne disposait pas de lunettes de protection.

Alors que plus de 60 % des établissements hébergeaient des patients continents dépendants utilisant un bassin de lit ou une chaise percée, seuls 4 établissements disposaient d'un lave bassin.

La majorité des établissements (n = 20) utilisait des dispositifs médicaux à usage unique. Neuf établissements disposaient d'un système de stérilisation (dont 3 stérilisateur à chaleur sèche).

Le document le plus souvent disponible concernait la conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au sang (AES). Deux établissements disposaient de l'ensemble des documents.

Gestion de l'environnement

Quatorze établissements possédaient un document relatif au nettoyage des locaux, à la gestion des déchets ainsi qu'un carnet sanitaire sur la gestion du réseau d'eau. Sept disposaient de l'ensemble des documents. Seul 4 établissements disposaient d'un document sur la gestion des excréta alors que 85 % des établissements hébergeaient des patients incontinents ou continents dépendants.

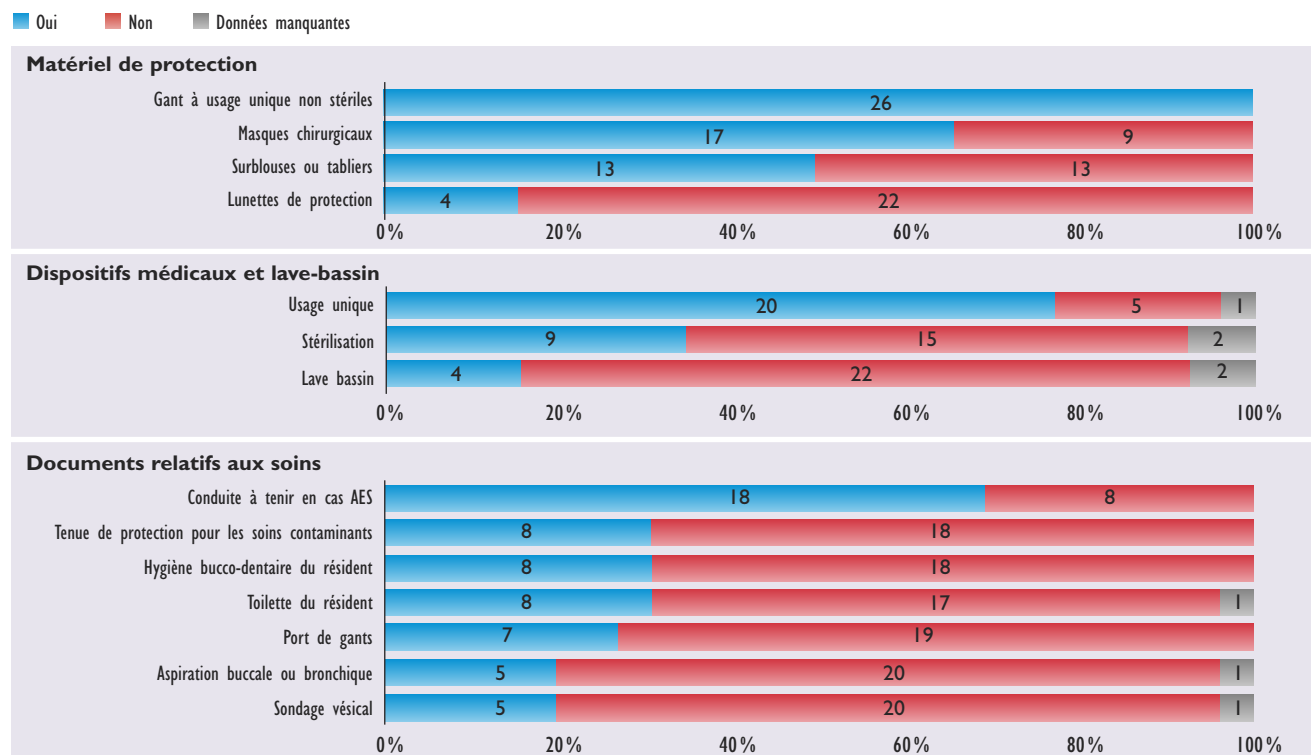
Tous les établissements avaient une blanchisserie au sein de leur structure, 10 ne lavaient que le linge des résidents, 1 seulement le linge hôtelier et 15 l'ensemble du linge.

Organisation des moyens de prévention

Sept établissements bénéficiaient d'une expertise en hygiène, médecin ou infirmier hygiéniste, en interne (au sein de la structure ou de son organisation) et sept établissements avaient signé une convention avec un CH.

[Suite >>>](#)

Nombre et pourcentage d'établissements mettant à disposition du personnel soignant du matériel de protection, des dispositifs médicaux à usage unique et des documents relatifs aux bonnes pratiques d'hygiène



La vaccination contre la grippe était proposée à l'ensemble des résidents dans 25 des 26 établissements et à l'ensemble du personnel dans 16 établissements. Le personnel salarié pouvait avoir recours à un service de santé au travail dans tous les établissements.

Plus de 50 % des établissements avaient à disposition un document sur la prise en charge d'un patient présentant une diarrhée (n = 15), la grippe ou une infection respiratoire aiguë (n = 14). Un document relatif à la prise en charge d'un patient présentant la gale n'était présent que dans 8 établissements. Sur les 14 établissements ayant déclaré avoir été confronté à une situation épidémique ou de cas groupé d'infections 5 avaient demandé une aide extérieure.

Attentes des Fam et Mas

Plus de 85 % des établissements étaient demandeurs d'aide pour la rédaction de protocoles ou fiches techniques et la formation du personnel (n = 22). Les autres attentes concernaient l'aide à la gestion d'épisodes épidémiques ou de cas groupés d'infections (n = 18), les conseils sur les pratiques du ménage (n = 15) et les conseils sur les soins des résidents (n = 13).

Conclusion

Cette enquête correspond au premier contact entre l'Arlin et les Fam et Mas de la région. Le taux de participation de 68 % témoigne de l'intérêt porté par ces établissements à cette problématique. Les mesures de prévention des infections sont difficiles à mettre en œuvre en l'absence de règles écrites et connues de tous, de l'absence de formation de l'ensemble du personnel, de la multitude des intervenants à former et à informer et du handicap des résidents. Leurs principales attentes dans le domaine sont d'ailleurs la rédaction de protocoles ou de fiches techniques et la formation du personnel. ■

¹ Circulaire n°DGCS/DGS/2012/118 du 15 mars 2012

Instillation de collyre après chirurgie de la cataracte : une plaquette d'information destinée aux patients

Denis Thillard - Arlin Haute-Normandie

Suite à l'investigation de plusieurs cas d'endophtalmies après chirurgie de la cataracte, il a été constaté que certains patients avaient besoin d'un support d'information complémentaire pour s'administrer les collyres.

Le groupement des infirmiers hygiénistes de Haute-Normandie (GRIHNN) a constitué un groupe de travail composé d'hygiénistes et d'ophtalmologues de plusieurs établissements réalisant de la chirurgie ophtalmique.

Très rapidement, le cahier des charges s'est imposé et il a été convenu de :

- privilégier des informations visuelles ;
- utiliser une police de caractère suffisamment grosse pour être lisible par les patients ;
- faciliter la reprographie (document recto/verso, possibilité d'impression noir et blanc) ;
- rappeler les signes d'alerte devant conduire le patient à consulter.

À l'issue d'une première réunion de travail, une maquette a été élaborée, puis discutée avec des ophtalmologues. Des ajustements ont ensuite été réalisés et la version définitive a été validée et diffusée à l'ensemble des établissements de la région en mars 2012. ■

QUELQUES PRÉCAUTIONS À PRENDRE : DURANT LES 5 PREMIERS JOURS QUI SUIVENT VOTRE INTERVENTION :

- Il est recommandé de restreindre vos activités, d'éviter les lieux poussiéreux et de ne pas :
 - conduire
 - porter des charges lourdes
 - pratiquer un sport
 - Votre chirurgien peut également vous prescrire de mettre une coque protectrice devant l'œil opéré la nuit et de porter des verres teintés dans la journée.
 - Une aide quotidienne pour les tâches ménagères peut être nécessaire pour les personnes seules.
- APRÈS LE CINQUIÈME JOUR :
- Voir avec votre chirurgien au cours de la consultation de contrôle pour la reprise de vos activités.
 - Les lunettes seront prescrites lors de la deuxième consultation avec le chirurgien.

Ce qui doit vous alerter :

- La douleur
- La rougeur
- Les paupières collées ou l'œil sale
- Une baisse de vision

Si vous avez un de ces signes et même en cas de doute :
Vous devez contacter sans délai votre chirurgien ou le service.

Ont participé à la rédaction de ce document :
Ophtalmologues: Dr Héroult, Dr Masny, Dr Boulet, Dr Onfray
Membre GRIHNN Mmes Chevallier, Berthel, Giraud Més Férid et Thillard
Relecteur : Dr Germain, Mmes Aggoune et Landrù (CCLIN Paris Nord)

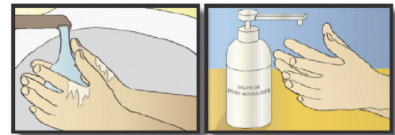
QUELQUES RÈGLES D'HYGIÈNE À RESPECTER SUITE À VOTRE INTERVENTION DE LA CATARACTE :

COMMENT BIEN INSTILLER VOTRE COLLYRE ?

- Votre flacon de collyre est personnel, vous êtes le seul utilisateur.
- Après ouverture, ce flacon se conserve 15 jours.
- Notez impérativement la date d'ouverture sur le flacon.
- 1 flacon uni dose = 1 seule utilisation.

IMPORTANT :

NE PAS TOUCHER L'OEIL AVEC LES DOIGTS
Avant toute instillation, vous ou la personne réalisant le soin devez vous laver les mains pendant 30 secondes avec de l'eau et du savon puis les essuyer avec une serviette propre ou un Essuie-mains en papier.
Il est également possible de faire une friction avec une solution hydro-alcoolique, jusqu'à séchage complet.



Eau + Savon OU Solution hydro-alcoolique
Version Mars 2012

AVANT D'INSTILLER VOTRE COLLYRE

Préparer votre matériel sur une surface propre (ou protégée par un essuie-main en papier propre) :

Des compresses propres
Les flacons de collyre prescrits (vérifier la date de péremption et/ou que le flacon ne soit pas ouvert depuis plus de 15 jours)

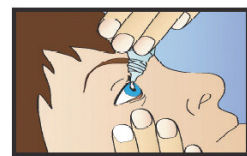
INSTILLATION DU COLLYRE

- Ouvrir le flacon de collyre (bouchon posé sur l'envers si possible, sur une surface propre)



- Si le flacon présente une bague, l'ôter à la première ouverture.
- Prendre le flacon entre le pouce et l'index
- Les doigts ne doivent pas être en contact avec l'embout du flacon.

- Pencher la tête en arrière et regarder vers le plafond.
- Baisser délicatement la paupière inférieure à l'aide de l'index de l'autre main.



- Appuyer sur le flacon et respecter le nombre de gouttes prescrites.

L'EMBOUT DU FLACON NE DOIT TOUCHER NI L'OEIL, NI LA PAUPIÈRE

- Fermer l'œil délicatement et essuyer l'excédent de collyre avec la compresse.
Il faudra respecter l'ordre de la prescription et un temps de pause de 2 minutes entre chaque instillation.

APRÈS INSTILLATION DU COLLYRE

- Refermer rapidement le collyre et le ranger dans un endroit propre et sec (selon le mode de conservation)
- Jeter les compresses sales.

Guide de la Haute Autorité de Santé¹ sur la sécurité des patients

Vanina Ambrogi - Cclin Paris-Nord

À la demande du ministère de la Santé, la Haute Autorité de Santé a édité en mars 2012 un guide méthodologique pour permettre aux professionnels concernés (au niveau décisionnel, de coordination, ou opérationnel) de mettre en œuvre un programme d'actions pour sécuriser et améliorer la qualité des soins dans leur établissement de santé.

Le guide est introduit comme s'inscrivant dans le cadre d'une politique publique de lutte contre les événements indésirables associés aux soins et constitue un document pertinent dans le contexte de la loi HPST 2009 et de la réglementation y étant associée avec la circulaire N° DGOS/PF2/2011/416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé.

Il souhaite être le support d'une convergence méthodologique des divers dispositifs existants dans le contexte des nombreux cadres réglementaires et recommandations des dernières années en clarifiant, sans approximation ni distorsion, le message à destination des professionnels de santé. Il est aussi destiné à fournir une aide adéquate aux établissements de santé pour que ceux-ci répondent aux exigences de la procédure de certification V2010. Il ne veut en aucun cas défaire ce qui existe déjà et qui fonctionne, en particulier via les différents vigilances et commissions thématiques (Clin, Clud, Comedims, CRUQPC...). Il a enfin pour vocation d'accompagner chaque établissement de santé avec ses spécificités, sans vouloir imposer des schémas rigides mais en proposant des méthodes que chaque établissement pourra s'approprier au rythme qui est le sien et selon son niveau de maturité concernant la culture de gestion des risques. Le guide est centré sur les risques associés aux soins, mais ne doit pas empêcher de garder une vision globale et transversale de la qualité et de la sécurité du patient notamment en ayant à l'esprit les risques liés aux activités de soutien (logistique...) et les risques liés à l'environnement et à la vie hospitalière (risque incendie...)

Le guide d'environ 200 pages offre la possibilité de trois niveaux d'approche : par grandes fonctions, ou par axes d'actions thématiques, ou encore par méthodes et outils proposés au moyen de fiches techniques destinées à faciliter la mise en place de la démarche d'amélioration des pratiques et sécurité des soins.

L'approche par fonctions développe le principe d'une démarche institutionnelle, soutenue par trois niveaux de fonctions étroitement liés entre eux. La fonction de gouvernance ou de pilotage de la gestion des

risques, assurée à la fois par la direction de l'établissement et la CME, pose les priorités, valide le programme d'actions, adapte les ressources, assure le suivi des actions et les évalue pour adapter et ajuster le programme. La fonction de coordination est assumée par une personne qui met en œuvre et anime le programme d'actions et communique les résultats nécessaires à la prise de décisions par la fonction de gouvernance/pilotage. La fonction opérationnelle met en œuvre sur le terrain le programme et assure le suivi des actions.

Chaque fonction s'appuie sur plusieurs axes correspondant aux « missions » des différents niveaux. Chacun des 12 axes s'articule avec des fiches techniques (34 en tout) qui comportent souvent des exemples d'application tirés de situations cliniques concrètes et accompagnent toutes les étapes de la démarche d'amélioration de la qualité (et ce pour chaque fonction au sein de l'établissement).

Les premières fiches techniques :

- aident la gouvernance à effectuer le bilan de l'existant, à définir la politique de sécurité des soins, à mettre en place les structures et développer la culture sécurité ;
- appuient la coordination/pilotage pour définir le système d'information et pour rendre lisible le dispositif et organiser l'accompagnement des professionnels ;

Les dernières fiches techniques s'adressent plus particulièrement à la fonction opérationnelle : elles détaillent les différentes méthodes d'analyse des risques (*a priori*, *a posteriori*), précisent les modalités d'alerte des instances de pilotage et aident au suivi du programme d'actions.

En conclusion, ce document, structuré et complet, saura sans doute trouver une place transversale dans les établissements pour accompagner les étapes d'une démarche institutionnelle d'amélioration des pratiques et de sécurité des soins. ■

¹ *Amélioration des pratiques et sécurité des soins. La sécurité des patients - Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé - Des concepts à la pratique. Mars 2012, 220 pages*

Quick audit 2011 « zéro bijoux » en Haute-Normandie

Denis Thillard - Arlin Haute-Normandie

L'objectif de ce travail était de mesurer le respect des pré-requis à l'hygiène des mains à l'occasion de la journée mondiale hygiène des mains du 5 mai 2011 et de sensibiliser le personnel et l'encadrement de l'établissement au respect de ces mesures, en leur proposant une action engageante.

Méthodologie

Il s'agissait de proposer au personnel d'encadrement la signature d'une charte d'engagement à respecter et à faire respecter les pré-requis à l'hygiène des mains: absence de bijoux (montre, bracelet, alliance et bague...), ongles courts, sans verni, sans *french manicure* et avant-bras dégagés.

Il était proposé d'afficher cette charte d'engagement dans les unités de soins et d'annoncer un audit portant sur le respect de ces recommandations.

L'audit devait être réalisé par un auditeur externe au service, un jour donné et portait sur l'ensemble du personnel soignant présent et visible dans le service au moment du passage de l'auditeur.

Une grille d'observation était complétée par le professionnel observé. Le respect des recommandations pour chaque item était noté. La saisie et l'analyse étaient réalisées par l'établissement, à l'aide d'une application développée sur le logiciel Excel. Cette application permet-

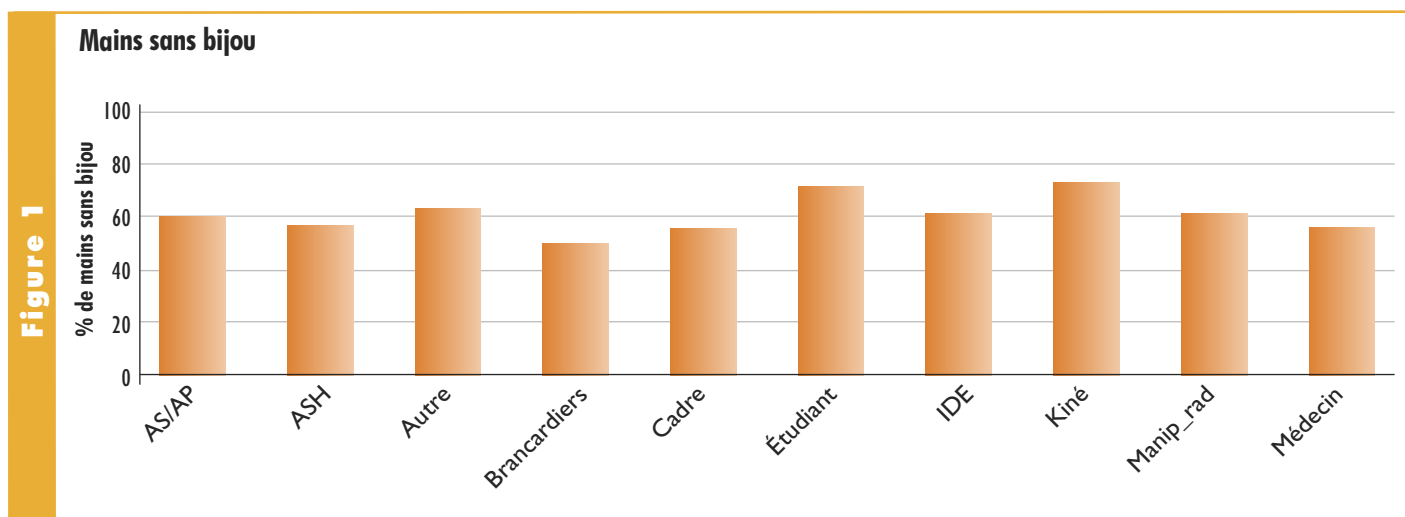
tait également à chaque établissement d'éditer ses propres résultats. L'analyse régionale a ensuite été réalisée par l'Arlin.

Résultats

Les données ont été renvoyées par onze établissements de santé, dont trois privés. Un total de 1 837 observations ont été réalisées (maximum : 423, minimum : 40, médiane : 134).

Les observations ont porté majoritairement sur les aides-soignantes (n = 451 soit 24 % des observations), les infirmières (n = 415 ; 23 %) et les agents de service (n = 301 ; 16 %). Les médecins représentaient 11 % (n = 196) des observations et les cadres 3 % (n = 45).

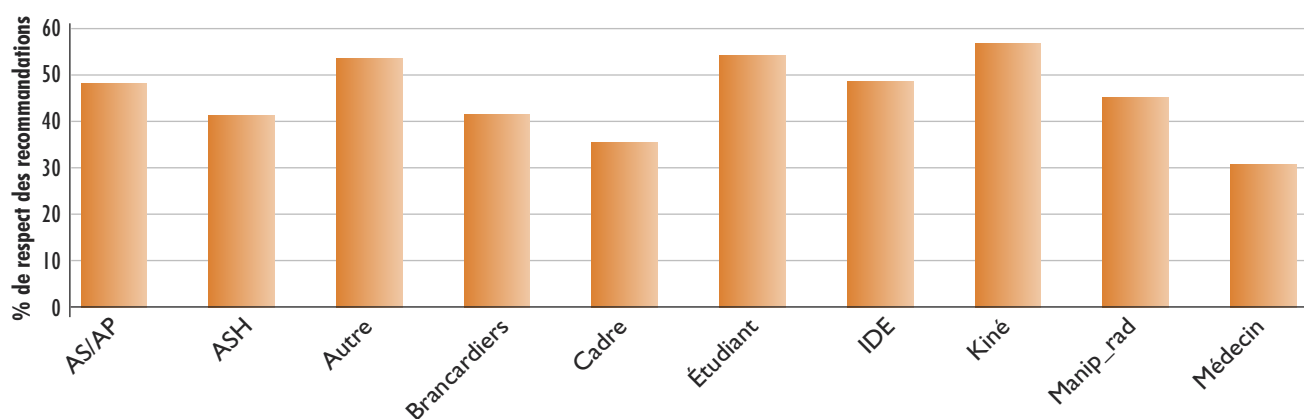
L'absence d'alliance est l'item le moins bien respecté (67 %) suivi de l'absence de bague (82 %) et de montre (82 %). L'observance du non port de bague ou d'alliance est de 60 % (IC_{95%} = [58 – 62,5]) (cf. **figure 1**). Les brancardiers portaient à 50 % des bagues ou une alliance, les kiné-



[Suite >>>](#)

Figure 2

Respect des recommandations



sithérapeutes ayant la meilleure observance avec 73 % sans bague. Les ongles courts, l'absence de vernis ou de *french manucure* étaient respectés à 87 % pour l'ensemble de ces trois items.

La conformité globale de ces huit items était de 46 % (IC₉₅ % = [43,6 – 48,2]) des observations, avec des écarts par profession (cf. **figure 2**). Les médecins avaient la moins bonne observance de l'ensemble des pré-requis avec 31 % (IC₉₅ % = [24,5 – 37,3] / p = 10-5) et les cadres avec 36 % (IC₉₅ % = [22,6 – 50,3] / p = 0,16).

Conclusion

Cette méthodologie rapide à mettre en œuvre a permis une première mesure du respect des pré-requis à l'hygiène des mains. Le port de bague et d'alliance était important et l'ensemble des pré-requis était respecté par moins d'un agent sur deux, notamment pour les cadres et les médecins. La mesure de la signature de la charte n'a pas pu être évaluée.

Il est prévu de reconduire cette action. L'action engageante pourrait être renforcée et différenciée pour les agents et pour le personnel d'encadrement (cadre et médical). Une évaluation des répercussions de la signature de la charte par les agents et/ou par l'encadrement est à envisager, afin de mesurer si cela entraîne une amélioration durable de l'observance des pré-requis à l'hygiène des mains. ■

Charte d'engagement « zéro bijou »

Dans le cadre de la journée nationale d'hygiène des mains de 2011, les responsables du service de :

S'engagent à respecter et faire respecter le non port de bijoux sur les mains et les poignets et plus particulièrement :

- ◆ l'absence de : bague, alliance, montre et bracelet
- ◆ les ongles courts, sans vernis ou « french manucure »
- ◆ le port de manches courtes ou relevées

Cette action répond aux recommandations de la Société Française d'Hygiène Hospitalière (SFHH) d'avril 2009.



Fait à :
Le :
Signature:



Groupe de travail

V. Bellet (CHU de Rouen), C. Candon (GH du Havre), I. Jozefacki (CHU de Rouen), C. Deneuve (CH des Hautes falaises), M. Dubuisson (CHI Eure-Seine), C. Fillon (CH de Dieppe), C. Guilbert (GH du Havre), S. Hervalet (Les Jonquilles), F. Leborgne (clinique de l'Abbaye), M-A. Leger (GH du Havre), I. Roland (CHI Eure-Seine)

Enquête sur la gestion des excréta dans les hôpitaux de l'AP-HP

Évolution des résultats entre 2006 et 2008/2009

Margaux Lepointeur¹, Simone Nérôme², Gisèle Bendjelloul³, Brigitte Cottard-Boulle⁴, Catherine Monteil¹, Michèle Huang¹, Vincent Jarlier¹, Sandra Fournier¹ et le réseau des équipes d'hygiène de l'AP-HP

¹ Équipe Opérationnelle d'Hygiène, Direction de la Politique Médicale, ² Hôpital Beaujon, ³ Hôpital Bichat, ⁴ Hôpital Ambroise Paré, AP-HP

Les excréta représentent une source majeure de diffusion des entérobactéries multirésistantes (entérobactéries BLSE, et entérobactéries productrices de carbapénèmase, EPC), bactéries digestives et agents d'infections urinaires. Un patient porteur excrète chaque jour 10 milliards d'EBLSE dans ses selles. En 2012, devant l'augmentation régulière de l'incidence des EBLSE dans les hôpitaux de l'AP-HP, un groupe de travail composé de membres des équipes d'hygiène de l'AP-HP a mené une enquête « un jour donné » afin de recenser les équipements et d'évaluer les pratiques de gestion des excréta en vigueur.

Les hôpitaux participants

Au total, 536 services appartenant à 28 hôpitaux sur les 38 de l'AP-HP ont participé à l'enquête. Sur un total de 21 000 lits, 13 230 (63 %) ont été couverts par l'enquête : 7 546 lits de MCO (57 %) dont 1 079 lits de pédiatrie et 5 684 lits de SSR/SLD (73 %).

Parmi les patients présents le jour de l'enquête, 1 767 patients (13 %) utilisaient un bassin, 5 697 (43 %) portaient des changes complets, principalement dans les services de SSR/SLD (figure 1).

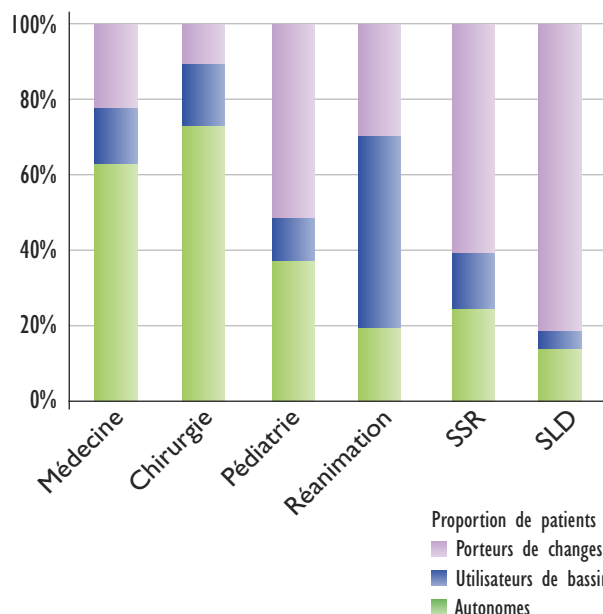
Près de 61 % des lits ont accès à des WC partagés. Des douchettes rince-bassin, dont l'utilisation favorise la projection d'aérosols de bactéries fécales dans l'environnement, équipent 43 % des WC.

Seuls 15 % des services utilisent des couvercles de bassins, 8 % des sacs de recueil des excréta à usage unique.

Des lave-bassins équipent 68 % des services : plus de 80 % en MCO, 37 % en SLD. Les deux tiers des lave-bassins ont subi au moins une panne dans l'année, avec une durée d'immobilisation d'au moins deux

Enquête sur la gestion des excréta dans les hôpitaux de l'AP-HP : proportion de patients, autonomes pour l'élimination des excréta, utilisateurs de bassins, et porteurs de changes complets, selon les spécialités

Figure 1



semaines dans 40 % des cas. Le risque de panne est significativement corrélé à l'absence de maintenance du lave-bassin, et non à l'ancienneté de celui-ci.

Seuls 52 % des locaux des lave-bassins sont équipés de solution hydro-alcoolique (SHA).

Dans 79 % des services recourant à l'utilisation de bassins, un rinçage du bassin était effectué avant la désinfection, le plus souvent dans la chambre du patient (87 %). La raison avancée était une inadéquation entre les modèles de bassins disponibles et les lave-bassins en place, ce qui entrave le nettoyage correct des bassins dans les lave-bassins. Seuls 8 % des personnels interrogés déclaraient avoir suivi une formation sur la gestion des excréta.

Recommandations

À la suite de cette enquête, les recommandations suivantes ont été diffusées dans les hôpitaux de l'AP-HP :

- porter des gants et un tablier à usage unique lors de toute manipulation de selles,
- ne jamais vider ou rincer un bassin avant de le positionner dans le lave-bassin,
- réaliser une friction hydro-alcoolique avant le retrait des gants,

- utiliser des sacs de recueil des excréta à usage unique munis d'absorbant pour les patients utilisateurs de bassins et notamment pour les patients porteurs de BMR à transmission fécale-orale (EBLSE, EPC, entérocoque résistant à la vancomycine...), de *Clostridium difficile*.

- installer des distributeurs de SHA à proximité des lave-bassins,
- retirer toutes les douchettes rince-bassins en ayant soin d'éviter la création de bras morts,
- réaliser une maintenance régulière des lave-bassins et assurer la traçabilité de cette maintenance.

Un diaporama de formation a été proposé aux équipes d'hygiène pour faciliter la diffusion de ces recommandations dans les services.

Conclusion

Cette enquête montre que, dans la lutte contre la diffusion des entérobactéries multirésistantes parallèlement à la promotion de l'hygiène des mains par la friction hydro-alcoolique, la gestion des excréta est un point clé, souvent négligé. Une évaluation des équipements et des pratiques devrait être proposée dans chaque hôpital. Les personnels en charge de la gestion des excréta devraient recevoir une formation spécifique. ■



Nouveau portail pour le réseau Cclin-Arlin

Le réseau national Cclin-Arlin regroupant les 5 Cclin et les 24 Arlin vient d'actualiser son portail internet : www.cclin-france.fr

Ce site regroupe les différents sites qui fédéraient auparavant les actions des Cclin et des Arlin (Portail, NosoBase, Grephh, Raisin, Prodisbase). Il a pour but de faciliter l'accès aux outils produits par les composantes du réseau notamment dans le champ de la gestion des risques. Il est la résultante aussi de la meilleure synergie voulue par les 5 responsables de Cclin dans le cadre de la nouvelle gouvernance qu'ils ont adoptée en 2012.



Infections cutanées en gériatrie associée à la pose et l'entretien de cathéters pour hypodermoclyse Retour d'expérience

MOTS-CLÉS

Hypodermoclyse, Cathéter sous-cutané, Infection cutanée

ARLIN NORD - PAS DE CALAIS

CCLin Paris-Nord

Période de survenue

2012

POINT D'INFORMATION

L'hypodermoclyse est une technique de perfusion par voie sous-cutanée. Elle est souvent utilisée comme alternative à la perfusion veineuse périphérique en gériatrie, en particulier dans des indications de réhydratation ou pour l'administration d'antibiothérapie. Bien que cette technique soit simple et efficace, celle-ci n'est pas dénuée de risque infectieux et requiert l'application des recommandations de la SF2H (respect du temps de pose maximal du cathéter de 96 heures, une préparation cutanée en 4 temps, manipulation aseptique des lignes de perfusion).

CONTEXTE

• **Description chronologique de l'événement :** Du 21 janvier au 7 juin 2012, il était notifié six cas d'infections cutanées dont trois abcès, dans deux services de gériatrie (USLD, SSR) d'un établissement de santé la région. Ces infections étaient toutes localisées au niveau des sites d'insertion des cathéters : à la cuisse ou l'abdomen. L'indication de perfusion était la réhydratation par hypodermoclyse de personnes âgées dépendantes (perfusion de soluté salé isotonique ou de sérum glucosé). Un traitement chirurgical par évacuation ou drainage a été nécessaire chez trois patients présentant des abcès ou des collections liquidiennes. Les analyses microbiologiques ont mis en évidence *Morganella morganii*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Citrobacter diversus*, *Providentia stuarti*. Les trois autres patients présentaient des signes locaux infectieux de type rougeur, chaleur, induration, douleur et placard inflammatoire. Les patients présentaient tous des troubles cognitifs, une incontinence et certains d'entre eux étaient diabétiques.

Le signalement de ces cas a été effectué en interne via le circuit de la matériovigilance de l'établissement car la survenue de ces infections cutanées a été initialement reliée à l'utilisation de nouveaux cathéters. Dans un premier temps, l'équipe opérationnelle d'hygiène n'a donc pas été informée de ces complications infectieuses.

Il s'agissait de cathéters sécurisés, de type « épicroïdienne », nouvellement référencés dans l'établissement. Ces cathéters avaient été retenus par le service de soins et la pharmacie de l'établissement avec pour arguments la sécurisation de l'aiguille, la spécificité « sous-cutanée » du dispositif et la possibilité de maintien en place 5 jours. Les anciens cathéters étaient non sécurisés et changés quotidiennement. L'équipe opérationnelle en hygiène hospitalière n'avait pas été consultée pour ce choix.

Le 1^{er} juin, reprise du dispositif national canicule et multiplication des indications médicales de supplémentation hydrique par voie sous-cutanée.

En juin 2012, les services de gériatrie ont spontanément arrêté par mesure de précaution l'usage des cathéters sécurisés et ont décidé de reprendre l'usage des cathéters non sécurisés (temps de pose de 24 heures).

Le 2 juillet 2012, signalement interne à l'EOH des cas d'infections, signalement externe par l'EOH à l'ARlin. Réunion d'une cellule de crise au sein de l'établissement avec consultation des dossiers des patients puis élaboration d'un arbre des causes.

Le 19 juillet 2012, une réunion de travail au sein de l'établissement a été organisé avec l'ARlin, l'EOH, la direction des soins, un médecin gériatre et les correspondants en hygiène des services concernés.

• **Investigations :** Les procédures de soins et les dossiers des patients ont été étudiés. Un audit des pratiques de pose des cathéters a été réalisé dans les services concernés. L'arbre des causes a été complété par le groupe de travail avec les résultats des investigations.

Plusieurs non conformités ont été relevées :

La procédure de pose des cathéters pour hypodermoclyse datait de 2008 et était destinée au cathétérisme renouvelé quotidiennement. Cette procédure n'avait pas été ré-évaluée récemment. Elle ne mentionnait pas la préparation cutanée en 4 temps avant la pose. Elle proposait une désinfection cutanée sans temps de séchage et un seul passage d'antiseptique. La traçabilité du site et de la date de pose dans les dossiers patients n'était pas recommandée.

[Suite >>>](#)

Devant la surcharge de travail des IDE, les aides soignantes étaient amenées la nuit à assurer le retrait des lignes de perfusion régulièrement. Les résultats de l'audit de pose des cathéters ont mis en évidence les non conformités déjà relevées dans les procédures de soins (défaut de préparation cutanée). Le temps de pose des cathéters pouvait se prolonger jusqu'à 5 jours. Ce qui n'était pas conforme aux recommandations de la SF2H pour les cathéters intraveineux (recommandations : max 96 heures).

Des mesures correctives immédiates ont été mises en œuvre :

Réactualisation de la procédure de pose en accord avec les recommandations :

- temps de pose maximal de 96 heures
- préparation cutanée en 4 temps
- rotation des sites de perfusion ≥ 4 zones
- surveillance clinique au minimum quotidienne
- débit maximal de perfusion (500 mL de SSI / 6 heures)
- traçabilité de pose (date, heure, soignant, site de pose), de dépose et d'entretien du cathéter par check-list

Devant le caractère multifactoriel de ces événements infectieux, l'Arlin a précisé que l'utilisation de cathéters de type sécurisé ne devait pas être remise en cause dans l'établissement. Il a été prévu de revenir aux cathéters sécurisés dans les services, à condition d'appliquer strictement la procédure de pose, de manipulation et de surveillance.

• **Mécanisme de transmission et hypothèses :** Les origines potentielles de ces infections cutanées sont :

- **contamination endogène** par les bactéries commensales cutanées ou digestives des patients (patients incontinents et proximité de la voie d'abord, défaut de préparation cutanée avant la pose)
- **contamination exogène** par les soignants au cours de la manipulation des cathéters

• **Circonstances et causes/facteurs immédiats :**

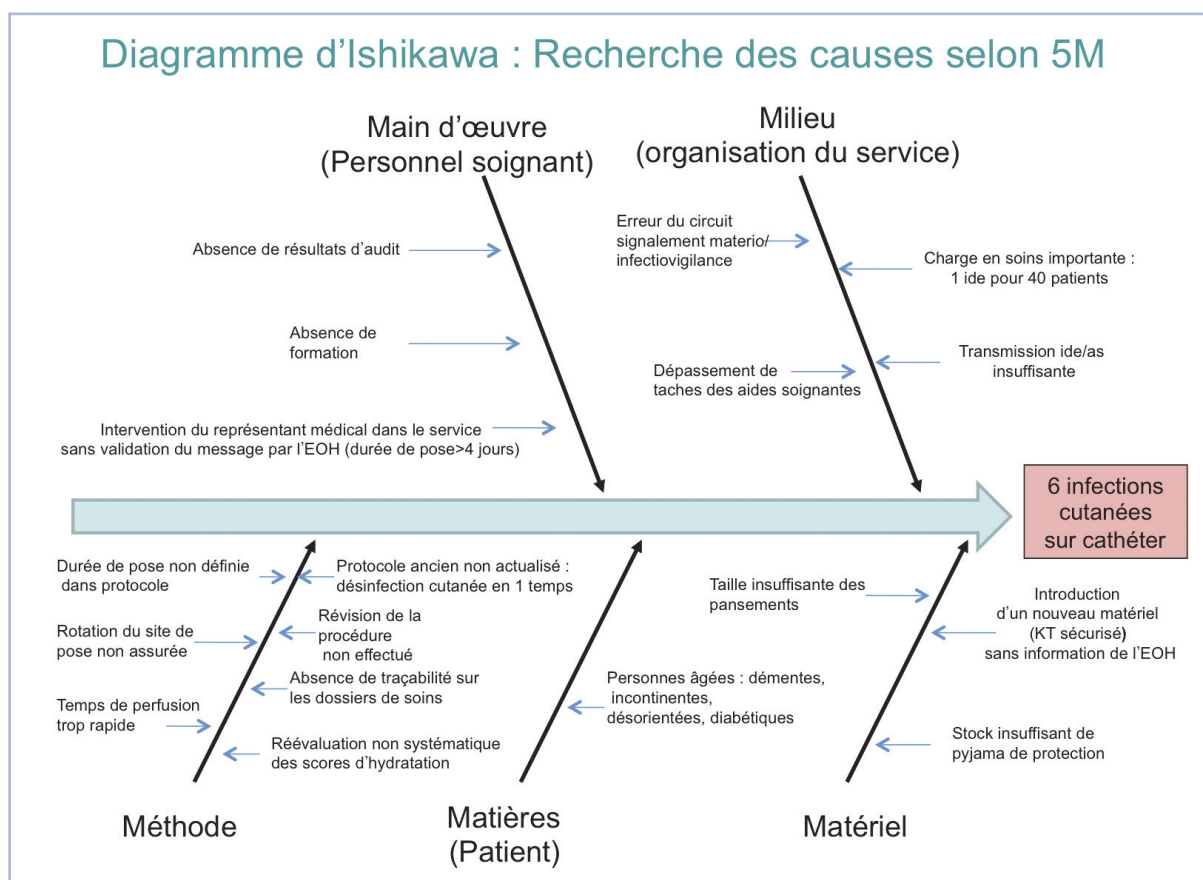
- Défaut d'antisepsie cutanée : non respect de la préparation cutanée en 4 temps
- Temps de pose des cathéters > 96 heures
- Débit de perfusion maximal non respecté > 500 mL de SSI / 6 heures
- Ablation des cathéters par les AS

• **Causes/facteurs latents (facteurs liés au patient, aux soignants, à la structure, aux tâches, à l'environnement, à l'organisation, au contexte institutionnel)**

- Rotation des sites de perfusion non assurée, absence de traçabilité des sites de pose
- Information erronée du visiteur médical précisant un temps de pose possible de 5 jours et la spécificité « sous-cutanée » du cathéter
- Aides-soignants amenés à déconnecter les cathéters en fin de perfusion sans formation à cette tâche
- Audits de pratiques de pose des cathéters dans ce service non réalisés
- Nombre insuffisant de pyjamas de protection pour les patients déments permettant de limiter la manipulation/retrait inopinés des cathéters
- Taille insuffisante des pansements semi-perméables pour protéger la voie d'abord
- Augmentation du nombre de patients sous hypodermoclyse : les prescriptions sont effectuées sur plusieurs jours (semaines) sans tenir compte de la réévaluation quotidienne du score d'hydratation
- Charge en soins des IDE importante : 1 IDE pour environ 40 patients

[Suite >>>](#)

Une analyse des risques avec élaboration d'un arbre des causes a été effectuée :



• Actions conduites

- Actualisation des procédures de pose, dépose, manipulation et entretien du cathéter pour hypodermoclyse
- Formation des IDE à la nouvelle procédure
- Mention ajoutée aux prescriptions d'hypodermoclyse : « à renouveler selon le besoin d'hydratation », consignes destinées aux IDE sur l'indication d'hydratation par hypodermoclyse
- Évaluations régulières des pratiques relatives à l'utilisation des cathéters dans les services de gériatrie (SI, SSR-SLD) et EHPAD
- Élaboration d'une check-list: amélioration des pratiques avec traçabilité de pose, surveillance, manipulation et dépose des cathéters

RÉFÉRENCES

1. Surveiller et prévenir les infections associées aux soins – HCSP, SFHH – Septembre 2010
2. Fiches conseils pour la prévention du risque infectieux – Soins techniques. CCLin Sud-Est, 2010
3. Recommandations SF2H – Prévention des infections en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, Consensus formalisé d'experts, juin 2009
4. Perfusion sous-cutanée ou hypodermoclyse – recommandations de bonnes pratiques. CCLin Est, Arlin, 2006

Épidémie ICD 027 : actualité en 2012 dans l'inter-région

C. Lazarus, Interne de santé publique et médecine sociale

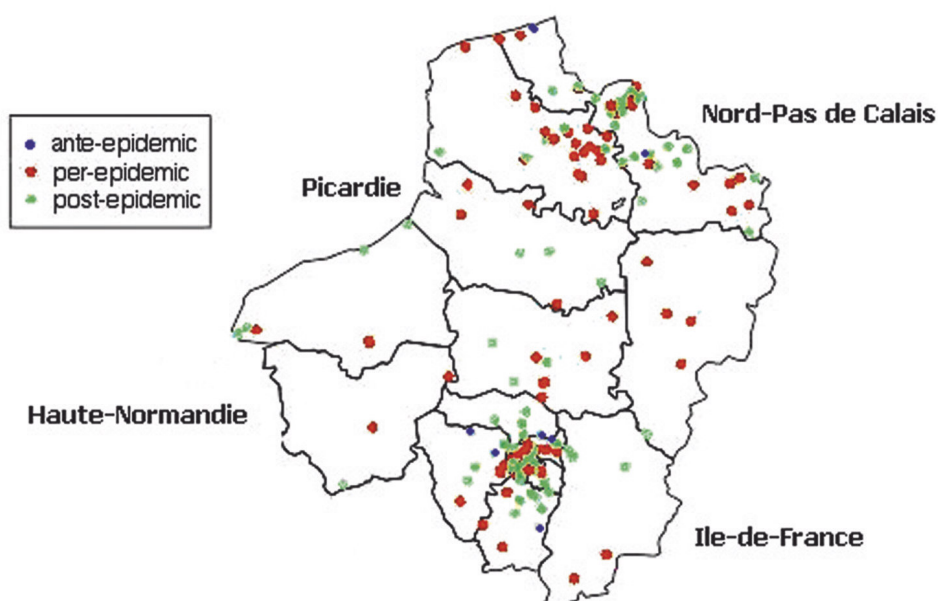
Les années 2000 ont vu l'épidémiologie des infections nosocomiales à Clostridium difficile (ICD) se modifier du fait de l'émergence d'une souche épidémiogène identifiée comme appartenant au ribotype 027 dont la particularité est de produire les toxines A et B ainsi qu'une troisième toxine, dite toxine binaire. L'augmentation du nombre d'ICD relatifs à cette émergence a débuté au Canada et aux États-Unis en 2003. La souche 027 s'est, par la suite, diffusée à l'ensemble de l'Europe du Nord (Pays-Bas, Grande-Bretagne, Belgique).

En France, l'alerte a été donnée le 2 février 2006 suite à un premier cluster de cas d'ICD à ribotype 027 dans un hôpital du nord de la France. Durant les 22 mois ayant suivi l'alerte initial, la surveillance mise en place a identifié 529 ICD dont 281 ont été identifiées comme appartenant au ribotype 027 par le Centre National de Référence. 38 établissements de santé ont été touchés par cette épidémie qui a été contrôlée à partir de la fin 2007. En 2008 et 2009, des cas sporadiques d'ICD ont été détectés en France et le dernier bilan actualisé de l'Institut de Veille Sanitaire jusqu'au 30 août 2010 confirme que l'épidémie dans le Nord-Pas-de-Calais est maîtrisée mais que la souche 027 a diffusé à d'autres régions métropolitaines où les cas sont le plus souvent sporadiques.

L'ampleur des signalements reste limitée du fait de l'appropriation des recommandations par les équipes des établissements de santé. À l'heure actuelle, la proportion de cas d'origine communautaire et l'émergence d'un ribotype 078/126, potentiellement épidémiogène, sont des sujets d'inquiétudes et de vigilance dans le cadre de la surveillance des ICD. ■

Pour plus de détails : Birgand G. et al. Investigation of a large outbreak of *Clostridium difficile* PCR-ribotype 027 infections in northern France, 2006-2007 and associated clusters in 2008-2009. *Euro Surveill* 2010;15(25). doi:pii: 19597

Localisation des signalements d'ICD dans l'inter-région Nord



Figure

Bilan des signalements sur les six derniers mois

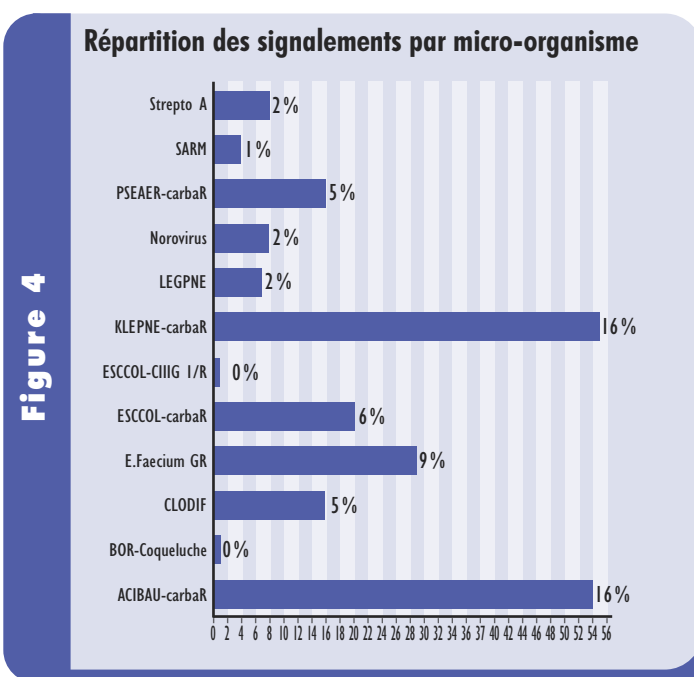
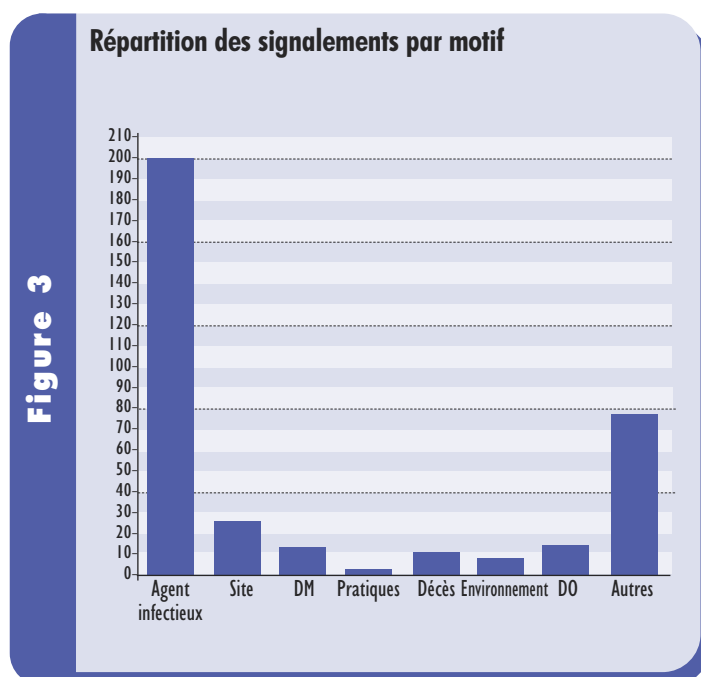
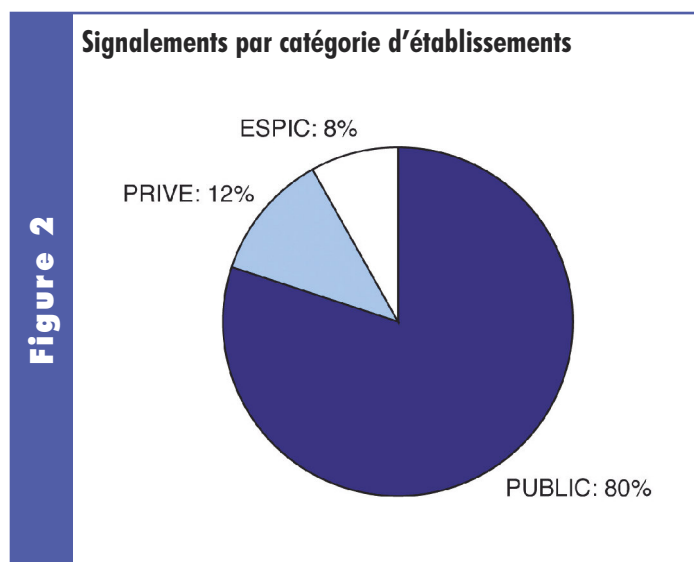
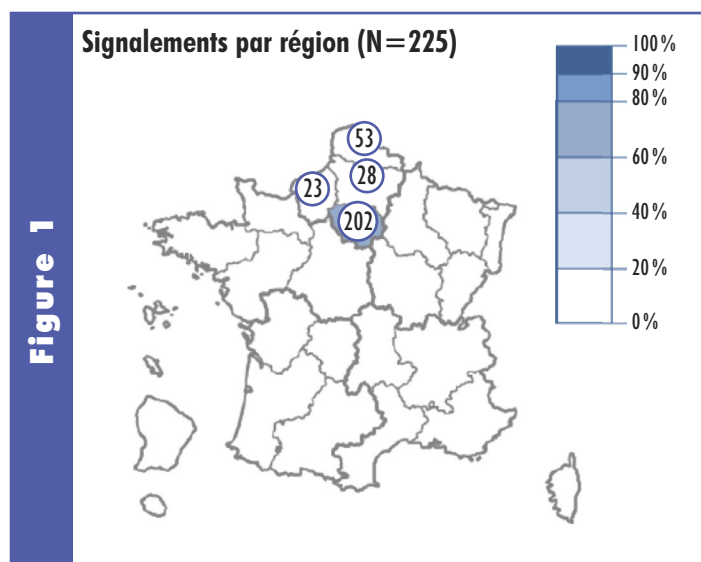
(1^{er} juin 2012 – 18 décembre 2012)

**306 fiches de signalement (878 cas) pour 119 établissements ont été reçues
26 % concernent des cas groupés**

Ce bilan a été réalisé à partir des données e-SIN du RAISIN. Nous vous rappelons que, depuis le 1^{er} mars 2012, les signalements doivent être saisis sur cet outil de gestion des signalements externes « dématérialisés ». En plus de fonctionnalités que nous sommes en train tous de nous approprier tant en établissement

que dans les structures d'appuis ou de veille sanitaire, e-SIN permet d'éditer des « Rapports automatisés », comme nous l'a montré Sandrine Barquins-Guichard dans la dernière lettre d'e-SIN (numéro 6) disponible sur le site de l'InVS hébergeant l'outil et sa plate-forme. ■

http://www.invs.sante.fr/lettre_invs/e-SIN/lettreSIN/ESIN_131112.pdf



Suite >>>

Investigations importantes :

Les émergences constituent encore un bruit de fond important. Mais grâce aux mesures barrières mises en place, de moins en moins d'épisodes avec la survenue de cas secondaires sont à déplorer. Le plus important étant finalement d'avoir « bénéficié » d'une expérience ou de s'être bien préparé à l'exercice en fonction de « son terrain ». Les retards à la mise en place du dispositif ou au repérage des cas pouvant être importés sont le plus souvent les facteurs « explicatifs » de la survenue de cas secondaires. De temps à autre, des manquements dans le transfert de l'information sont encore responsables d'une gestion plus difficile et souvent plus longue, soulignant encore une fois la nécessité de transparence et d'accompagnement.

Le Haut Conseil de la Santé Publique travaille actuellement sur la révision de ces recommandations afin de les actualiser et de les regrouper dans une logique de gestion des émergences. Nous ne manquerons pas de vous tenir informés.

Cela étant dit, les carbapénémases et les bactéries multi-résistantes aux antibiotiques ne sont pas forcément à l'origine de toutes les investigations : une épidémie de souche de streptocoque du groupe A dans une population très spécifique de patients fragiles a été à l'origine de 28 cas secondaires chez les patients. Les cas étaient intriqués avec le portage le plus souvent symptomatique chez quelques soignants ainsi que dans leur entourage. Plus de 100 prélèvements ont été réalisés dans cette population de patients fragiles. La situation a été maîtrisée grâce à la mise en place du port de masque, au renforcement des précautions standard et à l'implication et la collaboration de tous (services, bactériologie, médecine du travail, direction).

L'endoscopie a constitué aussi la source d'investigations et de suivis importants. Des contaminations mettant en évidence des difficultés de prise en charge de certains dispositifs comme les duodénoscopes – avec parfois un manque de perception du risque ou de formation sur ce type de dispositifs –, nous conduisent à vous sensibiliser et à vous inciter à vérifier sur le terrain comment sont pris en charge ces matériels sensibles, car utilisés pour des actes invasifs chez des patients potentiellement fragiles avec parfois la mise en place d'endoprothèses. Ces alertes vont nous conduire à travailler avec les personnels exerçant en endoscopie, les collègues des EOH, l'InVS, l'ANSM et les fabricants afin de mieux cerner les particularités de prise en charge de ces dispositifs devant, selon nous, être considérés comme « à risque ».



Impact of a hospital-wide hand hygiene initiative on healthcare-associated infections: results of an interrupted time series

Kirkland KB et al. *BMJ Qual Saf.* 2012 Dec;21(12):1019-26. doi: 10.1136/bmjqs-2012-000800

INTRODUCTION

L'hygiène des mains (HM) est connue pour réduire l'incidence des infections associées aux soins (IAS). Les études récentes n'ont montré qu'un succès relatif en termes d'amélioration de l'hygiène des mains chez les professionnels de santé. L'objectif de cette intervention est d'améliorer durablement l'hygiène des mains chez les professionnels de santé et ainsi, de réduire significativement les IAS.

MÉTHODES

Cette étude en séries temporelles interrompues a été menée dans un hôpital universitaire de 383 lits en milieu rural dans le New Hampshire dans seize services (chirurgie, médecine, urgences, pédiatrie, soins intensifs) de 2006 à 2008 et a été accompagnée d'un an de suivi post-interventionnel en 2009.

Cinq domaines d'interventions séquentielles multiples ont été établis : d'abord, ont été effectués des audits associés à une restitution des résultats, puis a eu lieu une série d'interventions impliquant la direction de l'hôpital, une mise à disposition ciblée des produits hydro-alcooliques (PHA), la formation des équipes ainsi qu'un renforcement de la communication.

Les deux variables d'intérêt étaient les taux mensuels d'observance de l'HM (chez le personnel médical et paramédical) et l'incidence des IAS pour 1 000 jours d'hospitalisation (parmi lesquelles les infections tous sites à *Staphylococcus aureus* et *Clostridium difficile* et les bactériémies). Les taux d'IAS en 2006 et ceux de 2009 (après la fin des interventions) ont été comparés pour chaque service. L'association entre l'observance de l'HM et les IAS a été évaluée, tout comme la bonne mise en œuvre des interventions.

RÉSULTATS

Hygiène des mains

Sur l'ensemble des seize services, il y a eu trois augmentations statistiquement significatives de la compliance à l'HM durant les trois années de l'étude ; au total le taux d'observance, qui était de 41 % début 2006, est passé à 87 % au printemps 2008. Une quatrième augmentation a eu lieu pendant la période de suivi où le taux est passé à 91 %.

IAS

Entre 2006 et 2009, le taux d'IAS pour 1 000 jours d'hospitalisation a chuté de 4,8 (IC à 95 % [4,5-5,2]) à 3,3 (IC à 95 % [2,9-3,7]) ; avec 538 IAS en 2006 et 394 en 2009). Les taux de bactériémies et d'infections à *S. aureus* pour 1 000 jours d'hospitalisation ont diminués significativement durant 2008 (respectivement 2,5 à 1,6 ; $p < 0,001$ et 2,1 à 1,4 ; $p = 0,004$) alors que le taux d'infections à *C. difficile* est resté inchangé.

Le coefficient de corrélation entre le taux mensuel d'IAS et le taux d'observance de l'HM est de -0,65 ($R^2 = 0,42$; $p < 0,001$), ce qui démontre une corrélation inverse significative.

DISCUSSION

Les analyses mensuelles montrent un décalage temporel entre l'amélioration de l'HM et la réduction du taux d'IAS. Ce délai suggère qu'un seuil minimum d'observance de l'HM et/ou une période durable de performance élevée sont requis avant de mesurer un effet sur les taux d'IAS.

De plus, l'analyse des variations des réponses selon les unités et le type de personnel a mis en évidence plusieurs facteurs contextuels, parmi lesquels l'emplacement dans les services des PHA

(déterminé par mesure électronique), le comportement des médecins (dont l'observance de l'HM n'a été améliorée que tardivement), la culture de chaque service quant aux démarches qualité et le type de service. Ces facteurs, dont la compréhension est essentielle pour adapter les stratégies interventionnelles, jouent un rôle dans l'amélioration de l'HM.

En outre, les auteurs reconnaissent ne pas pouvoir attribuer à telle ou telle intervention les résultats obtenus. Cependant, ils rappellent que ce type d'étude n'a pas pour but d'étudier chaque intervention séparément mais vise à modifier les comportements dans des environnements socioculturels complexes et fournit des données utiles pour les études ultérieures ou les initiatives de démarche qualité.

CONCLUSION

Cette étude démontre qu'une amélioration significative et durable de l'HM est possible par la mise en œuvre d'interventions multifacettes. De plus, elle prouve que l'amélioration de l'observance de l'HM a un impact substantiel sur une large gamme d'IAS.

Résumé par Anne Gauthier, interne au CCLin Paris-Nord



France

11^e séminaire des réseaux d'hygiène hospitalière de Picardie

22 janvier 2013 - Amiens

www.nosopicard.com/pageLibre00012163.asp

9^e Congrès national de la Société française de microbiologie

7 et 8 février 2013 - Lille

www.sfm-microbiologie.org/pages/?page=801&type=actualites&id=239

4^{es} États généraux des infections nosocomiales

14-15 février 2013 - Paris

<http://lelien-association.fr>

18^e rencontre régionale d'hygiène hospitalière, de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins "NOSOPICARD 2013"

19 mars 2013 - Amiens

www.nosopicard.com/pageLibre00012127.asp

35^{es} Journées nationales d'études sur la stérilisation dans les établissements de santé

9-11 avril 2013 - Marseille

www.cefh-ceps.com

24^e Congrès de la Société française d'hygiène hospitalière (SF2H)

29-31 mai 2013 - Paris

Appel à communications - date limite de dépôt :

14 janvier 2013

www.sf2h.net

14^{es} Journées Nationales d'Infectiologie (JNI 2013)

12-14 juin 2013 - Clermont-Ferrand

Appel à communications - date limite de dépôt :

28 février 2013

www.infectiologie.com/site/_jni_14_accueil.php

Journée inter-régionale annuelle de la prévention des infections associées aux soins et de la qualité
25 juin 2013, Paris



International

International forum on quality and safety in health care

16-19 avril 2013 - Londres (Grande-Bretagne)

www.internationalforum.bmj.com

23rd European congress of clinical microbiology and infectious diseases (ECCMID)

27-30 avril 2013 - Berlin (Allemagne)

www.congrex.com

International conference on prevention and infection control (ICPIC)

25-28 juin 2013 - Genève (Suisse)

www.icpic.com



Si vous souhaitez publier votre expérience de terrain (audit, épidémie, actions de prévention...) dans le bulletin du CCLin, contactez Karin Lebascle au 01 40 27 42 13 ou par email : karin.lebascle@sap.aphp.fr



CCLin Paris-Nord

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

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'Héritier, I. Novakova, Y. Ollivier, E. Seringe, D. Thillard, D. Verjat
Secrétariat de rédaction : K. Lebascle
Réalisation : A ÉDITORIAL, Paris, Tél. : 01 42 40 23 00