



Sommaire

RÉSEAUX DE SURVEILLANCE

- 2 Réseau BMR : résultats 2010
- 4 AES : résultats de la surveillance 2010
- 6 NEOCAT : résultats de la surveillance 2010

EN DIRECT DES ÉTABLISSEMENTS

- 9 Épidémie à *Clostridium difficile* 027
Retour d'expérience
- 12 Un cas peu fréquent de transmission
de légionellose nosocomiale:
- 14 Retour d'expérience d'événements
indésirables sur CVP

EHPAD

- 15 Utilisation des produits hydro-alcooliques
pour l'hygiène des mains

MISE AU POINT/BONNES PRATIQUES

- 18 Tableau de bord des infections
nosocomiales: bilan de l'évolution
des résultats de 2005 à 2010
- 21 Évolution des indicateurs du tableau
de bord des infections nosocomiales

AUDIT / ÉVALUATION DES PRATIQUES

- 23 Plans locaux de maîtrise des épidémies
de bactéries émergentes
- 25 Bilan de la Journée nationale
du 5 mai 2011 sur l'hygiène des mains

SIGNALEMENT

- 27 Point sur la situation épidémiologique
des EPC
- 29 Tableau de bord du CCLIN Paris-Nord

LU POUR VOUS P. 30

CONGRÈS P. 31

Les équipes opérationnelles : plus que jamais au cœur de la veille sanitaire !

Les tableaux de bord fraîchement publiés sur le site « platine » nous demandent des actions de rétro information et, tout en nous imposant un accompagnement, ils nous permettent de nombreux échanges au sein de nos établissements. La nouvelle circulaire précisant les modalités d'application du décret du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé est enfin parue ! Ces textes, rendus nécessaires du fait de la mise en place de la nouvelle gouvernance dans le cadre de la loi HPST précisent pour la qualité et la sécurité des soins la nécessité d'une approche transversale, pluridisciplinaire et pluri professionnelle. Le positionnement de l'équipe opérationnelle d'hygiène comme détentrice de l'expertise dans la gestion du risque infectieux est clairement énoncé. La mise en place d'une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et son management relèvent de la CME et du directeur de l'établissement. La CME comme le directeur vont devoir identifier et s'appuyer sur un coordonnateur de la gestion des risques. Cette « nouveauté annoncée » ne devrait pas en réalité être vécue comme une difficulté, un frein mais a contrario comme une opportunité ! Notre place et notre engagement au service des patients, des professionnels, des collègues ne doivent pas changer mais au contraire se renforcer, s'affirmer. Notre expertise et notre approche très transversale n'ont jamais été remises en question. Il nous est demandé de participer à une démarche plus générale, d'aider à introduire une culture de veille, un partage de l'information, des retours d'expériences, des outils. Nous pouvons être à l'écoute tout en veillant à bien être écoutés ! La notion de chef d'orchestre peut faire peur mais au fond, le chef de bord d'un voilier doit bien tenir compte du vent, de la houle, du courant, de la hauteur d'eau, de la capacité du navire à progresser pour une route souhaitée. Croyez-vous un seul instant qu'il puisse le faire sans tenir compte de son équipage, des aptitudes et spécificités individuelles, de l'état de son voilier et de ses équipements ? Comme en mer, il nous faut « veiller et signaler ». Nous avons une nouvelle aide à la navigation. L'outil e-SIN a été mis en place. Il devrait nous faciliter à tous le travail et surtout permettre d'améliorer, là encore, la rétro information.

Il me semble que nous avons cette chance en hygiène hospitalière d'avoir une capacité d'adaptation « aux situations » et, j'aime le croire encore, à nous faire écouter. Montrons-le tous ensemble en 2012 !

Hervé Blanchard
Coordonnateur Signalements,
CCLIN Paris-Nord

Réseau BMR – Résultats de la surveillance 2010

CCLIN Paris-Nord hors AP-HP



Isabelle Arnaud, Anne Carbonne - CCLIN Paris-Nord

Depuis 1996, le CCLIN Paris-Nord coordonne un réseau de surveillance des bactéries multirésistantes (BMR). Il s'agit d'une surveillance annuelle de trois mois (avril, mai et juin) à partir des laboratoires de microbiologie. Depuis 2002, cette enquête s'intègre dans le cadre du réseau national RAISIN de surveillance des bactéries multirésistantes (BMR) coordonné par le CCLIN Paris-Nord.

L'objectif de cette surveillance est de promouvoir une méthodologie commune de surveillance des BMR dans les établissements de santé (ES) qui participent à BMR RAISIN, de fédérer les établissements autour de cette thématique pour soutenir la dynamique d'action contre leur diffusion et de contribuer à l'évaluation de l'impact du programme national de prévention de la diffusion des BMR.

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

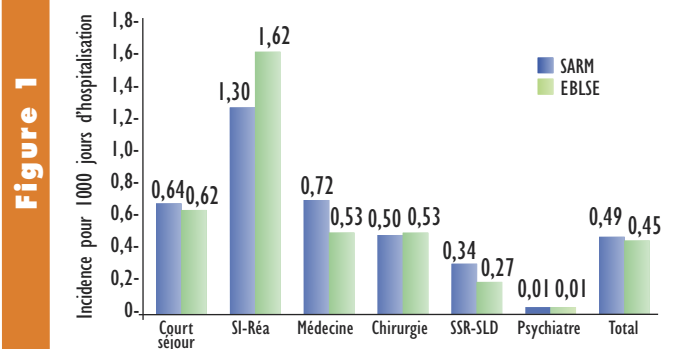
En 2010, 142 laboratoires représentant 151 établissements différents ont participé à cette surveillance (ils étaient 35 en 1996). La surveillance BMR 2010 a porté sur 388 274 admissions et 3 649 220 journées d'hospitalisation en Court Séjour (dont 154 166 en soins intensifs (SI)-réanimation, 1 005 224 en médecine, 560 767 en chirurgie), 1 204 919 journées d'hospitalisation en soins de suite et de réadaptation (SSR) et en soins de longue durée (SLD) et 321 785 journées en psychiatrie. Au cours de la surveillance, 6 095 *Staphylococcus aureus* ont été isolés (29,2 % de SARM) et 1 657 EBLSE dont les principales espèces étaient *Escherichia coli* (61,3 %), *Klebsiella pneumoniae* (15,3 %), *Enterobacter cloacae* (11,0 %) et *Enterobacter aerogenes* (5,5 %). La figure 1 montre l'incidence globale des SARM et des EBLSE par service (1 cas = 1 malade avec au moins un prélèvement à visée diagnostique) pour 1 000 journées d'hospitalisation.

Les informations sur le lieu d'acquisition des BMR ont montré que globalement 40,4 % des souches de SARM et 46,9 % des EBLSE étaient acquises dans le service d'hospitalisation du malade.

L'étude des résistances associées montre que :

- Les SARM sont majoritairement sensibles à la gentamicine (92,6 %), au cotrimoxazole (97,1 %), à la pristina mycine (85,2 %), à la rifampicine (95,3 %), à l'acide fusidique (79,7 %), à la fosfomycine

Incidence des SARM et des EBLSE pour 1000 journées d'hospitalisation par service en 2010



(93,8 %), au chloramphénicol (97,6 %), à la vancomycine (99,7 %) et à la teicoplanine (99,4 %). Ils restent globalement très résistants aux fluoroquinolones (9,6 % de sensibilité). La sensibilité à la tobramycine est de 56,5 % et à l'érythromycine de 60,7 %.

- Les entérobactéries productrices de BLSE sont sensibles à la gentamicine pour 56 % des souches, à l'amikacine pour 70,6 % et à la tobramycine pour 45,2 %. 97,7 % des souches sont sensibles à l'imipénème, 19,9 % des souches aux quinolones classiques, et 27,3 % à la ciprofloxacine.

Évolution

On observe pour les 73 laboratoires qui ont participé aux six dernières années de surveillance (2005 à 2010), une diminution de l'incidence globale des cas SARM depuis 2005 (0,73 à 0,48/1000 JH). Cette évolution est observée en court séjour, 0,85 à 0,64/1000 JH, et en SSR-SLD (0,48 à 0,28/1000 JH). En réanimation, l'incidence a beaucoup diminué (2,31 à 1,24/1000 JH) entre 2005 et 2010 (cf. tableau 1). Pendant la même période

[Suite >>>](#)

Évolution de l'incidence des cas de prélèvements à visée de diagnostic positifs à souches multirésistantes de *S. aureus* (SARM) et d'EBLSE de 2005 à 2010 pour une cohorte de 73 établissements

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	p*
Incidence pour 1 000 jours d'hospitalisation							
SARM							
Tous Services	0,73	0,65	0,58	0,55	0,51	0,48	<10 ⁻³
CS	0,85	0,85	0,77	0,78	0,67	0,64	<10 ⁻³
Dont SI-réa	2,31	2,13	1,71	1,59	1,49	1,24	<10 ⁻³
Dont médecine	0,78	0,91	0,81	0,86	0,62	0,71	
Dont chirurgie	0,75	0,76	0,64	0,64	0,60	0,48	
SSR-SLD	0,48	0,47	0,38	0,32	0,33	0,28	<10 ⁻³
EBLSE							
Tous Services	0,22	0,20	0,28	0,33	0,41	0,47	<10 ⁻³
CS	0,25	0,28	0,37	0,45	0,55	0,63	<10 ⁻³
Dont SI-réa	0,90	0,83	0,99	1,19	1,50	1,53	<10 ⁻³
Dont médecine	0,22	0,30	0,36	0,40	0,49	0,54	
Dont chirurgie	0,20	0,21	0,36	0,37	0,38	0,52	
SSR-SLD	0,16	0,12	0,19	0,22	0,25	0,26	<10 ⁻³
Incidence pour 100 admissions en court séjour							
SARM	0,54	0,51	0,44	0,46	0,37	0,35	
EBLSE	0,16	0,17	0,22	0,26	0,30	0,35	

l'incidence des EBLSE augmente de 0,22 à 0,47/1 000 JH. Ces tendances se retrouvent quels que soient les services concernés.

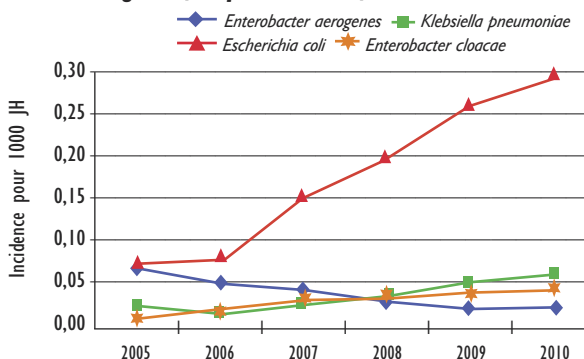
On note la part toujours croissante des *Escherichia coli* au sein des EBLSE dont la proportion passe de 35,0 % en 2005 à 62,9 % en 2010. L'incidence des *E. coli* augmente de 0,08 à 0,29/1 000 JH entre 2005 et 2010 (cf. figure 2). L'incidence des *Enterobacter cloacae* montre aussi une tendance à l'augmentation (0,01 à 0,05/1 000 JH), de même que celle des *Klebsiella pneumoniae* (0,03 à 0,07/1 000 JH). Au contraire, l'incidence des *Enterobacter aerogenes* diminue de 2005 à 2010 (0,07 à 0,03/1 000 JH).

Conclusion

Au sein des 73 laboratoires qui participent à la surveillance depuis 2005, l'incidence des SARM (prélèvements à visée diagnostique) a diminué significativement ($p < 10^{-3}$) dans tous les services. Ce résultat reflète très probablement l'impact des mesures de prévention. Parallèlement, l'incidence des entérobactéries productrices de BLSE tend à augmenter. En particulier les *E. coli* qui constituent maintenant plus de la moitié de ces souches, soit une incidence d'*E. coli* de 0,29/1 000 JH.

Devant cette augmentation alarmante, des recommandations pour la

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



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

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

Coordination : A. Carbonne, V. Jarlier

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

En 2012, une application informatique en ligne (outil WebBMR) développée par Isabelle Arnaud pour le CCLIN Paris-Nord sera disponible pour les référents du réseau BMR. Elle viendra en remplacement de l'application sur Epi-info.



Résultats de la surveillance des AES 2010

Fabien Daniel, François L'Héritier – CCLIN Paris-Nord

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

Au cours de l'année 2010, un total de 3760 AES a été recensé dans 111 établissements de l'Inter région Nord ayant participé au réseau, dont 59 % sont de statut « Public ».

Les personnels de soins paramédicaux ont notifié la plupart des AES (2227 soit 59,8 %). Parmi eux, les infirmières (infirmières, infirmières de bloc opératoire, infirmières anesthésistes et surveillantes de soins) étaient les principales victimes avec 1705 AES. Les médecins ont notifié 164 AES et les chirurgiens en ont notifié 93.

Les AES déclarés se répartissaient en 2915 accidents percutanés (APC : 2593 piqûres et 322 coupures) et 719 projections (554 oculaires ou sur le visage, et 145 sur peau lésée).

Les mécanismes les plus fréquents des APC étaient la manipulation d'aiguilles (52,6 %) et d'instruments souillés (26,2 %). Le mécanisme permettait de présumer que l'AES aurait pu être évité par le respect des précautions standard dans 36,5 % des APC. Le mécanisme de ces APC (en insistant sur les APC évitables) est précisé sur le tableau 1.

La tâche en cours lors des APC survenus en recapuchonnant une aiguille était le plus souvent (70,5 %) une injection sous-cutanée. Le matériel en cause était le plus souvent un stylo injecteur d'insuline

(27,6 %) et une aiguille sous-cutanée (32,5 %). La tâche au cours de laquelle sont survenus les APC en désadaptant une aiguille était une injection sous cutanée dans 65,6 % des cas. Là aussi, le matériel en cause était le plus souvent un stylo injecteur d'insuline (51,4 %). Les APC liés à des objets traînants sont survenus principalement au cours de nettoyage de sols et surfaces (24,6 %), de transport de sacs poubelles (20 %), et de rangement (15,4 %).

Parmi les 2180 APC où la présence d'un collecteur d'objets piquants tranchants (OPT) n'était pas jugée sans objet ou non précisée, ce collecteur était absent dans 26,2 % des cas. Cependant, parmi les 1556 APC où la présence d'un collecteur était jugée « sans objet » et où la tâche en cours n'était pas non précisée, la tâche en cours était souvent un geste chirurgical (24,12 %, dont plus du tiers en aidant l'opérateur), une injection (9,9 %, dont 93,0 % une injection sous-cutanée), un prélèvement veineux ou une perfusion (11,8 %), ou une tâche de nursing ou hygiène (12 %). Le personnel concerné a déclaré ne pas porter de gants dans 970 APC (28,3 %).

La victime de l'AES n'était pas vaccinée contre l'hépatite virale B dans 0,3 % des cas et son statut vaccinal était inconnu dans 2,6 % des cas. La tâche en cours lors de l'APC était un soin infirmier ou assimilé dans 49,6 % des cas (injection et prélèvement sanguin le plus souvent), un geste chirurgical dans 19,4 % (dont 1/3 concernaient l'aide), un geste médical dans 6,2 % des cas. Dans 13,8 % des cas, la tâche au cours de laquelle s'est produit l'APC n'impliquait pas de contact avec le patient. L'accident était une projection oculaire ou sur le visage dans 14,9 % des cas. Dans 34,5 %, 23,7 % et 20,1 % d'entre eux, un geste infirmier (perfusion et prélèvement sanguin le plus souvent), un geste chirurgical (aide à une procédure), et un soin de nursing et d'hygiène étaient respectivement à l'origine de l'AES.

Les projections sur peau lésée (3,9 % des AES) survenaient à l'occasion d'un geste infirmier dans 49 % des cas, d'un soin de nursing et d'hygiène dans 22,1 % des cas et d'un geste médical et chirurgical dans 8,3 % des cas. Le statut sérologique du patient source était inconnu vis-à-vis du VIH dans 599 AES (16,2 %), vis-à-vis du virus de l'hépatite C (VHC) dans 750

[Suite >>>](#)

Mécanisme des APC			
Tableau 1	Manipulation d'aiguille	1 489	52,6 %
	En recapuchonnant	212	7,5 %
	En désadaptant	148	5,2 %
	Manipulation d'instruments souillés	742	26,2 %
	Posés plateau	281	9,9 %
	Traînant	240	8,5 %
	Passage de la main à la main	42	1,5 %
	Manipulation de lame	184	6,5 %
	En désadaptant	16	0,6 %
	Manipulation de collecteurs OPT	208	7,3 %
	Trop plein	30	1,1 %
	Mal cliqué, mal fermé	16	0,5 %
	Seringue	46	1,6 %
	Prélèvements	30	1,1 %
	Autres, non précisés	117	4,1 %

Figure 1

Tâche en cours lors des APC où la présence d'un collecteur était jugée « sans objet »

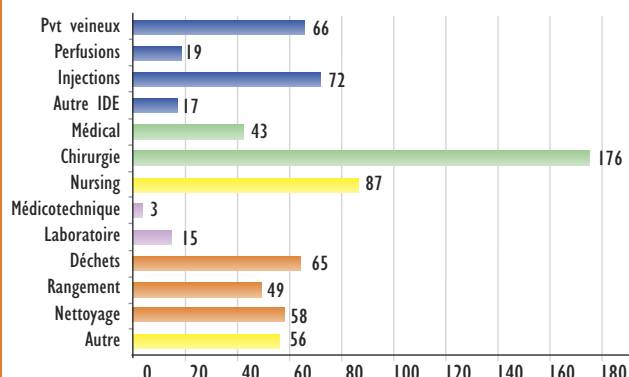


Figure 2

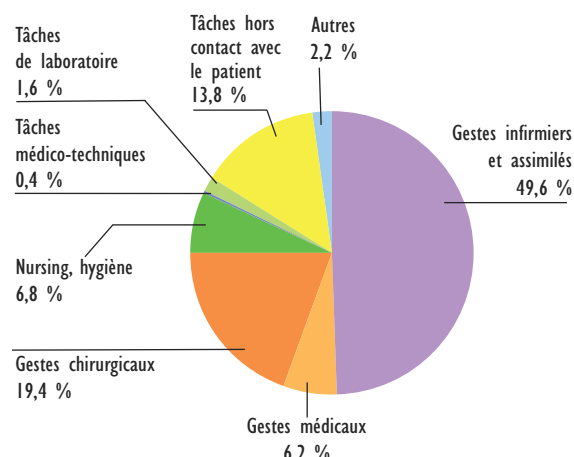


Tableau 1

Incidence des AES pour 100 lits ou 100 personnels par an

	N	AES		APC	
		Taux d'incidence	IC _{95%}	Taux d'incidence	IC _{95%}
LITS	111	7,9	[7,6 - 8,1]	6,1	[5,9 - 6,4]
PERSONNELS PARA-MÉDICAUX					
Infirmier(e)s	108	5,6	[5,4 - 5,9]	4,4	[4,1 - 4,7]
IBODE	108	13,2	[10,7 - 15,8]	11,7	[9,3 - 14,1]
IADE	108	4,1	[2,8 - 5,4]	3,2	[2,1 - 4,4]
Aide-soignant(e)s	106	1,4	[1,2 - 1,6]	1	[0,9 - 1,1]
Puéricultrices	106	1,7	[0,8 - 2,7]	1,7	[0,8 - 2,7]
Auxiliaires-puéricultrices	106	0,6	[0,3 - 0,9]	0,5	[0,2 - 0,8]
ASH et OP (chargés de l'entretien des locaux)	107	1,2	[1,0 - 1,4]	1,1	[0,9 - 1,3]
Elèves	76	4,3	[3,7 - 4,9]	3,8	[3,3 - 4,3]
PERSONNELS MÉDICAUX					
Médecins	106	1,6	[1,3 - 1,9]	1,3	[1,1 - 1,6]
Chirurgiens	103	5,7	[4,5 - 6,9]	5	[3,9 - 6,2]
Sage-femmes	103	5,8	[4,3 - 7,4]	4,2	[2,9 - 5,5]
Anesthésistes-réanimateurs	104	4,4	[2,9 - 6,0]	3,7	[2,3 - 5,1]
Internes	108	11,6	[10,4 - 12,9]	9,4	[8,3 - 10,5]
Autres médecins	100	0,4	[0,1 - 0,7]	0,3	[0,0 - 0,6]
Etudiant(e)s	106	4,1	[3,6 - 4,7]	3	[2,6 - 3,5]
Personnels médico-techniques	104	1,2	[1,0 - 1,5]	0,9	[0,6 - 1,1]

(20,3 %) et vis-à-vis de l'antigène HBs dans 999 (27,1 %). Le patient source était infecté par le VIH dans 204 AES (5,5 %), séropositif pour le VHC dans 280 (7,6 %), et porteur de l'antigène HBs dans 77 (2,1 %). L'incidence des AES pour 100 lits et pour 100 équivalents temps plein (ETP) a été mesurée pour chaque catégorie de personnel. Les incidences les plus élevées étaient observées chez les IBODEs (13,2 %) et les internes (11,6 %).

L'incidence des APC pour 100 000 matériels était particulièrement élevée pour les aiguilles à chambre implantée (12,6/100 000), et les stylos à insuline (13,8/100 000).

Conclusion

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

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

Coordination : F. L'Héritau

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



Surveillance des cathéters veineux centraux en néonatalogie : NEOCAT résultats 2010

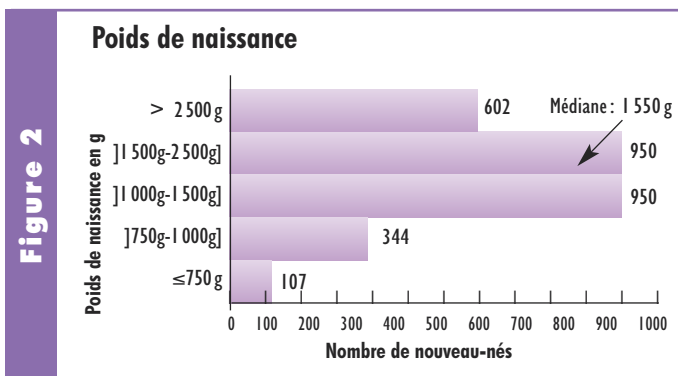
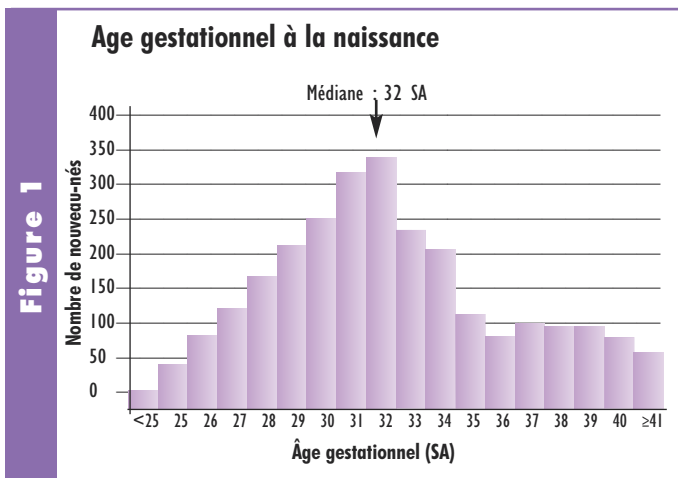
Ludvine Lacavé, François L'Héritau – CCLIN Paris-Nord

Depuis 2007, le réseau NEOCAT propose une surveillance des bactériémies liées aux cathéters veineux centraux (CVC) en néonatalogie, compte tenu des morbidité et mortalité non négligeables dont elles sont responsables. Les résultats de la surveillance 2010 sont présentés ici.

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

Résultats

En 2010, 26 établissements de santé (ES) ont retourné leurs données de surveillance, incluant 2 953 NN, porteurs de 2 551 CVO et de 2 147 autres CVC.



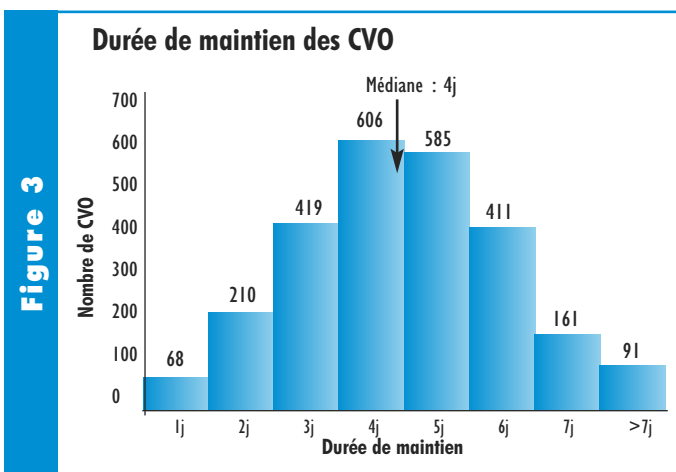
Description des CVO

Le CVO était utilisé pour une nutrition lipidique dans 47,1 % des cas. Le CVO était contemporain d'une ventilation assistée invasive dans 54,3 % des cas et d'une ventilation non invasive dans 29,9 % des cas.

Trente-trois BLC ont été identifiées sur les CVO, soit une incidence de 1,3 p 100 CVO (IC_{95%} [0,9 - 1,7]) et une densité d'incidence (DI) de 2,9 p 1000 jr-CVO (IC_{95%} [1,9 - 3,8]).

Le délai médian d'apparition d'une BLC sur les CVO était de cinq jours, avec un intervalle interquartile (IIQ) de [5j - 7j].

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



Suite >>>

Tableau 1

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

Poids de naissance	N CVO	Incidence des BLC (pour 100 cathéters)	IC _{95%}	DI des BLC (‰ jr-kt)	IC _{95%}
≤ 750g	102	3,9	[0,1 - 7,8]	8,4	[0,2 - 16,7]
]750g - 1000g]	302	2,0	[0,4 - 3,6]	4,5	[0,9 - 8,1]
]1000g - 1500g]	798	1,4	[0,6 - 2,2]	3,1	[1,3 - 5,0]
]1500g - 2500g]	805	1,2	[0,5 - 2,0]	2,6	[1,0 - 4,2]
> 2500g	544	0,4	[0,0 - 0,9]	0,9	[0,0 - 2,0]

Description des autres CVC

Le site d'insertion habituel des autres CVC était le membre supérieur (86,4 %).

Une nutrition parentérale lipidique est passée par le cathéter dans 90,6 % des CVC. Les NN ont reçu une ventilation assistée invasive dans 30,4 % des cas, et une ventilation assistée non invasive dans 42,4 % des cas, pendant le maintien du CVC.

La durée de maintien des CVC variait de 1 à 112 jours.

Trois cent six BLC ont été identifiées sur ces 2147 CVC, soit un taux d'incidence de 14,3 p 100 CVC (IC95 % [12,7 – 15,8]) et une densité d'incidence de 11,2 p 1000 jr-CVC (IC95 % [10,0 – 12,5]).

Le délai médian d'apparition d'une BLC sur ces CVC était de 9j (IIQ [5j – 15j]).

L'incidence des BLC était variable selon le poids de naissance (tableau 3).

Tableau 2

Siège d'insertion des CVC

Site d'insertion du cathéter	N	%
Membre supérieur	1854	86,4
Membre inférieur non fémoral	168	7,8
Jugulaire	47	2,2
Céphalique	28	1,3
KT central par voie ombilicale	28	1,3
Fémoral	13	0,6
Sous-clavier	9	0,4
Total	2 147	100,0

Figure 4

Durée de maintien des CVC <

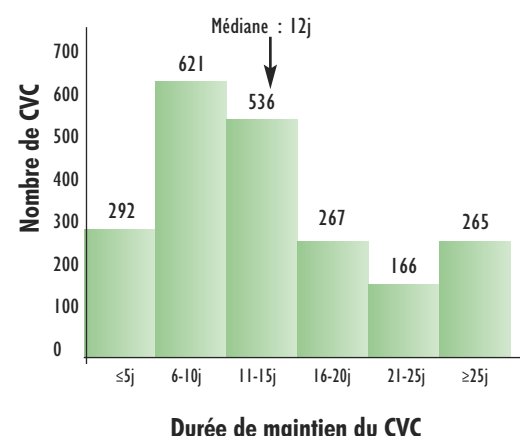


Tableau 3

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

Poids de naissance	N CVC	Incidence des BLC (pour 100 cathéters)	IC _{95%}	DI des BLC (‰ jr-CVC)	IC _{95%}
≤ 750 g	121	33,1	[22,8 - 43,3]	20,8	[14,4 - 27,3]
]750g - 1000g]	438	26,0	[21,2 - 30,8]	17,5	[14,3 - 20,7]
]1000g - 1500g]	945	11,2	[9,1 - 13,4]	9,0	[7,3 - 10,7]
]1500g - 2500g]	499	7,6	[5,2 - 10,0]	6,8	[4,6 - 8,9]
> 2500g	144	5,6	[1,7 - 9,4]	5,8	[1,8 - 9,9]

Suite >>>

Les micro-organismes le plus communément isolés des hémocultures étaient des staphylocoques à coagulase négative (SCN) : 75,0% des 33 BLC sur CVO et 83 % des 306 BLC sur CVC. *S. aureus* ou les entérobactéries étaient plus rarement isolés. Quatre BLC à *P. aeruginosa* ont été rapportées (sur CVC) au cours de cette surveillance (tableau 4).

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

Parmi les 20 souches de *S. aureus* isolées, 6 étaient des SARM (30 %). Parmi les 18 entérobactéries isolées, 4 étaient productrices de BLSE (22 %).

Conclusion

Cette quatrième année de surveillance des BLC en néonatalogie permet de fournir des données françaises sur l'incidence des bactériémies sur cathéter en néonatalogie. Elle permet également de décrire l'épidémiologie microbienne de ces bactériémies. Cette surveillance en réseau permet aux services de néonatalogie surveillant leurs bactériémies de se comparer à un référentiel. ■

Micro-organismes isolés des hémocultures

Tableau 4

Micro-organismes isolés	CVO	CVC
Cocci Gram +	30	308
Staphylocoques à coagulase négative	27	279
<i>Staphylococcus aureus</i>	3	20
Entérocoques	0	8
Autres Cocci Gram +	0	1
Bacilles Gram -	5	25
Entérobactéries	5	18
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	0	4
Autres <i>Pseudomonas</i> et app.	0	3
Bacilles Gram +	1	0
Champignons et parasites	0	3
Total	36	336

Le CCLIN Paris-Nord remercie tous les établissements ayant participé au réseau NEOCAT 2010

Calendrier 2012 des réseaux de surveillance

	Période d'enquête	Inscription	Retour limite des données	Coordonnateurs
AES (rétrospectif) données 2011	du 1 ^{er} janvier au 31 décembre 2011	terminée	31 mars 2012	François L'Hériveau Cécilia Champion
AES données 2012	du 1 ^{er} janvier au 31 décembre 2012	janvier-février 2012	31 mars 2013	François L'Hériveau Cécilia Champion
ATB (rétrospectif) données 2011	du 1 ^{er} janvier au 31 décembre 2011	décembre 2011 janvier 2012	30 avril 2012	François L'Hériveau Ludivine Lacavé
BMR	du 1 ^{er} mars au 30 juin 2012	mars à septembre 2012	15 septembre 2012	Hervé Blanchard Isabelle Arnaud
INCISO	du 1 ^{er} janvier au 30 juin 2012	janvier-février 2012	1 ^{er} septembre 2012	François L'Hériveau Cécilia Champion
NEOCAT (rétrospectif) données 2011	du 1 ^{er} janvier au 31 décembre 2011	terminée	31 janvier 2012	François L'Hériveau Ludivine Lacavé
NEOCAT données 2012	du 1 ^{er} janvier au 31 décembre 2012	décembre 2011 janvier 2012	31 janvier 2013	François L'Hériveau Ludivine Lacavé
REA	• du 1 ^{er} janvier au 30 juin 2012 • du 1 ^{er} janvier au 31 décembre 2012 (facultatif)	janvier-février 2012	31 août 2012 1 ^{er} mars 2013 (facultatif)	François L'Hériveau Cécilia Champion

AES → Accidents exposant au sang

ATB → Consommation d'antibiotiques

BMR → Bactéries multi-résistantes aux antibiotiques

INCISO → Infections du site opératoire

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

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

Epidémie à *Clostridium difficile* 027

Retour d'expérience

Karine Blanckaert – ARLIN Nord / Pas-de-Calais

À partir d'un événement signalé par un établissement de santé (via le dispositif créé par le décret n° 2001-671 du 26 juillet 2001), présenter une synthèse de l'épisode en explicitant la survenue et la prise en charge de celui-ci par les différents partenaires.

TITRE

Epidémie d'infections à *Clostridium difficile* de sérotype 027 survenue en 2010

MOTS CLES

Epidémie – *Clostridium difficile*

POINT D'INFORMATION

Identification des dysfonctionnements ayant conduit à la survenue d'une épidémie d'infections à *Clostridium difficile* dans un établissement de santé

CONTEXTE

• **Description chronologique de l'événement** : Le centre hospitalier avait déjà vécu une première vague épidémique d'infections à *Clostridium difficile* (ICD), de ribotype 027, de mi-septembre à mi-novembre 2009, décrivant 7 cas : 6 cas en SSR 3 et 1 cas en SSR 2. Cette première vague épidémique a fait l'objet d'un signalement externe au CCLIN Paris Nord. La survenue de ces cas groupés avait conduit l'EOH et le service à organiser un regroupement des patients dans le secteur fermé de SSR pour une meilleure prise en charge notamment dans l'application des précautions complémentaires. La deuxième vague épidémique d'ICD 027 s'est déroulée de mi-janvier à fin juin 2010. Durant cette période, 4 signalements externes ont été transmis et 26 cas ont été dénombrés, [pour leur répartition voir schéma page 10](#).

• **Investigations** : Un typage des souches a été effectué par le CNR révélant l'appartenance des souches au profil 027. Une investigation épidémiologique a été mise en place avec élaboration de tableaux synoptiques et courbes épidémiques. Un arrêt des entrées dans le secteur de SSR 3 a été décidé dès la semaine 8. Des formations ont été réalisées dans les différents services concernés.

Des réunions de crises se sont déroulées de façon hebdomadaire en avril et en mai, et un cohorting a été mis en place. L'antenne régionale du CCLIN Paris Nord est intervenue à 4 reprises. Durant l'une de ces interventions, un audit du respect des précautions standard a été réalisé en collaboration avec l'EOH (juin 2010).

• **Hypothèse de mécanisme de transmission** : La transmission de *Clostridium difficile* se fait de manière orofécale via le manutentionnement du personnel soignant et via l'environnement (contamination par les spores).

• **Événements similaires** : En 2010, le CCLIN a reçu 28 autres signalements se rapportant à des cas d'infections à *Clostridium difficile* dans la région. Ce micro-organisme se caractérise par sa présence depuis 2006 dans la région par sa capacité à persister dans l'environnement et à être responsable de formes cliniques sévères.

• **Circonstances et causes immédiates** : Transmission par les mains du personnel et par l'intermédiaire de l'environnement contaminé. Mésusage des antibiotiques (surconsommation en fluoroquinolones).

• **Causes latentes (facteurs liés au patient, aux soignants, aux tâches, à l'environnement, à l'organisation, à la structure, au contexte institutionnel)** : Utilisation de la méthode ALARM par un groupe de travail constitué de l'EOH, la cellule qualité, la direction, des représentants des médecins, cadres de santé et soignants ([voir tableau page 10](#)).

ACTIONS MENÉES ([voir tableau page 11](#))

Mesures correctives engagées et informations faites aux patients et partenaires (établissement de santé : CLIN, CME, CHSCT, tutelles...)

Cette épidémie a permis d'élaborer un plan d'action concernant la politique de maîtrise du risque infectieux ayant comme principaux objectifs :

- s'assurer du respect des précautions standard
- s'assurer du bon usage des antibiotiques
- développer le signalement interne des infections nosocomiales
- développer une culture qualité et sécurité de soins
- structurer la gestion de crise

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

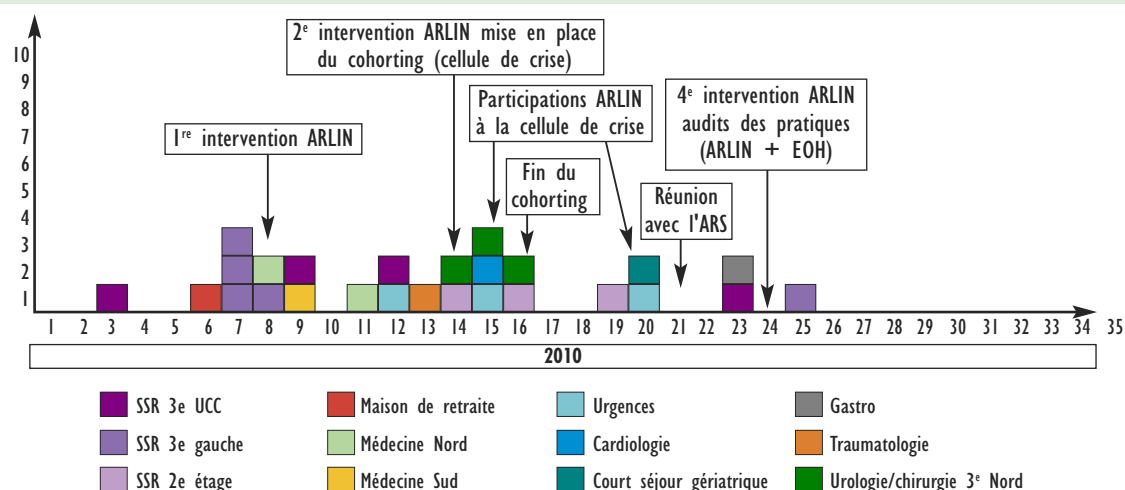
Type de facteur	Facteurs contributifs	Exemple dans le cas rapportés
Facteurs liés au patient	• Patient âgé, polypathologique (désorientés et déambulants) • Facteurs sociaux (communication difficile avec la famille)	• Incidence importante des infections nécessitant des antibiothérapies fréquentes, surconsommation des quinolones • Incompréhension des consignes d'hygiène des mains par les familles malgré le document d'information transmis
Facteurs liés à l'individu (personnel)	• Connaissances théoriques sur les bonnes pratiques d'hygiène des professionnels médicaux et paramédicaux insuffisantes • Motivation insuffisante • Défaut de prise de conscience de la gravité de la situation par divers acteurs	• Médecins et cadres de santé insuffisamment formés ne pouvaient pas assurer un rôle de conseil ou de contrôle • Protocoles non suivis ou non connus (défaut dans l'application des précautions standard, non respect des précautions complémentaires) • Manque de compliance de certains professionnels • Défaut de communication (absence de signalement interne par le logiciel de gestion des risques)
Facteurs liés à l'équipe	• Défaut de coordination entre les métiers • Malaise des professionnels, souffrance de certaines équipes • Relation difficile entre les niveaux hiérarchiques	• Problème de transmission orale et écrite au sein de l'équipe, insuffisance d'échange d'information entre professionnels (bon de demande d'examen de laboratoire mal renseigné, donc erreur dans la réalisation de certains examens entraînant des délais et retard de diagnostic) • Les professionnels étaient insuffisamment conscients des risques d'une telle épidémie
Facteurs liés au protocole / tâches à accomplir	• Défaut d'accessibilité de l'information, • Désorganisation, • Hiérarchisation des soins inadaptée • Nombreuses interruptions des soins	• Professionnels ne sachant pas où trouver les protocoles de l'établissement, protocole d'antibiothérapie non formalisé • Répartition des tâches non maîtrisée entre IDE, AS et la société de bionettoyage • Pas d'uniformisation des pratiques de soins dans les différents services, chariots de soins surchargés et absence de bionettoyage des chariots.
Facteurs liés à l'environnement et aux conditions de travail	• Locaux inadaptés • Matériel insuffisant • Charge de travail importante	• Existence de barrières et portes en bois (difficilement nettoyables) • Matériel nécessaire au respect de certaines précautions d'hygiène non disponible ou non mis à disposition des équipes • Difficulté de mobiliser les professionnels aux formations
Facteurs liés à l'organisation	• Le management médical et paramédical ne diffuse pas les informations /formations • Problème d'attribution des responsabilités • Encadrement ayant un rôle centré sur les tâches administratives	• Absence de transmission des informations entre services (statut infectieux des patients) • Cadres de santé pas suffisamment formés donc ne pouvant pas assurer un rôle de conseil ou de contrôle • Fiche de poste non respectée
Facteurs liés au contexte institutionnel	• EOH insuffisamment reconnue dans ses missions d'expertise, le suivi des actions correctives n'était pas réalisé • Organisation de la cellule de crise non défini • Départ du Directeur Général au début de la crise, engagement tardif de la nouvelle Direction, • Engagement de la direction insuffisant • Absence de définition, d'une politique générale (risques infectieux non priorités)	• Audits de pratiques en hygiène menés depuis plusieurs années montraient une faiblesse de l'établissement, mais l'institution n'a pas pris en compte des résultats • Mauvaise gestion de la crise (non respect de la procédure de gestion de crise, pas d'intégration de la cellule qualité en début de crise) • Personnel mobilisé autour de nombreux projets institutionnels de thématiques différentes (pas de priorisation des thèmes à mener à bien dans l'établissement et éloignement avec la qualité des soins dispensés) • Absence de prise de conscience du problème, pas de mesures prises immédiatement par la direction des soins

Actions menées, mesures correctives engagées et informations faites aux patients et partenaires

Type de facteur	Programme d'action
Matériel	• Rendre disponible les produits nécessaires au respect des précautions standard : tablier plastique, lingettes imprégnées de désinfectant • Inscrire ces produits sur les bons de commande mensuels des services pour éviter les oublis de commande • Prévoir des étagères de rangement pour le linge ou le matériel, pour éviter tout stockage au sol • Remplacer les barrières de porte en bois (pour maintenir en chambre les patients déambulants) par des barrières en matériau facilement nettoyable • Prévoir l'achat de satellites de soins
Formation	• Modéliser une formation-type concernant les précautions standard • Former les cadres de santé aux précautions standard et complémentaires • Etablir un plan de formation institutionnelle pour l'ensemble des pôles : • Une heure de formation théorique pour tous les soignants (objectif : former l'ensemble des soignants en 6 mois maximum) • accompagnement au respect des précautions standard dans les services • Former les médecins au bon usage des antibiotiques • Définir un plan pluri annuel de formation à la maîtrise du risque infectieux
Signalement interne des infections nosocomiales	• Mobiliser la commission qualité et sécurité des soins pour sensibiliser les médecins au signalement interne des infections nosocomiales • Réunir le réseau des correspondants médicaux
Gestion de crise	• Réviser la procédure de gestion de crise et diffuser son organisation afin de faire respecter par tous les modalités de mise en œuvre d'une cellule de crise • Définir le processus d'information des professionnels en cas d'alerte et tout au long d'une crise
Développer une culture qualité et sécurité des soins	• Améliorer les transmissions ciblées concernant le risque infectieux • Mettre en place des tableaux de bord d'indicateurs qualité par pôle • Redéfinir le rôle du cadre de santé pour placer celui-ci au cœur des soins, et développer la fonction « contrôle » de l'encadrement • Redéfinir les missions IDE, AS et société de bionettoyage • Motiver les professionnels : valoriser le rôle des correspondants, communiquer sur les actions menées • Envoyer un mail d'information aux médecins et cadres lors de la diffusion d'une nouvelle procédure
Antibiothérapie	• Poursuivre le travail effectué par la pharmacie sur le bon usage des antibiotiques, et notamment sur l'évaluation de l'utilisation des quinolones • Recruter un infectiologue afin d'apporter des conseils en antibiothérapie et de former au respect des recommandations en matière de prescription d'antibiotiques

Figure 1

Courbe épidémique des cas





Voie inhabituelle de transmission de légionellose nosocomiale : à propos d'un cas

C. Chefson-Girault ², L. Gourichon ², MP. Tavalacci ⁵, L. Thiberville ¹, P. Bartolucci ³, M. Pestel-Caron ⁴, S. Jarraud ⁶, M. Nouvellon ²

En terme de prévention de la légionellose dans les établissements de soins, la réglementation met l'accent sur la surveillance de l'eau chaude sanitaire (ECS) et son utilisation via les douches [1,2,3]. Nous rapportons un cas atypique de transmission nosocomiale par les robinets et la mise en œuvre de mesures de correction inhabituelles par les services techniques de l'hôpital.

Méthodes

En août 2010, un patient de 61 ans porteur d'un adénocarcinome pulmonaire primitif avec métastases osseuses et hépatiques est hospitalisé pour méningite zostérienne et virémie à cytomégalovirus. Après deux mois d'hospitalisation dans la même unité d'hospitalisation, il développe une pneumopathie lobaire inférieure droite entraînant son décès en novembre 2010. *A posteriori* l'antigène urinaire de *Legionella pneumophila* se révèle positif et une souche de *L. pneumophila* est isolée des sécrétions bronchopulmonaires du patient. Or, la douche du patient est depuis le début de son hospitalisation protégée par un filtre anti légionelle.

Les onze chambres de l'unité, dont celle du patient, sont prélevées chacune sur eau froide (EF) et eau chaude sanitaire (ECS) de douche et lavabo soit 44 prélèvements d'eau à la recherche de légionelles. Enfin, la fontaine de l'unité et les réseaux d'eau froide et d'eau chaude sanitaire du bâtiment (départ et retour de boucles) sont explorés.

Les souches du patient et celles retrouvées dans l'enquête environnementale sont adressées au Centre National de Référence des Légionelles de Lyon.

Résultats

Les analyses d'eau effectuées dans la chambre du patient montrent la présence de *L. pneumophila* dans l'EF du robinet à la concentration de 8000 UFC/litre mais ne retrouvent pas ce germe ni dans l'ECS ni dans les canalisations d'EF du réseau y compris en amont du lavabo incriminé. En outre, l'exploration de la fontaine et des départs et retours de boucle d'EF et d'ECS donne des résultats négatifs.

L'étude sérotypique et génotypique des souches isolées chez le patient et dans l'EF du robinet de sa chambre montre une identité des

souches (*L. pneumophila* séro groupe 8 présentant le même pulso-type). Ceci confirme l'origine nosocomiale et l'hypothèse d'une contamination du patient à partir de l'EF du robinet.

L'enquête bactériologique réalisée sur l'ECS et l'EF des douches et lavabos des onze chambres de la même unité montre une contamination par *L. pneumophila* de 29 échantillons sur 44 à un taux de 250 à 1000 UFC/litre. Autant de douches que de robinets sont contaminées. Il s'agit donc d'une contamination de l'EF et de l'ECS à partir des éléments de robinetterie périphériques.

Des mesures correctives drastiques sont décidées en concertation avec les services techniques : changement de tous les robinets et flexibles de douches dans tout le service (4 unités) soit 43 chambres, mise en place de filtres à usage unique sur les lavabos en plus de ceux déjà en place sur les douches et renforcement des protocoles de purge, détartrage et désinfection des points d'eau.

Après changement des éléments de robinetterie, 192 prélèvements d'EF et ECS avant filtre sont effectués dans l'ensemble du service : toutes les analyses donnent un résultat ≤ 250 UFC/litre.

La pérennité de ce résultat est objectivée par 32 prélèvements d'ECS et EF effectués en mars et juillet 2011 et tous négatifs.

Discussion

Cette observation de légionellose nosocomiale met l'accent sur des modes possibles de contamination autres que la douche en particulier chez le patient fortement immunodéprimé. Ici il a pu s'agir d'aérosols lors de la toilette du patient au lavabo ou bien de fausses routes à partir de l'EF du robinet. Ce dernier mode de contamination, déjà décrit dans la littérature [3-7] a conduit à une mesure de prévention inhabituelle pour la légionellose : la pose

[Suite >>>](#)

temporaire de filtres sur les lavabos. Le remplacement de tous les éléments périphériques a permis une normalisation des analyses environnementales. Le maintien de ces bons résultats ne peut s'envisager que si des purges des points d'eau peu utilisés et un entretien régulier sont effectués. Cette observation illustre l'importance de la maintenance des réseaux et des points d'eaux dans la prévention de la légionellose ^[1]. ■

1 Clinique pneumologique;
2 Laboratoire d'Hygiène Hospitalière;
3 Direction des travaux et Services techniques;
4 Laboratoire de Bactériologie;
5 Unité de prévention des infections nosocomiales,
CHU de Rouen, 76031 Rouen Cedex;
6 Centre National de Référence des Légionelles, Lyon, France.

Bibliographie

1. Circulaire DGS/SD7A/SD5C-DHOS/E4 n° 2002/243 du 22 avril 2002
2. Arrêté du 1er février 2010 relatif à la surveillance des légionelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire.
3. Circulaire n°DGS/E4/2010/448 du 21 décembre 2010
4. Hosein IK et al. Point-of-care controls for nosocomial legionellosis combined with chlorine dioxide potable water decontamination: a two-year survey at a Welsh teaching hospital. J Hosp Infect 2005; 61: 100-6
5. Sabria M, Yu VL. Hospital-acquired legionellosis: solutions for a preventable infection. Lancet Infect Dis 2002; 2: 368-73
6. Yu VL. Could Aspiration be the major mode of transmission for Legionella? Am J Med 1993; 95: 13-5
7. Blatt SP et al. Nosocomial legionnaire's disease: aspiration as a primary mode of disease acquisition. Am J Med 1993; 95: 16-22



Recommandations et réglementation en cours de rédaction ou de réactualisation

- SF2H :** Recommandations pour la prévention des infections associées aux chambres implantables à accès vasculaires. Premier trimestre 2012
- SF2H :** Recommandations pour la prévention de la transmission croisée par voie respiratoire : gouttelettes ou air. Fin 2012
- Cclin Sud-Ouest :** Bon usage des antiseptiques.
- Cclin Est :** Hygiène en cabinet médical
- Guide Eau et Santé :** Hygiène en cabinet médical
- Guide Eau et Santé :** Hygiène en cabinet de ville. 2012/2013
- SF2H / SFR :** Recommandations sur l'hygiène en radiologie
- SF2H / SPILF :** Ré-actualisation de la Conférence de consensus de 2002 "Infections urinaires nosocomiales" sous la forme d'une recommandation de pratique clinique.
- AFNOR :** Révision de la norme NF S 90-351 (Etablissement de santé : salles propres et environnements maîtrisés et apparentés).
- Circulaire «Prion» :** Actualisation de la circulaire n°138. 2° semestre 2011

Retour d'expérience d'un établissement de santé concernant des événements indésirables sur cathéters veineux périphériques (CVP)

Mme Grzybowski, infirmière hygiéniste (75)

Les bactériémies associées aux CVP sont relativement rares (0,5 à 0,7/1 000 journées cathéters d'après la littérature). En cas d'épidémie, une évaluation des pratiques et une surveillance renforcée sont nécessaires. Cet article décrit les mesures prises et les actions engagées à l'occasion de la survenue de cas groupés dans un établissement de santé.

L'unité d'hygiène hospitalière (UHH) reçoit en mai 2011, de la part d'un même service, 8 fiches de signalement de bactériémies nosocomiales à point de départ de veinites pour la période de janvier à mai. Des actions sont immédiatement mises en œuvre par l'UHH à type de formations sur les précautions « standard » et de rappels sur les bonnes pratiques professionnelles. Malgré cela, d'autres déclarations nous parviennent encore.

Après enquête de l'UHH, face à une probable « épidémie » de bactériémies, nous évoquons plusieurs hypothèses : s'agit-il d'un même micro-organisme, d'un même personnel, d'un facteur lié à l'environnement ou d'un défaut dans les pratiques professionnelles ?

Le CLIN de l'établissement de santé décide, en collaboration avec le département qualité gestion des risques, de mener une auto-évaluation et un audit par observation des pratiques de pose et de manipulation des voies veineuses périphériques (VVP) dans trois services différents (incluant le service déclarant). Cette évaluation, menée à l'aide des grilles du Groupe d'Évaluation des Pratiques en Hygiène Hospitalière (GREPHH), nous révèle les résultats suivants :

- Une mauvaise observance des bonnes pratiques d'hygiène pour les manipulations de lignes de perfusion (35 % des personnels manipulent la ligne de perfusion avec des compresses non stériles, 41 % des personnels ne désinfectent pas le site d'injection).
- Une grande disparité des pratiques de pose des VVP (67 % des personnels n'attendent pas le séchage complet de l'antiseptique avant l'insertion du cathéter, 44 % des personnels ne pratiquent pas d'hygiène des mains avant l'insertion).

Après analyse des données bactériologiques, l'épidémie liée à un micro-organisme est écartée, le personnel n'est jamais le même poseur, et après analyse de l'eau de soin, l'environnement n'est pas mis en cause. Nous pouvons raisonnablement penser que ces défauts de pratiques professionnelles concernent l'ensemble des services de l'hôpital et l'enquête de prévalence sur les VVP réalisée dans tous les services cliniques, au mois d'octobre, nous le confirme. Nous objectivons les chiffres en regar-

dant l'incidence des bactériémies au sein de l'établissement, en comparant plusieurs services entre eux au regard des années précédentes.

Au vu de ces résultats, il apparaît nécessaire dans un premier temps d'apporter une aide particulière au service déclarant. En collaboration avec les cadres de santé et l'équipe soignante, nous élaborons une grille de surveillance des VVP avec des critères de non conformité (pansements datés ou non, connectique protégée ou non) et des incidents observés (critères de l'échelle de Maddox). Nous suivons une cohorte d'environ 500 cathéters sur une période de deux mois avec une évaluation journalière conjointe, entre le cadre de santé, l'équipe soignante et l'UHH.

Cette surveillance permet une réflexion et une évaluation des pratiques professionnelles des soignants, concluant notamment à la nécessité de tracer la surveillance des VVP et de maintenir en conformité le pansement et les connectiques.

Conclusion

La gestion de ces événements indésirables, nous a conduits à :

- créer un groupe de travail institutionnel, afin de standardiser les pratiques professionnelles de pose et de manipulation des VVP, en impliquant un personnel soignant de chaque service ;
- mettre en place un outil de surveillance uniformisé des VVP grâce à l'échelle de Maddox, outil que nous avons intégré au Dossier de Soins Informatisé ;
- mener une réflexion médicale sur la pertinence de la pose de VVP et sur le passage per os des thérapeutiques.

Outre la prise en compte de la problématique infectieuse, cette démarche a permis de réunir l'ensemble des professionnels des secteurs cliniques et médico-techniques et de les fédérer dans un travail commun. Une véritable dynamique institutionnelle est engagée, et sur proposition conjointe du département qualité gestion des risques et de l'UHH, l'établissement a choisi pour thème de travail de l'année 2012 « l'abord vasculaire ». ■



Utilisation des produits hydro-alcooliques (PHA) pour l'hygiène des mains

Sensibilisation des Professionnels de santé intervenants dans les EHPAD de Haute-Normandie

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

Dans le cadre de la journée mondiale de l'hygiène des mains du 5 mai 2011, l'antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales de Haute-Normandie a proposé une action de sensibilisation des professionnels de santé intervenant en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) à l'utilisation des produits hydro-alcooliques (PHA) pour l'hygiène des mains.

Objectif

L'objectif de cette enquête était de recueillir les avis et connaissances des professionnels de santé intervenant en EHPAD sur les PHA.

Méthode

La méthode proposée consistait à faire remplir un questionnaire court (anonyme) par les professionnels de santé intervenant dans les EHPAD (un seul questionnaire par professionnel et par établissement). L'enquête ciblait plus particulièrement les professionnels de santé extérieurs (médecins traitants, kinésithérapeutes...). L'enquête s'est déroulée dans la semaine du 2 au 8 mai 2011 afin de coïncider avec la journée mondiale de l'hygiène des mains. Cette période pouvait être décalée pour des raisons d'organisation ou élargie en fonction du nombre de professionnels pouvant intervenir dans l'établissement (sans dépasser deux semaines).

Dès le remplissage du questionnaire effectué, il était proposé de remettre à chaque participant, les documents suivants reprenant les éléments de « réponses attendues » et disponibles sur le site du ministère chargé de la santé : la plaquette « La friction hydro-alcoolique » et l'affiche « Des mains désinfectées - des risques évités, les professionnels s'y engagent ». (téléchargeable sur : <http://www.sante.gouv.fr/les-affiches-et-plaquettes.html>)

L'analyse des questionnaires a été assurée par l'ARLIN à l'aide du logiciel Epi-Info®. La synthèse régionale des résultats a été adressée à l'ensemble des EHPAD de la région.

Résultats

Au total, 273 professionnels de santé (dont 121 professionnels libéraux soit 44 %) intervenants dans 22 EHPAD différents ont accepté de participer à cette enquête. Les principaux résultats concernant les connaissances des profes-

sionnels de santé ayant répondu sont présentés dans la figure 1. Globalement, l'intérêt des PHA pour limiter la transmission croisée et en cas d'épidémie était bien connu (88 % de bonnes réponses) ainsi que la supériorité des PHA sur les savons doux (85 %). Par contre, les professionnels étaient moins sûrs de l'efficacité des PHA sur les BMR (60 %) et connaissaient moins la supériorité des PHA par rapport aux savons antiseptiques (51 %). La meilleure tolérance des PHA par rapport aux savons antiseptiques (38 %) ainsi que l'inefficacité des PHA sur l'agent de la gale (40 %) et sur le *Clostridium difficile* (36 %) étaient mal connues.

Plus de 74 % des professionnels interrogés déclaraient préférer se laver les mains avec de l'eau et du savon plutôt que de réaliser une friction avec un produit hydro-alcoolique (tableau 1).

Conclusion

Au total, il a semblé nécessaire de rappeler aux professionnels de santé intervenant en EHPAD que :

- La friction des mains avec un PHA était la méthode de référence pour l'hygiène des mains (en remplacement du lavage par savon doux ou antiseptique).
- Les PHA avaient une meilleure tolérance cutanée que les savons antiseptiques et étaient efficaces sur les bactéries multi résistantes.
- En cas de gale ou d'infection avec *Clostridium difficile*, les PHA n'étaient pas efficaces. Dans ces situations, un lavage des mains avec un savon doux devait être réalisé avant la friction avec un PHA.

Pour répondre à la demande de plus de 30 % des professionnels interrogés lors de cette enquête, une affiche reprenant les principales caractéristiques des PHA ainsi que les étapes de la friction a été élaborée par l'ARLIN et envoyée à l'ensemble des EHPAD à l'occasion de la diffusion régionale des résultats de l'enquête (voir page 17). ■

[Suite >>>](#)

Figure 1

Connaissances relatives aux produits hydro-alcooliques dans le cadre de l'hygiène des mains (réponses des 273 professionnels interrogés)

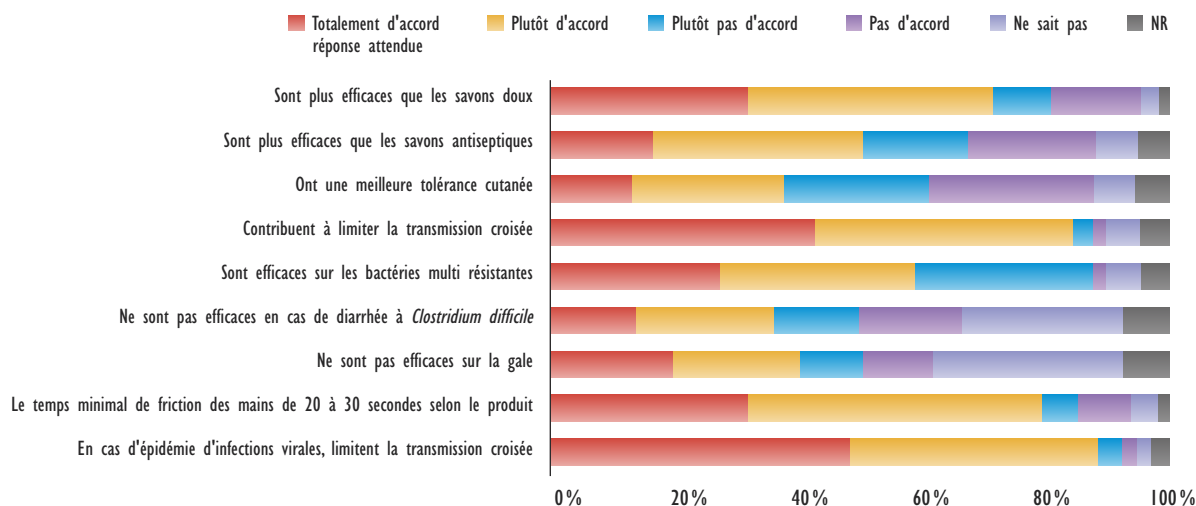


Tableau 1

Préférence pour le lavage des mains par rapport à la friction avec un produit hydro-alcoolique en fonction des différentes catégories professionnelles (réponses des 273 professionnels interrogés)

Catégories professionnelles	N	n	%	% sans réponse
Agents de service hospitalier	43	37	86 %	5 %
Aides soignantes	42	37	88 %	5 %
Kinésithérapeutes	29	15	52 %	14 %
Infirmiers	31	22	71 %	0 %
Médecins	80	56	70 %	1 %
Autres	48	36	75 %	8 %
Total	273	203	74 %	5 %

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



Flash info à l'attention des EHPAD

La circulaire DGCS/DGS/2011/377 du 30 septembre 2011 a été adressée aux ARS pour diffusion aux EMS. Cette circulaire présente le programme et le plan d'actions 2011-2013 de prévention des infections associées aux soins. Cette circulaire propose entre autre d'utiliser le manuel d'auto évaluation du GREPHH pour s'auto-évaluer et faire son auto-diagnostic, puis de trouver de l'aide dans les fiches techniques et pratiques.

Ces 3 documents sont disponibles sur www.cclinparisnord.org/EHPAD/EHPAD.htm

Suite >>>

Annexe I : affiche réalisée par l'ARLIN à l'issue de cette enquête

Les Produits Hydro-alcooliques et Vous ?

Vous êtes professionnels de santé et intervenez dans un établissement pour personnes âgées dépendantes. Les risques de transmission sont majorés du fait de l'âge des résidents, du niveau de dépendance, de la vie en communauté. Par conséquent,

protégez vous et protégez les !

Les produits hydro-alcooliques (PHA) contribuent à diminuer le risque de transmission croisée.

Les PHA sont plus efficaces sur les germes que les savons doux et les savons antiseptiques.

Les PHA sont efficaces sur les bactéries Multirésistantes (BMR). Ils contribuent à limiter la transmission croisée (gastro-entérite, grippe, ...).

La friction avec les PHA est mieux tolérée par la peau que le lavage des mains (simple ou antiseptique).

Le temps minimal de friction des mains avec un PHA doit être de 20 à 30 secondes selon le produit.



Attention

Les PHA ne sont pas efficaces en cas de diarrhée à *Clostridium difficile* ni en cas de gale ! Dans ces situations il est nécessaire de faire précéder la friction par un lavage simple des mains !

FRICITION DES MAINS

La friction est réalisée en 7 gestes et renouvelée autant de fois que possible dans la durée impartie. Cette durée varie de 20 à 30 secondes et à défaut en fonction du produit.



Recommandations pour l'hygiène des mains



**Je suis responsable
je les utilise !**

Version Juin 2011



Tableau de bord des infections nosocomiales

Indicateurs et classement des établissements de santé : évolution de 2005 à 2010 pour l'inter-région Nord

Florence Bekaert (interne en pharmacie), Karin Lebasclé,
Delphine Verjat-Trannoy – CCLIN Paris-Nord

À l'occasion de la diffusion publique du tableau de bord 2010 des infections nosocomiales, le 23 novembre dernier, dans le cadre de la semaine sur la sécurité des patients, le CCLIN Paris-Nord a souhaité faire un bilan de l'évolution des indicateurs pour les établissements (ES) de l'inter-région. Ce bilan est particulièrement important dans le contexte de changement de version de certains indicateurs et de mise en place prochaine de nouveaux indicateurs (voir l'article de Vanina Ambroggi, page suivante). Il permet, par ailleurs, une comparaison avec les résultats nationaux de 2010.

Méthode

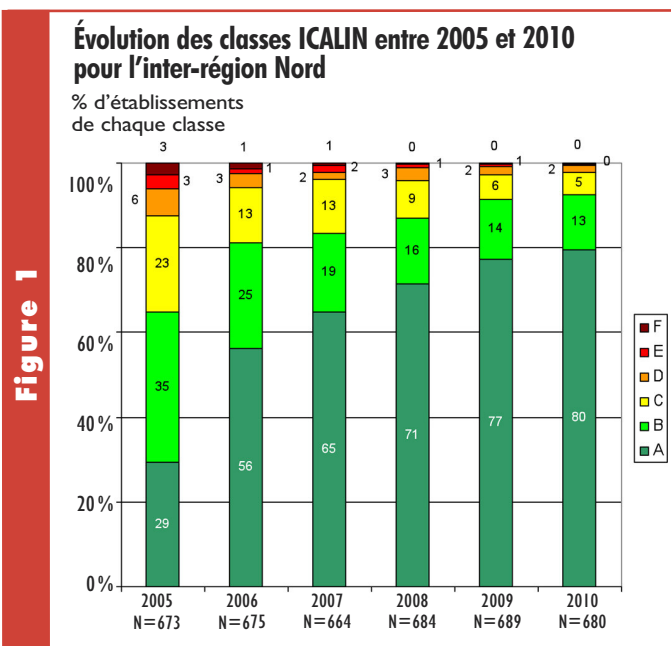
Pour ICALIN, ICSHA et ICATB, l'analyse de l'évolution a été faite sur la répartition des classes des indicateurs (A à F). Pour SURVISO et l'indice SARM, cette analyse a été faite sur la valeur des scores, la classification des établissements de santé selon ces indicateurs étant plus récente.

Résultats

ICALIN (figure 1)

Le pourcentage d'établissements de santé en classe A a rapidement augmenté : en 2005 moins d'un établissement sur trois était en classe A pour ICALIN ; tandis qu'en 2010 quatre établissements sur cinq étaient en classe A. Cette augmentation s'est faite conjointement à une diminution sensible du pourcentage d'établissements en classes B et C. Le nombre d'établissements de santé classés en D et E a connu une nette diminution, passant de 9 % en 2005 à 2 % en 2010.

Avec 93 % d'ES classés en A ou B, la marge de progression est désormais limitée : en comparant 2009 et 2010, le pourcentage d'ES classés en A passe de 77 % à 80 %. Étant donné le niveau atteint avec cette première version de l'ICALIN, cet indicateur est en cours de réactualisation (ICALIN2).



ICSHA (figure 2)

• Période 2005-2009 : ICSHA première version

De 2005 à 2009, le nombre d'établissements de santé en classe A (score ICSHA > 90%) a connu une augmentation importante : chaque année, ce pourcentage a été quasiment multiplié par deux. Cette augmentation s'est faite avec un nombre d'ES en classe B relativement stable à partir de 2007, de 16 % en moyenne. Les pourcentages d'ES en classe D et E ont subi une forte diminution : pour la classe D, le pourcentage est ainsi passé de 41 % à 1 %. Pour ce qui est de la classe C, elle a connu deux périodes :

- de 2005 à 2007 : augmentation due à une arrivée des ES des classes D et E ;

- de 2007 à 2009 : diminution due au passage des ES en classes B et A. Ce maintien prolongé en classe C est à relier à l'importance de l'amplitude de la classe jusqu'en 2009 (30-70 %).

En 2009, l'épidémie de grippe A/H1N1 a entraîné une augmentation de l'utilisation des produits hydro-alcooliques ce qui permet d'expliquer la nette amélioration de classement des établissements de santé entre 2008 et 2009 (classe A essentiellement).

• À partir de 2010 : ICSHA 2^e version (ICSHA2)

Du fait de la mise à disposition de nouvelles données sur le nombre de frictions par patient et par jour en fonction des spécialités (bibliographie + études de terrain), l'indicateur ICSHA a pu évoluer vers une nouvelle version (ICSHA2). Le calcul est le même mais les objectifs personnalisés ont été revus à la hausse. Pour ICSHA2, l'amplitude des classes a été harmonisée (20 % pour chaque classe).

Le passage à ICSHA2 en 2010 a surtout entraîné une diminution du pourcentage d'ES en classe A, malgré l'élargissement de cette classe (80-100 %). Cette différence est d'autant plus importante que les résultats étaient élevés en 2009 (grippe A/H1N1).

ICATB (figure 3)

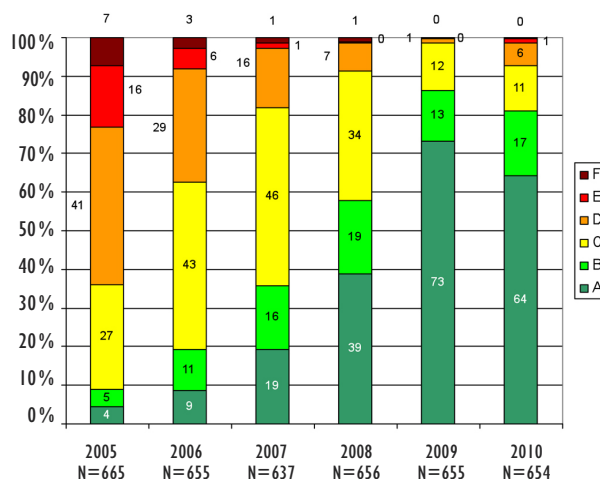
Le pourcentage d'établissements en classe A a augmenté de manière régulière passant de 13 % en 2006 à 65 % en 2010. Le pourcentage d'ES en classe B est resté globalement stable, de l'ordre de 24 % : il n'a pas changé du fait de l'équilibre entre l'arrivée d'ES des classes C et D et du passage, en parallèle, de certains établissements en classe A. Le pourcentage d'ES classés en D et E est passé de 56 % en 2006 à 12 % en 2010.

Avec 87 % d'ES en classe A et B, cet indicateur a atteint un niveau qui peut être jugé satisfaisant. Cet indicateur est en cours de réactualisation du fait de la prise en compte des priorités du plan « Antibiotique » (ICATB2).

Évolution des classes ICSHA entre 2005 et 2010 pour l'inter-région Nord

% d'établissements de chaque classe

Figure 2

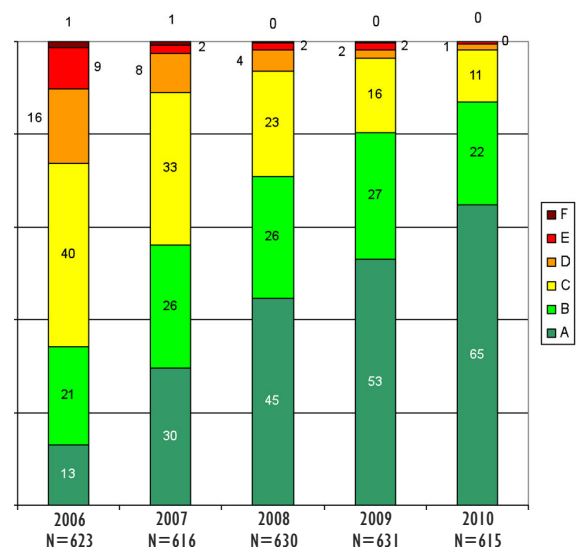


En 2010, l'indicateur ICSHA a été remplacé par l'indicateur ICSHA2 plus exigeant en termes de nombre de frictions par journée et par patient.

Évolution des classes ICATB entre 2006 et 2010 pour l'inter-région Nord

% d'établissements de chaque classe

Figure 3



SURVISO (figure 4)

Jusqu'en 2008, l'indicateur a suivi une augmentation régulière (+11 points en 2006 et 2007 et +12 points en 2008). En 2008, l'indicateur s'est fortement rapproché des 100 % pour l'atteindre en 2010. Il faut dire qu'à partir de 2007, les établissements ne surveillant pas les infections du site opératoire ont été privés de l'affichage de leur score agrégé. Cette démarche a donc eu l'effet incitatif attendu.

Pour notre inter-région, cet indicateur est donc arrivé à son objectif, notamment par le biais d'inscriptions au réseau de surveillance des ISO. Étant donné le niveau atteint avec cette première version de SURVISO, cet indicateur va faire place à un indicateur plus global (ICALISO), basé sur le même principe que les indicateurs ICALIN et ICATB (OMA).

L'indice SARM (figure 5)

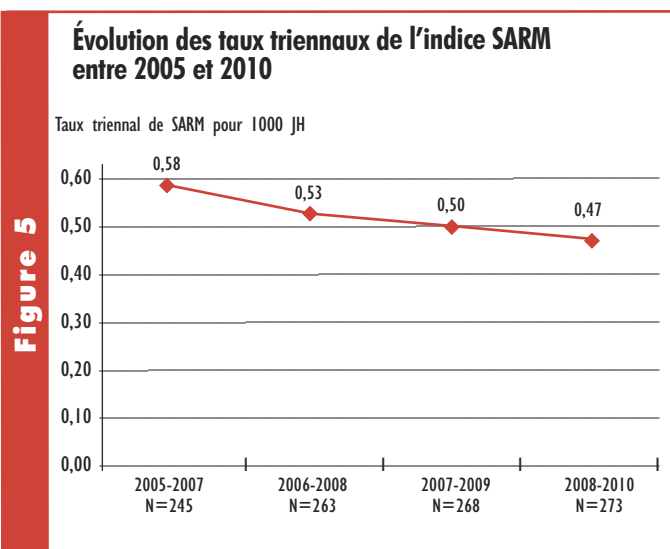
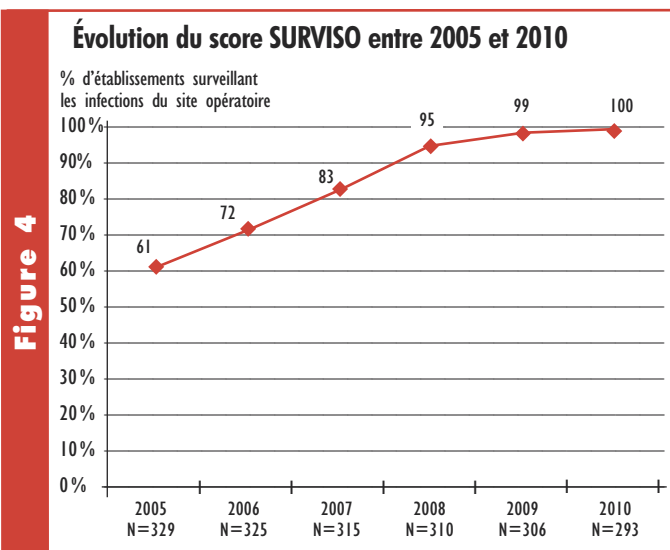
Depuis 2007, l'indicateur diminue régulièrement, ce qui est le reflet des efforts des établissements pour maîtriser leurs taux de SARM. 70 % des établissements pour lesquels une comparaison du taux triennal a été possible entre 2005-2007 et 2008-2010 (N = 101), ont ainsi vu leur indice SARM diminuer.

Conclusion

L'évolution des indicateurs de notre inter-région est très satisfaisante, avec des résultats identiques ou supérieurs aux résultats nationaux pour les indicateurs comparables (ICALIN, ICSHA2, ICATB, SURVISO). Ces résultats confirment l'effet stimulant des indicateurs déjà observé lors des précédentes évaluations (cf. bulletins n° 32, n° 34 et n°35). L'évolution vers de nouveaux indicateurs plus spécifiques et plus exigeants paraît inévitable vu le niveau atteint par certains indicateurs (en particulier ICALIN et SURVISO) et au vu de l'expérience acquise sur ces indicateurs mis en place depuis maintenant plus de cinq ans en France. ■

Sources

- Bases de données du ministère de la Santé (2005 à 2009)
- Base ATIH 2010
- Rapport national 2010 sur le tableau de bord des infections nosocomiales - DGOS- Novembre 2011





Évolution des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales

Vanina Ambrogi, assistante hospitalo universitaire - CCLIN Paris-Nord

Suite à une saisine de l'InVS par le ministre de la Santé en 2003, apparaissait en 2004 le Tableau de Bord des Infections Nosocomiales (TB). Il répondait à un souci de transparence auprès des usagers et à un souhait de comparaison (benchmarking) entre les établissements de santé (ES) et de suivi dans le temps pour chaque établissement, facteurs d'amélioration de la qualité des soins.

Actuellement, les objectifs du PROPIN 2005-2008 sont en grande partie atteints et les indicateurs du tableau de bord n'ont ainsi plus le même pouvoir discriminant et de benchmarking. Il fallait donc faire évoluer ceux-ci dans le sens d'une plus grande exigence : les indicateurs du TB 2^e génération évalueront davantage les actions et les résultats et cibleront les risques liés aux bactéries multirésistantes (BMR) et aux actes invasifs. Nous présenterons ici les évolutions en cours (finalisées pour le TB 2012) et expliquerons, dans ce contexte de transition, les modalités de diffusion publique des TB 2010 et 2011.

Évolution des indicateurs existants (ICALIN2, ICATB2, ICSHA2)

Alors que les trois fonctions Organisation, Moyens, Actions étaient cotées de manière équilibrée pour ICALIN, ICALIN2 accordera une part plus importante aux actions, en particulier concernant la prévention des infections associées aux gestes invasifs. ICATB2 répondra aux nouvelles priorités nationales concernant le bon usage des antibiotiques. ICSHA2 comptera pour son calcul davantage de disciplines, comme par exemple l'hôpital de jour, et un niveau d'exigence augmenté pour le nombre de frictions par jour et par patient pour les disciplines qui participaient déjà à ICSHA.

Parallèlement à ces évolutions, les classes de performance du score agrégé vont être modifiées et seront différenciées en fonction de la catégorie de l'établissement.

Changement dans les modalités d'affichage de l'indicateur triennal SARM

L'indicateur SARM n'était pas jusqu'à présent diffusé publiquement. La campagne 2010 (TB 2009) a été marquée par l'ajout à l'indice de

SARM d'une classe de percentile sous forme d'une note A à E pour améliorer la lisibilité des résultats, accessible uniquement aux établissements de santé (année de simulation). En revanche, le tableau de bord publié en 2011 sur les données 2010, affichera le taux triennal SARM 2008-2010, la classe de performance (A à E) permettant de se comparer aux établissements de santé de même catégorie et l'évolution des taux annuels de SARM de 2005 à 2010 reflétant les efforts entrepris par l'établissement de santé dans la maîtrise du SARM (feu tricolore). Toutefois, l'indice SARM restera non intégré dans le score agrégé, reflétant la volonté de conserver la spécificité de cet indicateur.

Élaboration de nouveaux indicateurs

De nouveaux indicateurs de processus vont apparaître, consistant en un focus sur les BMR (ICA-BMR), sur la chirurgie (ICALISO), ainsi que sur le risque lié à l'hémodialyse (ICA-DIA). Actuellement, des indicateurs de résultats sont également en cours d'élaboration par un groupe d'experts saisi par le ministère de la Santé.

Modalités de diffusion publique des tableaux de bord 2010 et 2011

Voir tableau 1 page suivante : Calendrier de diffusion locale et/ou publique des indicateurs.

Conclusion

La montée en charge est progressive : les nouveaux indicateurs sont précédés d'une année de simulation avec des résultats disponibles pour les établissements de santé mais non diffusés publiquement ; l'année suivante les indicateurs sont rendus opposables. ■

Tableau 1

Calendrier de diffusion locale et/ou publique des indicateurs

ANNÉE	INDICATEURS	MODALITÉS D’AFFICHAGE		
		Auprès des ES	Site sante.gouv.fr	Opposabilité
2010 (campagne 2011)	TB 1 ^{re} génération + SARM, ICSHA2	oui	oui	oui
	Indicateurs 2 ^e génération de processus (sauf ICATB2)	oui	non	non
2011 (campagne 2012)	Indicateurs 2 ^e génération de processus (sauf ICATB2)	oui	oui	oui
	Indicateurs de résultats par ES	oui	non	non
	Indicateur 2 ^e génération (ICATB2)	oui	non	non

Bibliographie :

1. Van Rossem V. Qualité et sécurité des soins. Impact de la loi HPST. Évolution du tableau de bord des IN. XIX^e Journée Annuelle Sud-Est des acteurs de la lutte contre les infections nosocomiales, 2011.
2. Circulaire N° DGOS/PF2/2011/150 du 19 avril 2011 relative au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2010.
3. Circulaire N° DHOS/ED/DGS/SD5C/2006/163 du 7 avril 2006 relative au tableau de bord des infections nosocomiales et portant sur les modalités de calcul de l'indicateur du taux de SARM par les établissements de santé
4. HAS Certification et Actualités – n° 3 – Octobre-décembre 2011 ; p. 5-6
5. Arrêté du 28 décembre 2010 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins publiés chaque année.

Enquête nationale de prévalence 2012

La prochaine enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales aura lieu du 14 mai au 29 juin 2012 inclus. Les données seront recueillies dans le cadre d'un protocole européen harmonisé.

Le champ de l'enquête sera étendu à l'hospitalisation à domicile.

Les informations seront mises en ligne progressivement
sur le site du Cclin :

www.cclinparisnord.org/ENP/ENP.htm



Plans locaux de maîtrise des épidémies de bactéries émergentes

1- Situation en Ile-de-France

Émilie Daimant, Sylvie Renard-Dubois - ARS Ile-de-France, direction de santé publique

La circulaire du 6 décembre 2010 relative à la mise en œuvre de mesures de contrôle des cas importés d'entérobactéries productrices de carbapénèmases (EPC) demande aux établissements de santé de définir pour le 1^{er} avril 2011, un plan local de maîtrise d'une épidémie, susceptible d'être mis en œuvre dès la confirmation d'une épidémie locale ou régionale.

L'existence d'un tel plan dans les établissements de santé ne naît pas avec cette circulaire. Dès la première procédure de certification (à l'époque appelée accréditation – ANAES), on retrouve une demande de disposer d'un « *dispositif qui permet l'alerte, l'identification, la gestion et la maîtrise d'un phénomène épidémique* ». Dans le plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins (axe 2-2.4), les plans de maîtrise des épidémies locorégionales, apparaissent indispensables pour éviter que les mesures de contrôle d'une épidémie ne soient mises en place trop lentement et perturbent trop le fonctionnement d'un établissement, voire de plusieurs. Cependant, les plans doivent s'adapter aux problématiques de multi et toto-résistances des bactéries. À l'heure actuelle, ils doivent inclure les mesures spécifiques de lutte contre les EPC, avec la gestion des facteurs de risque qui y sont liés, notamment les rapatriements de patients ayant été hospitalisés à l'étranger.

Afin d'aider les établissements de santé à la rédaction d'un tel plan, une maquette a été réalisée par un groupe de travail du CCLINPN, associant professionnels de terrain et représentants de l'ARS IDF, en s'inspirant des travaux préalablement menés par l'antenne régionale de Haute-Normandie. Ce modèle est disponible pour l'ensemble des établissements sur le site du CCLIN Paris-Nord (www.cclinparisnord.org).

Pour répondre aux exigences de la Direction générale de la santé et de la circulaire du 6 décembre, un premier bilan de la mise en place de cette disposition était réalisé en juin au niveau de l'Ile-de-France.

À l'issue de cette enquête à laquelle 91 établissements des 400 établissements de la région avaient répondu, seulement 56 établissements avaient envoyé un plan validé à l'ARS, soit 14 % de l'ensemble des établissements d'Ile-de-France.

Face à la recrudescence des signalements de cas de colonisation et/ou d'infection de patients par des bactéries hautement résistantes aux antibiotiques avec méconnaissance des mesures spécifiques à adopter, un

premier courrier a été envoyé début août par la Direction de la Santé Publique, puis un deuxième par le Directeur général de l'ARS pour rappeler aux établissements les termes de la circulaire du 6 décembre et l'importance de disposer des mesures de prévention et de contrôle de diffusion décrites dans un plan local de lutte contre les épidémies.

Outre ces courriers, l'ARS a organisé le 9 septembre une réunion régionale sur le sujet en invitant tous les établissements ayant des services d'urgences et de réanimation. Chacune des huit délégations territoriales (échelon départemental) de l'ARS a proposé également déclinaison départementale avec les acteurs locaux (entre octobre-novembre 2011). Ces réunions s'attachent à rappeler les dispositifs mis en place par les autorités sanitaires, l'épidémiologie locale ainsi que l'expérience d'un établissement de santé dans la mise au point de son plan de maîtrise.

Ces diverses actions ont permis d'augmenter le nombre de plans reçus à l'ARS, cependant le taux de retour reste, à ce jour, en deçà des 50 %

- 37 % de réponses à l'ARS
- 32 % d'établissements ayant envoyé un plan validé.

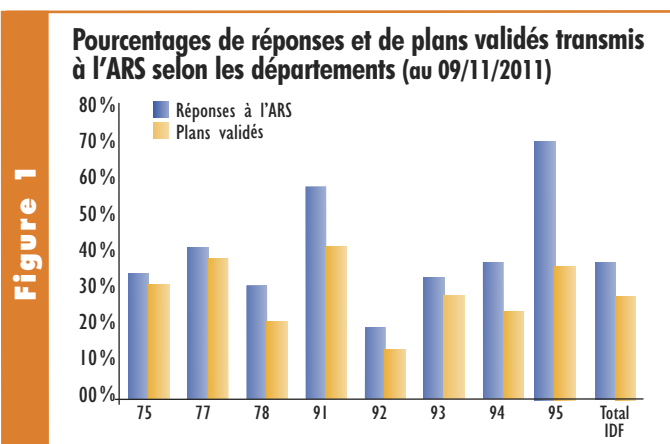


Tableau 1

Pourcentages d'établissements ayant répondu à l'ARS selon leur statut (au 09/11/2011)

Statuts	% de réponses	% de plans validés
Public	64 %	58 %
Privé	31 %	28 %
ESPIC	26 %	21 %

Si on note une augmentation d'envoi des plans d'un département à l'ARS après la réalisation de sa réunion départementale, les variabilités interdépartementales s'expliquent mal.

Le tableau ci-dessus indique un pourcentage de retours plus importants pour les établissements publics : le taux de retours représente plus du double que celui des établissements privés et des ESPIC (Établissements de santé privés d'intérêt collectif).

L'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris a, pour sa part, relancé individuellement les hôpitaux du groupe, ce qui peut expliquer leur taux de réponse élevé.

La prochaine étape constituera à une relance individuelle par les délégations territoriales des établissements ne disposant pas d'un plan valide afin d'en connaître les raisons pour mieux les aider. Cet article devrait pouvoir également rappeler aux équipes des établissements non-répondants la nécessité de réaliser ce plan de maîtrise. Puis, l'analyse qualitative du contenu des plans sera menée au niveau départemental afin de pouvoir apporter, le cas échéant, des adaptations aux mesures proposées. En parallèle, la réflexion sur la mise au point d'un plan régional de maîtrise est menée au sein de la région avec une équipe d'acteurs de santé pluridisciplinaires. ■

2- Situation en Nord-Pas de Calais

Sophia Mechkour - Arlin Nord-Pas-de-Calais

Le plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins (axe A 2.4), le programme national de prévention des infections nosocomiales et la circulaire n°DGS/RI/DGOS/PF/2010/413 du 6 décembre 2010, relative à la mise en œuvre de mesures de contrôles des cas importés d'entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC), imposent aux établissements de santé de disposer pour juin 2011 d'un plan local de maîtrise d'une épidémie susceptible d'être activé dès la confirmation d'une épidémie locale ou régionale.

Afin d'évaluer l'application de ces dispositions, l'ARS a réclamé aux établissements de la région l'envoi de leurs plans locaux de gestion d'une épidémie. Un double de ces documents a systématiquement été adressé à l'ARLIN pour en faire l'analyse. Les critères principaux retenus pour l'étude de ces plans étaient la présence d'une conduite à tenir en cas d'épidémie, de document précisant la composition et les missions d'une cellule de crise, de propositions pour l'organisation et le fonctionnement d'un secteur de cohorting. Un plan local de gestion d'une épidémie était considéré comme conforme s'il réunissait tous ces éléments.

Sur les 138 établissements concernés, 58 % (n = 80) des établissements ont répondu. Parmi les établissements répondants, 90 % (n = 72) disposent d'une conduite à tenir en cas d'épidémie et 10 % (n = 8) d'une procédure de mise en place des précautions complémentaires contacts. Sur les 80 établissements répondants, plus de 65 % (n = 52) ont réfléchi à la composition de la cellule de crise et à ses missions. Seulement 21 % (n = 17) ont identifié géographiquement un secteur de cohorting et 5 % (n = 4) ont évalué les

ressources humaines et matérielles nécessaires à son bon fonctionnement. Le suivi des patients contacts en cas d'épidémie est informatisé pour 2 % (n = 10) des établissements. Au total 17 % (14/80) des établissements de la région étaient conformes pour les critères d'analyse définis.

Au final, la moitié des établissements de santé de la région n'ont pas envoyé leur plan local de maîtrise d'une épidémie. Les résultats de notre analyse ont été restitués lors d'une réunion de travail avec les EOH de la région. La majorité de ces équipes ont réfléchi à la composition et aux missions d'une cellule de crise. Par contre elles rencontrent une difficulté à identifier un secteur de cohorting avant la survenue d'un événement à potentiel épidémique. La localisation de ce secteur est dépendante du service clinique concerné et de son activité. Un retour personnalisé vers chaque établissement permettrait d'apporter une aide plus spécifique. Enfin, le développement d'outils informatisés de suivi des contacts serait également essentiel pour améliorer le partage d'informations entre les unités. ■



Journée nationale sur l'hygiène des mains Bilan de l'évaluation inter-régionale

Florence Bekaert¹, Delphine Verjat-Trannoy² – CCLIN Paris-Nord

¹ Interne en pharmacie, ² Pharmacien

Dans le cadre de la démarche internationale menée par l'OMS, la France s'est engagée à organiser chaque année une campagne de sensibilisation sur le thème de l'hygiène des mains (« Mission mains propres »). La date fixée pour l'ensemble des pays engagés est le 5 mai. Pour la première fois cette année, la thématique générale de l'hygiène des mains était associée à des thèmes complémentaires: absence de bijoux et port de gants. À la demande du ministère, une évaluation de la journée a été menée pendant l'été 2011. En voici les résultats.

Participation à la journée

596 structures au total dont 481 établissements de santé (environ 67 % des établissements de l'inter-région), 91 établissements médico-sociaux (EHPAD), 11 cabinets libéraux, 8 centres de formations et 5 facultés de médecine se sont engagés à organiser une journée. Le nombre d'établissements participant a augmenté depuis l'année passée (+ 18 établissements) ; en revanche, les autres structures cibles de la campagne restent en nombre limité.

Participation à l'enquête

Le nombre de répondants à l'évaluation est en diminution par rapport à 2010 avec 105 structures, ce qui représente globalement 1/6 des inscrits à la campagne (1/4 en 2010). En ce qui concerne les établissements de santé, 1/5 ont donné leur avis (1/3 en 2010). Le positionnement d'une enquête en plein été et à distance de la journée nationale ne facilite pas le recueil de données.

Seuls les résultats des établissements de santé sont ici détaillés, les autres structures ayant peu participé à l'enquête (2 EHPAD).

Organisation de la journée

88 % des établissements (90/103) ont organisé leur campagne à la date ou autour du 5 mai. L'organisation de la journée a fait intervenir en moyenne 7 personnes par établissement (de 1 à 65 personnes; médiane = 4). Elle a été organisée principalement par les EOH et les membres des CLIN (98 % des établissements) avec la collaboration des correspondants en hygiène (49 % des établissements), des services de communication (32 %), des services qualité (31 %) et des directions (27 %). Sa mise en œuvre a reposé majoritairement sur les EOH/CLIN

et les correspondants en hygiène dont le rôle est primordial. Les représentants des usagers sont encore peu sollicités (14 %).

Types d'animations

Affichage ou l'exposition de documents	-- 89 %
Démonstration	----- 76 %
Animation dans les services	----- 62 %
Animation dans le hall	----- 62 %
Animation au self	----- 32 %
Prélèvements	----- 23 %

Communication

Les établissements sont déçus cette année encore vis-à-vis de la médiation nationale (48 % de non satisfaits, 42 % en 2010). Le blog mis en place l'an dernier sur le site du ministère a été consulté par 82 % des établissements. La moitié des consultants de ce blog s'en disent satisfaits ou très satisfaits.

Les thèmes complémentaires de la campagne

Hormis l'hygiène des mains qui reste le thème officiel et principal de la campagne, d'autres thèmes ont été repris parmi ceux proposés : surtout l'absence de bijoux (89 %) et dans une moindre mesure le port de gants (75 %). Certains établissements ont choisi d'autres thèmes (14 %) et, en particulier, un thème plus large en lien avec l'évaluation nationale des pratiques : les précautions standards.

70 % des établissements ont été satisfaits ou très satisfaits de pouvoir utiliser des thèmes complémentaires (niveau 4 et 5 de satisfaction) et 24 % moyennement satisfaits (niveau 3 de satisfaction).

Les outils utilisés

91 % des établissements ayant répondu à l'enquête ont commandé et utilisé les documents du ministère (94/103). Il reste encore cette année des établissements qui n'ont pas reçu les documents à temps. 3/4 des établissements ont utilisé d'autres outils que ceux du ministère. Les établissements ont globalement été satisfaits des nouveaux outils lorsqu'ils les ont utilisés. 83 % des établissements ont utilisé l'outil sur le bon port des gants et le quiz de connaissances, 77 % le quizz de mise en situation, 50 % les étiquettes, 45 % le set de table et 39 % le fond d'écran.

Évaluation de la mobilisation des personnes cibles

Le nombre de professionnels de santé ayant participé à cette campagne sur l'ensemble des établissements répondants est estimé à 12 000 personnes dans l'inter-région, moins qu'en 2010 mais ces chiffres sont difficiles à évaluer précisément. Les usagers et visiteurs étaient ciblés dans 71 établissements (67 %) et ont représenté environ 4 600 personnes sensibilisées.

Conclusion

Cette année encore, nous observons une forte mobilisation des établissements pour la journée « Mission mains propres ». Le focus proposé sur le port de gants et l'absence de bijoux à travers les thèmes complémentaires semble avoir satisfait une majorité d'établissements, permettant ainsi de renouveler l'intérêt pour ce type de campagne. ■

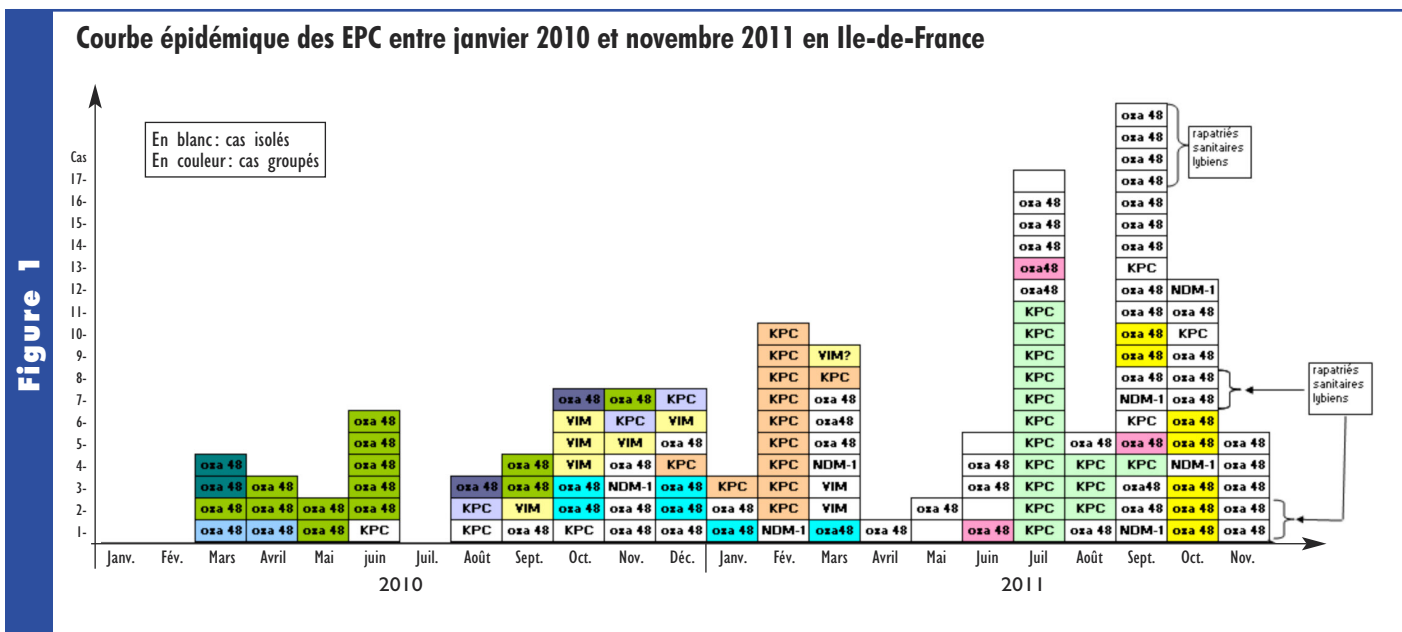
Point sur la situation épidémiologique des entérobactéries productrices de carbapénèmase en Ile-de-France, décembre 2011

Élise Seringe – ARLIN Ile-de-France

L'émergence d'entérobactéries résistantes à l'ensemble des molécules de la classe des β lactamines, en particulier aux carbapénèmes, est un risque de santé publique majeur. À ce jour, les entérobactéries productrices de carbapénèmases (EPC) restent peu fréquentes en France en comparaison à d'autres pays, mais leur émergence en France et dans le monde est toutefois préoccupante. En effet, la production de carbapénèmases est souvent associée à d'autres mécanismes de résistance, rendant ces bactéries résistantes à d'autres classes d'antibiotiques, ce qui pourrait conduire à terme à des impasses thérapeutiques.

Concernant l'année 2011, l'InVS rapporte 62 épisodes signalés sur la France entière dont 61 % dans l'interrégion Paris-Nord avec une forte représentation de l'Ile-de-France. Depuis janvier 2010, 71 épisodes de ce type ont été signalés par les établissements de santé ou des laboratoires experts. Le nombre de ces épisodes est en forte progression (17 sur 2010 et 54 sur les onze derniers mois de 2011) totalisant 130 cas (figure 1). Moins de 20 % des cas signalés sont

des infections avec au total deux décès au moins partiellement imputables à l'infection. La majorité des cas restent isolés, seuls onze foyers de cas groupés ont été rapportés (représentant 72 cas [2-15]). Plus de 80 % des épisodes signalés correspondent à des cas sporadiques importés de l'étranger dans un contexte de transfert direct d'hôpital à hôpital, suite à un rapatriement sanitaire.



Suite >>>

L'espèce la plus fréquemment impliquée dans les épisodes signalés est *Klebsiella pneumoniae* suivie par *Escherichia coli*.

Tableau 1

Espèces impliquées dans les épisodes signalés (N=71 épisodes)

Bactérie	Nbre d'épisodes	Nbre de cas
<i>K. pneumoniae</i>	43	94
<i>E. coli</i>	18	20
<i>E. cloacae</i>	3	3
<i>K. pneumoniae</i> et <i>E. coli</i> *	3	8
<i>E. cloacae</i> et <i>E. coli</i> *	3	2
<i>C. freundii</i>	1	1

* Cas probables de transfert de résistance

Les carbapénèmes les plus fréquemment retrouvées sont oxa-48 puis KPC.

Tableau 2

Mécanismes impliqués dans les épisodes signalés (N=64)

Carba-pénémase	Nbre d'épisodes	Nbre de cas	Provenance
Oxa 48	45	68	Magreb, Turquie
KPC	10	39	Grèce, Italie
VIM	3	8	Italie
NDM-I	6	7	Inde, Irak

Conclusion On constate une augmentation significative ces deux dernières années du nombre d'épisodes impliquant des EPC. Du fait sa capacité en offre de soins, l'Ile-de-France qui reçoit beaucoup de patients rapatriés de pays étrangers où la résis-

tance aux antibiotiques est parfois très élevée est particulièrement concernée par ces épisodes.

Les cas groupés signalés, encore limités, sont le plus souvent associés à un retard de diagnostic microbiologique ou de mise en place des mesures spécifiques. Ces mesures, souvent « lourdes » à mettre en place, permettent de limiter le nombre de cas.

Par ailleurs, les services concernés par ces patients porteurs d'EPC, une fois les mesures de maîtrise de la diffusion mises en place, rapportent de très grandes difficultés pour la prise en charge de ces patients dans des structures d'aval. Il apparaît donc indispensable d'accompagner ces dernières pour l'accueil des patients porteurs d'EPC afin d'adapter les mesures aux particularités de l'établissement et au type de soins que requiert le patient. ■

Références utiles

- Rapport relatif à la maîtrise de l'émergence et de la diffusion des entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG) dans les établissements de santé français. Haut Conseil de la santé publique. Mars 2010. http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20090219_ERG.pdf
- Maîtrise de la diffusion des bactéries commensales multirésistantes aux antibiotiques importées en France lors de la prise en charge de patients rapatriés ou ayant des antécédents d'hospitalisation à l'étranger. Haut Conseil de la santé publique. Novembre 2010. http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20101116_bmrimport.pdf
- Circulaire N°DGS/RI/DGOS/PF/2010/413 du 6 décembre 2010 relative à la mise en œuvre de mesure de contrôles des cas importés d'entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC). http://www.circulaires.gouv.fr/pdf/2010/12/cir_32240.pdf



→ **Hervé Blanchard**, praticien hygiéniste a rejoint le CCLIN Paris-Nord au poste de Coordonnateur du signalement, en remplacement d'Anne Carbonne.

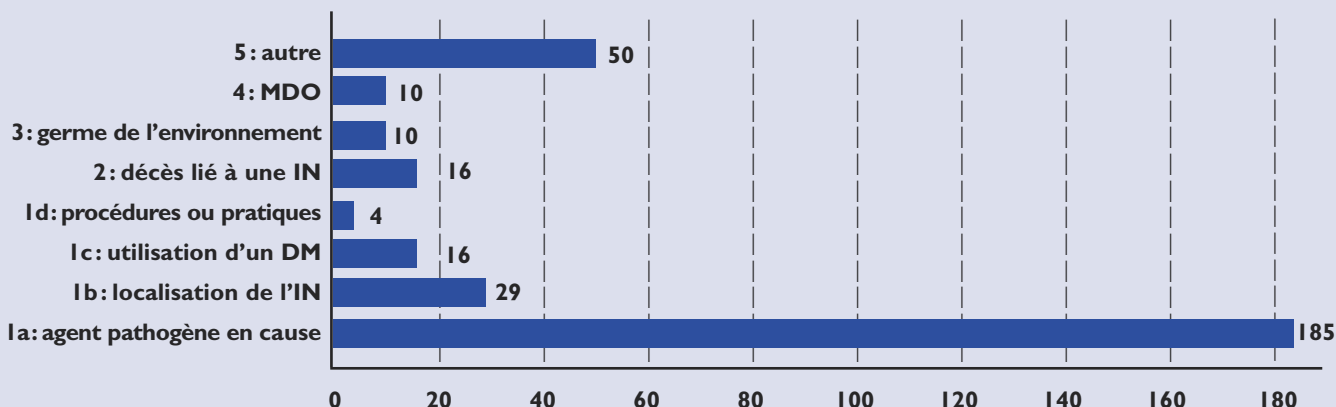
→ **Cécilia Campion**, épidémiologiste/biostatisticienne a remplacé Fabien Daniel pour l'analyse des données des réseaux IncISO, REA et AES.

Bilan CCLIN Paris-Nord Bilan des signalements sur les six derniers mois (23 mai 2011 – 23 novembre 2011)

298 fiches de signalement ont été reçues (743 cas): 192 en Ile de France, 67 en Nord Pas-de-Calais, 19 en Picardie, 18 en Haute-Normandie. 78 fiches concernaient des cas groupés, 52 des décès.

Tableau 1

Répartition des signalements par motif sur les 6 derniers mois



Le nombre de signalements pour motif 5 est élevé car il a été systématiquement coché pour les épidémies d'une part et les colonisations d'autre part.

Tableau 2

Répartition des signalements par type d'établissement

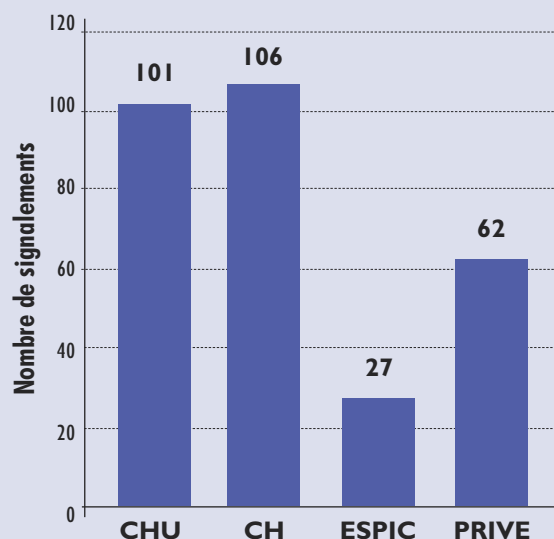


Tableau 3

Nombre de signalements des principaux germes quand le motif de signalement est 1a (agent pathogène en cause)

- 40 *Acinetobacter baumannii* résistants à l'imipénème (ABRI)
- 37 *Klebsiella pneumoniae* (dont 27 CBP et 8 CTX-R avec BLSE)
- 21 entérocoques résistants à la vancomycine
- 20 *Clostridium difficile*
- 10 *Pseudomonas aeruginosa* résistants à l'imipénème

Ces cinq micro-organismes couvrent 69 % des signalements ayant pour motif de signalement 1a.

Tableau 4

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

Sites	Nb signalements	%
Ophtalmo	16	55
ISO	4	14
Système nerveux central	3	10
Système cardio-vasculaire	3	10

Ces quatre sites représentent 89 % des signalements ayant pour motif de signalement 1b.

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



Use of benchmarking and public reporting for infection control in four high-income countries

Haustein T, Gastmeier P, Holmes A, Lucet JC, Shannon RP, Pittet D, Harbarth S. Lancet Infect Dis 2011; 11: 471-81

Dans cet article, les auteurs décrivent et comparent l'utilisation du benchmarking et de l'information des usagers concernant la prévention des infections associées au soin (IAS) dans quatre pays « développés »: USA, Royaume-Uni, Allemagne et France.

Initialement développé dans les années 1980 dans le secteur industriel, le benchmarking a ensuite été appliqué au domaine de la santé.

Les indicateurs liés aux IAS ont été créés dans une dynamique d'incitation à l'amélioration de la qualité des soins, de classement/comparaison des établissements et d'organisation du financement des établissements par les pouvoirs publics. Trois types d'indicateurs existent afin d'évaluer la qualité des soins, regroupant des items:

- de résultats (ex: incidence des bactériémies à SARM)
- Risque/sécurité de la prise en charge
- Qualité perçue par le patient
- Efficacité clinique
- de moyens/structurels (ex: volume annuel de solution hydro-alcoolique consommé/politique de prévention des IAS au niveau de l'établissement)
- Organisation de la prise en charge
- Systèmes d'information
- et supports de traitements de données

- Pratiques professionnelles
- Accessibilité

Parmi ces indicateurs, on distingue les indicateurs « tableau de bord/hôpital » destinés au « grand public » des indicateurs issus de la surveillance continue des établissements analysés de façon globale et non publiés.

La comparaison des indicateurs de résultats entre établissements de santé est à considérer avec prudence et sous réserve d'un ajustement des taux en fonction des caractéristiques des patients et des établissements de santé.

Depuis une vingtaine d'années sous la pression publique et médiatique, certains pays ont décidé de publier annuellement leurs indicateurs dans un souci de transparence (cf. tableau).

Excepté en France où l'on publie surtout des indicateurs de moyens/structure à des fins de classement entre établissements, les indicateurs de résultats (incidence/prévalence des infections nosocomiales) sont

préférés à ceux de moyens/structure (USA, Royaume-Uni).

Les auteurs observent que le fait de rendre publics les indicateurs (quels qu'ils soient) permet une amélioration des pratiques professionnelles, du contrôle des IAS et de l'organisation du système de recueil des données.

Une des limites de cet article est qu'il ne prend pas en compte la totalité des pays utilisant un système de benchmarking avec ou sans publication des données.

À ce jour, la publication des données obtenues à partir des indicateurs n'est pas établie comme ayant un effet direct sur la diminution de l'incidence des IAS mais constitue sans doute un effet levier en termes de changements organisationnels et de renforcement des mesures de contrôle des infections.

Résumé par Tristan Delory, interne CCLIN Paris-Nord

Tableau 1

Comparaison des systèmes d'indicateurs de la prévention des IAS dans quatre pays développés

	USA	Royaume-Uni	Allemagne	France
Mode de recueil (année de début)	Variable (1970)	Volontaire (1996)	Volontaire (1995)	Volontaire + Obligatoire (1997)
Standardisation	Standardisé NNIS ¹	Standardisé (modèle NNIS)	Standardisé (modèle NNIS)	Standardisé
Confidentialité des données	Publique	Publique	Confidentiel	Publique
Circonstance de début de publication (année de début)	Pression publique et médiatique (2003-2005)	Pression publique et médiatique (2001-2002)	Pas de publication	Pression publique et médiatique (2004-2005)
Indicateurs concernés	Résultats Moyens/Structure	Résultats	Résultats Moyens/Structure	Résultats non publiés (ex : incidence bactériémies à SARM, SARM/1000 jours d'hospitalisation*) Moyens/Structure publiés (ex : ICALIN ² , ICSHA ³ , SURVISO ⁴ , ICATB ⁵)
Politique de maîtrise	Objectifs nationaux et locaux			Objectifs nationaux (plan quinquennal)

¹ NNIS : National Nosocomial Infections Surveillance - ² ICALIN : Indice Composite des Actions de Lutte contre les Infections Nosocomiales.

³ ICSHA : Indice de Consommations de Solution Hydro-Alcoolique. - ⁴ SURVISO : Indicateur de réalisation d'une surveillance des Infections du Site Opératoire. - ⁵ ICATB : Indice de Consommation des Antibiotiques.

*SARM / 1000 JH : en cours d'évaluation depuis 1 an pour le classement des établissements.



France

6^e congrès francophone - Dispositifs intraveineux de longue durée

13 et 14 janvier 2012 - Paris

<http://www.divld.org>

40^e Congrès de la SRLF (Société française de réanimation de langue française)

18 au 20 janvier 2012 - Paris

<http://www.srlf.org/congres/programme/index.phtml>

III^e congrès national conjoint ADELFI-EMOIS

12 et 13 mars 2012 - Dijon

<http://adelfi.isped.u-bordeaux2.fr/>

Nosopicard 2012. 17^e Rencontre d'hygiène hospitalière, de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins

20 mars 2012 - Amiens

<http://www.nosopicard.com>

2^e Aseptic surgery forum

3 et 4 avril 2012 - Paris

<http://www.aseptic-surgery-forum.com/fr>

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

4 et 5 avril 2012 - Lyon

http://www.cefh-ceps.com/actualite/frames_jns.htm

8^e Congrès de "Biologie et Hygiène Hospitalière"

5 avril 2012 - Paris

<http://biohygieniste.leforum.eu/portal.php?pid=40>

International forum on quality & safety in healthcare

du 17 au 20 avril 2012 - Paris

<http://internationalforum.bmj.com>

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

du 6 au 8 juin 2012 - Lille

<http://www.sf2h.net/congres-sf2h.html>

13^{es} Journées nationales de l'infectiologie (JNI)

du 13 au 15 juin 2012 - Tours

<http://www.infectiologie.com>

Journée annuelle de prévention des infections associées aux soins de l'inter-région Paris-Nord

27 juin 2012 - Paris



International

International Conference on Emerging Infectious Diseases (ICEID).

du 11 au 14 mars 2012 - Atlanta (USA)

<http://www.iceid.org/>

22nd European congress of clinical microbiology and infectious diseases.

du 31 mars au 3 avril 2012 - Londres (Grande-Bretagne)

<http://www.escmid.org>

Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA) Spring 2012 Conference: Advancing Healthcare Epidemiology and Antimicrobial Stewardship.

du 13 au 16 avril 2012 - Jacksonville (USA)

<http://www.shea-online.org/Education/SHEASpring2012.aspx>

V^e Congrès mondial des infirmières et infirmiers francophones (SIDIIEF)

21 au 24 mai 2012 - Genève (Suisse)

<http://www.sidiief.org/>

34^{es} Journées scientifiques de l'AIPI (Association des infirmières en prévention des infections)

du 15 au 17 mai 2012 - Gatieneau (Québec)

<http://www.aiqi.qc.ca>



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

karin.lebascle@sap.aphp.fr



CCLIN Paris-Nord

Site Broussais - 96 rue Didot

75014 Paris

Tél.: 01 40 27 42 13

Fax: 01 40 27 42 17

<http://www.cclinparisnord.org>

Responsable de la rédaction: P. Astagneau

Comité de rédaction: P. Astagneau, H. Blanchard, K. Blanckaert, A. Brenet, A. Carbonne, N. Dubreuil, 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