

# NOSO News



Ce numéro est dédié à la mémoire de Pascal GRISON décédé en novembre 2006

## Bulletin N°40

Décembre 2006 - Trimestriel

### AU SOMMAIRE

- 1 BLOC-NOTES
- 1 POINT SUITE A LA PUBLICATION DE L'ARRÊTÉ DU 17 MAI 2006
- 3 SURVEILLANCES 2005
- 7 ENQUÊTE NATIONALE DE PRÉVALENCE 2006
- 7 GREPHH
- 8 QUESTIONS/RÉPONSES

## BLOC-NOTES

### C.CLIN-Ouest

- Les résultats des surveillances menées en 2005 dans l'inter-région sont publiés. Ils sont disponibles sur simple demande ou sur le site <http://www.cclinouest.com> rubrique Surveillance
- Le Noso.Doc du 3<sup>e</sup> trimestre 2006 a été diffusé par voie électronique. Celui du 4<sup>e</sup> trimestre va l'être prochainement. Pensez à nous signaler vos éventuels changements d'adresse.

### Documentation

- *Recommandations pour l'entretien des blocs opératoires*, C.CLIN Sud-Ouest, 2006, 50p.
- *Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie*, Ministère de la santé et des Solidarités, 2006, 72 p.
- *Avis de la Société Française d'Hygiène Hospitalière relatif à l'utilisation de l'eau de Javel dans les établissements de soins*, SFHH, 2006, 15 p.

### Congrès et journées

- 1<sup>er</sup> États Généraux des Infections Nosocomiales à Paris les 8 et 9 février 2007
- La journée annuelle du C.CLIN Ouest se tiendra à Rennes le 22 mars 2007. A noter sur vos agendas...
- Une journée sur l'information des patients aura lieu à Rennes le 24 mai 2007.

## Erratum

Dans le tableau n° 9 «répartition des responsables signalement» du NOSO News 39, il faut lire dans le tableau de la région Centre : Indre 5/ 32 soit 16 % et non Indre et Loire. Veuillez nous excuser de cette erreur.

## Point suite à la publication de l'arrêté du 17 mai 2006

### Introduction

Mise en place depuis de nombreuses années dans certaines régions, parfois avant les CCLIN, auditée par l'équipe universitaire de santé publique du Pr BRODIN, la régionalisation de la lutte contre les infections nosocomiales a franchi une nouvelle étape avec la publication de l'arrêté du 17 mai 2006 relatif aux antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales.

Si les moyens à mettre en œuvre sont abordés dans cet arrêté «...Dans chaque région, il est créé une antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales. Ces antennes sont dotées au minimum des compétences d'un médecin ou pharmacien formé en hygiène et d'un infirmier ou cadre de santé formé en hygiène....», leur importance et leur mode de financement ne sont pas précisés.

Le rapport BRODIN apporte un premier élément de réponse puisqu'il recommande au moins « (...) le travail de coordinateur... doit être rémunéré à plein temps... La présence dans les coordinations d'un praticien et d'un personnel paramédical... Le travail de secrétariat est important et la coordination des réseaux de surveillance nécessite des compétences en épidémiologie et en informatique... », mais ne précise pas non plus le mode de financement. C'est d'autant plus problématique que le financement actuel des organisations existantes (fonctionnement en réseau dans les Pays de la Loire; compétences partagées entre plusieurs établissements dans le Centre ou la Bretagne) pourrait être fragilisé par l'évolution du financement des hôpitaux avec l'introduction de la tarification à l'activité.

Si les moyens à mettre en œuvre doivent encore être précisés, les missions sont maintenant réglementairement définies :

- conseil et assistance;
- signalement;
- animation des réseaux de surveillance;
- formation;
- aide à l'évaluation des pratiques (EPP) et à la définition de programmes pour les établissements dans le cadre de la lutte contre les infections nosocomiales.

Leur place comme relais régionaux des CCLIN et interlocuteurs privilégiés des établissements est clairement ré-affirmée.

Il n'y a donc plus aucun doute concernant le caractère indispensable des antennes régionales dans le dispositif de lutte contre les infections nosocomiales. A cet égard on peut citer le rapport BRODIN « la région est à l'action territoriale de surveillance et de prévention, ce que le pôle de compétence inter-régional est à la recherche, à l'expertise (...) et à la prise de recul ». Ce constat (de la nécessité de la montée en charge du niveau régional) est renforcé :

- d'une part par le fait que l'arrêté élargit le champ d'intervention des relais régionaux aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
- et d'autre part par l'augmentation de l'activité liée au renforcement des dispositifs existants
  - les surveillances, notamment ISO (intégration dans les tableaux de bord);
  - du fait du développement de l'indicateur ICALIN, aide aux établissements en difficulté (ICALIN D ou E), avec notamment la mise à disposition de protocoles intégrés dans le score;
  - la participation à la gestion des risques avec le développement du signalement des événements indésirables graves;
  - la montée en charge de l'évaluation des pratiques professionnelles en hygiène hospitalière.

Au regard de ces nouvelles tâches, la nécessité de nouveaux moyens paraît donc encore plus évidente.

Le renforcement ou la création des antennes apportera une nécessaire « plus value » dans le dispositif; plus value qui prendra une forme différente selon la région en fonction de l'organisation et des moyens existant actuellement.

En effet, la régionalisation de la LIN dans l'inter-région Ouest ne s'est pas faite de manière identique dans les différentes régions. Les échelons régionaux ne disposent pas des mêmes moyens pour travailler et le C.CLIN Ouest en tant que tel n'a eu ni la possibilité ni la vocation à rééquilibrer les inégalités.

Les quatre ARH de l'inter-région ont pris des options différentes pour organiser la lutte contre les infections nosocomiales dans leur région. La Basse-Normandie et le Centre ont privilégié l'échelon régional mais des questions se posent quant à la couverture de l'ensemble des établissements de santé et à la mise à disposition suffisante de personnel « sur le terrain » (au regard des effectifs préconisés par la circulaire du 29 décembre 2000 : 1PH hygiéniste pour 800 lits et 1 IDE hygiéniste pour 400 lits); les Pays de la Loire ou la Bretagne ont choisi de financer des modes d'organisation alternatifs « au plus proche des établissements » comme les réseaux (Pays de la Loire) ou la sectorisation (Bretagne) mais au détriment des aspects de coordination et de cohésion.

Dans la perspective d'un bon fonctionnement le plus rapide possible des antennes régionales, le CCLIN Ouest prend contact prochainement avec les ARH de l'inter-région. L'objectif est de faire un point sur le dispositif existant et d'évaluer les besoins nécessaires pour répondre à l'arrêté du 17 mai 2006.

## Références

Arrêté du 3 août 1992 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales

Décret n° 99-1034 du 6 décembre 1999 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé et modifiant le chapitre I<sup>er</sup> du titre I<sup>er</sup> du livre VII du code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)

Circulaire DGS/DHOS/E2 – N° 645 du 29 décembre 2000 relative à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé

Décret n° 2001-671 du 26 juillet 2001 relatif à la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)

Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

Décret 2005-840 du 20 juillet 2005 relatif à la sixième partie du code de la santé publique

Décret n° 2006-550 du 15 mai 2006 relatif aux sous-commissions de la commission médicale d'établissement mentionnées au II de l'article L. 6144-1 du code de la santé publique et modifiant le même code (dispositions réglementaires)

Arrêté du 17 mai 2006 relatif aux antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales

Rapport BRODIN. La régionalisation des moyens de lutte contre les infections nosocomiales : description et analyse institutionnelle. 2004. 68 pages.

Pascal JARNO

# Surveillances 2005

Les rapports complets sont disponibles sous format papier et sur le site. Les informations présentées ci-dessous reprennent les résultats globaux.

## Résultats surveillance 2005 :

### 1 - Accidents d'exposition au sang

Tableau 1a : Évolution des effectifs des AES

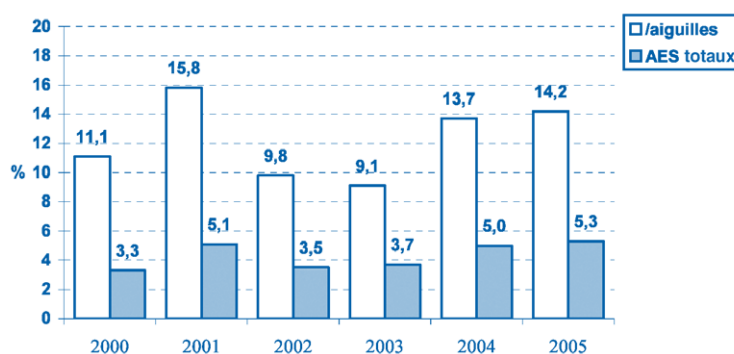
En 2005, 47 établissements ont participé à la surveillance en déclarant 1505 accidents d'exposition au sang. La participation est stable par rapport à 2004 mais reste encore assez faible dans notre inter-région.

Année	Établissements inter-région	B.N.	Bretagne	Centre	P.D.L.	Nombre d'A.E.S.
2000	10					268
2001	27					585
2002	21	3	11	3	4	750
2003	27	4	16	3	4	648
2004	48	4	20	8	16	1 165
<b>2005</b>	<b>47</b>	<b>9</b>	<b>17</b>	<b>8</b>	<b>13</b>	<b>1 505</b>

Tableau 1b : Nature de l'exposition

Nature	cas	% de 1 505
Piqûre	1 118	74.3
Projection	188	12.5
Coupure	156	10.4
Morsure / Griffure	38	2.5
Inconnue	4	0.3
Non renseigné	1	0.1

Figure 1 : Fréquences du recapuchonnage selon les années sur les AES avec aiguilles et sur les AES totaux



Près de 75 % des accidents sont des piqûres, ce taux étant constant chaque année.

Les AES sont déclarés dans 70 % des cas par le personnel de soins, pour cette catégorie 74 % des accidents étaient des piqûres

Sur l'ensemble des patients source, 5.5 % sont porteurs d'un virus.

Dans l'inter-région le taux global d'AES en 2005 pour 100 agents était de 3.36 et de 6.68 pour 100 infirmières.

### 2 - Infections du site opératoire

En 2005, 51 établissements et 107 services ont transmis des données relatives à 16599 interventions. La participation a sensiblement évolué tant en nombre d'établissements de services ou de patients.

Tableau II : Evolution des effectifs des ISO depuis 1998

Année	Etablissements inter région	B.N.	Bretagne	Centre	P.D.L.	Services inter région	Patients
1998	22					36	5 617
1999	7					11	4 792
2000	20					39	7 012
2001	20	2	6	5	7	39	10 150
2002	18	2	5	6	5	36	7 404
2003	26	--	7	7	12	58	10 722
2004	34	3	12	7	12	82	12 175
<b>2005</b>	<b>51</b>	<b>7</b>	<b>15</b>	<b>18</b>	<b>11</b>	<b>107</b>	<b>16 599</b>

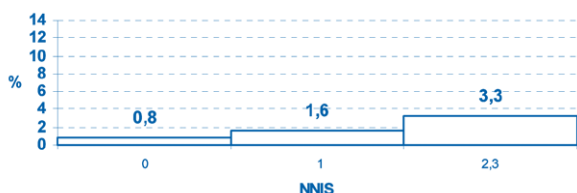
Un établissement peut transmettre la surveillance pour un ou plusieurs services et/ou pour une intervention particulière.

En 2005 la notion d'interventions ciblées a été mise en place correspondant à 17 interventions traceuses ayant un code CCAM identifié. Cette évolution a certainement permis à de nombreux établissements de mettre en place une surveillance ISO.

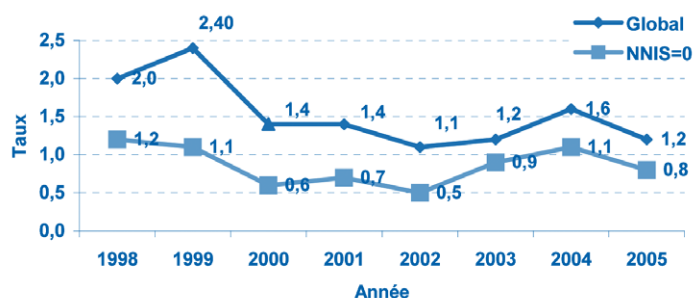
Les interventions sur la cataracte (1234 interventions), la prothèse totale de hanche (948 interventions), la hernie pariétale (862 interventions), la chirurgie du sein (770 interventions) et la cholécystectomie programmée (394 interventions) ont fait l'objet d'une analyse détaillée.

Globalement, le taux d'ISO est différent selon le score NNIS.

**Figure 2 : Taux d'ISO selon l'indice NNIS**



**Figure 3 : Evolution du taux d'ISO en global et pour NNIS=0 de 1998 à 2005**



Après une hausse entre 2002 et 2004, le taux d'incidence global et le NNIS 0 ont sensiblement diminué en 2005.

Le calcul du RSI (Ratio Standardisé d'Incidence) permet d'obtenir un indicateur de performance plus précis que le NNIS qui prend en compte les facteurs de risque liés à la présence d'une infection.

On peut ainsi calculer un nombre attendu (ou théorique) d'ISO par établissement en tenant compte du poids des facteurs de risque. Le RSI est le rapport entre le nombre d'ISO observé sur le nombre d'ISO attendu. Lorsque cela est possible le RSI a été calculé par établissement et par service.

### 3 - Infections nosocomiales en réanimation

En 2005, les effectifs sont restés stables.

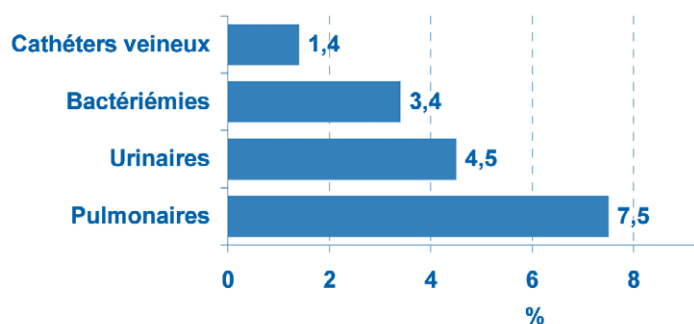
En 2004 et 2005, 7 établissements de Basse-Normandie ont participé à la surveillance de IN en réanimation mais n'ont pu être intégrés dans la base inter régionale car leur protocole ne correspondait pas à celui proposé par le C.CLIN-Ouest.

Le nombre de patients infectés a été en 2005 de 467, soit 11.4 % ; (IC95 : 10.7 % - 12.7 %). Le nombre d'infections a été de 687 soit 1.5 infections par patient infecté ; soit un taux de 16.7 %. La répartition des infections a été la suivante: 307 pneumopathies (44.7 %), 140 bactériémies (20.4 %), 56 liées au cathéter (8.2 %), 184 urinaires (26.8 %).

**Tableau III : Surveillance en réanimation**

Année	Ets	B.N.	Bretagne	Centre	P.D.L.	Souches
1999	10					1 662
2000	13					3 556
2001	20					3 943
2002	16	5	6	3	2	4 037
2003	16	7	4	4	1	2 879
2004	10	--	6	2	2	3 185
<b>2005</b>	<b>13</b>	--	7	4	2	<b>4 095</b>

**Figure 7 : Taux d'attaque des infections nosocomiales pour 100 patients**



**Tableau IV : Incidence des infections**

Site	Taux
Pulmonaire	12.0/1000 j. d'intubation
Urinaire	5.4/1000 j. de sondage
<i>Bactériémies</i>	
Origine pulmonaire	1.0/1000 j. d'intubation
Origine KT	1.2/1000 j. de KT
Origine urinaire	18.1/100 000 j. de sondage
Autre origine	1.4/1000 journées
Cathéter central	2.4/1000 j. de KT

## 4 - Surveillance des BMR

En 2005, les effectifs ont légèrement augmenté par rapport à 2004, pour retrouver le niveau de 2003. Seuls les germes résistants indiqués dans le protocole ont été conservés.

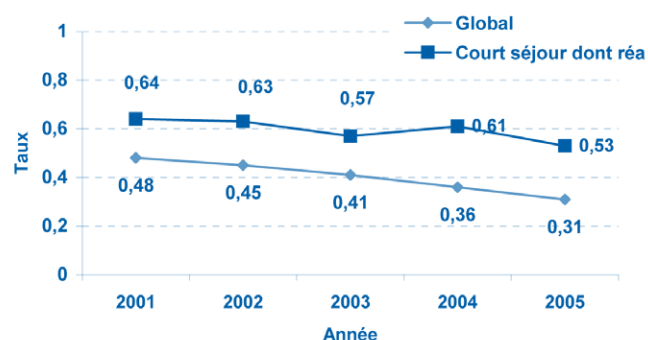
**Tableau VI : Répartition des BMR**

Germe	n	% de 4 013
SARM	2 302	57,4
Entérobactéries	854	21,3
<i>Pseudomonas</i> et apparentés	811	20,2
Bacilles Gram-	34	0,8
Entérocoques	12	0,3

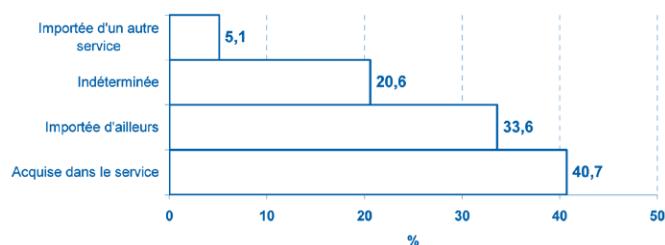
**Tableau V : Surveillance des BMR**

Année	Ets	B.N.	Bretagne	Centre	P.D.L.	Souches
1999	14					428
2000	31					1 637
2001	73					3 067
2002	86	22	14	32	18	3 477
2003	137	30	32	32	43	4 485
2004	111	27	32	4	48	4 089
<b>2005</b>	<b>130</b>	<b>31</b>	<b>35</b>	<b>8</b>	<b>56</b>	<b>4 013</b>

**Figure 8 : Évolution du taux d'incidence SARM pour 1000 journées d'hospitalisation depuis 2001**



**Figure 9 : Origine de la BMR (sur 4 002 réponses)**



## 5 - Surveillance des bactériémies

En 2005, la participation reste stable.

**Tableau VIII : Évolution de la participation**

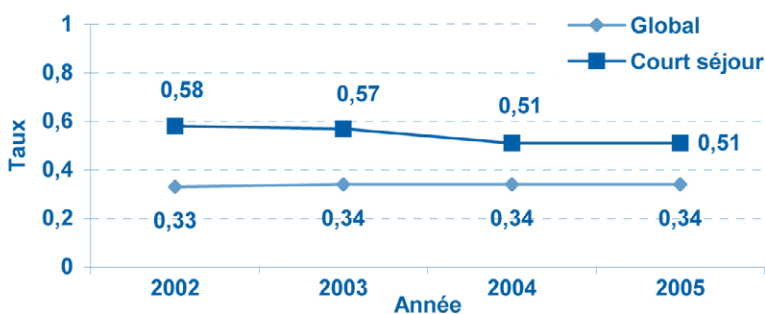
Année	Etablissements	B.N.	Bretagne	Centre	P.D.L.	Épisodes
2001	30					1 034
2002	38	--	9	28	1	1 458
2003	36	--	8	25	3	1 705
2004	49	2	13	25	9	1 950
2005	48	2	13	26	7	1 857

Sur les 1 857 épisodes, 53 % sont communautaires, 46 % nosocomiaux et 1 % iatrogènes ambulatoires. Les bactériémies nosocomiales en hospitalisation complète représentent 40 % des épisodes

Les portes d'entrée principales sont urinaire (n=537, 29 %), digestive (n=302, 16 %), pulmonaire (n=277, 15 %) et les dispositifs intra-vasculaires (n=180, 10%). Dans 9 % des cas (n=173), aucune porte d'entrée n'a été retrouvée. On retrouve ces mêmes portes d'entrée dans des proportions similaires dans les épisodes nosocomiaux.

Les principaux micro-organismes isolés sont *Escherichia coli* (n=616, 30%) et *Staphylococcus aureus* (n=310, 15 %). Lors d'épisodes nosocomiaux on retrouve ces 2 principaux micro-organismes (22 % chacun).

**Figure 10 : Evolution du taux d'incidence BN en hospitalisation complète pour 1000 journées**



## 6. - Surveillance par enquête de prévalence

L'enquête proposée est identique à l'enquête nationale effectuée en 2001. Vingt-quatre établissements ont participé à cette enquête, chacun l'ayant effectué un jour donné de leur choix et ont inclus 2 992 patients.

Ils ont été majoritairement hospitalisés dans les services de type court séjour (60%). Le SSR représente 23 % et le long séjour 18 %.

Le nombre de patients infectés a été de 191 patients soit 6.4 % [IC<sub>95%</sub> = 5.5 % - 7.3 %], le nombre d'infections nosocomiales a été de 203 infections soit 6.8 %, soit un rapport infections/infectés 1.06.

Les infections urinaires sont les plus fréquentes et représentent 52 % des infections nosocomiales.

Les infections acquises dans l'établissement représentaient 5.5 % des patients (81.3 % des infections), les infections acquises dans un autre établissement, 1.3 % des patients (18.7 % des infections).

Par ailleurs, la **surveillance des infections urinaires sur sonde** a été effectuée dans l'inter-région par 4 établissements (cliniques privées) ; la **surveillance des infections en maternité** a été effectuée par 5 établissements de l'inter-région.

### Calendrier des Surveillances 2006

La réception des données concernant les surveillances nationales BMR (avril à juin) et réanimation (1<sup>er</sup> semestre) est close : les données sont actuellement en cours de vérification et seront transmises au niveau national en décembre.

Les données concernant la surveillance ISO doivent être adressées au plus tard :

- pour la surveillance globale au mois de décembre 2006 ; les données doivent être adressées au niveau national début 2007.
- pour les surveillances ciblées au mois de février 2007 ; le seuil minimal de 100 observations pour une intervention nécessitant le plus souvent un recueil jusqu'à la fin de l'année.

Les données concernant la surveillance AES doivent être adressées au plus tard fin février 2007, elles sont adressées au niveau national au 2<sup>ème</sup> trimestre.

Les données concernant les autres surveillances doivent parvenir au C.CLIN-Ouest au plus tard fin février 2007.

### Calendrier des Surveillances 2007

Le C.CLIN-Ouest propose les surveillances suivantes : AES, BMR, REA, ISO, KT pédiatrique et bactériémies ainsi que les surveillances spécifiques maternité et infections urinaires.

Les relais régionaux adressent les accords de participation aux établissements, ces accords doivent être impérativement retournés complétés pour participer aux différentes surveillances.

Les données doivent être envoyées via le relais régional à l'échelon central du C.CLIN-Ouest selon le calendrier ci-contre.

PROTOCOLES NATIONNAUX		Participation aux enquêtes	Période de surveillance RECOMMANDÉE	Date limite des envois de données
	ISO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nationale ciblée</li> <li>Nationale globale</li> </ul>	100 interventions - janv à déc 2007 de janvier à juin 2007	fin février 2008 <b>fin septembre 2007</b>
	BACTÉRIEMIES	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inter-régionale</li> </ul>	3 mois entre janvier et mai. Une autre période est possible	fin juin 2007
	BMR	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nationale</li> <li>Inter-régionale</li> </ul>	avril/mai/juin 2007. Une surveillance annuelle est possible	<b>fin septembre 2007</b> fin février 2008
	RÉANIMATION	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nationale</li> <li>Inter-régionale</li> </ul>	De janvier à juin 2007. Une surveillance annuelle est possible	<b>fin septembre 2007</b> fin février 2008
	AES	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nationale</li> </ul>	de janvier à décembre 2007	fin février 2008
	KT Pédiatrique	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nationale</li> </ul>	de janvier à décembre 2007	fin février 2008

PROTOCOLES REGIONNAUX				
	MATERNITÉ	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inter-régionale</li> </ul>	+ de 750 naissances par an : de septembre à décembre 2007	fin février 2008
			< 750 naissances par an : surveillance annuelle	fin février 2008
	INU	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inter-régionale</li> </ul>	3 mois entre janvier et mai. Une autre période est possible	fin février 2008
PRÉVALENCE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inter-régionale</li> </ul>	un jour donné de l'année 2007	fin février 2008	

Les protocoles seront disponibles sur le site Internet en fin d'année.

Les principales modifications pour 2007 concernant les protocoles nationaux :

- Réanimation : suivi plus précis des KT centraux
- ISO : les appendicectomies sont intégrées dans la surveillance ciblée certains codes interventions ont fait l'objet d'une mise à jour
- BMR : inclusion des entérocoques résistants à la vancomycine (ERV)

Nadine GARREAU, Pascal JARNO

## Enquête nationale de prévalence 2006 des infections nosocomiales

L'enquête, qui a eu lieu entre le 29 mai et le 30 juin 2006, a mobilisé un grand nombre d'établissements de santé des quatre régions de l'Ouest. Le C.CLIN Ouest tient à souligner ce bel effort de participation. En effet, 391 des 423 établissements ont retourné leurs données avant le 30 novembre 2006. Un effort non négligeable a également été réalisé sur la saisie des fiches par les établissements. La base de données, envoyée à la date du 29 novembre à l'Institut

de Veille Sanitaire, comporte 63911 fiches pour lesquelles des corrections ont pu être apportées par tous les établissements.

Un poster proposé par Pascal Thibon de Basse-Normandie et un rapport de 5 pages proposé par le C.CLIN Sud-Est peuvent être utilisés pour les présentations de chaque établissement et sont disponibles sur le site du C.CLIN Ouest. Une aide technique pour la réalisation

de ces présentations est possible au C.CLIN Ouest. L'analyse inter-régionale sera réalisée pendant le mois de décembre 2006 et fera l'objet d'un rapport.

Félicitations pour votre active participation !

*Gwénola GOURVELLEC,  
Pascal JARNO*

## Le Groupe d'Évaluation des Pratiques en Hygiène hospitalière : GREPHH

Les cinq Centres de Coordination interrégionaux de la Lutte contre les Infections Nosocomiales (C.CLIN) ont constitué un groupe national de coordination pour développer l'évaluation des pratiques professionnelles en hygiène en regroupant leurs moyens et leurs compétences. Ce groupe a été créé le 9 décembre 2005 sous l'appellation de « Groupe d'Évaluation des Pratiques en Hygiène Hospitalière » (GREPHH). Cette volonté s'inscrit dans le prolongement des incitations fortes du Ministère de la santé à réaliser des audits<sup>1</sup> en lien avec les recommandations du GROUPEILIN<sup>2</sup>, des Sociétés Savantes et de la Haute Autorité en Santé (HAS)<sup>3</sup> pour améliorer la prise en charge des patients.

Le groupe de travail a pour mission d'aider à la mise en œuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé en développant des outils « clé en mains » simples et faciles d'utilisation pour les équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière (EOHH), les correspondants et les autres professionnels de santé. La pertinence du principe d'un tel outil s'intègre dans le cadre de l'obligation d'accréditation-certification des établissements. La démarche d'évaluation des pratiques professionnelles constituant un axe majeur de la seconde procédure, est rendue obligatoire par la loi du 8 août 2004 relative à l'assurance maladie. Elaboré sur la base de critères d'éva-

luation des pratiques professionnelles (CEPP) cette méthode permet aux professionnels de santé d'intégrer une démarche concrète d'amélioration des pratiques. Cette démarche d'évaluation vise également à une meilleure appropriation des recommandations professionnelles par les équipes. Les critères retenus reposent sur une base de recommandations professionnelles fondées sur un haut niveau de preuve ou de consensus.

### Évaluation de la préparation cutanée de l'opéré

Le projet pour « l'Évaluation de la préparation cutanée de l'opéré » a été confié à un sous groupe du GREPHH. Ce thème de travail a été retenu en raison de sa fréquence, du risque infectieux qu'il peut générer pour le patient, de la faisabilité de l'étude et de son impact sur l'amélioration des pratiques. Son rôle « fédérateur » est en étroite relation avec la surveillance des infections du site opératoire (ISO), permettant d'impliquer les équipes volontaires de chirurgie et de bloc opératoire des établissements de santé publics et privés<sup>4</sup>.

Le choix de ce thème s'inscrit dans le prolongement de la conférence de consensus « Gestion pré-opératoire du risque infectieux » du 5 mars 2004<sup>5</sup> menée sous l'égide de l'HAS coordonnée par la SFHH en multi partenariat avec les sociétés savantes (AFC, AFU, SCV, SFAR, SFCD, SFCP, SFNC, SFNEP, SFO, SFORL,

SOFcot, SIIHF, SPILF, UNAIBODE). Parallèlement à la conférence de consensus, l'enquête nationale de prévalence réalisée en France en 2001 révèle que les infections du site opératoire (ISO) représentent 10.2% des infections nosocomiales. Un protocole de surveillance des ISO, commun aux 5 C-CLINs, a été défini en 1999 et ce réseau est, depuis 2001, coordonné au niveau national au sein du Réseau d'alerte d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (RAISIN). Dans son rapport de février 2003, 162 151 interventions ont été incluses en 1999 et 2000. Au total, 3129 patients ont eu une ISO, soit 1,93% des opérés (IC95%=[1,86% - 2,00%]). Parmi les ISO, 59% étaient superficielles, 26% profondes et 14% concernaient un organe, une cavité ou un os. L'incidence des ISO variait de 1% pour les interventions à faible risque (classées NNIS 0) à 16% pour les interventions à haut risque (classées NNIS 3).

La méthodologie d'évaluation est en phase de test dans 5 types d'établissements. Les tests consistent à vérifier la pertinence de l'outil, la faisabilité de l'étude pour les spécialités chirurgicales et la radiologie interventionnelle. Des essais sont également menés pour tester l'outil de saisie élaboré sur Excel. La méthodologie d'audit sera finalisée en janvier 2007 et pourra être proposée à l'ensemble des établissements de santé concernés par ce thème d'évaluation au cours du 1<sup>er</sup> trimestre 2007.

## Composition du groupe :

Marie-Alix ERTZSCHEID,  
Michèle AGGOUNE,  
Claude BERNET,  
Anne BETTINGER,  
France BORGEY,  
Marie-Claire CARPENTIER,  
Elisabeth GALY,  
Christophe GAUTIER,  
Zohar KADI,  
Benoist LEJEUNE,  
Chantal MOURENS,  
Isabelle RACLOT.

## Évaluation de l'hygiène des mains

Suite à l'audit proposé par la circulaire DGS/DHOS n°2005-384 du 11 août 2005 relative à la stratégie nationale d'audit des pratiques en hygiène hospitalière une autre thématique a été retenue par le GREPHH : l'évaluation de l'hygiène des mains. L'objectif du groupe de travail est de proposer un outil d'évaluation « clé en mains » permettant à l'ensemble des établissements de santé et éventuellement aux EHPAD d'évaluer l'observance, la pertinence et les techniques d'hygiène des mains. Le groupe a fait le choix de faire porter

l'évaluation sur certaines situations concernant la majorité des professionnels évoluant autour du patient. Dans ces situations, une observance de 100% est attendue du fait du risque de transmission croisée, d'un risque infectieux potentiel pour le patient ou d'un risque de contamination pour l'environnement. Le protocole est en cours de rédaction, il devrait être finalisé dans les mêmes délais que celui du groupe POP.

## Composition du groupe :

Daniel ZARO GONI,  
Delphine VERJAT,  
Danièle LANDRIU,  
Hubert TRONEL,  
Sylvie ARSAC,  
Martine AUPÉE.

1 Circulaire n°DHOS/DGS/E2/5C/2004/599 du 13 décembre 2004 relative au programme national qui fixe 5 orientations dont amélioration de l'organisation des soins et des pratiques des professionnels.

2 Le Groupe de pilotage du programme national (Arrêté du 14 novembre 2005) in-

cite au développement des programmes d'audit dans les établissements de santé.

3 Annexe au décret 2005-840 du 20 juillet 2005 relatif à la sixième partie du code de la santé publique Partie VI. Section I relative à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé.

4 « Le caractère prioritaire du thème peut être évalué en fonction de la fréquence de la pratique, de sa gravité, de son risque éventuel pour le patient, de l'hétérogénéité des prises en charge. Il doit aussi relever d'un domaine pour lequel il existe un potentiel d'amélioration susceptible de motiver les professionnels. Pour les évaluations en établissement, il correspond à une activité stratégique de l'établissement ou à une volonté des professionnels d'une discipline d'évaluer et d'améliorer leur pratique. L'objectif est de répondre à un besoin pour avoir un impact sur l'amélioration des pratiques. » ANAES. Evaluation des pratiques professionnelles. 2004. p13

5 SFHH. Conférence de consensus Gestion pré-opératoire du risque infectieux. SFHH. Paris, 5 mars 2004

Marie-Alix ERTZSCHEID,  
Martine AUPÉE

## Questions - Réponses

### Quelle alternative à la chlorhexidine et aux produits iodés pour la préparation cutanée de l'opéré chez un patient réellement allergique à ces deux familles d'antiseptiques

Dans un article publié en 1993, CRUZ<sup>1</sup>, comparait la désinfection cutanée pré-opératoire avec produit iodé, versus produit chloré. Il s'agissait d'évaluer l'efficacité d'un produit chloré obtenu par électrolyse d'une solution concentrée de NaCl (Amukine® 0.06 %) à celle de la povidone iodée à 10% (Bétadine dermique).

L'étude randomisée a été menée sur 27 volontaires sains répartis en 3 groupes de 9. Chaque produit utilisé pur a été appliqué pendant une minute, après tirage au sort, soit du côté droit soit du côté gauche. C'est la technique de WILLIAMSON et KLINGMAN qui a été

utilisée pour évaluer la réduction de la flore cutanée de l'aisselle et de l'abdomen avant traitement et après 10, 30 et 240 minutes.

Les 2 produits réduisent la flore résidente de plus de 2 Log10 au niveau axillaire et de plus de 1 Log10 au niveau de la peau de l'abdomen. La réduction de la flore cutanée obtenue avec le produit chloré a été légèrement plus importante que celle obtenue avec la povidone, surtout sur la peau de l'abdomen, sans toutefois qu'il y ait de différence significative. Il semble que la rémanence du produit chloré soit également meilleure à 30 et 240 minutes.

Les deux produits ont révélé une efficacité comparable sur les deux sites testés et l'étude semble montrer une rémanence supérieure pour le produit chloré. On peut donc envisager de l'utiliser comme alternative en cas de contre-indication simultanée à la chlorhexidine et aux produits iodés pour la préparation cutanée de l'opéré.

1 - Cruz C, Donabedian A, Peterson EL, Neblett TR; Preoperative disinfection of the skin : iodinated vs. chlorine compounds. *Acta Toxicologica et Therapeutica*, Vol XIV, n°1, 1993.

Martine AUPÉE

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

Directeur de la publication : Pr J. Chaperon. - Secrétaire de Rédaction : H. Sénéchal

C.CLIN-Ouest - CHU Hôtel-Dieu  
2, rue de l'Hôtel-Dieu - CS 26419 - 35064 Rennes cedex 2

Tél. 02 99 87 35 30 - Fax 02 99 87 35 32 - helene.senechal@chu-rennes.fr  
Site web : <http://www.cclinouest.com>

Dépôt légal : 4<sup>e</sup> trimestre 2006 - Réalisation : A.L.J. Création (Montfort / 02 99 09 34 41)