

NOSO News



Bulletin N°36

Juin 2005 - Trimestriel

AU SOMMAIRE

- 1 BLOC-NOTES
- 2 NEUF ANS DE COORDINATION AU C.CLIN OUEST
- 6 CREUZFELDT-JAKOB
- 6 SURVEILLANCES
- 6 RAPPORT DU SOU MÉDICAL 2003
- 6 A PROPOS DU JOURNAL «LE POINT»
- 7 CONSOMMATION DES PRODUITS D'HYGIÈNE DES MAINS
- 8 CLIN : UNE SOUS-COMMISSION DE LA CME ?
- 8 DOCUMENTATION

BLOC-NOTES

C.CLIN-Ouest

- **NOSO-DOC n° 30** du 1^{er} trimestre 2005 est sorti et est disponible par voie électronique.
- **Le rapport d'activités 2004** CLIN-Ouest est disponible sur le site du C.CLIN-Ouest.
- **Le document « Hygiène en pédiatrie – Recommandations et grilles d'auto-évaluation »** sera publié en juin 2005
- Le protocole des **prélèvements microbiologiques** des endoscopes est disponible sur le site du C.CLIN-Ouest.
- Derniers jours pour les retours des **surveillances 2004**, de l'évaluation de la **politique antibiotique** et la **consommation des SHA**. Vous trouverez sur le site du C.CLIN-Ouest un programme Epi-Info pour l'enquête de prévalence d'un jour donné des antibiotiques et pour l'évaluation de l'antibioprophylaxie chirurgicale.

Congrès et journées

- **Bonnes pratiques de désinfection des endoscopes.- 16-17 juin 2005 - Paris.**- Informations : Alexandra AGATHE, Centre national de l'expertise hospitalière (CNEH), 9 rue Antoine Chantin, 75014 PARIS, Tél : 01-40-44-15-19 - <http://www.cneh.fr>
- **XVI^e Congrès National de la Société Française d'Hygiène Hospitalière les jeudi 2 et vendredi 3 juin 2005 - Reims.**- Informations : Europa organisation, 5 rue Saint-Pantaléon, BP 844, 31015 Toulouse cedex 6, <http://www.sfhf.net> - Courriel : europa@europa-organisation.com
- **XVI^e Journée Annuelle du GERES – 14 septembre 2005 –** Faculté de Médecine Bichat – Paris. Courriel : geres@geres.org, <http://www.geres.org>
- **XVI^{es} Journées Nationales de la SIIHFF – 6 et 7 octobre 2005 - Marseille.**- Informations : Christine Chemorin, Présidente de la Société des Infirmiers et Infirmières en Hygiène Hospitalière de France, Courriel : christine.chemorin@chu-lyon.fr, <http://www.siihff.org>
- **Journées de veille sanitaire de l'InVS – 29 et 30 novembre 2005 –** Cité des Sciences - Paris

Les critères des tableaux de bord ne sont pas encore arrêtés. Le critère « Indice composite d'activités du CLIN et de l'EOH » sera calculé à partir des rapports d'activités 2004 remplis actuellement dans les établissements.

Neuf ans de coordination au C.CLIN Ouest

C'est en 1996 que j'ai été nommé médecin coordinateur du C.CLIN-Ouest à la suite de C. JACQUE-LINET en poste depuis le début du C.CLIN (appelé C.I.L.I.N. au début) en 1994. De formation pédiatrique et épidémiologique, je venais du Centre Hospitalier de Saint Nazaire où j'avais occupé le poste de président de CLIN pendant 8 ans depuis 1988 à la suite des textes réglementaires et comme membre du Conseil Scientifiques du C.CLIN dès 1994.

J'aurai donc passé dix-sept ans en hygiène hospitalière dont neuf années au poste de médecin coordinateur, et je peux mesurer les progrès et les difficultés dans la coordination avec les hygiénistes, les présidents de CLIN et les cliniciens de l'inter-région Ouest, ainsi qu'avec les interlocuteurs au niveau national au RAISIN (Réseau d'Alerte, d'Investigation et de Surveillance des infections nosocomiales) ou dans des groupes de travail. Une certaine usure à ce poste me font quitter le C.CLIN-Ouest en 2005. On peut distinguer deux périodes principales sur ces neuf années.

• Années 1995 – 2000

Ces années ont permis de mettre en place une véritable politique nationale, inter-régionale et locale de lutte contre les infections nosocomiales, rattrapant le retard français dans ce domaine. Néanmoins, c'est au prix d'une frénésie réglementaire avec plus de 100 textes publiés (références NOSO-BASE) pendant cette période ! Une cellule des infections nosocomiales a été créée dans ces années-là.

Le Comité Technique national des infections nosocomiales (CTIN) a pris son essor sous la présidence de J. CARLET. C'est sous son égide que les guides techniques ont été publiés avec

les 100 recommandations, les documents sur la désinfection des dispositifs médicaux, l'isolement septique, les bactéries multi-résistantes (BMR)... Ils ont constitué les premières notions de «références» ou «référentiels» en français qui ont conditionné le travail des hygiénistes pendant 10 ans. Avec le recul, il s'agissait en fait d'avis d'experts sans apport de preuves, mais c'était déjà, dans notre environnement de soignants, une révolution.

L'enquête de prévalence 1996 a été la première d'ampleur nationale et a permis de connaître un taux national des infections nosocomiales un jour donné, et de tester la capacité des C.CLIN à mobiliser et à organiser une enquête de cette importance.

Le RAISIN a été mis en place en 1998 en lien avec l'InVS (Institut de Veille Sanitaire) et les surveillances en incidence ont été proposées avec la surveillance des infections de site opératoire tout d'abord, puis celles des accidents d'exposition au sang, et des BMR.

L'organisation inter-régionale dans l'Ouest s'est mise en place également avec les conventions pour les relais régionaux en 1997, alors que le Conseil Scientifique, haut lieu de joutes de pouvoirs de 1993 à 1996, et le Conseil de gestion prenaient leur rythme de croisière moins conflictuel et plus opérationnel.

L'unité de coordination du C.CLIN-Ouest s'étoffait peu à peu. En 1996, il y avait, outre le médecin coordinateur, une secrétaire et une documentaliste. Dans les années suivantes, ont été nommés une infirmière hygiéniste en 1998, un ingénieur chargé de projet en 1999, une autre documentaliste en 2002, un poste puis deux autres postes de praticien hospitalier en 2001

et 2003, soit huit personnes au total actuellement sur 7.2 postes ETP financés entièrement par le budget du C.CLIN. Des nouveaux locaux ont été ainsi nécessaires en 1998.

Les liens avec le **CHU de Rennes** se sont ouverts en tant qu'unité fonctionnelle du Service d'Epidémiologie et d'Hygiène hospitalière du CHU sous la responsabilité du Pr CHAPERON, entre autres avec le service d'Hygiène hospitalière. La direction des Affaires financières du CHU a réalisé le suivi des dépenses du C.CLIN et a toujours eu le souci de la transparence et de la bonne marche du C.CLIN. Des liens sur le plan statistique et épidémiologique se sont noués avec des praticiens du CHU.

La coordination elle-même montait en charge avec la rédaction de recommandations dans le cadre de groupes de travail et avec la validation du Conseil Scientifique. Ont été ainsi rédigés et distribués, dans cette période, les 11 documents suivants : *Cahier des charges des détergents-désinfectants* (1996) – *Isolement des malades porteurs de BMR* (1997) – *Critère de choix des dispositifs filtrants et humidifiants* (1998) – *Amélioration de la qualité en hygiène hospitalière* (1999) – *Circulations au bloc opératoire* (1999) – *Audits en hygiène hospitalière* (1999) – *Contrôles d'environnement* (1999) – *Hygiène au cabinet médical* (1999) – *Hygiène en rééducation fonctionnelle* (2000) – *Démarche d'auto-évaluation en hygiène hospitalière* (2000) – *Hygiène en Pédiatrie* (2000). Parallèlement, la revue *NOSO-NEWS* a été distribuée quatre fois/an à 1500 exemplaires. La revue de publications *NOSO-DOC* diffusée à 800 exemplaires était reconnue comme très utile.

Les **formations** en hygiène se

développaient tant au niveau local que régional, inter-régional et national. Les établissements s'équipaient peu à peu de **CLIN puis d'EOH**, surtout à partir de 1999, date de nouveaux textes réglementaires. Cependant, il y avait encore 30 % d'établissements sans CLIN et près de 40 % sans EOH posant le problème des moyens destinés à l'hygiène.

De nouveaux outils de communication sont également apparus à cette époque : la première connexion (réseau Wanadoo) a été établie au C.CLIN en 1997. Le site Internet a été créé en 2000. Les liens par mail se sont développés même si le téléphone, le courrier postal et le fax servaient encore. Le rapport humain en a sans doute souffert en raison des demandes quelquefois sans signature ou des remarques désobligeantes voire directement hostiles véhiculées par des mails.

• **Années 2001 – 2005**

Ces années confirment le rôle-clé des instances de la lutte contre les infections nosocomiales. Les C.CLIN et les CLIN, avec les équipes opérationnelles d'hygiène, ont été confortés dans leurs missions. Les médecins responsables ont été nommés en 2001 avec M. le Pr CHAPERON et M. le Pr LEJEUNE. L'agitation réglementaire s'est quelque peu ralentie avec... 70 textes publiés en 5 ans (références NOSO-BASE)... Ces années sont marquées tout d'abord par la mise en place en 2001 des **signalements** externes et des alertes en lien avec l'InVS. Cette réglementation, décidée à la suite des affaires de la Clinique du Sport, de l'augmentation des plaintes et des ressentiments du public vis-à-vis des infections nosocomiales, change radicalement l'orientation des C.CLIN. De coordinateurs et experts, les C.CLIN deviennent en quelque sorte des contrôleurs, même si les médecins DDASS et DRASS

doivent prendre en charge les aspects de police sanitaire. Les signalements suivis par H. SENECHAL font l'objet d'un point régulier avec l'InVS, les relais régionaux, les médecins inspecteurs, ainsi que d'un résumé trimestriel sur le site web.

Le second tournant est celui **de la qualité, de l'évaluation et de l'accreditation**. Les hygiénistes s'y sont bien adaptés, mais un fossé s'est creusé avec les soignants qui y ont moins adhéré et qui ont trouvé ces orientations inutiles entraînant perte de temps et éloignement des patients. De plus, les directions promptes à proposer la démarche qualité aux soignants et aux équipes d'hygiène ont tardé pour la mettre en place pour elles-mêmes.

Le troisième fait dominant a été l'apparition de la **raréfaction des moyens** en soignants dans les établissements, et donc leur moins grande disponibilité (35 heures par exemple). Parallèlement, beaucoup de soignants faisaient état du manque de reconnaissance du travail accompli, entraînant une démotivation de certains agents.

Le sentiment d'une augmentation des **plaintes** et des **problèmes médico-légaux** (voir infra dans ce numéro) marquent également ces années. Les hygiénistes ont eu l'impression « d'appuyer » sur la corde sensible alors que la stratégie de l'hygiène hospitalière est de prévenir les plaintes par la mise en place de procédures et de traçabilité, et d'aider les soignants en cas de plainte.

Les **surveillances** ont monté en charge devenant incontournables, mais la charge de travail devenait de plus en plus problématique pour les soignants. L'enquête de **prévalence 2001** a permis d'étendre la surveillance aux ETS privés et aux petits établissements. Les résultats ont été largement exploités par les décideurs et les médias. Saluons le travail de N. GARREAU, responsable des données de sur-

veillance (au même titre que la maintenance du site Web).

Les **recommandations** ont été moins développées par les instances nationales et réglementaires que dans la période précédente. Ce sont, en fait, les C.CLIN, et les sociétés savantes françaises et étrangères qui ont établi de nouvelles recommandations, par la méthode de groupes de travail. Certaines ont été traduites par le C.CLIN-Ouest (Prévention des infections cathéters par exemple). Les thèmes suivants ont été abordés dans 11 documents : *Hygiène de la restauration* (2001) – *Hygiène en Psychiatrie* (2001) – *Hygiène dans les établissements de personnes âgées* (2002) – *Prévention des infections nosocomiales en ophtalmologie* (2002) – *Guide pour l'évaluation des précautions d'hygiène au bloc opératoire* (2002), *Hygiène des soins infirmiers en ambulatoire* (2002) – *Hygiène en urologie* (2004) – *Hygiène des plaies et pansements* (2004) – *Hygiène en maternité* (2005) – *Guide pour l'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière* (2005) – *Hygiène en Pédiatrie* (2005). Le rôle de M-A ERTZSCHIED a été primordial dans l'élaboration de ces documents.

La documentation sous la responsabilité de I. GIROT et M. DIXON répond par ailleurs à environ une dizaine de demandes par jour et le site Web est visité près de 20 000 fois par mois.

La régionalisation s'est poursuivie dans l'inter-région Ouest sur la base des conventions C.CLIN-Relais régionaux, avec des moyens spécifiques alloués par les ARH de Basse-Normandie et du Centre pour la coordination régionale.

A l'opposé, les ARH des Pays de la Loire et de Bretagne n'ont pas, à ce jour, estimé nécessaire de créer des coordinations régionales, limitant grandement les ambitions de la politique régionale. En conséquence, des forces

centrifuges très fortes sont observées pour la Basse-Normandie et le Centre et ce désir d'autonomie a empêché une véritable coordination. A l'opposé, la Bretagne et les Pays de la Loire, sans coordination ni moyens propres, ont développé des coopérations régionales et inter-régionales, avec des politiques moins ambitieuses. Des contacts avec les ARH sont organisés annuellement pour discuter de la mise à disposition de moyens nouveaux.

Les avancées

Ces années ont donc permis de prendre en compte la prévention du risque infectieux et de voir que ce risque était mieux intégré dans le soin quotidien et dans l'organisation hospitalière. A ce titre, le C.CLIN-Ouest y a contribué pour sa part dans le cadre de l'organisation générale de la lutte contre les infections nosocomiales. Les liens avec des hygiénistes, des soignants médicaux et para-médicaux, des responsables des directions ont été très fructueux et ont permis de réelles rencontres. Les journées de formation, les congrès ont été riches et nombreux et ont probablement permis d'augmenter le niveau d'expertise des hygiénistes. Je remercie tous les organisateurs de ces journées qui ont fait confiance dans l'équipe du C.CLIN-Ouest pour participer à ces journées ; de même nous remercions les personnes qui ont participé aux journées organisées par le C.CLIN-Ouest. Avec J. BOURGEOIS, la secrétaire, nous avons toujours voulu organiser au mieux ces manifestations.

Les liens nationaux ont été également très riches avec le RAISIN (surveillances, enquête de prévalence 1996 et 2001, alertes), et un Institut de Veille sanitaire exigeant mais très professionnel. Les invitations nationales aux congrès et journées ont été nombreuses dans cette période. Le service de documentation a

rendu des services toujours très appréciés.

Les difficultés

Ce constat n'empêche pas de faire état de difficultés dans la coordination inter-régionale. Tout d'abord, la région Ouest est immense avec de réelles difficultés de déplacement vers la région Centre à plus de trois heures de route et sans trains faciles. Un membre du Conseil Scientifique travaillant au CH de Bourges ou à Orléans doit venir la veille pour assister au Conseil Scientifique ! Les déplacements vers Paris sont relativement plus faciles... Cet éloignement physique a eu pour corollaire une tentative permanente des relais régionaux de Basse-Normandie et du Centre de se mettre à distance vis-à-vis de l'unité de coordination du C.CLIN-Ouest.

Par ailleurs, bien que le bureau du Conseil Scientifique soit constitué des responsables des relais régionaux, et qu'ils siègent à égalité dans le Conseil Scientifique, les relais régionaux n'ont pas été une force de proposition inter-régionale. Au contraire, certains ont eu, semble-t-il, la volonté de renforcer la cohésion régionale contre l'inter-région, en dévalorisant les actions inter-régionales et en ne proposant, sauf de rares exceptions, aucune initiative inter-régionale. Le faible investissement des responsables dans la structure inter-régionale est patent : aucune proposition en neuf années d'articles dans la revue NOSO-NEWS, aucune initiative dans les pages régionales du site Web du C.CLIN-Ouest, et enfin invitations rares ou inexistantes des membres de l'unité de coordination dans les journées régionales (par exemple, aucune intervention en Basse-Normandie en neuf années).

La conséquence directe est que l'inter-région Ouest est perçue au niveau national comme de faible niveau d'expertise et sans réelles propositions. On l'a vu dans

la nomination des membres du CTINILS dans lesquels une seule personne (l'infirmière hygiéniste, Marie-Alix ERTZSCHIED) a été nommée (un autre membre a été nommé à titre de représentants des C.CLIN).

Dans un autre domaine, ces neuf années n'ont pas permis d'évaluer réellement sur le terrain la **baisse d'incidence des infections nosocomiales** (sauf peut-être les deux enquêtes de prévalence nationale de 1996 et 2001). Les surveillances restent marginales et ne permettent de comparer les taux et leur évolution dans le temps. En 2005, il est difficile de trouver un responsable inter-régional clinicien pour animer et stimuler les surveillances... Pour l'AG de 2005, aucun nom de gériatre de l'Ouest n'a été proposé pour une communication sur les plaies en gériatrie.

Les enquêtes, comme celles sur les consommations des solutions hydro-alcooliques ou la politique antibiotique, n'ont recueillies que 160 réponses dans l'une et 93 réponses dans l'autre sur les 500 établissements de l'inter-région.

Des oppositions franches ont émergé entre, d'une part, les hygiénistes, cherchant le consensus, prenant plus de temps et comprenant les contraintes de personnes sur le terrain, et, d'autre part, les hygiénistes, connaissant moins les soins, cassant dans leur rapport avec les soignants, et pratiquant une hygiène « rentre-dedans » revendiquant des victoires rapides mais éphémères et se coupant au fil du temps des soignants. Le paradigme pastorien des microbiologistes (une cause, un effet, un traitement) ne s'applique pas aux infections nosocomiales en raison des multiples facteurs en jeu : le patient et ses pathologies, le geste de soin et le risque infectieux, l'environnement, le contexte, le suivi etc.. L'hygiène est toujours transversale et globalisante.

Enfin, le signalement externe et la demande d'expertise qui en a découlé risquent de transformer, à terme, les coordinateurs en contrôleurs et en inquisiteurs. Le médecin coordinateur s'est fait accueillir au nom de « bœuf-carottes » de l'hygiène dans un CHU de l'inter-région Ouest...

Perspectives

La **régionalisation** reste un enjeu majeur. Elle a été évoquée dans le rapport Brodin et paraît inéluctable. Elle permettra un rapprochement du terrain tout en facilitant les contacts. Elle nécessitera des moyens supplémentaires alloués via les ARH. Elle aura l'inconvénient majeur de distendre les liens nationaux et d'isoler les régions promptes à vouloir rester entre personnes du même secteur. Des disparités risquent d'éclater selon les investissements des responsables ou des financeurs.

La certification, qui remplace l'accréditation, va confirmer la nécessité d'auto-évaluation et de formalisation des procédures. La prise de pouvoir des administratifs et des responsables-qualité n'est pas forcément un gage d'amélioration de la prise en charge du patient. L'hygiène hospitalière va-t-elle se fondre dans la gestion des risques ?

Le programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008 est basé sur **la performance, la transparence et l'évaluation** et il n'est pas sûr que les établissements et les soignants y soient prêts. Les tableaux de bord prévus pour 2006, jamais essayés dans d'autres pays et probablement de qualité météorologique médiocre, permettront au public de connaître des indicateurs de performance des établissements. Leur mauvaise qualité ne permettra sans doute pas de refléter la réalité, mais cela vaudra sans doute mieux que les publications journalistiques. Cette « **dictature de la transparence** », telle que l'on a

pu la voir avec la récente publication du journal « *Le Point* » risque de fausser les rapports entre les directions, très sensibles aux arguments des médias, et les hygiénistes, peu enclins à accorder du crédit aux indicateurs des journalistes ou envers les soignants, visés directement, alors que la pratique médicale devient très difficile.

Le niveau des **recommandations** sera désormais basé sur des preuves scientifiques à l'image des guides anglo-saxons. L'investissement des soignants dans la prévention du risque infectieux risque de s'étioler au fil des années devant les contraintes de temps et de moyens. La crainte médico-légale du danger nosocomial va-t-elle rendre sage, en favorisant la prévention, ou rendre fou, en diminuant les indications d'intervention ou en augmentant les formalités et les paravents épistolaires à l'infini au nom du « tout hygiène » ? La notion de bénéfice-risque est peut-être une ouverture conceptuelle intéressante.

Enfin, **l'alerte** risque d'occuper tout le temps de la coordination : une réponse en temps réel, une information immédiate de l'InVS et même du Ministère, une répétition de réunions téléphoniques et des déplacements incessants sont dès aujourd'hui le lot de la coordination. Une amélioration de la gestion des **épidémies** est certainement à l'ordre du jour au sein des EOH peu familiarisées avec cette organisation. **La formation**, avec des techniques innovantes et une évaluation a posteriori, doit rentrer dans le champ de l'équipe inter-régionale.

Le véritable enjeu des années à venir réside dans trois directions

- Quelle est l'**origine** des infections nosocomiales ? Pour quels types, est-elle d'origine endogène à partir de la propre flore du patient, ou bien exogène à partir de la flore des soignants

ou d'autres patients ? Les études à entreprendre nécessiteront des investissements matériels et humains gigantesques.

- Quelles sont les infections nosocomiales **évitables** ? Tant que l'on n'aura pas répondu à cette question, les hygiénistes risquent d'être incompris des soignants. La rareté des infections de site opératoire en orthopédie (0.8 % en NISS = 0 soit 8 infections pour 1000 prothèses), en chirurgie ophtalmique (3 pour mille cataractes opérées), ou en maternité, pose la difficile question de l'impossibilité de découvrir a posteriori les facteurs en cause.

- Quelle est l'**imputabilité** des infections nosocomiales dans l'aggravation de la morbidité des patients ou dans la mortalité ? Notre ignorance du nombre de décès par infections nosocomiales pose problème. Des revues de mortalité dans les établissements semblent nécessaires.

Une enquête de faisabilité sur ces questions va être proposée par le C.CLIN-Ouest.

Je pars pour le Réseau périnatal des Pays de la Loire comme médecin coordinateur et épidémiologiste. Je souhaite bon courage à l'équipe de coordination et son nouveau médecin coordinateur. Je remercie toutes les personnes qui m'ont aidé et qui m'ont manifesté de la sympathie depuis mon annonce de départ.

Bernard BRANGER, mai 2005

* *Les procédures pour nommer un nouveau médecin coordinateur sont en cours ; un nouveau médecin sera nommé pour Septembre.*

Bibliographie récente

- SCHWEYER FX. Normes et valeurs dans le champ de la Santé. Editions ENSP 2004
- DUJARDIN B. Politiques de santé et attentes des patients. Editions Karthala et CL Mayer 2003
- CERETTI B. Ils m'ont contaminée. Editions L'archipel 2004
- HARTEMANN Ph. Editorial. HYGIENES 2005 ;13 :2
- LABADIE JC. Séminaire de travail. HYGIENES 2005 ;13 :3

Creutzfeldt-Jakob

Deux nouveaux cas de variant de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (v-MCJ) ont été notifiés au Réseau national de surveillance des MCJ et maladies apparentées. Ils ne sont pas actuellement connus comme donneurs de sang. A ce jour, onze cas de v-MCJ certains ou probables ont été identifiés en France. Parmi ces onze cas, trois sont vivants et huit sont décédés. Concernant les huit cas de v-MCJ décédés (2 décédés en 2004, 3 en 2002, 1 en 2001, 1 en 2000 et 1 en

1996), il s'agissait de 5 hommes et 3 femmes (tous âgés entre 20 et 52 ans, médiane des âges de 34 ans). 4 cas résidaient en Ile-de-France et 4 en province. Tous étaient homozygotes Met-Met pour le codon 129 du gène de la protéine prion (PRNP) et ne présentaient aucun facteur de risque identifié pour les autres formes reconnues de MCJ. Le profil génétique des deux nouveaux cas n'est pas connu.

Voir site www.invs.fr

Surveillances

Une enquête de l'InVS a permis de dresser des comparaisons pour les effectifs des surveillances 2003 entre inter-régions. L'inter-région OUEST représente environ 17 % des établissements (ETS) et 15 % des lits de court séjour en France. Les effectifs de la surveillance BMR correspondent respectivement à 23 % des ETS et 19 % des lits, soit

une meilleure participation que les autres régions. Il en est de même pour les bactériémies avec 14 % et 15 %. Pour les AES, comme pour la réanimation, on ne trouve que 6 % des ETS et 5 % des lits montrant la faible participation dans l'Ouest. Un effort dans les régions, en lien avec les médecins du travail et les réanimateurs, est nécessaire.

A propos du journal «Le Point»

L'article du journal «LE POINT» du 14 avril 2005 a déclenché diverses réactions dans les équipes opérationnelles et dans les directions des hôpitaux publics et PSPH ; à noter que l'enquête ne concernait pas les cliniques privées, ce que d'aucuns pourraient oublier à la lecture. Il s'agissait de données déclaratives des établissements eux-mêmes et, cependant, il a été noté des erreurs manifestes entachant la qualité de l'article.

- Certains CH ont été épinglés comme ne pratiquant pas de surveillance des infections de site opératoire : c'est faux pour certains d'entre eux.
- Certains CH n'ont pas de service de chirurgie...
- Certains CH n'auraient pas de PH en hygiène : c'est faux pour

le CH Dinan (PH mi-temps depuis novembre 2004), pour le CH de Lorient (1 poste de PH), pour le Pôle Santé Sarthe et Loir (0.5 ETP de PH), et pour le CH de Chateauroux.

• L'article fait état de 800 000 infections nosocomiales par an (arrondi à près d'1 million dans le chapeau du dernier article !). Le taux de 7 % un jour donné, de l'enquête de prévalence de 2001, est utilisé comme un taux d'incidence (taux de nouveaux cas par rapport aux admissions). En effet, il y a en moyenne 12 millions d'admissions dans les hôpitaux et 7% de 12 millions cela fait bien 800 000. Seulement, les IN retenues dans les enquêtes de prévalence sont les infections nosocomiales actives, c'est-à-dire apparues au jour de l'enquête

Rapport du Sou Médical 2003

Pour 116 000 sociétaires médecins, 2 010 dommages corporels ont été signalés à la compagnie d'assurance, soit 1.74 % pour 100 sociétaires. Ce taux est en légère baisse par rapport aux années précédentes (il était par exemple de 1.84 % en 1997). En ne retenant que les dommages signalés avec sepsis ou infections nosocomiales dûment reconnues, 136 accidents infectieux ont été comptés (avec les infections suite aux perforations digestives), soit 6.8 % des dommages (6.5 % sans les problèmes digestifs). Ce taux est stable depuis quelques années. Ces 136 accidents sont à mettre en regard des 400 000 infections nosocomiales probables en France sur un an : 1 infection sur 3000 a donné lieu à une plainte...

Bernard BRANGER.

Référence : *Responsabilité – Revue de formation sur le risque médical. Editions du GAMM. Mars 2005.*

ou encore traitées comme telles (pouvant donc être traitées depuis 15 ou 20 jours). Dans ces conditions, le taux de prévalence de 7 % est une surestimation et ne reflète pas l'incidence, c'est-à-dire le taux de nouveaux cas apparus au cours d'une hospitalisation. Les taux d'incidence sont probablement en moyenne dans les CH de l'ordre de 3 à 4 %, soit, rapporté aux 12 millions d'entrées de 360 000 à 480 000 par an.... (ce qui est encore trop, mais autant citer des chiffres plus réalistes).

Par ailleurs, les grands médias utilisent toujours l'anecdote comme « accroche » entraînant inconsciemment une généralisation pour un hôpital ou une profession. Enfin, aucun taux d'infection de site opératoire n'est annoncé. Il

peut être intéressant de savoir que c'est autour de 1 % et en orthopédie de 0.8 % pour les interventions à bas risque (NISS=0), c'est-à-dire que 99 % des interventions n'ont pas d'infection !

Certains directeurs d'ARH ont peu apprécié la publication des indices :

certaines directions ou EOH ont été sommées de s'expliquer dans la semaine sur l'absence de surveillance ISO ou de l'absence de PH en hygiène... Il est vrai que le manque de moyens dont sont responsables les financeurs comme les ARH a l'air plus criant quand

c'est « *LE POINT* » qui en parle à la place des rapports d'activités, des relais régionaux ou du C.CLIN (ratios par région).

Bernard BRANGER

Consommation des produits d'hygiène des mains

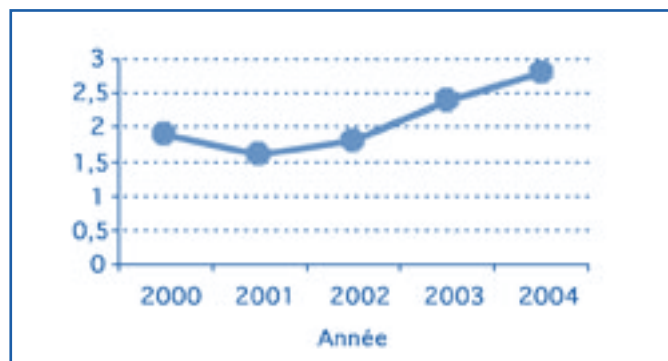
Des premiers résultats sont disponibles sur 163 réponses en 2004 (40 % de taux de réponses...). Sur les cinq années maintenant disponibles (2000 à 2004), la proportion d'ETS utilisant les SHA est passée de 69 % à 94 % en 2004 soit une augmentation relative de 35 % et la consommation a augmenté surtout pour les CH et les cliniques MCO. En 2004, la consommation de SD était en moyenne de 14,5 mL/journée-patient et de 10,8 en médiane. La consommation de SA était en moyenne de 6,5 mL/journée-patient et de 3,2 en médiane. La consommation de SHA était en moyenne de 2,8 mL/journée-patient et de 1,2 mL/journée-patient en médiane, soit une utilisation d'une dose par journée-patient.

Tableau I : Evolution des consommations de SHA

Année	Nombre ETS*	Moyenne	Médiane
2000	81	1,9	0,5
2001	105	1,6	0,9
2002	120	1,8	0,9
2003	129	2,4	1,4
2004	151	2,8	1,9

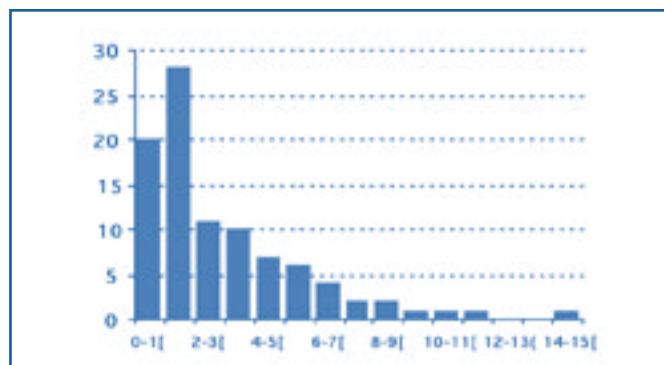
* ANOVA et régression linéaire : NS

Figure 1 : Evolution des consommations des SHA en moyenne par mL/journée-patient



L'ensemble des produits des mains est resté stable sur les cinq années. Sur la base de 3 mL par utilisation de produits, pour 113 ETS avec réponses complètes, le nombre d'utilisation de produits par journée-patient était de 8 utilisations par jour avec 11 % pour les SHA.

Figure 2 : Répartition des consommations des SHA en 2004 en mL/journée-patient*



* par tranche de 1 mL/journée-patient

Les 10 % des ETS les plus gros consommateurs de SHA consomment plus de 6 mL/journée-patient (moyenne de 8 mL) : ce sont 3 CHU, 7 CH, 5 MCO et 2 CAC. Aucun ne franchit les 20 mL/journée-patient (suggéré pour le programme national 2005-2008).. Les ETS qui ont répondu aux 5 années sont au nombre de 23 : leur consommation en 2004 est de 3.7 mL/journée-patient.

Les consommations sont mieux représentatives par service : ce sont les services de réanimation qui ont, avec 170 mL, le plus d'utilisations pour environ 60 utilisations/ journée-patient et 20 % des volumes en rapport avec les SHA.

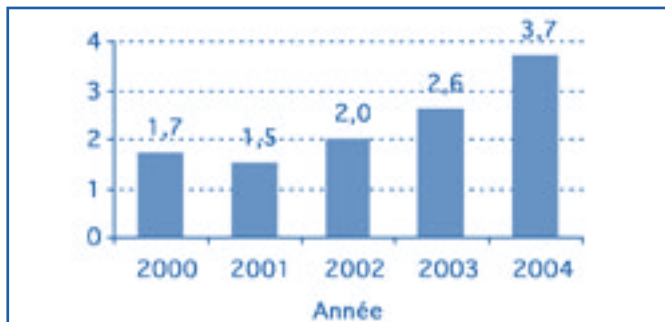
Tableau II : Consommation selon le type de service en mL/journée-patient

Services (*)	Savon doux	Savon ant.	SHA	SHA/total
Réa (32)	102	41	34	170 20 %
Chir. (40)	28	9	4	44 10 %
G-obs (9)	30	6	2	42 6 %
Méd. (57)	18	2	3	24 12 %
Bloc** (33)	16	48	5	60 7 %
Onco-hé (7)	28	15	5	48 10 %
SSR (28)	11	1	2	14 15 %
ELD (10)	9	<1	2	10 17 %

* Pour les services ayant répondu aux 3 items

** Selon le nombre d'interventions

Figure 3 : Consommation de SHA des mêmes ETS ayant répondu à toutes les années (n=23)



Un rapport complet sera disponible en septembre (des réponses nous parviennent encore !).

Bernard BRANGER, C.CLIN-Ouest

CLIN : une sous-commission de la CME ?

L'ordonnance du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé (ETS) apporte une modification dans son Titre 1er relatif aux règles d'organisation et au fonctionnement des ETS publics de santé. Il est dit en page 5 à l'article 3 : « la CME comporte au moins une sous-commission spécialisée créée par le règlement intérieur [...] notamment en ce qui concerne :

- Le dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire des produits de santé,
- La lutte contre les infections nosocomiales,
- La politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et la lutte contre les affections iatrogènes,

- La prise en charge de la douleur.

On le sait, le CLIN, dans les textes de 1988, dépendait de la CME, puis, en 1999, il devenait une commission autonome dont les membres étaient nommés par le directeur sur proposition des instances. En 2005, il redevient une sous-commission de la CME. Il est trop tôt pour en tirer les conséquences. Cette disposition ne changera pas beaucoup de choses sans doute pour les ETS où le CLIN fonctionne bien. Pour les autres, le corps médical deviendra responsable de la mise en place et de l'organisation du CLIN. Rien ne sera changé pour les ETS privés.

Dans le dernier numéro n°35, le sommaire a été erroné (celui du numéro précédent).
Veuillez nous en excuser.

Documentation

- AES 2002 (national) : Surveillance des accidents avec exposition au sang en France, 2002. Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (RAISIN), 2004. <http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/AES/aes.htm>

- D'autres rapports de surveillance nationale seront disponibles en juin : ISO 2003, bactériémies et BMR 2004.

- Recommandation du Comité de l'antibiogramme de la Société Française de Microbiologie (CA SFM). Communiqué 2005. <http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/Antibiotique/antibiotique.htm>

- Fiches de transparence des antibiotiques : Médicaments anti-infectieux en pathologies communautaires. AFSSAPS, 2004

**Une action originale, un audit, une enquête ?
Ecrivez à NOSO-NEWS pour valoriser votre travail et faire profiter les autres équipes**

NOSO-NEWS : Bulletin du C.CLIN-Ouest. Trimestriel.

Directeur de la publication : Pr J. Chaperon.

Secrétaire de Rédaction : B. Branger

C.CLIN-Ouest - Service d'Epidémiologie et d'Hygiène Hospitalière - CHU Pontchaillou
2, rue Henri Le Guilloux - 35033 Rennes cedex 9

Tél. 02 99 28 43 62 - Fax 02 99 28 43 65

bernard.branger@chu-rennes.fr

Site web : <http://www.cclinouest.com>

Dépôt légal : 2^e trimestre 2005

Réalisation : A.L.J. Création (Montfort / 02 99 09 34 41)