

NOSO News



Bulletin N°43

Octobre 2007 - Trimestriel

AU SOMMAIRE

Bloc-Notes

p. 1

L'information du patient dans le dispositif de lutte contre des infections nosocomiales

p. 1

Enquête concernant l'organisation d'un audit «opportunité hygiène des mains» dans les ES de l'inter-région Ouest en 2006

p. 4

Application WEB concernant les surveillances

p. 6

Journée «Hygiène en Hémodialyse» du 27 septembre 2007 à Nantes

p. 8

Lu pour vous...

p. 8

BLOC-NOTES

C.CLIN-Ouest

- Le Noso.Doc du 2^e trimestre est disponible sur le site <http://www.cclinouest.com> rubrique Documentation. Pensez à nous signaler vos changements d'adresse électronique pour recevoir les messages du C.CLIN.

Congrès et journées

- Colloque «Infections liées aux soins et résistance aux antibiotiques» – 27 novembre 2007 – Paris, Maison de la chimie
- 7^e Journée Nantaise d'Hygiène Hospitalière – 4 décembre 2007 – Nantes
- 27^e Réunion interdisciplinaire de chimiothérapie anti-infectieuse RICAI – 6 et 7 décembre 2007 – Paris
- 9^{es} Journées Internationales de la Qualité Hospitalière – 10 et 11 décembre 2007 – Paris
- 30^{es} Journées régionales d'hygiène hospitalière et de prévention des infections nosocomiales – 10 et 11 décembre 2007 – Strasbourg

L'information du patient dans le dispositif de lutte contre des infections nosocomiales

L'évolution culturelle vers la démocratie sanitaire apportée par les États généraux de la santé en 1998-1999 a permis d'affirmer les droits de citoyenneté du malade. Le droit du patient à l'information est explicitement rappelé dans la loi du 4 mars 2002. Ce droit pourtant ancien amène chaque professionnel à réfléchir sur sa relation avec le patient. Dans le même temps, la démarche d'accréditation engagée dans les établissements de santé contribue largement à développer cette prise de conscience collectivement nécessaire.

Le droit à l'information du malade sur son état de santé est indispensable pour lui permettre de comprendre et prendre les décisions le concernant et répond au principe de consentement. L'information doit porter sur les investigations, traitements ou actions de prévention proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, ainsi que les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent. De même, lorsque postérieurement à l'exécution des soins, des risques nouveaux sont identifiés, la personne doit en être informée.

L'information du patient dans le dispositif de lutte contre des infections nosocomiales... suite

La plupart des plaintes en relation avec les infections nosocomiales (IN) révèlent un défaut de communication et d'information des professionnels du système de santé vis à vis des usagers qui vont moins accepter les risques encourus. L'IN est avant tout vécue comme une profonde injustice par les patients et leurs proches, et le silence interprété comme une faute qu'on veut leur cacher, brisant le rapport de confiance. La complexité des IN tant au niveau de leur définition que de leurs mécanismes, leurs conséquences médiatiques et juridiques aboutissent à une revendication de transparence.

Sous l'impulsion des associations des victimes d'IN, le Ministère de la santé a élaboré le programme national de lutte contre les infections nosocomiales (LIN) en concertation avec le CTIN, l'InVS et le RAISIN, en prenant en compte la nécessité de cet objectif.

L'information du patient figure parmi les axes prioritaires des actions à mettre en œuvre par les établissements de santé. L'information du patient concerne le risque infectieux a priori et a posteriori chaque fois que les données de santé du patient peuvent être utilisées à des fins de travaux de surveillance des infections et d'évaluation des pratiques professionnelles. L'organisation de la LIN intègre l'information sur toute la durée du parcours de soin de chaque patient : de son admission aux spécificités de sa prise en charge aux événements particuliers pouvant survenir au cours de son hospitalisation au suivi des soins en dehors de l'établissement de santé.

L'information s'étend à la publication de résultats des surveillances désormais accessibles à toute personne qui le souhaite. L'affichage des tableaux de bord des IN correspond à la naissance d'une mesure fortement incitative au développement de l'information. « L'in-

dicateur composite des activités de lutte contre les IN » (ICALIN) est le premier indice à être diffusé (6 février 2006). La représentation des usagers est affirmée au sein du CLIN ou de la commission équivalente. Elle s'organise progressivement pour aboutir à des conditions de dialogue équilibré et permettre aux représentants des usagers de participer pleinement aux décisions.

Le C.CLIN Paris-Nord a initié un site Internet « Grand public » sur les IN comportant une rubrique « Forum ». Cet outil développe l'interactivité entre les internautes et les professionnels. L'outil met en évidence l'importance de simplifier l'accès à l'information, d'apporter des réponses rapides et de veiller à la compréhension des demandeurs.

En mars 2006, la Mission Idmin (Information et développement de la médiation sur les infections nosocomiales) vient renforcer le dispositif d'information existant : CRU (Commission des relations avec les usagers et la qualité de la prise en charge), CRCI (Commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux), ONIAM (Office national d'indemnisation des accidents médicaux). Son rôle est d'informer le grand public, de promouvoir la conciliation et la médiation entre les usagers et les professionnels de santé.

Un certain conflit demeure entre la nécessité d'information et la compréhension du patient. L'asymétrie de la relation persiste entre la connaissance du professionnel de santé et une certaine ignorance du patient profane et dépendant. Cette situation reste hors de portée pour répondre au caractère loyal, compréhensible et adapté de l'information. L'information donnée au patient doit souvent être répétée et réadaptée au degré de compréhension du patient ou de ses proches au fur et à me-

sure de l'évolution de son état de santé. L'information d'un patient nécessite une attention particulière et exige des qualités relationnelles en plus des compétences techniques. La formation à la communication quasi inexistante de l'ensemble des professionnels de santé s'avère indispensable pour améliorer l'information du patient. La formation à l'information concerne autant les personnels administratifs, que les personnels paramédical et médical ainsi que les étudiants.

L'information développée dans la LIN bénéficie des dispositifs existants dans les établissements de santé et reste perfectible. Elle est soutenue par les pouvoirs publics engagés dans la promotion de la recherche et de la lutte contre les infections nosocomiales, et de l'aide apportée par les associations des usagers au service du patient.

M.-A. ERTZSCHEID,
C. CLIN Ouest

Bibliographie

Carbonne A. et al. Numéro thématique. *Information des patients exposés à un risque viral hématogène. Guide méthodologique*. 2006; 14(1):1-66.

Ceretti AM. *Infections nosocomiales : l'avis des usagers. Actualité et dossier en santé publique*. 2002; 38:60-62.

Gromb S. et al. *Responsabilité médicale : les nouvelles obligations en matière d'information sur les risques infectieux*. Médecine et maladies infectieuses. 2004; 34(3):123-126.

Haute Autorité de Santé. Guide méthodologique. *Élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé*. 2005; 44 p.

Ministère de la Santé et de la Protection Sociale. *Un guide pour les représentants des usagers du système de santé*. 2004; 128 p.

Ministère de la Santé et des Solidarités. **Description et analyse de la place des usagers dans le dispositif de lutte contre les infections nosocomiales des établissements de santé de court séjour.** Rapport n° 472. éd. CAREPS; 2005; 59 p.

Réglementation

Arrêté du 3 janvier 2007 portant modification de l'arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès.

Circulaire n°550 du 28 décembre 2006 relative à la mise en place de maisons des usagers au sein des établissements de santé.

Circulaire n° 2006-355 du 10 juillet 2006 relative au rapport spécifique de la conférence régionale de santé sur le respect des droits des usagers du système de santé.

Décret 2005-1768 du 30 décembre 2005 relatif aux nouvelles missions confiées à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales par la loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).

Décret n° 2005-213 du 2 mars 2005 relatif à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge et modifiant le code de la santé publique (partie réglementaire).

Circulaire n°599 du 13 décembre 2004 relative à la mise en oeuvre du programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005/2008 dans les établissements de santé.

Décret n° 2004-775 du 29 juillet 2004 relatif à la réparation des conséquences des risques sanitaires.

Arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès.

Circulaire DHOS\E2 - DGS\SD5C N° 21 du 22 janvier 2004 relative au signalement des infections nosocomiales et à l'information des patients dans les établissements de santé.

Décret n° 2003-1086 du 17 novembre 2003 relatif à la composition des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.

Arrêté du 25 avril 2003 relatif au règlement intérieur type de la commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.

Décret n° 2003-314 du 4 avril 2003 relatif au caractère de gravité des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales prévu à l'article L. 1142-1 du code de la santé publique.

Arrêté du 4 mars 2003 relatif aux pièces justificatives à joindre à une demande d'indemnisation présentée à une commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.

Décret n°2003-140 du 19 février 2003 modifiant le code de la santé publique (indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales).

Circulaire DSS/2B/DGS n°2002-516 du 8 octobre 2002 relative à la mise en place des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.

Décret n° 2002-656 du 29 avril 2002 relatif à la commission nationale des accidents médicaux prévue à l'article L. 1142-10 du code de la santé publique.

Décret n° 2002-638 du 29 avril 2002 relatif à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, institué par l'article L. 1142-22 du code de la santé publique.

Décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L. 1111-7 et L. 1112-1 du code de la santé publique.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

NB : les textes concernant l'agrément des associations représentant les usagers ne figurent pas dans cette liste; ceux qui précisent les nominations aux différentes commissions non plus.

Quelques sites utiles

C.Clin Paris-Nord : informations grand public.
<http://www.cclinparisnord.org/Usagers/accueil/Acc.htm>

HAS : Mission nationale d'information et de développement de la médiation sur les infections nosocomiales (Idmin).
<http://www.infonosocomiale.com>

Le LIEN : association d'aide aux victimes d'infections contractées dans une clinique ou un hôpital
<http://lelien.typepad.fr>

ONIAM : Office national d'indemnisation des accidents médicaux.
<http://www.oniam.fr>

CRCI : Commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales
<http://www.commissions-crci.fr>

ADVIN : Association de défense des victimes d'infections nosocomiales.
<http://advin.org>

CISS: Collectif inter associatif sur la santé. <http://www.leciss.org>

Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports.
<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/nosoco/nosoco1.html>

NosoBase.
<http://nosobase.chu-lyon.fr>

I. Girot,
C. CLIN Ouest

Enquête concernant l'organisation d'un audit «opportunité hygiène des mains» dans les ES de l'inter région Ouest en 2006

Contexte

L'amélioration de l'observance des recommandations sur l'hygiène des mains figure parmi les objectifs du programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005/2008¹.

Dans le cadre de l'amélioration de l'organisation des soins et des pratiques des professionnels de santé, il est prévu que les établissements de santé (ES) développent l'évaluation de leurs pratiques notamment au travers des programmes d'audits.

Le groupe de pilotage du programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008 (GROUPEILIN) a proposé de retenir comme première thématique nationale «l'hygiène des mains par friction avec des produits hydro alcooliques». Les établissements de santé ont été incités à la réalisation de cet audit des pratiques en 2005².

Le conseil scientifique du C.CLIN Ouest a choisi de proposer à chaque établissement d'organiser l'audit à la période et selon la méthodologie de son choix. L'analyse de l'audit a été envisagée au niveau de chaque établissement. L'exploitation régionale ou interrégionale de l'étude n'a pas été retenue.

Le questionnaire a été adressé aux établissements de santé en novembre 2006. Il avait pour but de recenser le nombre d'établissements qui ont mené un audit hygiène des mains en 2006, de connaître la méthode utilisée, de recueillir l'avis des utilisateurs sur la méthodologie proposée par le C.CLIN Ouest, d'estimer le nombre de professionnels audités, le type de soins concernés par l'étude et de repérer l'intérêt des établissements pour reconduire un audit des pratiques.

Résultats

1. Participation

Le questionnaire a été envoyé à 387 présidents de CLIN des ES de l'inter région Ouest. Le questionnaire a été retourné par 170 d'entre eux, soit une **participation de 44%**.

2. Réalisation d'un audit en 2006

Parmi les ES qui ont répondu au questionnaire, 128

établissements soit **75,30 % ont mené un audit** sur l'hygiène des mains en 2006. Parmi les 41 établissements (24 %) qui n'ont pas mené d'audit, 10 précisent qu'un audit sur l'hygiène des mains a été mené en 2005 et 10 annoncent que l'audit est planifié pour l'année 2007.

Participation à l'audit selon le type d'ES

Le type d'établissements est précisé pour les 128 établissements ayant réalisé un audit en 2006.

Tableau I - Participation à l'audit selon le type d'établissement

Type d'ES	n	%
Centre hospitalier	55	43.0
Clinique MCO	22	17.2
Soins de suite et réadaptation	22	17.2
Hôpital local	14	10.9
Hôpital spécialisé	8	6.3
Autres	3	3.9
CHU	2	1.6
Militaire	1	0.8
Soins de longue durée	1	0.8
TOTAL	128	100 %

3. Outil utilisé

- Choix de l'outil

Sur les 128 établissements, 82 ES (**64,1 %**), ont utilisé l'outil du C.CLIN, 44 ES (**34,4 %**) ont choisi une autre méthodologie : 20 ES (outil proposé par l'antenne régionale d'appartenance) et 10 ES (méthode élaborée en interne).

- Avis sur l'outil proposé par le C.CLIN

Parmi les 82 établissements qui ont utilisé la méthode proposée par le C.CLIN, 57 établissements (**69,5 %**) sont satisfaits, tandis que 24 établissements (**29,3 %**) ne sont pas satisfaits.

1 - Circulaire n°DHOS/DGS/E2/5C/2004/599 du 13 décembre 2004 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005/2008 dans les établissements de santé.

2 - Circulaire n°DGS/SD5C - DHOS/E2/2005/384 du 11 août 2005 relative à la stratégie nationale d'audit des pratiques en hygiène hospitalière.

Les remarques portent essentiellement sur la lourdeur de l'outil, 9 établissements signalent des modalités de recueil compliquées. L'outil de saisie Epi Info est jugé peu convivial : difficulté d'utilisation, absence de rapport automatisé (7 ES).

Par ailleurs, 6 ES ont regretté que la conformité de la technique d'hygiène des mains ne soit pas auditée et auraient souhaité qu'une sélection plus restreinte de gestes à observer soit proposée.

4. Résultats de l'audit

4-1. Catégories professionnelles observées

Lors d'un audit « opportunité hygiène des mains en 2006 » réalisé dans 128 établissements de santé, 10868 agents, toutes catégories confondues, ont été observés*.

Tableau II - Répartition des catégories professionnelles observées

Catégorie professionnelle	n
Infirmiers	4392
Aides-soignants	3151
Médecins	1197
Agents hospitaliers	956
Autres*	956
Médico-techniques	216
Total	10868

* « Autres » correspond aux étudiants paramédicaux ou aux élèves sages-femmes

4-2. Nombre d'opportunités

Sur les 128 réponses, 99 établissements soit 77.3 % ont précisé le nombre d'opportunités rencontrées lors des audits.

Tableau III - Répartition du nombre d'opportunités tous établissements confondus

Opportunités	Nombre d'ES	%
De 1 à 100	57	57.6
De 101 à 500	37	37.4
Plus de 500	5	5.1
Total	99	100

* les résultats n'ont pas pu être exploités pour 10 établissements qui ont communiqué un pourcentage de participation par catégorie professionnelle.

Les établissements sont répartis en trois classes de 1 à 100 situations, de 100 à 500 situations et supérieure à 500.

Remarque : le nombre des opportunités observées varie de 4 opportunités à 1014 opportunités.

4-3. Situations observées

Les observations sont classées en 7 situations, avec plusieurs réponses possibles : élimination des déchets, change des patients, sortie d'une chambre d'un patient en isolement septique, examen clinique d'un patient, soin de masso-kinésithérapie, pose de sonde urinaire, pose d'un cathéter veineux périphérique, injection intraveineuse

Les 128 établissements ont précisé les situations observées.

Tableau IV - Fréquence des situations observées selon les établissements

Situations observées	Nombre d'ES	%
1. Élimination des déchets	96	75
2. Change des patients	94	73.4
3. Examen clinique d'un patient, soin masso-kinésithérapie	76	59.4
4. Injection intraveineuse	63	49.2
5. Pose d'un cathéter veineux périphérique	52	40.6
6. Sortie d'une chambre d'un patient en isolement septique	50	39.1
7. Pose de sonde urinaire	25	19.5

3/4 des établissements de santé ont observé l'élimination des déchets et le change des patients, 1/5 ont observé la pose d'une sonde urinaire.

5. Actions engagées suite à l'audit

Parmi les 128 établissements, 107 (83.6 %) ont mené des actions correctives, tandis que 17 établissements (13.3 %) déclarent ne pas en avoir engagé.

Parmi les établissements qui ont fait un audit, 110 (85.9 %) sont favorables pour mener d'autres audits sur ce thème contre 13 établissements (10.2 %) qui ne le souhaitent pas.

Enquête concernant l'organisation d'un audit «opportunité hygiène des mains» dans les ES... suite

Résumé

Près de la moitié des 387 établissements interrogés ont répondu au questionnaire (44 %). L'audit hygiène des mains 2006 a été conduit par 75,3 % des établissements. Les centres hospitaliers sont les plus représentés (43 %), suivis par les cliniques MCO et les établissements de soins de réadaptation qui figurent dans la même proportion (17 %). La fréquence des hôpitaux spécialisés est à noter (6 %). Parmi les outils proposés pour l'audit, 64 % des établissements ont choisi l'outil du CCLIN Ouest, tandis que 35 % des autres établissements ont utilisé une méthodologie interne ou élaborée par l'antenne régionale d'appartenance.

La méthodologie du CCLIN Ouest est jugée satisfaisante pour 75 % des utilisateurs. Cependant des établissements, y compris parmi les satisfaits, relèvent la lourdeur de l'outil (modalités de recueil, comptage du nombre d'audités, utilisation d'Epi Info) ; les insuffisances de la méthode (pas d'observation de la technique, pas de gestes ciblés sur les activités spécifiques des établissements).

Plus de 10 000 professionnels ont été audités parmi lesquels on compte une majorité d'infirmières (4392),

suivies par les aides-soignantes (3151) puis par les médecins (1197).

Plus de la moitié des établissements déclarent avoir recensé entre 4 et 100 opportunités tandis que 37 % établissements comptent entre 100 et 150 opportunités. Un établissement totalise 1014 opportunités.

Parmi les situations de soins, environ 75 % des établissements déclarent avoir observé « l'élimination des déchets » et « le change des patients » ; la moitié d'entre eux : « l'examen clinique ou les soins de kiné », les « injections intraveineuses », « la pose de cathéter périphérique » et « la sortie en isolement septique » et pour 20 % d'entre eux « la pose de sonde urinaire ».

Des mesures correctives ont été engagées par la majorité des établissements (83 %). Les établissements sont favorables à 87 % à la reconduction d'un audit sur ce thème.

M.-A. ERTZSCHEID, M. AUPÉE,
C. CLIN Ouest

Application WEB concernant les surveillances

Ce projet est la suite du stage de master 2 TIMH (Traitement de l'Information Médicale et Hospitalière) effectué au CCLIN Ouest de mars à juin 2007 par Pacôme ANGORA, ingénieur informaticien.

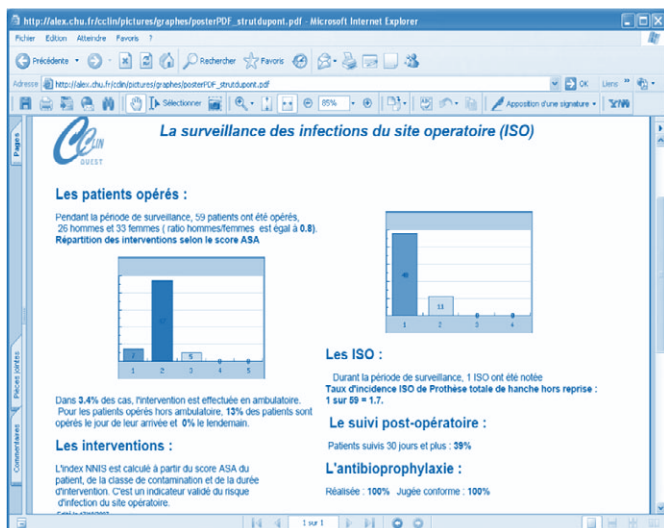
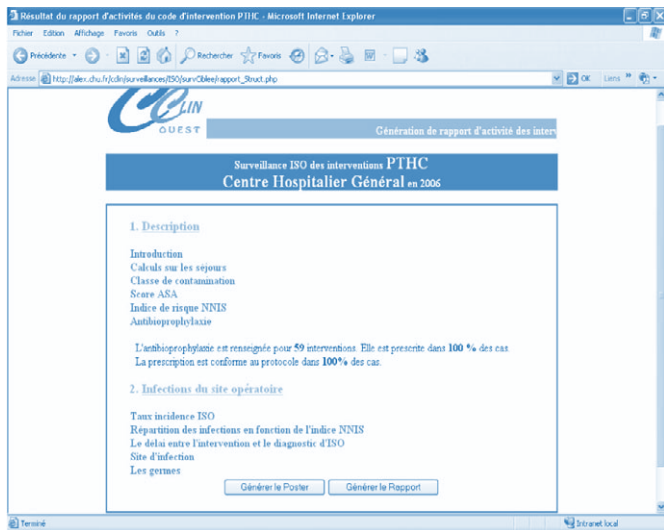
L'objectif est de fournir une application conviviale et réactive aux utilisateurs, pour l'exploitation des données de surveillance.

Région	Nombre de services	Nombre d'établissements	Nombre de fiches
Bretagne	16	12	2415
Centre	51	23	2961
Basse-Normandie	19	12	2268
Pays de la Loire	27	15	3482
Total	113	62	11126

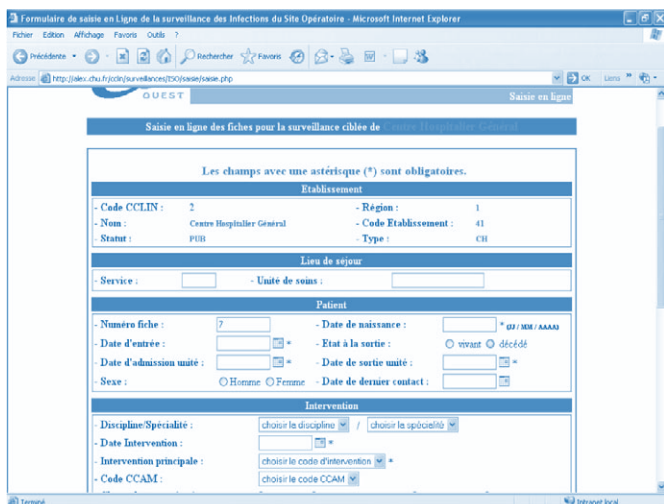
Type	Nombre d'établissements	%
CAC	3	4,8
CHU	4	6,5
CH	27	43,5
MCO	28	45,2
Total	62	100

Cette application Web permettra :

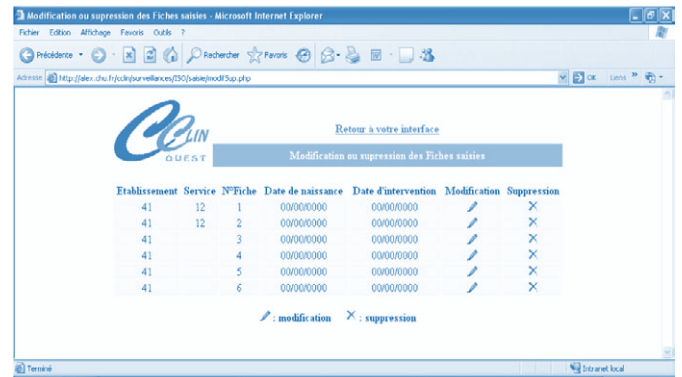
- la génération de rapports de résultats (d'établissement, régionaux ou inter régionaux) dynamiques disponibles en ligne pour les ES au format HTML ou au format PDF : poster comme ci-dessous ou rapports résumés ;



- la saisie en ligne des données de surveillance des établissements de l'inter région Ouest et plus largement la gestion des bases des établissements par le gestionnaire de données au niveau du CCLIN Ouest ;



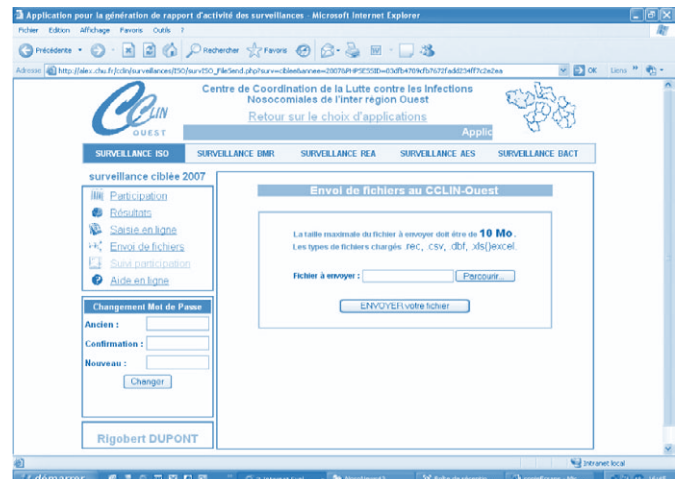
- des corrections après analyse de la qualité des données ;



- la récupération immédiate du fichier par l'établissement en format Excel, une fois l'ensemble des fiches de surveillance saisies ;



- l'envoi de fichiers obtenus à partir d'autres applications (EPI INFO, EXCEL ou ACCESS).



Dans un 1^{er} temps, il est décidé de développer la surveillance des ISO : avis du conseil scientifique du 11 septembre 2007. Des tests en situation réelle seront menés entre novembre et décembre pour une mise à disposition en janvier 2008.

La prochaine surveillance concernée par cette application sera la surveillance des BMR au 1^{er} semestre 2008.

L'état d'avancement du projet a été présenté à la réunion RAISIN à Paris du 3 octobre 2007.

P. ANGORA, M. OLIVIER, N. GARREAU et P. JARNO, C. CLIN Ouest

Journée «Hygiène en Hémodialyse» du 27 septembre 2007 à NANTES

Près de 120 personnes ont assisté à cette journée organisée par le C.CLIN Ouest sur le thème de l'hygiène en Hémodialyse. Le programme de cette journée avait été élaboré par un Comité de pilotage qui réunissait le C.CLIN Ouest, les partenaires de l'inter-région ayant participé à l'audit national en hémodialyse et un néphrologue de chaque région.

Cette journée a débuté par la présentation des résultats de l'enquête nationale « Hygiène en hémodialyse » effectuée à l'initiative de l'InVS et des 5 C.CCLIN en 2005 et 2006 : les résultats présentés ont montré les points forts et les pistes d'amélioration possibles et laissent entrevoir des perspectives de travail entre le C.CLIN, les centres et unités d'hémodialyse.

La journée s'est poursuivie par la présentation d'une expérience de surveillance des infections nosocomiales en hémodialyse par le C.CLIN Sud Est et toutes les

applications pratiques en terme d'amélioration des soins qui en ont découlé.

Les recommandations de la SFHH concernant la prévention des BMR, des infections des abords vasculaires, de la transmission virale ont fait l'objet de trois présentations où chaque intervenant a commenté ces recommandations qui sont parfois difficiles à mettre en place. Un commentaire particulier a été fait sur le choix des antiseptiques et a suscité de nombreuses questions.

L'après midi a été consacré aux expériences pratiques : l'expérience du groupe de travail des Pays de la Loire concernant une méthode d'analyse des risques, la gestion d'une épidémie d'Entérocoque résistant à la vancomycine, et deux expériences d'évaluation des pratiques.

Merci à tous les participants.

H. SÉNÉCHAL, C.CLIN Ouest

LU POUR VOUS...

Mortalité attribuable aux Infections Nosocomiales : étude de cohorte (patients ayant contracté ou non une infection nosocomiale) dans un CHU

Objectif : déterminer si la survenue d'une IN est un facteur de risque de décès ; estimer la mortalité attribuable aux IN.

Méthode : *étude de cohorte constituée de patients ayant ou non contracté une IN, *population : tous les patients hospitalisés dans le Centre Hospitalier Universitaire de Nîmes, entre le 07/05/2001 et le 10/01/2003 dans les services de court séjour et de long séjour ayant contracté une IN ; pour chaque cas, 3 patients n'ayant pas contracté d'IN tirés au sort et appariés au cas selon l'âge, le sexe, le type (court ou long séjour) et la durée du séjour à la date d'inclusion (date de survenue de l'IN) ont été inclus dans la cohorte *les IN ont été identifiées à partir des bases de données du laboratoire et de la pharmacie (prescription d'antibiotiques) et confirmées par des visites dans le service concerné. *le critère de jugement principal était le statut vivant ou décédé à 60 jours après la date d'inclusion. *le risque de décès en cas de survenue d'IN a été évalué en utilisant la régression logistique (ajustement selon les comorbidités associées, leur sévérité et d'autres facteurs de confusion) ; la proportion ajustée de décès attribuable a été calculée selon la méthode de Mantel Haenszel

Résultats : 1914 patients avec une IN (incidence sur la période de l'étude de 2,5 pour 100 admissions) et 5172 patients sans IN ont été inclus : l'âge médian des patients ayant contracté une IN était de 73 ans et 54,6%

étaient des femmes. La survenue d'une IN était statistiquement associée au décès : OR ajusté de 1,7 (IC à 95% [1,4 – 2,2]). La mortalité attribuable, tout type d'IN confondu, a été estimée entre 1,7% (IC à 95% [1,4% – 2,1%]) et 3,0% selon le score de gravité inclus dans le modèle (Mac Cabe ou Charlson). En extrapolant le modèle à l'incidence des IN dans les hôpitaux français, comprise entre 3 et 6% selon les études, la proportion de décès attribuable aux IN dans les hôpitaux français est comprise entre 2,1% (IC à 95% [1,7 – 2,5]) et 4% (IC à 95% [3,3 – 4,9]) selon le modèle et le chiffre d'incidence utilisés.

Conclusion : dans cette étude, la survenue d'une IN semble avoir un impact sur la mortalité. Ces résultats doivent être confirmés par d'autres études multicentriques.

*FABBRO-PERAY P et al.. Mortality attributable to nosocomial infection: a cohort of patients with and without nosocomial infection in a french university hospital. Infection control and hospital epidemiology 2007; 28(3):265-272. [Réf. NosoBase : *18498].*

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

Directeur de la publication : Dr M. AUPÉE
Secrétaire de Rédaction : I. GIROT

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
martine.aupee@chu-rennes.fr
Site web : <http://www.cclinouest.com>

Dépôt légal : 4^e trimestre 2007
Réalisation : A.L.J. Création (Montfort / 02 99 09 34 41)