



## Sommaire

### RÉSEAUX DE SURVEILLANCE

- 2 INCISO : surveillance 2012
- 5 Surveillance 2012 des IN en réanimation
- 7 Enquête nationale de prévalence 2012 : résultats inter-régionaux

### EN DIRECT DES ÉTABLISSEMENTS

- 11 Épidémie de pseudo-angiomatose éruptive dans un Ehpad
- 12 Hygiène des mains : retour d'expérience

### EHPAD ET AUTRES EMS

- 14 Nouvel outil du Grephh pour la maîtrise du risque infectieux
- 15 Dispositif de surveillance des épisodes infectieux épidémiques

### MISE AU POINT/BONNES PRATIQUES

- 17 Les indicateurs du tableau de bord 2011
- 21 Recommandations du HCSP pour la prévention de la transmission des BHRé
- 23 Prévention de la transmission respiratoire « Air » ou « Gouttelettes »
- 25 Place des infections associées aux soins au sein du PNSP 2013-2017
- 26 Base de données bibliographiques NosoBase

### AUDIT / ÉVALUATION DES PRATIQUES

- 29 Traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie avant la 72<sup>e</sup> heure
- 31 Audit « précautions complémentaires »

### SIGNALEMENT

- 32 Point sur les BHRé en Ile-de-France
- 33 Tableau de bord du CCLin Paris-Nord

### LU POUR VOUS P. 34

### CONGRÈS / AGENDA P. 35

## Des progrès... et le besoin de se mobiliser encore

Il y a désormais plus de deux décennies que la France a positionné la lutte contre les infections nosocomiales puis les infections associées aux soins (IAS) comme un objectif prioritaire de la stratégie de santé publique. Par un effort soutenu en matière de réglementation et d'allocation de ressources aux établissements de santé et aux structures d'appui, les pouvoirs publics ont favorisé le développement d'un programme national et permis la mise en œuvre des outils nécessaires à la maîtrise des IAS. Même s'il reste des progrès à faire, notre pays occupe désormais une place de premier plan pour les actions entreprises en comparaison avec d'autres pays à développement économique comparable. En particulier au sein de l'Union européenne, les résultats des enquêtes de prévalence de 2012 montrent un niveau comparable des taux français en comparaison des autres grands pays. Le taux de prévalence global reste par ailleurs assez stable par rapport à l'enquête de 2006, aux alentours de 5 %, associée à une diminution du taux de SARM.

Ces résultats, quoique plutôt rassurants, ne doivent pas occulter l'émergence inquiétante des entérobactéries multi-résistantes aux antibiotiques, nous rappelant la nécessité absolue de maintenir les efforts en matière de ressource et d'expertise en hygiène au sein de nos établissements. Grâce au système de surveillance et de signalement mis en place par le réseau CCLin-Arlin et l'InVS dans le cadre du Raisin, nous pouvons suivre de façon précise l'évolution de cette épidémie. Il est essentiel d'obtenir la mobilisation de tous – professionnels de santé, administration des établissements, autorité sanitaire, usagers – si nous voulons avoir l'espoir d'enrayer le phénomène.

Si l'action s'avère aujourd'hui assez structurée dans les établissements de santé, une demande importante émerge dans les établissements médico-sociaux, que ce soit dans les Ehpad ou les Mas/Fam. Des efforts importants doivent être entrepris pour structurer, encourager, former, accompagner les actions de prévention des IAS dans ce secteur souvent dépourvu d'expertise et de ressources dédiées. Un plan national a été édité en 2013 afin de donner un cadre au développement des actions, qui sont accompagnées par le réseau CCLin-Arlin.

Ces projets prioritaires doivent bien entendu s'intégrer dans une politique de gestion globale des risques associés aux soins, comme le rappelle le programme sur la sécurité des patients mis en place en 2013 par le ministère de la Santé. Les hygiénistes doivent rester en première ligne pour développer des synergies et partager expériences et méthodes avec les autres domaines de risque.

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



## Surveillance 2012 du réseau INCISO

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

Depuis 2012, les modalités de la surveillance en réseau des infections du site opératoire (ISO) proposée par les CCLin/Arlin se sont modifiées. Il existe maintenant deux types de surveillance :

- La surveillance « au niveau patient » – avec recueil des facteurs de risque (FdR) de chaque patient, comme elle se pratiquait jusqu'ici – est maintenant limitée à une liste d'interventions (considérées comme prioritaires, cf. tableau 1).
- Une surveillance « au niveau service » (avec recueil d'information uniquement en cas d'ISO) est possible pour toutes les interventions, mais puisque, faute de recueil des FdR, elle ne permet pas de comparaison inter-établissement, ses résultats pour l'ensemble du réseau ne sont pas restitués.

Quel que soit le type de surveillance choisi, les services volontaires doivent inclure au moins 100 patients (ou 50 de la même intervention) entre janvier et mai. Afin de repérer les ISO survenant après la sortie du service, chaque patient opéré doit être suivi au moins 30 jours après l'intervention. Les résultats des services de chirurgie ayant participé à la surveillance au niveau patient en 2012 sont présentés ici.

**Interventions surveillées « au niveau patient » et taux d'incidence des ISO par type d'intervention (%) en 2012**

Intervention	N (%)	Taux brut	Taux NNIS=0
<b>Chirurgie digestive</b>			
CHOL	2 467 (8,3)	0,57	0,39
HERN	4 595 (15,5)	0,87	0,55
COLO	1 038 (3,5)	7,80	4,84
APPE	1 212 (4,1)	1,80	1,10
<b>Chirurgie orthopédique</b>			
PTTH	3 173 (10,7)	0,69	0,52
PTHA	393 (1,3)	2,54	2,52
RPTH	362 (1,2)	1,10	1,95
PTGE	2 381 (8,0)	0,42	0,28
<b>Neurochirurgie</b>			
LAMI	500 (1,7)	0,20	0,31
HDIS	551 (1,9)	0,36	0,29
<b>Chirurgie urologique</b>			
PROS	454 (1,5)	3,74	1,90
RTUP	699 (2,4)	1,72	1,49
<b>Gynécologie-obstétrique</b>			
MAST	1 186 (4,0)	1,60	1,09
TUMO	1 281 (4,3)	1,33	1,19
HYSA	554 (1,9)	2,53	1,59
HYSV	527 (1,8)	1,33	1,08
CESA	5 514 (18,6)	1,89	1,91
<b>Chirurgie vasculaire</b>			
VPER	2 834 (9,5)	0,32	0,24

En 2012, 414 services de chirurgie de 165 établissements ont participé à la surveillance au niveau patient. Au total, 28 721 patients ont été inclus.

### Distribution par année de l'incidence des ISO selon les services

Le programme national de prévention des IN (ProPIN) 2009/2013 fixe, parmi ses objectifs quantifiés de résultats, une diminution d'un quart de l'incidence des ISO entre 2008 et 2012. La valeur cible est le 75<sup>e</sup> percentile (p75) de la distribution de l'incidence des ISO par service. Les interventions ciblées sont les interventions considérées à faible risque: cure de hernie inguinale, cholécystectomie, chirurgie prothétique orthopédique, chirurgie du sein, césarienne.

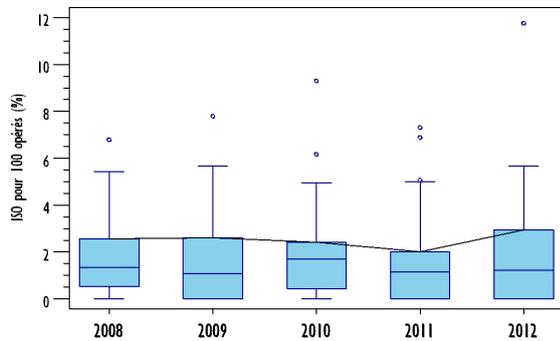
Une application Web permet à chaque établissement la saisie de ses données, et d'éditer ses principaux résultats.

→ <https://webpub.chu-rennes.fr/cclin/iso>

Suite >>>

**Figure 1**

Évolution de la distribution du taux d'incidence des ISO par service pour les césariennes de 2008 à 2012



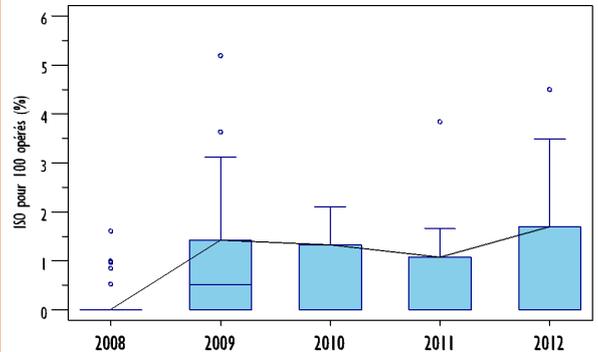
Statistiques détaillées du graphique :

	2008	2009	2010	2011	2012
N services	35	44	52	59	47
Médiane	1,4	1,1	1,7	1,1	1,2
P75	2,6	2,6	2,4	2,0	2,9

En 2009, 2011 et 2012, l'incidence des ISO était nulle dans 25 % des services participants (p25 à zéro).

**Figure 2**

Évolution de la distribution du taux d'incidence des ISO par service pour les cures de hernie de 2008 à 2012



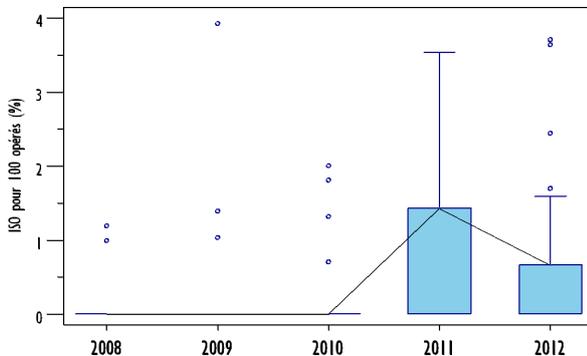
Statistiques détaillées du graphique :

	2008	2009	2010	2011	2012
N services	22	22	37	33	34
Médiane	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0
P75	0,0	1,4	1,3	1,1	1,7

En 2008, l'incidence des ISO était nulle dans au moins 75% des services participants (p75 à zéro). De 2010 à 2012, l'incidence des ISO était nulle dans la moitié des services participants (médiane à zéro).

**Figure 3**

Évolution de la distribution du taux d'incidence des ISO par service pour les prothèses totales de hanche de 2008 à 2012



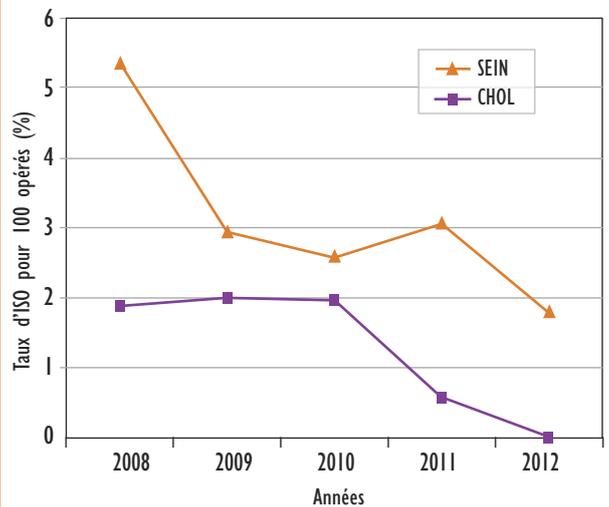
Statistiques détaillées du graphique :

	2008	2009	2010	2011	2012
N services	14	19	19	20	23
Médiane	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
P75	0,0	0,0	0,0	1,4	0,7

De 2008 à 2010, l'incidence des ISO était nulle dans au moins 75 % des services participants (p75 à zéro). En 2011 et 2012, l'incidence des ISO était nulle dans la moitié des services participants (médiane à zéro).

**Figure 4**

Évolution (2008 à 2012) non cohorte du P75 de la distribution de l'incidence des ISO après cholécystectomie et chirurgie du sein



Les figures 1 à 3 représentent l'évolution de cette distribution pour tous les services ayant participé au moins une fois entre 2008 et 2012 et ayant inclus au moins 50 patients pour les césariennes, les cures de hernie et les prothèses totales de hanche. La ligne entre les boîtes rejoint les P75 des différentes années.

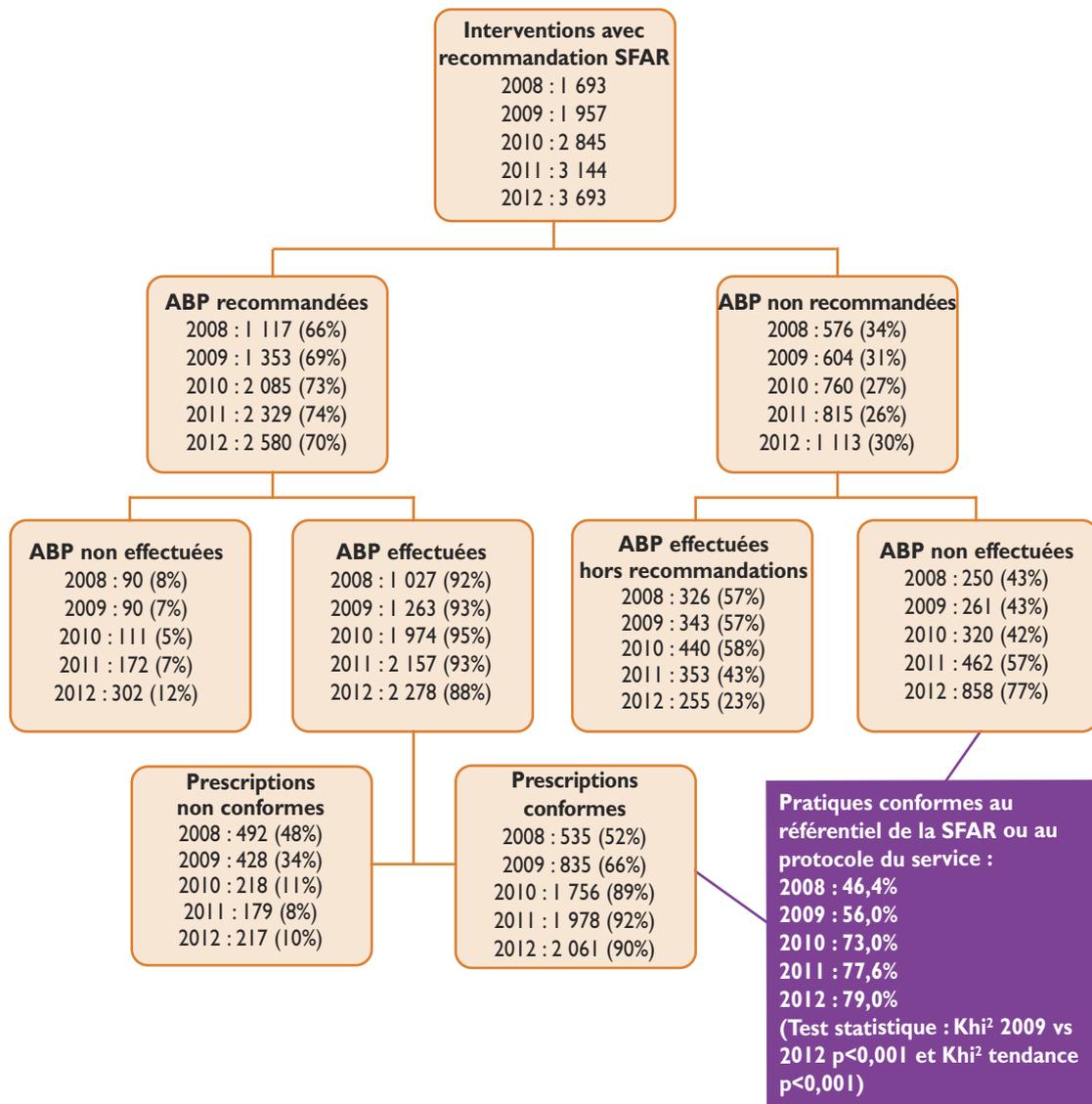
La figure 4 montre l'évolution du p75 de l'incidence des ISO pour les cholécystectomies et les chirurgies du sein. ■

[Suite >>>](#)

## Comparaison de l'indication et des bonnes pratiques entre 2008, 2009, 2010, 2011 et 2012 pour les interventions prioritaires parmi les 45 services ayant participé aux modules ABP

Seules les interventions dont la classe de contamination était codée 1 ou 2 et qui ne bénéficiaient pas d'ATB curative sont prises en compte.

Figure 5



Nous tenons à remercier tous les établissements ayant participé au réseau INCISO en 2012.

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

# Surveillance des infections nosocomiales (IN) en réanimation - Résultats 2012

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 et est harmonisée entre les CClin/Arlin depuis 2004. Les IN surveillées sont les pneumopathies associées à la ventilation mécanique (PVM), les colonisations de cathéter veineux central (CVC), les infections de CVC, les bactériémies liées au CVC (BLC), les infections urinaires et les bactériémies. Depuis 2011, les bactériémies sur cathéter d'hémodialyse sont également surveillées. Les résultats de la surveillance 2012 pour l'inter-région sont présentés ici.*

Du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2012, 53 unités de réanimation de l'inter-région ont participé à la surveillance et inclus 7 071 patients. Le sex-ratio était de 1,5 et l'âge moyen de 63,7 ans. L'IGSII moyen à l'admission était de 44,5. Trois quarts (74,1 %) des patients étaient en réanimation pour une pathologie médicale, 15,9% étaient immunodéprimés et plus de la moitié (58,9 %) recevaient des antibiotiques à l'admission.

La durée de séjour des patients inclus était en moyenne de 12,1 jours. Cependant, la durée moyenne de séjour (DMS) était variable d'une unité à l'autre (médiane : 11,6 jours ; intervalle interquartile : [10,4-14,0]).

Le **tableau 1** montre l'exposition des patients aux dispositifs invasifs. Les trois cinquièmes (60,3 %) des patients ont été intubés. Plus de la moitié (54,9 %) ont nécessité un CVC, près d'un sur 8 (12,4 %) un cathéter d'hémodialyse, et plus des quatre cinquièmes (82,8 %) un sondage urinaire à demeure. La durée moyenne d'intubation était de 11,7 jours, de cathétérisme veineux central de 10,1 jours, de cathétérisme d'hémodialyse de 9,1 jours et de sondage urinaire de 11,5 jours.

Tableau 1

## Exposition aux dispositifs invasifs

	% 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	62,2 [51,2 – 71,4]	11,7 [9,9 – 13,4]	73,9 [68,6 – 80,5]
Cathéter veineux central	53,4 [39,2 – 70,0]	10,4 [8,9 – 11,4]	81,0 [72,3 – 88,1]
CVC d'hémodialyse	10,8 [6,8 – 16,8]	9,0 [7,3 – 10,7]	62,5 [55,1 – 71,7]
Sonde urinaire	86,0 [74,4 – 90,5]	11,2 [10,4 – 13,4]	90,4 [83,2 – 94,5]

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

[Suite >>>](#)

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

<b>Pneumopathies (4 263 patients intubés)</b>	<b>15,5 / 1000 jours d'intubation</b>
<b>CVC (4 813 CVC)</b>	
Colonisations de CVC	11,6 / 1000 jours-CVC
Bactériémies liées au CVC	0,9 / 1000 jours-CVC
<b>CVC d'hémodialyse (1 069 cathéters)</b>	
Colonisations de cathéters	17,6 / 1000 jours-cathéter
Bactériémies liées aux cathéters	1,1 / 1000 jours-cathéter
<b>Infections urinaires (5 453 patients sondés)</b>	<b>3,8 / 1000 jours de sondage</b>
<b>Bactériémies (7 071 patients)</b>	<b>3,6 / 1000 jours d'hospitalisation (en réanimation)</b>

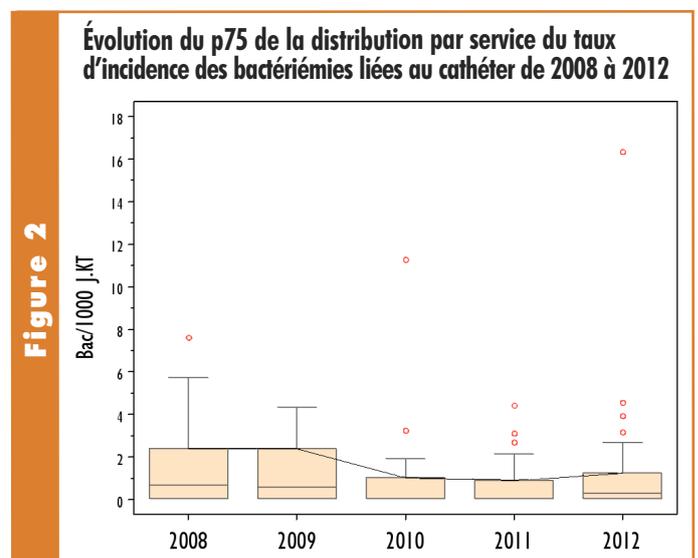
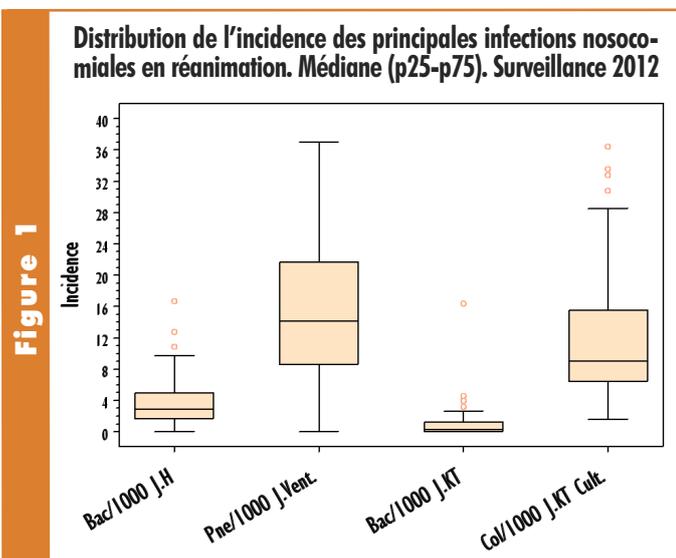
Le **tableau 2** montre l'incidence moyenne et la **figure 1** montre la distribution de l'incidence des principales infections associées aux soins par service en 2012.

Le programme national de prévention des IN (ProPIN) 2009/2013 fixe, parmi ses objectifs quantifiés de résultats, une diminution d'un quart de l'incidence des bactériémies liées au CVC (BLC) entre 2008 et 2012. La valeur cible est le 75<sup>e</sup> percentile (p75) de la distribution de l'incidence des BLC par service. La figure 2 représente l'évolution de cette distribution pour tous les services ayant parti-

cipé au moins une fois entre 2008 et 2012 et ayant inclus au moins 20 CVC. La ligne entre les boîtes rejoint les P75 des différentes années. De 2008 à 2012, ce p75 est passé de 2,34 à 1,22 BLC/1000 jours-CVC (soit une diminution de 48 %)

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. ■

**Nous remercions les établissements ayant participé à la surveillance 2012.**



## Enquête nationale de prévalence 2012 : principaux résultats inter-régionaux

D. Verjat-Trannoy, K. Miliani, B. Miguères, M. Degefa, P. Astagneau - CClin Paris-Nord

*Une nouvelle enquête nationale de prévalence, réalisée un jour donné et de façon exhaustive, c'est-à-dire proposée à tous les établissements de santé et à réaliser pour tous les patients présents, a été menée en 2012 dans notre inter-région : l'article ci-dessous présente les principaux résultats inter-régionaux (hors HAD) relatifs aux infections nosocomiales (IN) et aux traitements anti-infectieux en comparaison avec les résultats nationaux, récemment publiés.*

### Participation

Un total de 439 établissements de santé (ES) publics ou privés de l'inter-région Nord ont participé à l'enquête, ce qui représente 73 % des ES répertoriés au niveau de la SAE 2011 et près d'un quart des établissements français participants; 80 345 patients ont été inclus, soit 79 % des lits déclarés par les ES. Lors de l'enquête, les patients étaient principalement hébergés en court-séjour (56 %), dont 30 % en médecine. Un quart des patients étaient en SSR, 13 % en psychiatrie et 9 % en SLD, pourcentages en diminution depuis 2006, du fait du transfert des patients en Ehpad (établissements médico-sociaux non inclus dans l'enquête).

### Caractéristiques des patients

La proportion de patients âgés de plus de 65 ans était proche de 50 % et presque un quart des patients était atteint d'une maladie engageant le pronostic vital dans l'année ou dans les cinq ans (indice de Mac Cabe 1 ou 2); 10 % de cette population était immunodéprimée et 12 % des patients étaient porteurs d'une affection maligne évolutive. En ce qui concerne les actes invasifs, 18 % des patients avaient subi une intervention chirurgicale depuis leur admission dans l'ES, pratiquement un tiers était porteur d'au moins un dispositif invasif: sonde urinaire (8 %), cathéter (au moins 1 dans 30 % des cas), sonde d'intubation ou trachéotomie (1,7 %). Les cathéters présents le jour de l'enquête étaient principalement des cathéters périphériques (21 %). Il y avait autant de cathéters centraux que de chambres à cathéter implantable (CCI) et de cathéters sous-cutanés (un peu plus de 3 % pour chaque dispositif). Des cathéters centraux à insertion périphérique (PICC) ont été observés chez 4 patients sur 1 000.

**Par rapport au niveau national, l'inter-région Nord avait significativement un taux de patients immunodéprimés plus important,**

**une plus grande prévalence de patients ayant été opérés depuis leur admission et de porteurs de dispositifs invasifs (sonde d'intubation, trachéotomie, cathéters périphériques veineux, cathéters centraux artériels et CCI).**

### Infections nosocomiales

La prévalence des patients porteurs d'au moins une IN était de 5,7 %, (95 % des patients ayant une seule IN). La prévalence des IN était de 6 % (en moyenne 1,06 IN/patient). Ces chiffres étaient légèrement mais significativement supérieurs aux valeurs nationales<sup>1</sup> (5,1 % et 5,3 % respectivement,  $p < 0,001$ ). La distribution des prévalences était hétérogène avec une médiane à 4,6 % (figure 1).

### Origine des infections

La prévalence des infections acquises dans l'établissement était trois fois supérieure à celle des IN importées (4,5 % versus 1,2 %). L'origine des IN était indéterminée dans 0,3 % des cas. La prévalence des infections acquises était supérieure à la valeur nationale (3,9 %). Comme au niveau national, les IN importées provenaient du court séjour dans 72 % des cas.

### Sites infectieux

Les quatre sites infectieux les plus fréquemment retrouvés lors de cette enquête étaient les infections urinaires (27 % des IN, prévalence 1,6 %), les pneumonies (18 % des IN, prévalence 1,1 %), les infections du site opératoire (ISO) (13 % des IN, prévalence 0,8 %) et les bactériémies (11 % des IN, prévalence 0,7 %). Les autres infections avaient toutes une prévalence inférieure à 0,5 %. Les pneumonies, les ISO et les bactériémies avaient une prévalence légèrement supérieure aux résultats nationaux.

[Suite >>>](#)

## Micro-organismes (MO) associés aux IN

Les trois familles de micro-organismes les plus rencontrés étaient dans l'ordre décroissant :

- les entérobactéries (44 % des souches) avec *E. coli* (24 %) et *K. pneumoniae* (5 %);
- les Cocci à Gram positif (33 % des souches) avec *S. aureus* (15 %) et *E. faecalis* (5 %);
- les autres bacilles à Gram négatif (BGN) (13 % des souches) avec principalement *P. aeruginosa* (9 %).

Les bactéries anaérobies strictes représentaient 5 % des MO et les champignons 4 %.

## Résistances des micro-organismes

Les souches de SARM représentaient un peu plus d'un tiers des souches de *S. aureus*, résultat un peu inférieur au niveau national (38 %). Quelques souches résistantes à la vancomycine ont été retrouvées (1,3 % au niveau inter-régional versus 1,5 % au niveau national). *E. faecium*, peu rencontré lors de l'enquête (1,5 % des souches) avait une forte résistance à l'ampicilline (60 % des souches d'*E. faecium* > 54 % national). *E. faecalis* avait le profil inverse avec une plus forte représentativité (5 % des souches) et une résistance plus faible à l'ampicilline (5,7 % des souches d'*E. faecalis* < 7,5 % national). Quelques souches d'*E. faecium* vanco-R (ERV) ont été retrouvées mais moins qu'au niveau national (1,8 % versus 4,1 %).

Concernant les bacilles à Gram négatif (BGN), les entérobactéries testées étaient résistantes aux C3G dans un quart des cas, dont 15 % étaient des souches productrices de BLSE (national: 23 % dont 14 % BLSE). Les souches à plus forte proportion de BLSE étaient *K. pneumoniae* (31,6 %) et *E. cloacae* (31,5 %).

Les souches productrices de carbapénémases représentaient 0,9 % des entérobactéries (national 1,5 %). Les souches concernées par la résistance aux carbapénèmes étaient: *Morganella* sp. (3,1 % de carba-R), *E. aerogenes* (2,4 %), *E. cloacae* (1,6 %), *E. coli* (1 %) et *K. pneumoniae* (0,6 %). Pour le pyocyanique, 22 % des souches étaient résistantes à la ceftazidime et 25 % aux carbapénèmes, valeurs un peu plus élevées qu'au niveau national (20 % et 21 %); 11 % des souches étaient résistantes aux deux types d'ATB (identique au national).

Enfin, les souches d'*A. baumannii* testées (faible effectif, N = 22) avaient une forte résistance à la ceftazidime (50 % versus 35 % national). Presque un quart des souches avaient une double résistance (cefta-R et carba-R), pourcentage multiplié par deux par rapport au niveau national.

## Traitements anti-infectieux

Le pourcentage de patients sous anti-infectieux était de 18 % : 17,7 % sous antibiotiques (ATB) et 0,9 % sous antifongiques (ATF). Ce résultat est proche du niveau national (17 %). La distribution des prévalences de patients sous antibiotiques est décrite en **figure 2** (médiane 14,6 %); 95,3 % des patients étaient soit en monothérapie (72,6 %) soit en bithérapie (22,7 %). La trithérapie concernait environ 3,7 % des patients; 1 % des patients avaient 4 ou 5 molécules anti-infectieuses simultanément.

## Molécules utilisées

Les principales familles d'ATB utilisées étaient les bêta-lactamines (prévalence de 13 %), suivies des fluoroquinolones (3,2 %) et des imidazolés (1,5 %).

- Parmi les bêta-lactamines, les pénicillines avaient une prévalence de 7,4 % (majoritairement représentées par l'association amoxicilline/acide clavulanique) et les cephalosporines de 3<sup>e</sup> génération (C3G) avaient une prévalence de 3,7 % avec en tête la ceftriaxone.
- Parmi les fluoroquinolones, l'ofloxacine était la molécule la plus fréquemment observée.

L'inter-région avait des taux légèrement plus importants de bêta-lactamines, et en particulier de pénicillines, qu'au niveau national. L'administration des ATB se faisait principalement par voie IV (54 %) et orale (43 %). La voie sous-cutanée était la 3<sup>e</sup> voie la plus utilisée mais dans une moindre mesure (2,5 %). La voie IV était, dans l'inter-région, un peu supérieure au niveau national (52,2 %).

## Contexte de prescription

Environ 50 % des traitements anti-infectieux était prescrit dans un contexte curatif communautaire et environ 30 % dans un contexte curatif nosocomial, distribution proche du niveau national. L'antibioprophylaxie chirurgicale représentait 9 % des traitements tout comme la prophylaxie médicale (prévention des infections dans un contexte non chirurgical). Les indications non infectieuses et multiples représentaient respectivement 1,5 % et 1,2 % des contextes de prescription. À noter que pour 1,5 % des traitements, le contexte exact n'était pas connu.

En matière d'antibioprophylaxie, l'administration d'une dose unique, conforme aux recommandations en vigueur, représentait 30 % des cas. Un pourcentage élevé de prolongation du traitement au-delà des 48h a été observé (38 %), pratique théoriquement interdite depuis les recommandations de 2010 actualisées par la SFAR<sup>2</sup>. Des durées

[Suite >>>](#)

d'administration de 1 à 2 jours ont également été constatées: elles constituent le dernier tiers des antibioprofylaxies évaluées.

## Diagnostic / motif de prescription

Uniquement demandé dans le contexte d'un traitement curatif et limité au motif principal de prescription, le diagnostic correspondait principalement à des pneumonies (prévalence de 4,3 % > 3,9 % au niveau national), à des infections de la peau et des tissus mous (2,0 %) et à des infections urinaires basses (2,0 %). La répartition communautaire/ nosocomiale variait selon le type d'infection traitée. Au niveau inter-régional, 0,7 % des traitements ATB n'avait pas de motif de prescription (diagnostic non retrouvé ou non établi).

## Justification du traitement dans le dossier médical (documentation, traçabilité du motif de prescription)

Au total, 84 % des traitements ATB avaient une indication tracée, avec des différences entre les contextes de prescription: la meilleure traçabilité était effectuée pour les traitements curatifs (87 %). Pour les autres contextes, la proportion variait de 75 à 79 %. La traçabilité variait également selon la durée d'administration de l'antibioprofylaxie: de 67 % (> 2 jours) à 91 % en monodose. La traçabilité est globalement meilleure qu'au niveau national sauf pour la prophylaxie médicale.

### Discussion - conclusion

Nous notons, cette année encore, une bonne participation à l'enquête des établissements de l'inter-région, enquête qui a sans doute

permis, comme à chaque fois, une sensibilisation des participants et des nouveaux collègues à l'identification des IN en fonction des définitions proposées. Les discussions qu'elle génère entre les enquêteurs et le personnel des services portent souvent sur le caractère nosocomial des infections et leur origine acquise ou importée. Le score de Mac Cabe est à prendre en compte avec prudence, c'est une estimation à un moment donné, pas toujours adapté à certaines

populations ou tranches d'âge extrêmes. Les résultats de prévalence des IN ne doivent pas être dissociés de la description de la population de patients inclus correspondante dont les caractéristiques (âge, dispositifs invasifs...) peuvent varier d'une région à l'autre. Les principales infections et les souches identifiées sont toujours les mêmes, année après année. La version 2012 de l'ENP a insisté sur la partie « anti-infectieux » en ajoutant en particulier les diagnostics associés aux prescriptions et leur traçabilité. Pour cette dernière, les résultats sont plutôt satisfaisants. Les antibiotiques administrés restent en majorité motivés par le traitement curatif d'une infection communautaire. Une piste de travail pour nos collègues des ES et des Omedit pourrait être une évaluation plus fine de l'antibioprofylaxie, dont la durée d'administration dépasse souvent les délais préconisés par les sociétés savantes. ■

<sup>1</sup> Les pourcentages affichés au niveau national sont ceux présentés dans le rapport national. Les comparaisons ont été effectuées à l'aide du test du Chi<sup>2</sup> entre les valeurs des données nationales hors inter-région Nord et les données de l'inter-région Nord.

<sup>2</sup> Antibioprofylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle (patients adultes), SFAR, Actualisation 2010

Documents à paraître (prochainement en ligne sur la page ENP 2012 du Cclin):

- Rapport inter-régional avec comparaisons régionales
- Descriptif des différences méthodologiques entre ENP 2006 et ENP 2012 pour l'analyse des évolutions

[Suite >>>](#)

Figure 1

**Distribution des prévalences des patients infectés dans les établissements de santé (ES) ayant inclus au moins 20 patients (N=422 ES). Données inter-régionales, ENP 2012**

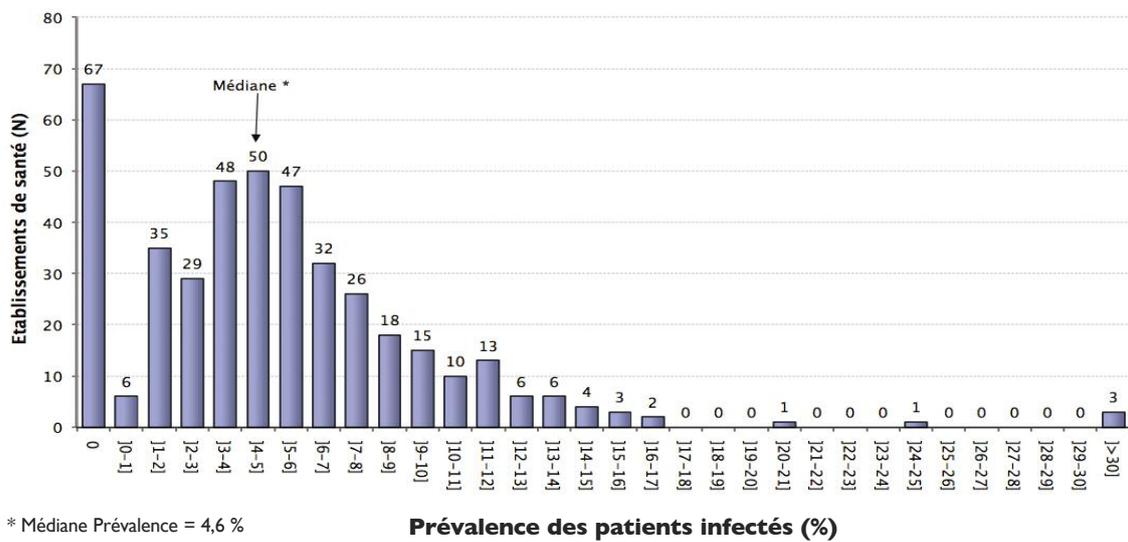
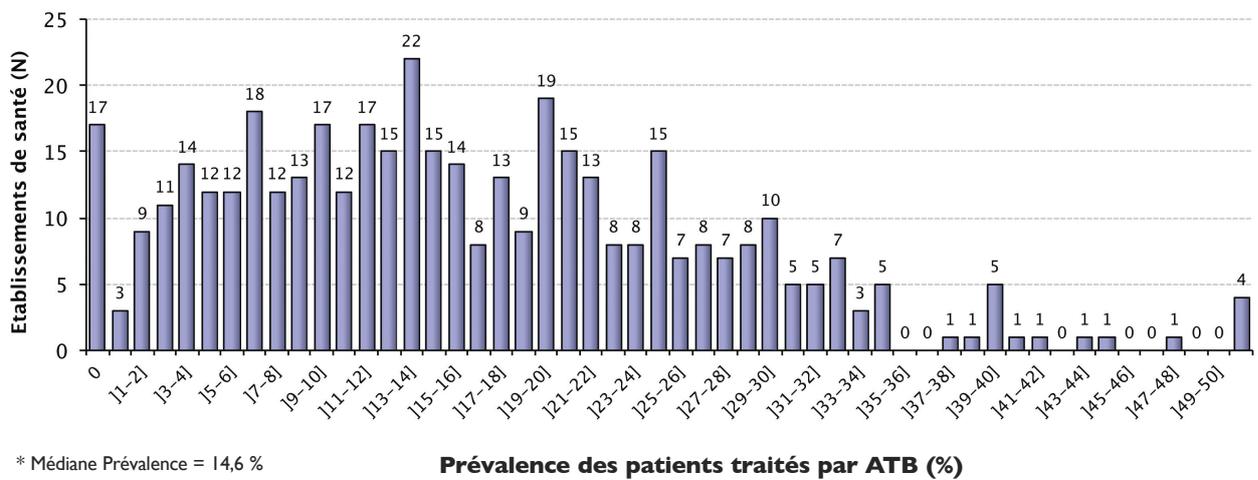


Figure 2

**Distribution des prévalences des patients traités par ATB ayant inclus au moins 20 patients (N=422 ES). Données inter-régionales, ENP 2012**



# Épidémie de pseudo-angiomatose éruptive (PAE) dans un établissement pour personnes âgées : analyse critique d'une situation ayant conduit à des mesures de confinement

Dr Philippe Plé<sup>1</sup>, Ludmilla Méroni<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Chef de pôle service médecine, CHI Caux Vallée de Seine, Lillebonne

<sup>2</sup> IDE hygiéniste, CHI Caux Vallée de Seine, Lillebonne

*La pseudo-angiomatose éruptive (PAE) est une dermatose rare caractérisée par une éruption transitoire de lésions évoquant des angiomes rubis. L'exanthème est bénin et spontanément résolutif. Une origine virale est suspectée. L'objectif de ce document est de présenter une analyse critique de la gestion d'un épisode épidémique de PAE survenu dans un Ehpad (215 lits) rattachés à un établissement hospitalier.*

Le samedi, une éruption maculo-érythémateuse non prurigineuse sans autre symptôme fonctionnel est observée chez un résident. Rapidement, elle est retrouvée sur 3 autres résidents de la même unité. Le lendemain, la totalité des 40 résidents de cette unité est touchée ainsi que 45 autres résidents dans six autres unités et six membres du personnel (taux d'attaque de 40 % chez les résidents).

L'administrateur de garde informé prend la décision d'un confinement. Deux cellules de crise sont déclenchées le jour même pour suspicion d'un purpura pétéchial dans un contexte contagieux d'origine non déterminée mais sans diagnostic précis. L'accès à l'Ehpad est interdit aux personnes extérieures, les activités de groupe sont suspendues, les mesures d'hygiène renforcées (notamment dans l'objectif de protéger le personnel), une information aux familles et visiteurs est faite. L'épisode est signalé à l'ARS et l'Arlin (Antenne régionale du Cclin Paris-Nord). Le CHSCT et le service de santé au travail sont également prévenus dans ce contexte très anxiogène pour le personnel.

Dans un second temps, après concertation interne et appel de l'Arlin, un avis complémentaire spécialisé est demandé à un dermatologue du CHU voisin ainsi qu'au médecin chef de pôle. Le diagnostic de PAE est alors posé permettant de lever les mesures de confinement lors de la troisième réunion de la cellule de crise. Une biopsie cutanée est programmée chez deux résidents pour le lendemain. L'évolution a été favorable pour l'ensemble des résidents et soignants concernés. Aucun germe n'a été identifié.

Macules aux membres et tronc, diamètre < à 2 mm



## Conclusion

À l'avenir, les recommandations de la cellule de crise devront s'appuyer sur un diagnostic confirmé par une confrontation collégiale éclairée si besoin d'un avis spécialisé extérieur. L'organisation doit tenir compte des contraintes de la structure (effectifs médicaux restreints) et prévoir une liste d'experts extérieurs consultables en cas de besoin. D'autre part, une information spécifique des soignants médicaux et non médicaux (intervenant dans les institutions gériatriques) sur la PAE serait intéressante à organiser en raison d'une trop faible connaissance de cette pathologie et des analogies possibles avec un diagnostic de purpura infectieux. ■

## Bibliographie :

1. Augey F, Paillard-Anglaret C, Delattre I, Balme B. Une épidémie de pseudoangiomatose éruptive en milieu gériatrique. Presse Med 2008 ; 37 : 431-4.

# Communication soignant-soigné sur l'hygiène des mains : retour d'expérience d'une démarche mise en place avec les kinésithérapeutes



Anne-Laure Lemonnier<sup>1</sup>, Anne Gauthier<sup>2</sup> et Delphine Verjat-Trannoy<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Infirmière hygiéniste à la Clinique Médicale du Parc à Saint-Ouen l'Aumône et à l'hôpital Jean Jaurès à Paris

<sup>2</sup> Interne en santé publique au Cclin Paris-Nord - <sup>3</sup> Praticien hygiéniste au Cclin Paris-Nord, coordinateur du GRHYM

*Une expérimentation de la démarche de « Communication soignant-soigné sur l'hygiène des mains » proposée par le GRHYM (Groupe de réflexion du réseau Cclin-Arlin pour la promotion de l'hygiène des mains) a été menée fin 2012-début 2013. La Clinique Médicale du Parc et l'hôpital Jean Jaurès ont fait partie des neuf établissements de l'inter-région volontaires pour effectuer ce test. Notre collègue hygiéniste a organisé le projet en impliquant, une fois n'est pas coutume, les masseurs-kinésithérapeutes. L'article ci-dessous présente son retour d'expérience.*

## Principe et objectifs de la démarche

La démarche proposée consiste à impliquer les soignants dans une communication aux patients sur l'hygiène des mains (information orale sous forme de cinq messages-clés décrivant les engagements des soignants et le rôle que peut jouer le patient, démonstration de friction et remise d'un support d'information). Cette communication soignant-soigné a pour objectif d'augmenter les connaissances du patient, d'engager les soignants à respecter les bonnes pratiques pour la sécurité du patient, d'inviter le patient à échanger sur ce sujet avec le soignant tout en préservant la qualité de la relation soignant-soigné.

## Méthode

La démarche, menée sur cinq jours en décembre 2012, a été proposée aux masseurs-kinésithérapeutes de deux établissements dans le cadre de la Semaine de Sécurité des Patients (SSP 2012). Elle a été conduite à la fois au niveau du plateau technique (salle de rééducation fonctionnelle) et des services de soins (déplacement des kinésithérapeutes au lit du patient). La communication aux patients sur l'hygiène des mains était réalisée par les kinésithérapeutes au début de la séance de kinésithérapie. Au niveau du plateau technique, les équipes ont choisi d'aller au-delà d'une simple information sur l'hygiène des mains puisque les patients ont été formés à la technique de friction et aux indications de l'hygiène des mains (à l'entrée et à la sortie de la salle de rééducation). Dans le cadre de cette activité, les contacts sont en effet multiples : entre personnes et avec les surfaces environnantes (équipements de travail).

L'infirmière hygiéniste avait pris soin, au préalable, d'obtenir l'accord des cadres des services et d'informer la Direction. Elle avait programmé des séances de formation pour les kinésithérapeutes reposant sur un diaporama spécifique et l'utilisation des caissons à ultraviolet. Le diaporama permettait à la fois une remise à niveau des connaissances sur l'hygiène des mains et de la technique de friction et présentait les objectifs et modalités de la démarche de communication soignant-soigné. Une affiche de promotion de l'hygiène des mains créée pour la SSP était également disponible.

## Implication des masseurs-kinésithérapeutes

- Sur l'ensemble des deux établissements, 13 kinésithérapeutes ont été impliqués, tous ayant rempli le questionnaire « soignant » proposé.
- Les kinésithérapeutes ont apprécié la séance de formation dédiée qui leur a permis d'avoir une écoute sur leurs problématiques spécifiques, comme par exemple la difficulté d'utiliser des produits hydro-alcooliques (PHA) dans la chambre des patients sachant que leurs mains sont régulièrement enduites d'huile de massage. Ces échanges se sont avérés indispensables pour l'adhésion des soignants à la démarche (facteur de réussite). L'adhésion initiale des kinésithérapeutes à ce projet a toutefois été variable : une meilleure motivation a été rencontrée chez les plus jeunes d'entre eux ou en présence d'un cadre kinésithérapeute lui-même motivé.
- La majorité des kinésithérapeutes sollicités ont finalement bien adhéré à la démarche, 12 sur 13 trouvant que cette démarche avait tout à fait sa place dans la prise en charge du patient. En général, ils ont trouvé facile la communication des messages (8/10) même si

[Suite >>>](#)

cette communication restait parfois partielle (< 5 messages demandés) et nombreux étaient ceux qui envisageaient de poursuivre ce travail (9/11).

### Actions mises en œuvre

- En se référant aux questionnaires remplis par les kinésithérapeutes, il s'avère que 85 patients ont été informés sur l'hygiène des mains, soit en moyenne 6 ou 7 patients par professionnel. En fin de démarche, 54 d'entre eux ont répondu au questionnaire « patient » soit 64 %. Parmi les patients pour lesquels une fiche de traçabilité des actions a été remplie (N = 61), 97 % ont reçu l'information prévue, 85 % ont assisté à une démonstration de friction et 77 % se sont vus remettre un support écrit sur l'hygiène des mains (flyers « patient » du ministère de la Santé pour la SSP 2012).
- Les équipes ayant choisi de former les patients, un temps était nécessaire pour l'éducation à l'hygiène des mains, auquel s'ajoutait le temps de recueil de l'avis des patients : ceci explique que 9 kinésithérapeutes sur 13 ont déclaré avoir consacré plus de 5 minutes à chaque patient.

### Satisfaction des patients

Les kinésithérapeutes ont ressenti globalement un retour positif des patients. Cela se confirme dans les questionnaires « soignant » (100 % de réaction positive ou neutre des patients) et dans les questionnaires « patient » (80 % considèrent que cette démarche est « un plus » dans leur prise en charge). Selon eux, les patients ont apprécié le fait d'être encadrés et qu'il y ait un suivi dans la démarche (information/évaluation). L'intérêt des patients pour cette démarche était manifeste : certains ont posé des questions aux soignants (11 professionnels concernés) ou se sont interrogés sur le sujet (66 % des patients).

### Impact de la démarche sur les patients

- La friction hydro-alcoolique est devenue pour certains patients un automatisme à l'entrée du plateau technique (« dé clic ») mais pour les patients non valides, une aide du brancardier était toutefois nécessaire pour l'accès aux PHA;
- Les patients ont déclaré s'apprêter à faire plus attention à leur propre hygiène des mains (57 % des cas);
- Certains patients ne savaient pas à quoi servaient les PHA, d'où l'intérêt d'une information et d'une démonstration;

- Les patients ont pris conscience des risques de transmission des micro-organismes par les personnes ou les objets et surfaces;
- La forme orale de communication a eu un intérêt pour les patients qui ne savaient pas lire.

### Impact de la démarche sur les soignants

Cette démarche a permis une valorisation des masseurs-kinésithérapeutes au niveau des établissements concernés. Cinq sur douze ont déclaré avoir évolué dans leurs propres pratiques de l'hygiène des mains.

### Difficultés rencontrées

- 1- Trouver un moment adapté pour réaliser cette communication,
- 2- Démarche difficile à réaliser en période de sous-effectif,
- 3- Démarche compliquée à mettre en œuvre avec les patients âgés du fait de difficultés de compréhension, d'assimilation et parfois de surdité.

### Suggestions des kinésithérapeutes

- Accompagner la démarche par un affichage spécifique;
- Impliquer d'avantage les autres soignants en charge de l'installation des patients tels que les brancardiers;
- Rendre les supports écrits destinés aux patients plus lisibles et plus attrayants;
- Pour les patients les plus difficiles à former, effectuer cette démarche en amont, à l'accueil des patients dans le service d'origine, de façon à ne pas empiéter sur la séance de kinésithérapie. Les équipes du plateau technique sont en revanche prêtes à accompagner les patients dans cette démarche en répondant par exemple aux éventuelles questions des patients sur l'hygiène des mains ou en les aidant à avoir des bonnes pratiques.

### Perspectives

La réalisation de ce type de démarche (incluant l'évaluation des patients et des soignants) semble réalisable lorsqu'elle est conduite sur une semaine. Sous réserve de ne pas avoir à remplir ou faire remplir à chaque fois un questionnaire, les kinésithérapeutes semblent prêts à prolonger en « routine » cette démarche, signe d'une implication manifeste de cette catégorie de professionnels dans la promotion de l'hygiène des mains. ■

Les outils d'accompagnement de cette démarche sont disponibles sur le site internet du réseau Cclin-Arlin.  
Protocole - diaporama de formation - questionnaires d'évaluation (sur demande) - outil de saisie (sur demande)

→ [www.cclin-arlin.fr/Campagnes/Hygiene\\_Mains/hygienedesmains.html](http://www.cclin-arlin.fr/Campagnes/Hygiene_Mains/hygienedesmains.html)

Pour tout renseignement contacter : [delphine.verjat-trannoy@sap.aphp.fr](mailto:delphine.verjat-trannoy@sap.aphp.fr)

# Maîtrise du risque infectieux dans les Maisons d'Accueil spécialisées et les Foyers d'accueil médicalisés : nouvel outil du Grephh

Danièle Landriu, pour le groupe de travail

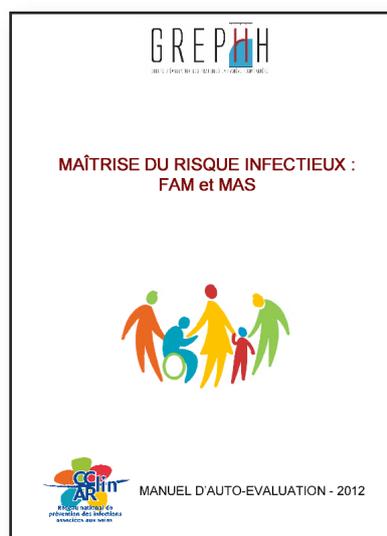
*Les Maisons d'accueil spécialisées (Mas) et les foyers d'accueil médicalisés (Fam) sont des établissements médico-sociaux qui, à l'instar des Etablissements pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), hébergent des résidents souvent dépendants, fragiles et comme dans toute collectivité, susceptibles d'être victime d'une infection (grippe, gastro-entérite, gale, Tiac...).*

**A** cet effet, le ministère de la Santé a diffusé une circulaire datant du 15 mars 2012, enjoignant ces établissements médico-sociaux à évaluer leur maîtrise du risque infectieux (circulaire interministérielle n° DGCS/DGS/2012/118 du 15 mars 2012 relative au programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011/2013).

Cette circulaire préconisait également que les établissements utilisent le « manuel d'auto-évaluation de la maîtrise du risque infectieux », proposé par le Grephh.

Le Grephh a, dans un premier temps, proposé cet outil d'évaluation aux Ehpad, ces structures mieux connues travaillaient depuis plus longtemps avec les acteurs de la prévention du risque infectieux (Arlin/CCLin notamment).

La version destinée au Mas et Fam a été réalisée dans un second temps par le Grephh et des représentants des Mas-Fam pour mieux appré-



hender les spécificités et les contraintes de ces structures moins connues. En effet, a contrario des Ehpad, il n'existe pas dans ces structures de recommandations nationales pour la prévention du risque infectieux.

Des Maisons d'accueil spécialisées et des foyers d'accueil médicalisés ont donc testé le manuel destiné aux Ehpad; des membres du Grephh se sont rendus dans ces structures et, ensemble, ils ont élaboré ce nouvel outil.

Ce manuel a vocation à aider les professionnels à se poser les questions qui les aideront à identifier les domaines à maîtriser en lien avec les risques infectieux dans leurs établissements. Le

rapport automatisé, produit par l'application informatique, permet d'identifier les points forts et les points à améliorer.

Cet outil facilite l'élaboration d'un plan d'action adapté. Cette démarche s'inscrit dans le cadre d'une politique globale d'amélioration continue de la qualité. ■

L'ensemble de ces outils (manuel d'auto évaluation et application informatique) sont disponibles sur le site du Grephh : <http://www.grephh.fr/FAM-MAS-GREPHH.html>

## Dispositif de surveillance des épisodes infectieux épidémiques en Ehpad dans la région Nord-Pas de Calais

Dr Karine Wyndels<sup>1</sup>, Dr Karine Blanckaert<sup>2</sup>, Dr Pascal Chaud<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Cire Nord, <sup>2</sup> Arlin Nord-Pas de Calais

**Un dispositif de surveillance, d'alerte et de gestion des épisodes infectieux épidémiques en établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (Ehpad) existe dans la région Nord-Pas de Calais depuis 2009. Il a pour objectif d'aider les Ehpad à détecter précocement les cas d'infection à potentiel épidémique et à mettre en place les mesures barrières destinées à limiter le nombre de résidents atteints. Ce dispositif permet également d'assurer un suivi régional du risque infectieux en Ehpad. Les pathologies ciblées sont les cas groupés d'infections respiratoires aiguës (IRA), de gastro-entérites aiguës (GEA), de gale et d'infections à Clostridium difficile (ICD).**

Ce dispositif repose sur la collaboration de trois partenaires régionaux (l'ARS, l'Arlin et la Cire) en charge de la gestion du signal (cf. **figure 1**).

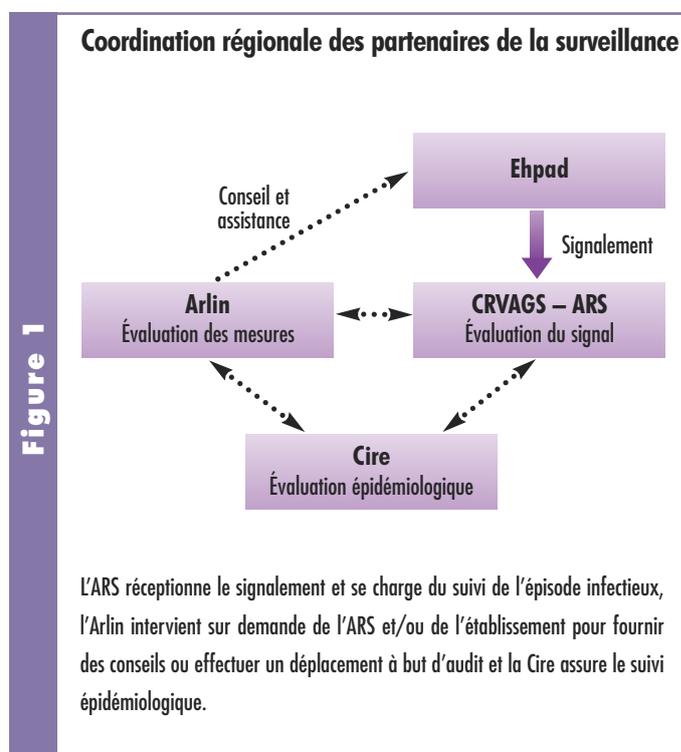
Les outils de signalement ont été distribués sous forme d'un classeur à l'ensemble des Ehpad de la région en janvier 2011. Ces outils comportent des définitions de cas, une procédure type de signalement interne et externe, des fiches de signalement et les fiches de gestion pratique de ces épisodes. Ils sont actualisés régulièrement et sont téléchargeables sur le site de l'ARS.

> [www.ars.nordpasdecalsais.sante.fr/Dispositif-Ehpad.104025.0.html](http://www.ars.nordpasdecalsais.sante.fr/Dispositif-Ehpad.104025.0.html)

Entre 2011 et 2012 nous avons constaté l'augmentation progressive du nombre de signalements par rapport à l'année 2010 (cf. **figure 2**). Durant l'année 2012, 36 épisodes d'IRA survenus en Ehpad ont été signalés à l'ARS, dont 26, de façon concomitante à l'épidémie de grippe, 55 épisodes de GEA et 3 d'ICD. En ce qui concerne la gale, 3 épisodes ont été signalés à l'ARS en 2010, 14 épisodes en 2011 et 17 épisodes en 2012. Ces données sont à analyser avec prudence en raison de l'existence probable d'une sous-déclaration des épisodes survenus au sein des Ehpad.

### Bilan des signalements d'IRA en Ehpad

Durant l'année 2012, dans le Nord-Pas de Calais, la CRVAGS, l'Arlin et la Cire Nord ont dû faire face à de nombreux signalements d'épisodes d'infections respiratoires aiguës en Ehpad, comparativement à l'année 2011 où très peu d'épisodes



avaient été signalés. La grande majorité (93 %) des signalements a été effectuée en mars soit, de façon concomitante avec l'épidémie de grippe survenue dans la région; seuls deux épisodes ont été déclarés après la fin de l'épidémie (avril).

[Suite >>>](#)

**Nombre de signalements d'épisodes par mois selon la date de début des signes du 1<sup>er</sup> cas ou, à défaut, la date de début du signalement**

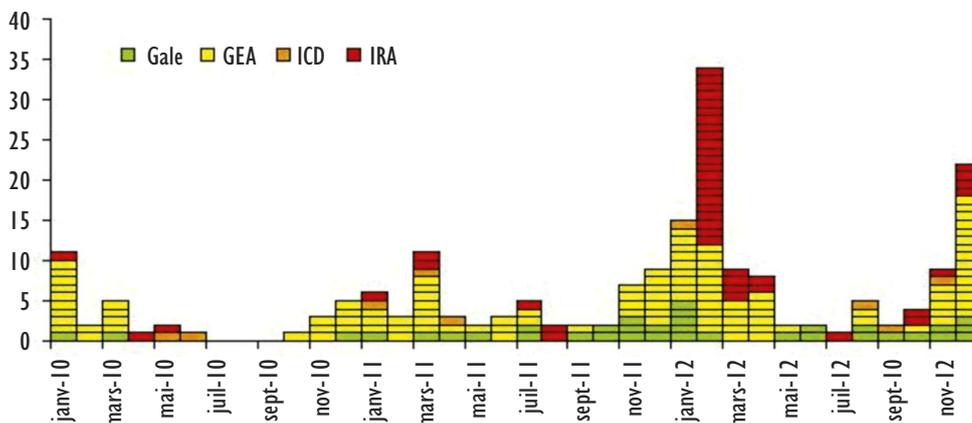


Figure 2

Les deux tiers des signalements (n=19) concernaient des établissements du Nord et 32 % des Ehpad du Pas-de-Calais. Parmi ces 28 épisodes, 20 (71 %) ont bénéficié de recherches étiologiques et un virus grippal a été isolé dans 60 % des cas (n=12).

Le taux d'attaque moyen chez les résidents était de 28 % (étendue: [4 % ; 64 %]). Bien que ce taux apparaisse plus élevé dans les épisodes confirmés à virus grippal (34 % versus 23 % dans les autres épisodes), cette différence n'est pas statistiquement significative (p=0,08). Au final, 659 résidents et 92 membres du personnel ont été affectés dont 43 (42 résidents et 1 membre du personnel) ont dû être hospitalisés et 9 résidents sont décédés.

Une chimioprophylaxie par Tamiflu® a été mise en place dans 11 épisodes (39 %) dont 9 confirmés à virus grippal. Le taux d'attaque moyen dans les épisodes où une chimioprophylaxie a été prescrite n'est pas statistiquement différent du taux d'attaque moyen dans les autres épisodes (30 % versus 26 %, p=0,38).

L'importance des épisodes survenus en 2012 est probablement liée à la circulation d'un virus A(H3N2) antigéniquement différent de la souche vaccinale, et affectant davantage les personnes âgées que le virus A(H1N1)pdm09.

### Les apports du signalement d'une épidémie

Ce dispositif de signalement est actuellement en cours d'évaluation dans notre région. Nous formulons l'hypothèse que le contact systématique tant

par l'ARS que par l'Arln des structures signalant des IRA, des GEA, des gales ou des ICD améliore les pratiques de prévention dans les Ehpad. À distance des épisodes d'IRA survenue en 2012, nous avons donc

**Nombre hebdomadaire d'épisodes d'IRA signalés selon le type de germes et taux d'incidence des syndromes grippaux estimés par le réseau unifié Sentinelles-Grog-InVS pour la région Nord/Pas-de-Calais**

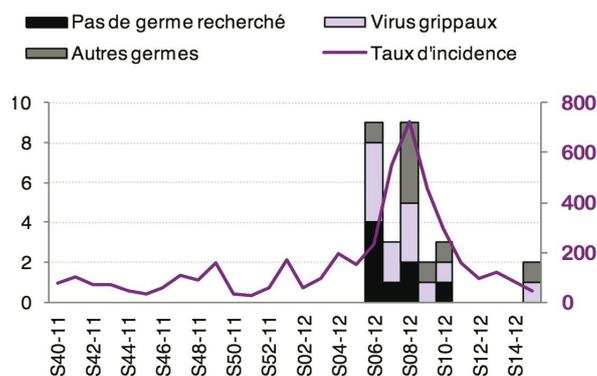


Figure 3

visité les structures qui ont signalé des IRA et interrogé le médecin et l'infirmière coordinatrice sur les apports de ce circuit signalement. L'ensemble des médecins coordonnateurs des établissements interrogés (n=24), ont répondu que la fiche de signalement était une aide à l'identification des cas groupés, 90 % une aide pour la mise en place des mesures de prévention. ■

# Les indicateurs du tableau de bord – Résultats 2011

Karin Lebascle - Cclin Paris-Nord

*Le tableau de bord est élaboré à partir des données du bilan standardisé annuel de la lutte contre les infections nosocomiales des établissements de santé. Son objectif est d'inciter tous les établissements à mesurer leurs actions et leurs résultats dans le domaine de la lutte contre les infections nosocomiales. Il vise aussi à permettre un suivi dans le temps et des comparaisons entre les établissements, facteurs d'amélioration de la qualité. Il répond enfin à une demande légitime d'information et de transparence de la part des usagers.*

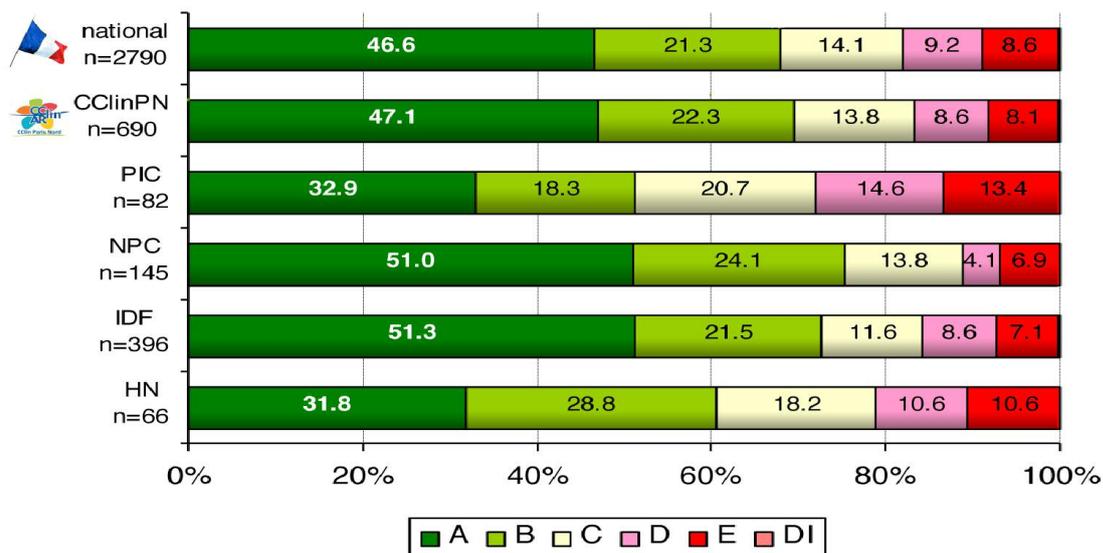
## Indicateur Icalin.2

L'indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales Icalin.2 remplace l'Icalin version 1. Il se centre sur les actions du programme de prévention des IN 2009-2013 notamment les infections graves et évitables. Il s'agit de la première année de diffusion publique de cet indicateur de 2<sup>e</sup> génération.

**Le pourcentage d'établissements en A ou B est de 69,4 % dans l'interrégion contre 67,9 % au niveau national.**

**En revanche, il existe des disparités entre les régions: l'Île-de-France et le Nord-Pas-de-Calais ont un pourcentage pour ces deux classes supérieures à 72 %. Le plus faible score de la Picardie est probablement à attribuer à la validation des critères de chaque établissement par l'Arclin, action réalisée uniquement par cette antenne.**

**À noter qu'aucune comparaison n'est possible avec l'Icalin version 1.**



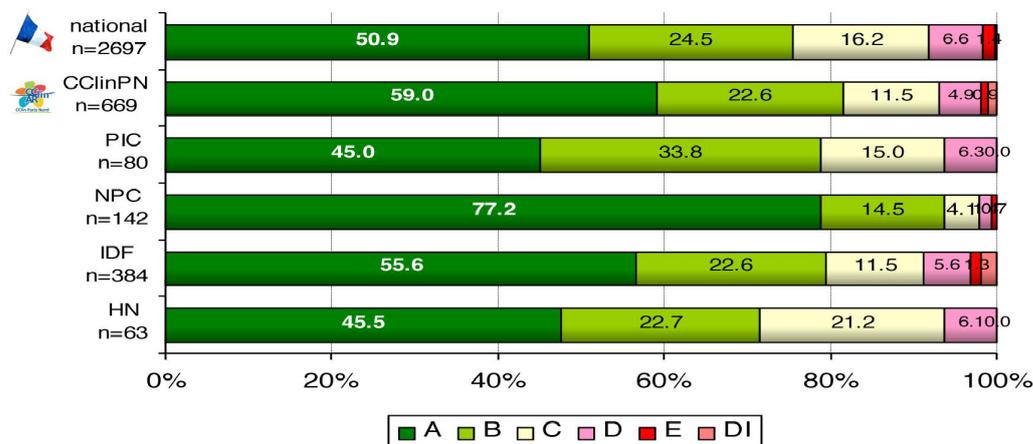
ICALIN.2

## Indicateur Icscha.2

L'indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques Icscha.2 exprimé en pourcentage est le rapport entre le volume de produits hydro-alcooliques (PHA) consommés réellement par l'établissement et l'objectif personnalisé de consommation vers lequel l'établissement doit tendre. Celui-ci est déterminé à partir d'un référentiel national prenant en compte les types d'activités de l'établissement. Cet indicateur version 2 est plus exigeant avec une aug-

mentation du nombre de frictions par jour et par patient. Il intègre de nouvelles activités et la modification des limites de classes de performances. Il s'agit de la deuxième année de diffusion publique de cet indicateur de deuxième génération.

**Le pourcentage d'établissements en A ou B pour ICSHA2 est plus élevé dans l'interrégion Paris-Nord avec 81,6 % versus 75,4 % au niveau national. Cet écart est lié au taux très élevé de la région Nord-Pas de Calais : 91,7 % en A ou B.**



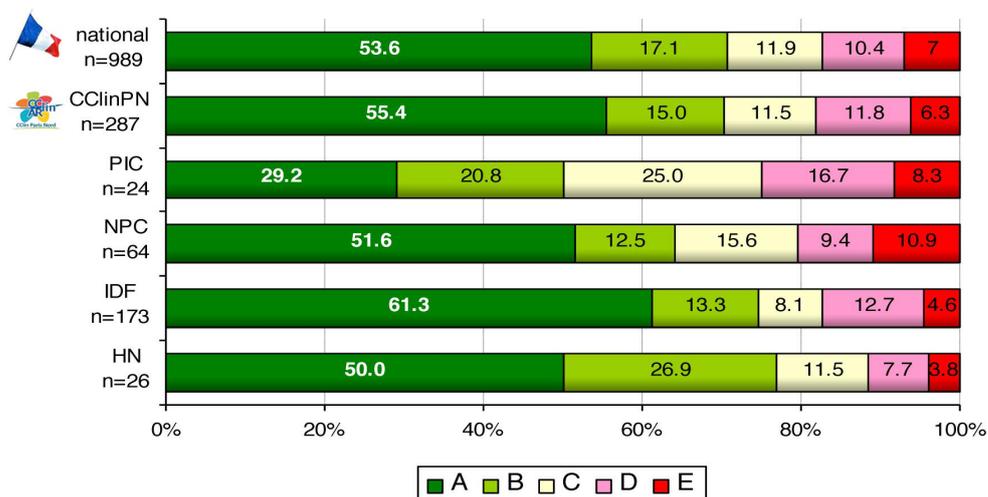
## Indicateur Ica-liso

L'indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire (Ica-liso) remplace l'indicateur Surviso (surveillance des infections du site opératoire), indicateur de 1re génération.

Il concerne uniquement les établissements ayant une activité de chirurgie ou d'obstétrique. Il s'agit de la première année de diffusion publique de cet indicateur.

**Le pourcentage d'établissements en A ou B est identique**

**dans l'interrégion et au niveau national, avec respectivement 70,4 % et 70,7 % d'établissements. Le pourcentage d'établissements en classes D et E, représentant les structures les plus en retard pour la prise en compte de l'organisation de la prévention des infections post-opératoires varie de 11,5 à 25 % selon la région, versus 17,4 % au niveau national. Il existe donc une marge importante de progression pour ce nouvel indicateur.**



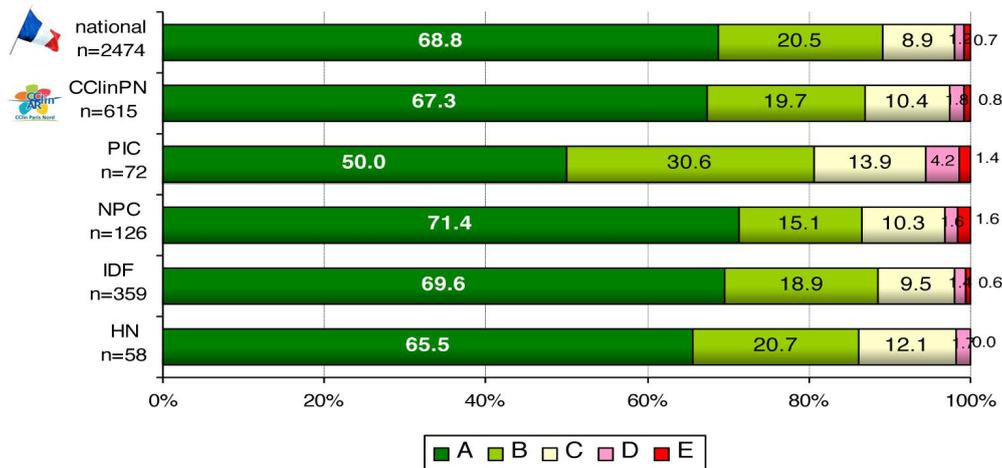
## Indicateur ICATB

L'indicateur composite de bon usage des antibiotiques reflète le niveau d'engagement de l'établissement de santé, dans une démarche visant à optimiser l'efficacité des traitements antibiotiques. C'est un indicateur de 1<sup>re</sup> génération qui doit être remplacé par un indicateur version 2 (ICATB2). Cette version 2 de l'indicateur prendra en

compte le plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016. La première année de diffusion publique sera 2014.

**Le pourcentage d'établissements en A ou B est légèrement supérieur au niveau national que dans l'interrégion, avec respectivement 89,3 % et 87 % des établissements.**

ICATB

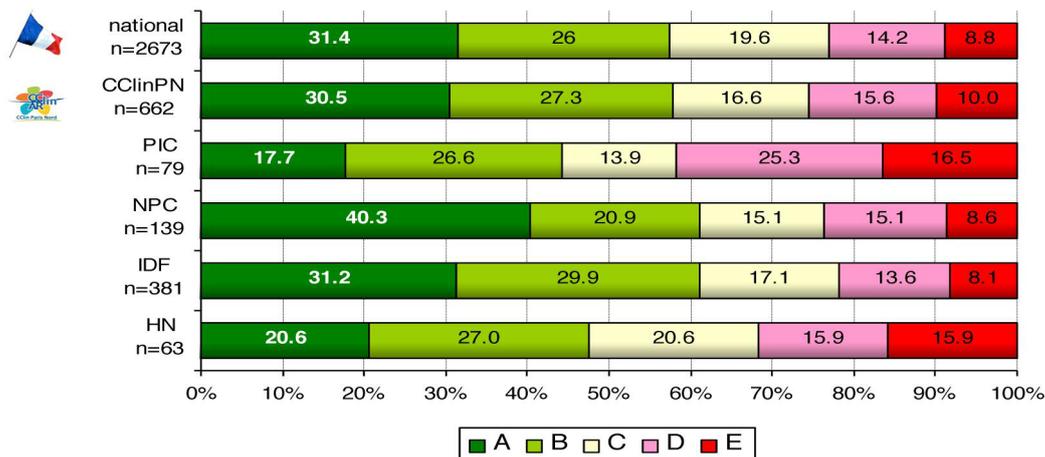


## Indicateur ICA-BMR

Ce nouvel indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes (ICA-BMR) est un indicateur qui rend visible le niveau d'engagement de l'établissement de santé, dans une démarche visant à maîtriser la diffusion des BMR dans leur ensemble. Il s'agit de sa première année de diffusion publique.

**Le pourcentage d'établissements en A ou B est équivalent dans l'interrégion et au niveau national (57,8 % versus 57,4 %). Il existe donc une marge importante de progression pour ce nouvel indicateur.**

ICA - BMR

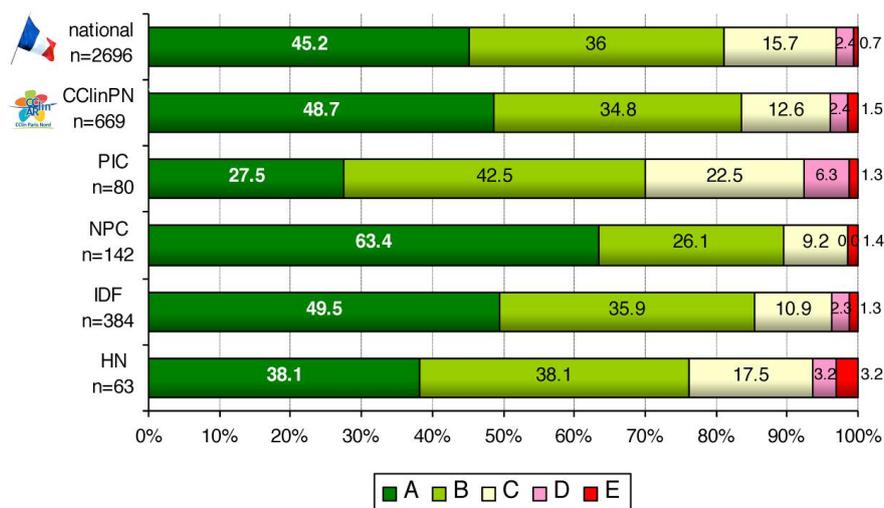


## Score agrégé

Le score agrégé 2011 a été construit à partir des 5 indicateurs composites : Icalin.2, Icscha.2, Ica-Liso, ICATB et ICA-BMR, différemment selon le type et l'activité de l'établissement. Seuls les établissements de santé renseignant au minimum deux indicateurs dont Icalin.2 sont concernés par le score agrégé.

**Le pourcentage d'établissements classés en A ou B est de 83,5 % pour l'interrégion et de 81,2 % au niveau national.**

Score agrégé



Pour retrouver les résultats de votre établissement :  
<http://www.platines.sante.gouv.fr>

# Recommandations du HCSP pour la prévention de la transmission croisée des « Bactéries Hautement Résistantes aux antibiotiques émergentes » (BHRe)

Karine Blanckaert, Arlin Nord Pas de Calais - Sandra Fournier, Clin Central APHP pour le groupe de travail

**Le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) a souhaité élaborer un guide actualisant et harmonisant l'ensemble des recommandations existantes concernant la prévention de la transmission croisée des bactéries hautement résistantes émergentes que sont les entérobactéries productrices de carbapénèmase (EPC) et les entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG).**

## Des recommandations pour les bactéries hautement résistantes émergentes

Une bactérie hautement résistante émergente (BHRe) est définie dans le cadre de ce guide comme une bactérie commensale du tube digestif, résistante à de nombreux antibiotiques, avec des mécanismes de résistance aux antibiotiques transférables entre bactéries, et émergente selon l'épidémiologie connue, c'est-à-dire n'ayant diffusé en France que sous un mode sporadique ou un mode épidémique limité.

Les bactéries saprophytes comme *Acinetobacter baumannii* ou *Pseudomonas aeruginosa*, quelle que soit leur multi-résistance aux antibiotiques, ne sont pas incluses dans cette définition et ne font pas expressément l'objet de ces recommandations. Les mesures préconisées dans ce guide peuvent néanmoins être mises en place à l'initiative de l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) en cas de phénomène épidémique incontrôlé impliquant ces micro-organismes transmissibles par contact.

## L'organisation de la prise en charge

En 2013, tout établissement de santé doit s'être organisé pour prendre en charge un patient porteur de BHRe, dans le cadre de son plan local de maîtrise d'une épidémie. Dans cette organisation, le rôle du laboratoire de microbiologie est majeur. Il doit être en capacité de repérer le plus rapidement possible une BHRe afin d'informer immédiatement le service hébergeant le patient et l'EOH de l'établissement de la suspicion d'infection/colonisation à BHRe. Il doit aussi être en capacité de

mettre en œuvre les dépistages des patients contact. Ces recommandations rappellent donc l'importance d'anticiper et de contractualiser l'organisation de ces analyses avec le laboratoire.

Le système d'information hospitalier a également un rôle clé et doit permettre de repérer dès l'admission un patient à risque (hospitalisé à l'étranger ou ancien porteur par exemple), d'identifier rapidement les mouvements des patients connus porteurs et de leurs contacts, d'alerter l'EOH en temps réel sur ces différents mouvements, d'extraire des listes de patients contacts... Ici aussi, anticiper ces différentes situations avec les services en charge de l'informatisation du dossier patient est un gage de réussite pour prévenir et maîtriser une situation épidémique.

Ces recommandations insistent sur l'importance des précautions standard (PS) pour limiter le risque de transmission croisée entre patients. Ces bactéries étant des commensales du tube digestif, la manipulation sécurisée des excréta et l'entretien de l'environnement sont des facteurs essentiels à prendre en compte. L'importance d'équipements de qualité (lave-bassins et accessoires) en quantités suffisantes ainsi que la formation des soignants sont clairement mises en avant.

L'impact de l'antibiothérapie sur ces bactéries présentes essentiellement dans la flore digestive est majeur. Il est indispensable de réduire les volumes globaux d'antibiotiques non seulement d'un point de vue collectif mais également individuel chez les patients porteurs de BHRe pour limiter leur multiplication.

[Suite >>>](#)

### Le rôle de l'EOH reconnu et valorisé

Le rôle de l'EOH est valorisé, elle est la seule apte à juger si le secteur ou le pôle concerné par une alerte BHRe a les capacités de prendre en charge correctement le ou les patients porteurs (architecture, charge en soins, observance des mesures d'hygiène...). La direction de l'établissement doit s'appuyer sur l'expertise de l'EOH pour mettre en œuvre les mesures adaptées à la situation épidémiologique (cas sporadique, cas groupés) et aux différentes filières de soins concernées. Le recours à l'expertise du réseau Cclin-Arlin est recommandé, en particulier pour la coordination et l'accompagnement lors de transfert des patients vers les centres de rééducation et/ ou d'établissements médico-sociaux, ou encore lors des retours au domicile.

### Des fiches techniques claires

Sur le plan opérationnel, des fiches techniques simples, présentées sous forme de logigrammes, précisent les conduites à tenir en fonction de différentes situations épidémiologiques: admission d'un patient hospitalisé à l'étranger dans l'année précédente, découverte fortuite d'un patient porteur en cours d'hospitalisation, contrôle d'une épidémie, admission d'un patient déjà connu porteur, admission d'un contact. Ces fiches décrivent les mesures à prendre autour du patient porteur (précautions complémentaires contact (PCC) et personnel dédié ou, en cas d'impossibilité, organisation des soins selon une marche en avant pour toutes les séquences de soins programmables) ainsi que la gestion des contacts. Différents niveaux de risque de devenir porteur pour un contact sont identifiés selon les modalités de prise en charge du patient porteur depuis son admission: risque faible si le patient porteur a été pris en charge en PCC dès son admission, risque moyen si le patient porteur a été identifié au cours de son hospitalisation, le risque devenant faible si aucun cas secondaire n'a été identifié après trois séries de dépistage, enfin risque élevé si au moins un porteur (cas secondaire) a été identifié parmi les contacts (situation épidémique). Le nombre de dépistages préconisé, la possibilité de transfert des « contacts » sont ainsi adaptés à chaque situation. La maîtrise d'une situation épidémique repose sur le regroupement des porteurs, des contacts des patients indemnes en trois secteurs distincts avec du personnel dédié, l'arrêt des transferts des porteurs et des contacts, le dépistage hebdomadaire des contacts.

### En conclusion

Pour finir, ces recommandations rappellent que la prise en charge spécifique d'un patient porteur de BHRe doit garantir la qualité et la sécurité des soins et son orientation dans la filière adaptée à sa pathologie. En aucun cas le fait d'être porteur de BHRe ne doit conduire à une perte de chance.

L'objectif est de retarder l'implantation en France des ERG et des EPC. Ce nouveau guide devrait permettre à tous les établissements de santé de se préparer à gérer les alertes mettant en jeu une BHRe et à améliorer les procédures existantes, nous vous en souhaitons bonne lecture! ■

## Prévention de la transmission respiratoire « Air » ou « Gouttelettes »

Dr Anne Berger-Carbonne, Béatrice Croze pour le groupe de travail

*Les recommandations « Air ou Gouttelettes » étaient attendues après la publication, en 2009, de la réactualisation des recommandations pour les précautions standard d'hygiène et les précautions complémentaires « contact ». Ces dernières années, voire ces dernières semaines, des épidémies (de grippe, de SRAS), ou même plus récemment l'arrivée dans certains de nos hôpitaux de patients porteurs de tuberculose multirésistante, ont rappelé l'importance que revêt la prévention dans la lutte contre la transmission croisée.*

### Renforcement des précautions standard

Les précautions mises en place pour la prévention de la transmission par voie respiratoire sont destinées à protéger en premier lieu les professionnels exposés à des patients infectés et indirectement les patients auxquels le professionnel qui aurait contracté l'infection pourrait la transmettre.

Le document cible, avant tout, le comportement de toute personne qui tousse, patient/résident, visiteur, ou soignant.

Il renforce le socle des « Précautions Standard » pour tout patient, par tout le personnel, à tout moment y compris pour la prévention de la transmission croisée respiratoire.

Il décline, en complément du respect des « Standards de l'hygiène » les mesures barrière d'hygiène parmi lesquelles la mesure essentielle est le port du masque.

Ce document, simple et pragmatique, donne aux équipes des éléments solides d'orientation. En effet, les éléments récents de la littérature qui ont été analysés pour la rédaction de ce guide permettent de penser que le port d'un appareil de protection respiratoire (APR) est à réserver aux pathogènes qui se transmettent par voie aérienne (tuberculose, rougeole...) et aux éventuels pathogènes émergents (nouveau coronavirus...) dont on ne connaît pas encore le mode de transmission.

### Infections respiratoires à transmission gouttelettes

Pour les infections respiratoires à transmission gouttelettes (grippe, coqueluche...), le port d'un APR n'a pas montré sa supériorité par rapport au masque chirurgical. Pour les précautions « gouttelettes », une autre nouveauté concerne la distance à partir de laquelle le masque

chirurgical doit être porté: cette distance pouvant aller jusqu'à six mètres selon les publications, d'où la recommandation de porter le masque chirurgical dès l'entrée dans la chambre (la distance entre la porte et le lit excédant rarement 6 mètres).

En revanche, pour les patients porteurs de BMR au niveau des voies aériennes et présentant des signes d'infection respiratoire, le groupe de travail est resté fidèle au document de 2009 pour la prévention de la transmission croisée de type « contact ». Il préconise les précautions standard dans ce cas (port d'un masque chirurgical lors des soins).

Les précautions complémentaires « Air » ou « Gouttelettes » selon le micro-organisme sont regroupées dans un tableau synthétique.

### Cas spécifiques de la tuberculose et de la grippe saisonnière

La tuberculose et la grippe saisonnière ont été traitées dans des paragraphes spécifiques:

Concernant la tuberculose, il était nécessaire de refaire le point sur les conditions de mise en œuvre et de suspension des précautions « AIR » (PCA). Malheureusement la littérature ne montrant rien de révolutionnaire dans ce domaine, nous avons surtout synthétisé les recommandations nationales et internationales récentes afin de donner aux soignants tous les éléments pour prendre la bonne décision au cas par cas. Les PCA s'appliquent aux patients atteints de tuberculose pulmonaire avec examen microscopique positif (présence de BAAR) et dans certains cas (forte suspicion clinique et radiologique) lorsque cet examen est négatif. Les PCA sont à maintenir au moins 15 jours.

La prise en charge des patients atteints ou suspects de tuberculose MDR ou XDR doit faire l'objet des précautions « Air » pendant

[Suite >>>](#)

toute la durée de leur hospitalisation et être hospitalisés, de préférence, dans des chambres où la pression d'air est négative et le renouvellement d'air suffisant (>6 volumes/h). Elle devrait prochainement faire l'objet de recommandations spécifiques émanant du ministère...

Devant une suspicion ou un diagnostic de grippe saisonnière, les précautions complémentaires « Gouttelettes » doivent être mises en place, ceci quel que soit le statut vaccinal du patient et du soignant vis-à-vis de la grippe. Ces mesures doivent être maintenues, si le

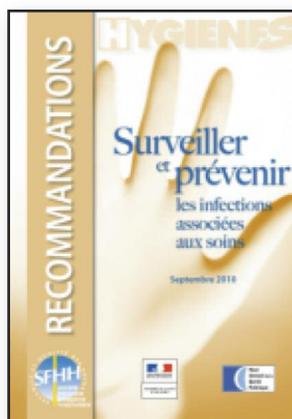
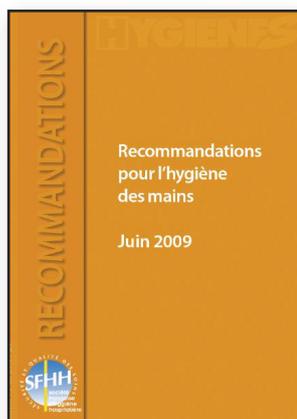
patient reste en milieu de soins, jusqu'au 7<sup>e</sup> jour inclus, après l'apparition des premiers signes, qu'il ait reçu ou non un traitement.

Ces recommandations sont à distinguer de celles à appliquer face à des situations particulières comme l'émergence d'un nouveau variant hautement pathogène et/ou hautement transmissible pour l'homme.

Dans ce dernier cas, il est important de savoir s'adapter à l'évolution des connaissances. Les mesures initiales souvent maximalistes (Air et Contact) peuvent être réajustées par la suite. ■

	<b>PRÉCAUTIONS AIR DÈS SUSPICION DE TRANSMISSION AÉRIENNE (tuberculose, rougeole, varicelle, virus émergent...)</b>	<b>PRÉCAUTIONS GOUTTELETTES (grippe saisonnière, VRS, coqueluche, méningocoque...)</b>
<b>SOIGNANT</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Port d'un appareil de protection respiratoire APR (de préférence type FFP2) avant l'entrée dans la chambre y compris en l'absence du patient/résident</li> <li>• Vérification de l'étanchéité et de la bonne mise en place à chaque utilisation</li> <li>• Retrait de l'APR après la sortie de la chambre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Port d'un masque chirurgical dès l'entrée dans la chambre</li> </ul>
<b>PATIENT / RÉSIDENT</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Port d'un masque de type chirurgical si déplacements</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Port d'un masque de type chirurgical si déplacements</li> </ul>
<b>VISITEURS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Port d'un appareil de protection respiratoire (APR) avant l'entrée dans la chambre y compris en l'absence du patient/résident</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Port d'un masque chirurgical dès l'entrée dans la chambre</li> </ul>
<b>Élimination du masque en DAOM</b>		

## La prévention de la transmission croisée se décline désormais en quatre documents...



# Place des infections associées aux soins (IAS) au sein du programme national pour la sécurité des patients (PNSP) 2013-2017

Dr J.M. Guerin, président du Clin et coordonnateur des risques associés aux soins - Hôpital Lariboisière (AP-HP), Paris

*La lutte contre les infections associées aux soins est une priorité pour tous depuis plus de 25 ans. Cette lutte est passée par la création des Clin, des CClin, des EOH avec des bases réglementaires. Depuis ces débuts, beaucoup de travail a été accompli avec des définitions précises, la détermination des facteurs de risques et/ou de gravité. Puis des études épidémiologiques nationales, régionales ou locales, ont été mises en place. Des recommandations ont été émises sur les mesures préventives à mettre en place pour la prévention des IAS et les études épidémiologiques répétées ont montré une diminution des IAS.*

Cette diminution est également attestée dans les études ENEIS sur les événements graves (EIG) où elles ne sont qu'en troisième position avec 1,59/1000j d'hospitalisation, et une évitabilité de 29 %. Cette diminution est due à toutes les recommandations d'hygiène mais aussi à la mise au point de techniques moins agressives (chirurgie sous laparoscopie, ponction d'abcès sous scanner, dilatation artérielle transcutanée, embolisation...)

Mais cette démarche n'était pas suffisante, comme en témoignent des infections associées aux soins médiatisées. D'autre part, l'analyse des plaintes et réclamations est également instructive sur des améliorations à mettre en place.

Depuis dix ans, la Haute Autorité de Santé demande une gestion globale des risques au lieu d'une gestion éclatée des différents risques. Cette vision, concrétisée ces dernières années par la création d'un coordinateur des risques associés aux soins, est renforcée par le PNSP. Dans ce programme, certains points s'adressent directement au médecin qui prodigue les soins et d'autres nous concernent.

**1 •** Le premier axe est de considérer le patient comme un des acteurs du soin, c'est-à-dire lui donner une information honnête, avoir son accord et mieux communiquer au cours de l'évolution y compris lors d'une IAS. Dans la grande majorité des réclamations, il est souligné que l'information du patient sur les risques encourus est faible ou ambiguë. On demande aussi au médecin de discuter (y compris avec d'autres confrères) la pertinence du soin proposé. Dans ce cadre de communication générale sur la sécurité, un rapprochement avec les associations d'usagers est souhaité. Cet axe d'information existait déjà dans de nombreux textes précédents.

**2 •** Le deuxième axe est d'améliorer la déclaration et la prise en compte des événements indésirables graves (EIG), IAS dans notre cas.

Nous avons déjà la déclaration e-sin pour les bactéries particulières, les germes environnementaux, mais aussi les infections particulières. Dans un nouveau décret à paraître, nous aurons une liste des EIG à déclarer à l'ARS. Dans ce dispositif, l'ARS a un rôle clé. Le praticien en hygiène peut se sentir isolé dans son établissement face aux médecins désirant ne pas signaler et une administration voulant sauvegarder son image de marque. Il faut qu'il puisse y avoir un lieu de conseil indépendant des tutelles qui ont le contrôle de la gestion de l'EIG.

Il est demandé de faire l'analyse des EIG. Cette analyse doit étudier les causes racines sous tendant la complication, par une méthode validée, proposer des mesures correctrices, les évaluer et en effectuer un « retour d'expérience ». Cette analyse peut être effectuée au cours d'une réunion multidisciplinaire de type RMM. Elle demande des personnes formées aux RMM, à la gestion des risques, au management des réunions, reconnues au niveau de l'établissement.

**3 •** Le troisième axe est d'améliorer la formation sur la gestion des risques et la culture de sécurité de tout le personnel (y compris des médecins), en se basant sur le retour d'expérience et le développement professionnel continu (DPC).

**4 •** Le quatrième axe est de promouvoir l'innovation et la recherche en sécurité des patients.

Ce programme PNSP 2013-2017, ne remplace donc pas ce qui a été mis en place sur les mesures préventives des IAS, ni sur les enquêtes épidémiologiques, mais nous demande, en cas d'IAS grave, de le signaler et d'en faire une étude approfondie. Le nouveau décret EIG devra nous donner des consignes précises, en espérant que la liste des IAS-EIG soit limitée si on veut que les équipes d'EOH ne soient pas submergées par cette activité qui fait partie de notre champ d'action. ■



## NosoBase : base de données bibliographiques gérée sous le logiciel Koha

Par les documentalistes du réseau Cclin-Arlin

Le site NosoBase, dédié à la prévention des infections associées aux soins, est géré par les documentalistes du réseau Cclin-Arlin. Une base de données composée de 36 000 notices bibliographiques, librement interrogeable, en est le cœur. Le logiciel de gestion de cette base devenu obsolète, il a été décidé fin 2011, en concertation et en commun avec les Hospices Civils de Lyon (hébergeur du site), d'adopter le logiciel libre « Koha » conçu en 1999 en Nouvelle-Zélande et dont le nom, en māori, signifie « don »... NosoBase l'utilise depuis fin 2012.

Accès direct : [www.nosobase-biblio.cclin-france.fr](http://www.nosobase-biblio.cclin-france.fr)  
ou par NosoBase :  
<http://nosobase.chu-lyon.fr> (rubrique Base de données)

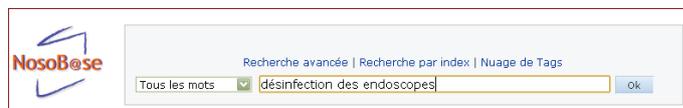
### La page d'accueil

La page d'accueil présente les fonctionnalités suivantes : recherche simple, accès personnalisé, listes, panier et modes de recherche élaborés.



Pour effectuer une recherche simple, il suffit de saisir les mots recherchés dans le champ de saisie.

Par exemple, la recherche dans « Tous les mots » avec « désinfection des endoscopes » fournit 288 résultats.



Vous pouvez interroger un champ plus précisément en le sélectionnant dans le menu déroulant succinct.



### La recherche avancée

Pour avoir des résultats encore plus pertinents, vous pouvez utiliser la recherche avancée.



Vous obtiendrez de meilleurs résultats si vous renseignez le champ « mot-clé » (ou descripteur). Cette étape permet de faire correspondre les termes que vous saisissez avec les concepts utilisés pour décrire le contenu des documents dans la base (travail d'indexation réalisé en amont par les documentalistes).

Suite >>>

Vous pouvez combiner les champs entre eux et/ou combiner plusieurs mots dans un même champ.

Vous pouvez aussi préciser la date de publication, la langue et le type de document que vous souhaitez consulter.

## Présentation des résultats

Si une des références répond à vos attentes, vous pouvez consulter le résumé en cliquant sur son titre. Apparaît alors la notice complète en vue normale.

Les articles sont soumis au droit d'auteur et ne peuvent donc être mis en ligne intégralement sur NosoBase. Pour plus d'informations, contactez le centre de documentation du Cclin. Vous pouvez repérer l'identifiant du document sélectionné par son « ID notice » à 6 chiffres.

Il est possible de naviguer autour de cette première notice, d'en sélectionner d'autres, de les imprimer, de les enregistrer dans une de vos listes et de les regrouper dans votre panier ou de les exporter vers un logiciel de gestion des références bibliographiques tels que Zotero ou EndNote.

## Le panier

Le panier vous permet de grouper quelques références répondant à votre demande ponctuelle. Pour cela, utiliser le bouton « enregistrer » en haut des résultats :

Le panier contenant deux notices obtenues dans la recherche en exemple se présente comme suit :

Mon panier					
Plus de détails					
Fermer la fenêtre					
Tout sélectionner   Tout désélectionner   Documents sélectionnés : * Supprimer Réserver					
	Titre	Auteurs	Informations	Date	Localisation
<input type="checkbox"/>	Avis relatif aux règles d'hygiène pour la prise en charge des patients suspects d'infections dues au nouveau coronavirus (MERS-CoV)	Orga. éditeur - HCSP	2013 ; 1-5	2013	CCLIN Sud-Est CCLIN Est CCLIN Ouest CCLIN Sud-Ouest CCLIN Paris Nord
<input type="checkbox"/>	Evidence of person-to-person transmission within a family cluster of novel coronavirus infections, United Kingdom, February 2013	Auteur - The Health Protection Agency (HPA) UK Novel Coronavirus Investigation team	Eurosurveillance. 2013;18 (11) : 7 pages	2013	CCLIN Sud-Ouest CCLIN Ouest CCLIN Est CCLIN Paris Nord CCLIN Sud-Est

Suite >>>

### Votre compte

L'accès personnalisé vous permet d'avoir un compte personnel dans lequel vous pouvez sauvegarder des recherches, enregistrer des listes de références, les envoyer par courrier électronique...

Après avoir obtenu vos codes auprès de NosoBase ([nosobase@chu-lyon.fr](mailto:nosobase@chu-lyon.fr)), il vous suffit de vous connecter en haut à droite de la page d'accueil.

Vous aurez alors accès à votre profil avec vos données personnelles.

**Pour obtenir plus de renseignement ou pour trouver de l'aide pour vos recherches, n'hésitez pas à contacter le Cclin Paris-Nord (Karin Lebascle, [karin.lebascle@sap.aphp.fr](mailto:karin.lebascle@sap.aphp.fr), 01 40 27 42 13).**

### Plus de renseignements

Un guide d'utilisation détaillé est disponible sur le site NosoBase : <http://nosobase.chu-lyon.fr>. Quelques paramètres de la base ne sont pas encore définitifs à l'heure où nous écrivons cet article.

# Réévaluation de l'antibiothérapie avant la 72<sup>e</sup> heure : quelles traces dans les dossiers ?

## Enquête régionale en Haute-Normandie

Elise Rémy<sup>1</sup>, Mélodie Lucas<sup>2</sup>, Jeanne-Marie Germain<sup>2</sup>, Véronique Merle<sup>3</sup> pour le groupe de travail

<sup>1</sup> Omédit Haute-Normandie, <sup>2</sup> Arlin Haute-Normandie, <sup>3</sup> CHU de Rouen

**En établissement de santé (ES), la réévaluation de toute antibiothérapie (ATB) avant la 72<sup>e</sup> heure est recommandée et valorisée dans l'indicateur composite de bon usage des antibiotiques (ICATB), l'HAS exigeant sa traçabilité exhaustive dans le dossier du patient. Dans le cadre de l'enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales 2012 (ENP), l'Omédit et l'Arlin de Haute-Normandie ont organisé un module complémentaire dont l'objectif était d'évaluer cette traçabilité. L'évaluation ne portait pas sur la pertinence de la prescription ni sur celle de la réévaluation.**

### Méthode

Un questionnaire sur la traçabilité de la réévaluation a été proposé aux établissements de santé de la région participant à l'ENP. Ont été inclus tous les patients recevant le jour de l'enquête depuis plus de 72h une ATB à visée curative instaurée par l'ES. Les enquêteurs de l'ENP recherchaient alors dans le dossier médical et /ou infirmier une trace de la réévaluation. En l'absence de définition officielle, des critères explicites ou implicites de la traçabilité ont été définis (cf. infra) et utilisés pour tous les ES. L'analyse des questionnaires a été assurée par l'Arlin à l'aide du logiciel Epi-Info®. Une synthèse individuelle des résultats en comparaison avec ceux de l'ensemble des participants a été adressée à chaque établissement participant.

### Résultats

Sur les 52 ES sollicités, 33 ES, représentant 87 % des lits de la région, ont adhéré à l'enquête. L'enquête n'a pas été proposée à 2 ES inscrits tardivement à l'ENP. Le nombre de lits des établissements participants variait de 19 à 2241 (médiane : 271) avec 24 ES de moins de 250 lits, 7 ES de 250 à 500 lits et 2 ES de plus de 1000 lits. Au total, 676 patients ont été inclus dont 56 % hospitalisés en médecine. La traçabilité de la réévaluation a concerné 933 ATB et 724 infections. La pénicilline A +/- inhibiteur de bêta-lactamine représentait 25,9 % des molécules, les céphalosporines et apparentés 18,3 %, et les quinolones 14,4 %. Les pneumopathies représentaient 23 % des infections, les infections de la peau et des tissus mous 14 %, et les infections urinaires basses 14 %.

La réévaluation était tracée dans 67,6 % des cas, de façon explicite dans 49,3 % des cas. Dans 18,3 % des cas, la réévaluation n'était qu'implicite (figure 1). Pour plus de 80 % des réévaluations explicites des arguments cliniques étaient retrouvées et dans 64 % des cas des arguments biologiques. Le terme « réévaluation » n'était retrouvé que dans 20 % des cas (figure 2).

La traçabilité était retrouvée dans le dossier médical dans 86 % et sous format papier dans 81 % (figure 3).

La traçabilité de la réévaluation concernait 100 % des dossiers pour 9 ES. Le nombre moyen de dossiers inclus dans l'enquête était plus faible pour ces 9 ES (4,7 versus 27,5 ; p>0,05). La traçabilité de la réévaluation était supérieure à 75 % pour 17 ES. Le taux de traçabilité n'était pas lié au nombre de lits (313 lits versus 240 ; p=0,7), ni à la

### DÉFINITIONS

#### Réévaluation explicite :

- association d'arguments cliniques et/ou biologiques et d'un commentaire sur la nécessité ou non d'une adaptation du traitement antibiotique
- présence du terme « réévaluation du traitement antibiotique » dans le dossier
- présence d'un document spécifique à la réévaluation du traitement antibiotique.

Ces critères pouvaient être associés (figure 2).

#### Réévaluation implicite :

- modification de l'ATB sans explication tracée, ou commentaire clinique sans mention des conséquences pour l'ATB.

[Suite >>>](#)

proportion de lits avec informatisation de la prescription (40 % versus 43 % ;  $p=0,9$ ), ni au score ICATB 2010 (15,5 versus 15,5 ;  $p=0,9$ ).

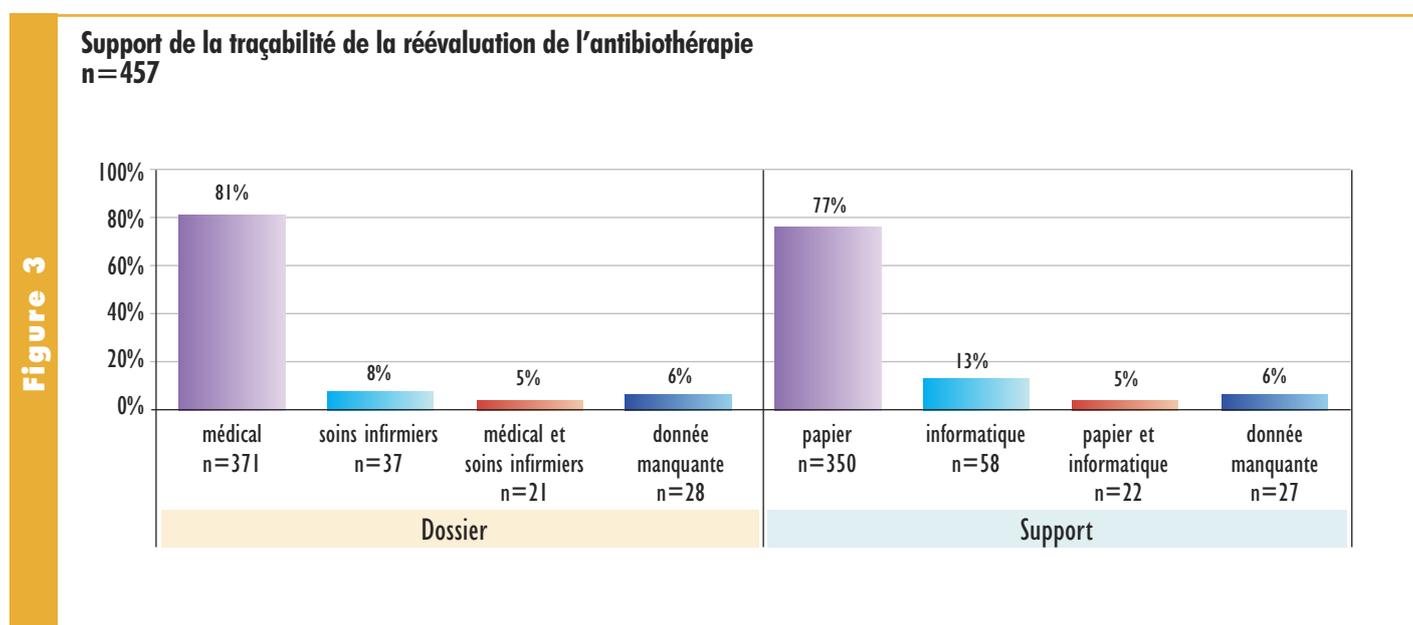
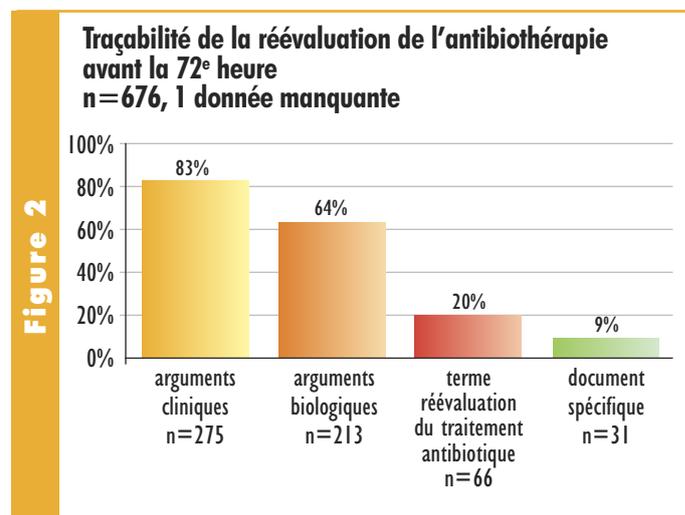
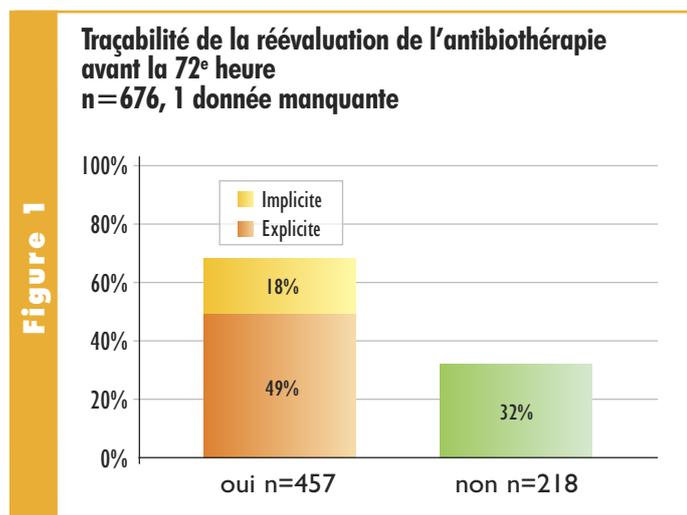
Le taux de réévaluation ne variait pas significativement en fonction des principales molécules concernées : pénicilline A +/- inhibiteur de bêta-lactamine (66 % ;  $n=242$ ), céphalosporines et apparentés (72 % ;  $n=171$ ), quinolones (63 % ;  $n=134$ ).

Le taux de réévaluation variait par contre significativement ( $p=0,03$ ) en fonction des principales infections ( $p=0,03$ ) : pneumopathies (75 % ;  $n=169$ ), infections de la peau et des tissus mous (69 % ;  $n=100$ ), infections urinaires basses (60 % ;  $n=100$ ).

de l'HAS de 100 % semble très difficile à atteindre, *a fortiori* en année pleine, sauf pour les ES à très faible fréquence de prescription d'ATB. Cette enquête peut réaliser la première étape d'une évaluation des pratiques professionnelles dans ce domaine. ■

**Nous remercions l'ensemble des personnes ayant organisé cette enquête au sein de leur établissement (pharmaciens, équipes d'hygiène, responsables de CLIN...) et les enquêteurs ayant accepté de remplir ce questionnaire.**

**Conclusion** Même avec une définition large acceptant des éléments implicites, la trace d'une réévaluation de l'ATB n'a été retrouvée que dans deux dossiers sur trois. L'exigence



## Audit « précautions complémentaires »

Danièle Landriu pour le groupe de travail du Grephh

**Le programme national de prévention des infections nosocomiales 2009/2013, demande qu'au niveau local : établissement de santé et établissements médico-sociaux (ES et EMS), un programme d'action soit mis en place pour maîtriser la diffusion des BMR et l'émergence de phénomènes infectieux à potentiel épidémique, en renforçant notamment la prévention croisée.**

### Constat

Le HCSP 2011 dans les recommandations sur la situation préoccupante des BMR rappelle le lien entre les entérobactéries BLSE et le « péril fécal », le risque de transmission croisée et préconise de renforcer les mesures de prévention en direction de l'hygiène des mains, l'élimination des excréta et l'hygiène de l'environnement du patient.

Par ailleurs, l'audit national observance/pertinence de l'hygiène des mains en 2009 a mis en évidence l'absence d'hygiène des mains pour 10 % des personnes observées à la sortie de la chambre du patient en PCC.

Enfin, des audits déjà réalisés localement sur la mise en place des précautions complémentaires mettent en évidence des mesures parfois inadaptées, par méconnaissance ou ignorance (pour le linge, la vaisselle...).

Après l'audit sur les précautions standard en 2011, le Grephh a donc proposé au Cospin (Commission de prévention des infections nosocomiales) d'élaborer un protocole d'audit pour permettre aux établissements d'évaluer la mise en place des précautions complémentaires (PC).

### Objectifs

**Objectif général :** évaluer la prise en charge des patients en précautions complémentaires « contact, gouttelettes et air » en termes d'organisation, de moyens mis en œuvre et de connaissances des professionnels, dans les établissements de santé et médico-sociaux.

#### Objectifs secondaires :

- au niveau établissement : évaluer l'organisation interne de la structure ;
- au niveau patient : évaluer les modalités et les moyens mis à disposition en service, l'information du patient ;
- au niveau professionnel : évaluer les connaissances relatives à l'application des précautions complémentaires, à partir de cas cliniques.

Les référentiels utilisés sont les recommandations nationales, à savoir :

- prévention de la transmission croisée ; Précautions complémentaires contact. SF2H 2009 ;
- surveiller, prévenir les infections associées aux soins. HCSP 2010 ;
- prévention de la transmission croisée par voie respiratoire « Air et Gouttelettes ». SF2H 2013.

### Méthodologie

• Audit mixte : il permettra d'évaluer les documents (protocoles), les ressources (matériel), les connaissances du personnel.

• 3 niveaux d'évaluation :

- Structure : (système d'alerte, procédures, gestion des excréta, rôle de l'EOH) ;
- Service : mise à disposition des moyens (matériels, prescription, information du patient, signalétique) ;
- Soignants : questionnaires de connaissances (« ce que je sais » sur la prise en charge d'un patient en PC et non « ce que je fais ») dans X situations :

• Un outil de saisie simple à utiliser, ergonomique sera proposé pour :

- cibler les fondamentaux/incontournables ;
- permettre de suivre l'évolution sur plusieurs années.

Ce protocole d'audit et son outil informatique seront mis à disposition pour une libre utilisation des ES-EMS, au 2<sup>e</sup> semestre 2013 sur le site du Grephh. Un audit national n'est pas prévu. Un diaporama de présentation accompagnera cette mise à disposition.

### Conclusion

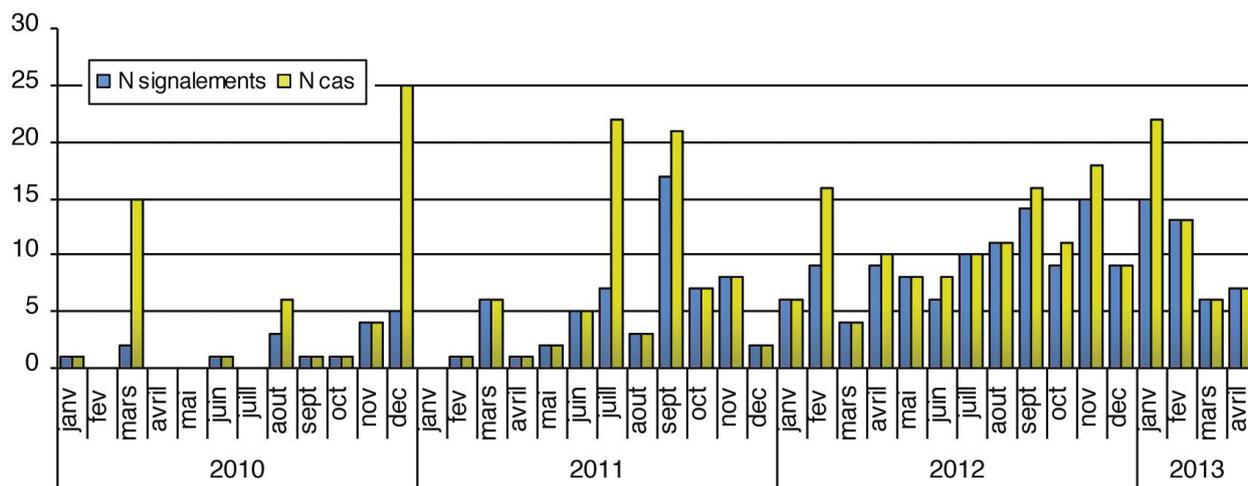
Ce nouvel outil sera donc une aide pour les ES-EMS pour s'assurer que les précautions complémentaires sont comprises des professionnels, qu'elles sont mises en place à bon escient et utiles pour la maîtrise des infections associées aux soins. ■

## Point sur les BHR en Ile-de-France

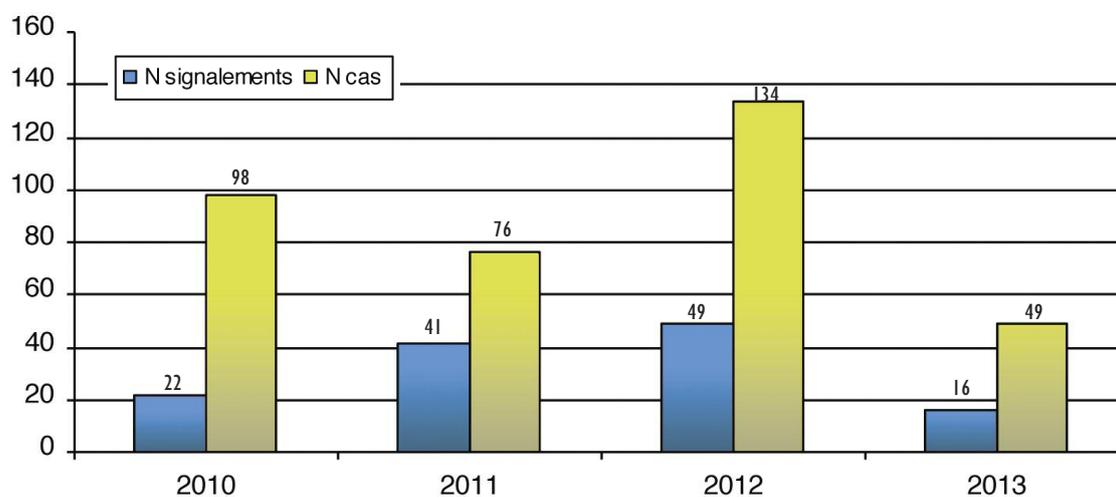
Elise Seringe - Arlin Ile-de-France

Les Entérobactéries Productrices de Carbapénèmase (EPC) et les Entérocoques Résistants à la Vancomycine (ERV) regroupées sous le terme de Bactérie Hautement Résistantes (BHR) font l'objet depuis 2010 d'un certain nombre de recommandations afin de limiter leur diffusion<sup>1</sup>. Ces trois dernières années (jusqu'au 1<sup>er</sup> trimestre 2013) ont été marquées par une augmentation significative du nombre d'épisodes impliquant des EPC ainsi que du nombre d'épisodes impliquant des ERV en Ile-de-France (voir figure).

Nombre mensuel de signalements d'EPC en Ile-de-France et nombre de cas s'y rapportant (01/05/2013)



Nombre annuel de signalements et de cas d'ERV en Ile-de-France (au 01/03/2013)



<sup>1</sup> Recommandations disponibles sur : <http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/BMR.html>

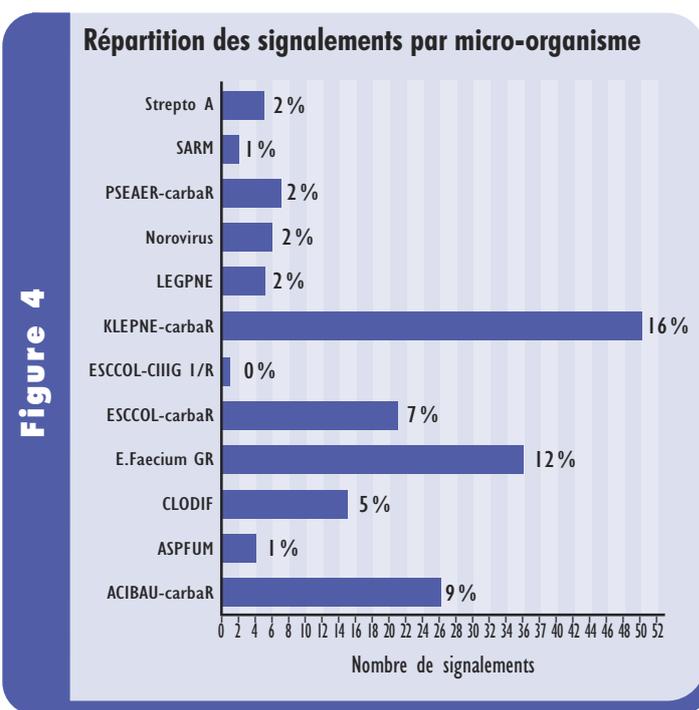
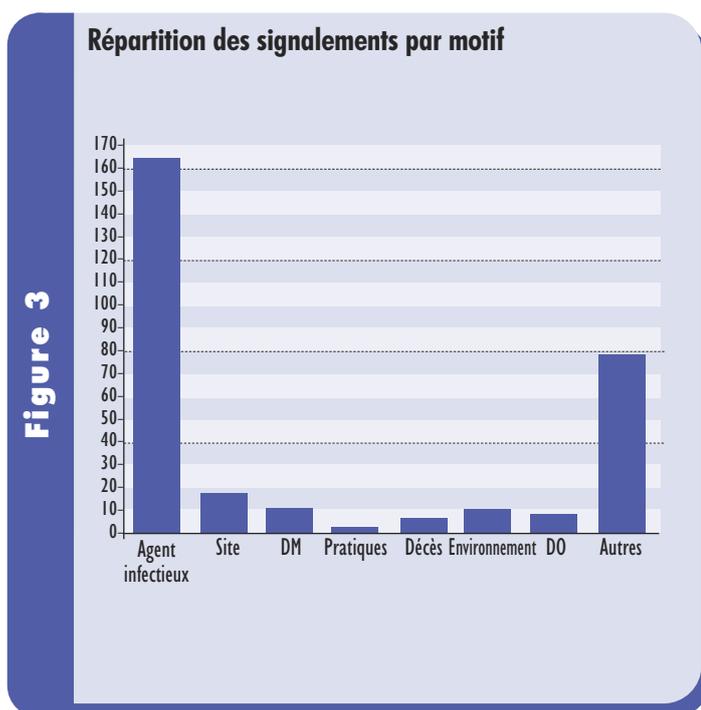
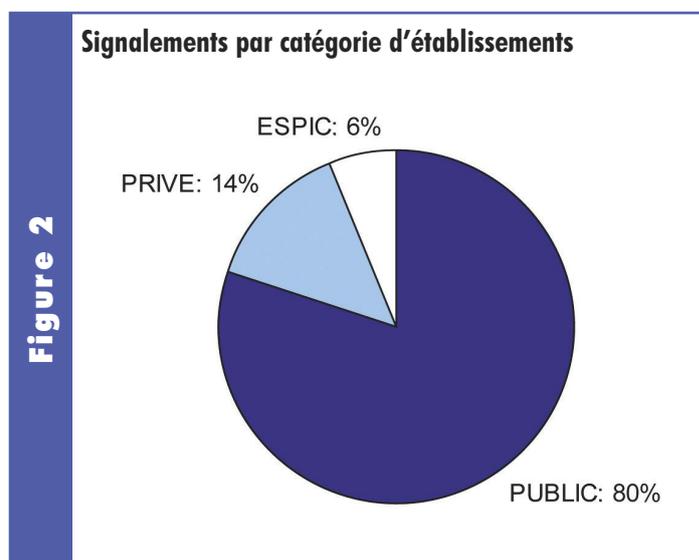
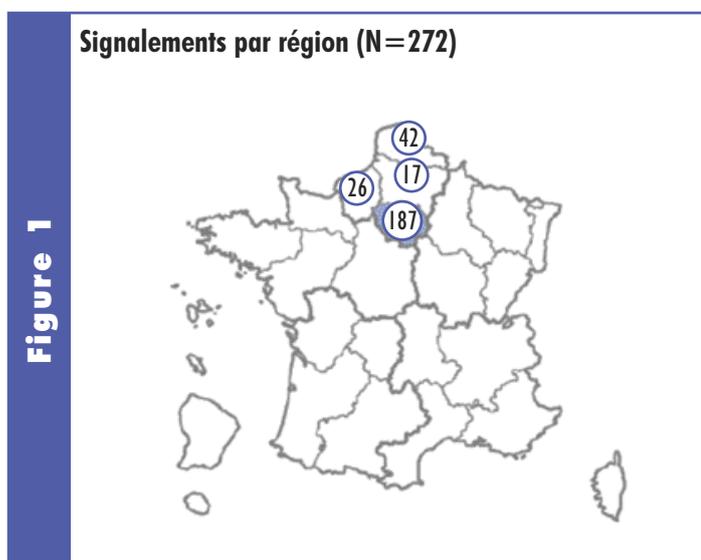
## Bilan des signalements sur les six derniers mois

(1<sup>er</sup> janvier 2013 – 21 juin 2013)

272 fiches de signalement (1342 cas) pour 110 établissements ont été recueillies et 31% d'entre elles concernent des cas groupés.

Le bilan présenté a été réalisé à partir des données e-SIN du Raisin. Nous vous rappelons que depuis le 1er mars 2012 les signalements

doivent être saisis sur cet outil de gestion des signalements externes « dématérialisés ». ■





## Séroprévalence of hepatitis C virus infection among surgical nurses, their patients and blood donation candidates in Poland

Ganczak M. et al. *Journal of Hospital Infection* 2012 ; 82: 266-70

*Dans cet article, les auteurs évaluent la prévalence de l'hépatite C parmi les infirmières et sages-femmes en Pologne en comparaison avec deux autres groupes de femmes (patientes et candidates au don de sang).*

### INTRODUCTION

Selon le registre central des maladies professionnelles en Pologne, les hépatites B et C représentaient 46 % des nouveaux cas de maladies professionnelles en 2010. La population infirmière (IDE) des services chirurgicaux et les sages-femmes (SF) étaient les populations les plus à risque.

### OBJECTIF

L'objectif était de déterminer la prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) parmi les SF et les IDE travaillant dans des services chirurgicaux puis de comparer ce taux avec ceux de deux groupes témoins de femmes (patientes admises dans des services chirurgicaux ou gynécologiques et candidates au don de sang) avec comme objectif secondaire d'évaluer les principaux risques de transmission du VHC au personnel soignant.

### MÉTHODE

Il s'agit d'une étude cas témoins, menée dans 21 services chirurgicaux et 14 services gynécologiques de 16 hôpitaux en Pologne. Le recueil des données a été effectué à l'aide d'un questionnaire standardisé anonyme (âge, antécédents d'hépatite, facteurs de risque pour acquérir une hépatite C). Un questionnaire complémentaire a été proposé aux IDE et SF sur les risques professionnels (poste occupé, durée d'exercice, nombre d'accidents d'exposition au sang durant l'année précédente). Une sérologie a été réalisée pour chaque soignante et chaque femme des groupes témoins incluses dans l'étude. L'inclusion des IDE et SF s'est déroulée entre janvier et juin 2009, celle des femmes des deux groupes témoins entre février 2008 et janvier 2009.

### RÉSULTATS

• **Pour les soignants**  
Sur 590 IDE et SF sollicitées, 414 (70%) ont accepté de participer (âge moyen de 42 ans ; 22 à 61 ans). Les facteurs de risque de contracter le VHC étaient : un antécédent d'intervention chirurgicale (53 %), un antécédent de transfusion sanguine (11 %), des soins dentaires (73 %), un tatouage (8 %), une toxicomanie intraveineuse (3 %), un AES l'année précédente (44 %). La prévalence des Ac anti-VHC était de 1,4 % chez les soignants (6 sur 414 agents). Aucun des agents ne connaissait son statut sérologique. Cette prévalence variait avec l'âge et la durée d'exercice professionnel (OR=2,8). Pour les agents âgés de plus de 50 ans, la prévalence des Ac anti-VHC était significativement plus élevée que pour le personnel plus jeune.

• **Pour le groupe témoin « patientes »**  
L'âge moyen de ce groupe était de 49 ans (14 à 93 ans). Les facteurs de risque de contracter le VHC étaient : un antécédent d'intervention chirurgicale (65 %), une transfusion sanguine (16 %), des soins dentaires (56 %), un tatouage (9 %), une toxicomanie intraveineuse (0,9 %). La prévalence des Ac anti-VHC était de 1,1 % (12 sur 1118 patientes). Seulement 2 des 12 patientes connaissaient leur statut sérologique. La prévalence des Ac anti-VHC était plus importante pour les patientes âgées de moins de 30 ans (1,4 %).

• **Pour le groupe témoin « donneurs de sang »**  
L'âge moyen de ce groupe était de 30 ans (18 à 65 ans). La prévalence des Ac anti-VHC était de 0 %.

### DISCUSSION

L'étude a montré que le métier d'infirmière était associé avec un risque important de contacter le VHC (OR = 8,8 ; p<0,005). La prévalence du taux des Ac anti-VHC étant plus élevée parmi les infirmières chirurgicales et les sages-femmes que parmi leurs patientes. La prévalence du VHC parmi les soignants âgés de plus de 50 ans était sept fois plus élevée que pour les patientes. Pour cette catégorie d'âge, une infirmière ou une sage-femme présente un risque neuf fois plus élevé de contacter le VHC que ses collègues plus jeunes. Le principal facteur de risque professionnel retrouvé était la durée d'exercice professionnel (exposition cumulée au sang ou autres liquides biologiques plus longue).

### CONCLUSION

La prévalence de l'hépatite C est en augmentation continue en Pologne avec une évolution difficile à prévoir. L'exposition au VHC est donc potentiellement importante pour les soignants. La plupart du temps, les soignants ne connaissent pas leur statut sérologique vis-à-vis du VHC. L'intérêt de recommandations concernant un dépistage périodique peut être posé.

**Résumé par Mihaela Lupse, interne à l'Arlin Haute-Normandie**

## CONGRÈS



### France

#### **XIX<sup>es</sup> journées franco-québécoises d'anesthésiologie (SFAR 2013)**

18 au 21 septembre 2013 - Paris

[www.sfar2013.com](http://www.sfar2013.com)

#### **Congrès ADELFF-SFSP (Association des Epidémiologistes de Langue Française / Société Française de Santé Publique)**

17 au 19 octobre 2013 - Bordeaux

[www.congres-adelff-sfsp-2013.fr](http://www.congres-adelff-sfsp-2013.fr)

#### **33<sup>e</sup> RICAI (Réunion interdisciplinaire de chimiothérapie anti-infectieuse)**

21 et 22 novembre 2013 - Paris

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

#### **XV<sup>es</sup> JIQHS (Journées internationales de la qualité hospitalière et en santé)**

25 et 26 novembre 2013 - Paris

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

#### **XXXVI journées régionales d'hygiène hospitalière et de prévention des infections nosocomiales**

13 et 14 décembre 2013 - Strasbourg

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

#### **42<sup>e</sup> congrès international de la SRLF**

du 15 au 17 janvier 2014 - Paris

[www.srlf.org/congres/index.phtml](http://www.srlf.org/congres/index.phtml)



### International

#### **52nd ICAAC (Interscience conference on antimicrobial agents and chemotherapy)**

10 au 13 septembre 2013 à Denver (USA)

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



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](mailto:karin.lebascle@sap.aphp.fr)

## AGENDA

### Cclin Paris-Nord / Antennes régionales

**9<sup>e</sup> rencontre régionale destinée aux  
Représentants des Usagers des établissements  
de santé et aux associations des usagers  
des ES et EMS (FRUSES) de l'Arclin Picardie**

1<sup>er</sup> octobre 2013 - Amiens

**6<sup>e</sup> journée régionale de formation "Hygiène  
et prévention des infections en Ehpad et EMS"  
(FOREMS) de l'Arclin Picardie**

8 octobre 2013 - Amiens

**Rencontre du Grihnn (Groupe régional des  
infirmières hygiénistes de Haute-Normandie)**

15 octobre 2013 - Rouen

**Journée du réseau des infirmières hygiénistes  
de l'inter-région Paris-Nord**

14 novembre 2013 - Paris

**5<sup>e</sup> réunion « Hygiène et prévention du risque  
infectieux en Etablissements Médicaux Sociaux »  
de l'Arclin Haute-Normandie**

5 décembre 2013 - Rouen

**5<sup>e</sup> journée de formation pour la prévention du  
risque infectieux en Ehpad de l'Arclin Ile-de-France**

3 avril 2014 à Paris



#### **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](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. Lebascle

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