

NOSO News



Bulletin N°45

Mai 2008 - Trimestriel

AU SOMMAIRE

Bloc-Notes

p.1

Résultats de l'enquête
sur l'évaluation du
dispositif et de la
perception du signalement

p.1

Contrôle qualité
BMR 2004-2007

p.4

Nouvel outil
du GREPHH

p.6

Assemblée générale
du C.CLIN Ouest

p.7

Lu pour vous

p.8

BLOC-NOTES

C.CLIN Ouest

- Le Noso.Doc du 4^e trimestre 2007 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.

Documentation

- *Gaines de protection à usage unique pour dispositifs médicaux réutilisables: recommandations d'utilisation.* HCSP, CTINILS, décembre 2007, 16 p.
- *Les bonnes pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.* Ministère de la santé, Société Française de Gériatrie et de Gérontologie, 2007, 115 p.
- *La fonction linge dans les établissements de santé.* 2^e éd. Ministère de la santé, URH, 2007, 212 p.

Congrès et journées

- XIX^e congrès de la Société Française d'Hygiène Hospitalière - 5 et 6 juin 2008 - Paris
- 9^{es} Journées Nationales d'Infectiologie (JNI) - 4, 5 et 6 juin 2008 - Marseille
- ARH Bretagne : Gestion des risques et coordination des vigilances - 23 mai 2008 - CHU de Rennes
- Réseau Colines : La prévention des ISO : préparation de l'opéré et suivi post-opératoire - 12 juin 2008 - CH Saint Nazaire
- RHC : Le risque nosocomial en EPHAD, les enjeux, l'alerte - 19 juin 2008 Atrium St Avertin
- RRR : Lutte contre les IN pour les représentants des usagers - 26 juin 2008 Faculté de médecine - Caen

Résultats de l'enquête sur l'évaluation du dispositif et de la perception du signalement des infections nosocomiales dans les établissements de santé de l'inter-région Ouest

Introduction

Le décret du 26 juillet 2001 relatif à la lutte contre les infections nosocomiales et la circulaire du 22 janvier 2004 relative au signalement des infections nosocomiales et à l'information des patients dans les établissements de santé, prévoient que chaque établissement de santé (ES) mette en place un dispositif de signalement interne et externe des IN. Le C.CLIN (avec la DDASS) doit en être le destinataire.

L'axe 3 du programme national de lutte 2005 - 2008

contre les infections nosocomiales précise à propos du signalement les points suivants :

- *Actions locales : veiller à ce que le dispositif de signalement interne et externe des infections nosocomiales soit organisé ;*
- *Actions départementales / inter-régionales / nationales : consolider le dispositif de signalement des IN en améliorant l'homogénéité de la couverture nationale et en formalisant le retour d'expérience et l'analyse des épisodes signalés.*

Peu d'évaluations du dispositif de signalement existent à ce jour. Les réticences soulevées sont le plus souvent^[1] la crainte d'une médiatisation de l'évènement et d'éventuelles poursuites judiciaires. Le plus souvent les signalements internes reposent sur un membre du CLIN, l'EOHH^[2] ou les correspondants en hygiène et nécessitent un consensus local d'infections à déclarer^[3].

Depuis 2001, **le dispositif de signalement n'a cessé de croître dans l'inter-région Ouest** : plus de 700 fiches de signalement externe reçues par le C.CLIN Ouest en 6 ans et 39 interventions sur site (C.CLIN, Antennes, DDASS). Ce dispositif a donné lieu chaque année à un bilan des signalements reçus, une analyse thématique de certains signalements (méningites, infections liées aux endoscopies), une analyse de la pertinence des signalements effectués et à des retours d'informations au niveau régional avec les autres acteurs du dispositif (DDASS, CIRE, C.CLIN et Antennes).

Une première enquête a été réalisée par le C.CLIN Ouest en septembre 2006 concernant les responsables de signalement et les dispositifs de signalement interne et externe mis en place dans les établissements de l'inter-région (Noso-News n°39 p.7-8). La participation était de 71 % (391 ES sollicités) ; 69 % des ES avaient un responsable de signalement connu. Parmi eux, 62 % avaient un dispositif de signalement interne ou externe des IN, 54 % une procédure et 51 % une procédure validée.

Suite à cette première enquête, le C.CLIN Ouest a souhaité connaître les difficultés rencontrées par les professionnels concernant la mise en place et le déroulement du signalement interne et externe dans les établissements. Les objectifs principaux étaient d'évaluer le dispositif (*circuits des signalements interne et externe des IN, aide apportée par le C.CLIN, remplissage de la fiche de signalement*), de comprendre les mécanismes de résistance au signalement auprès des établissements ayant déjà signalé ou non et d'améliorer la qualité du signalement interne et externe dans les établissements de santé de l'inter-région Ouest et l'aide du C.CLIN aux ES signalant.

Le recueil de données, avec saisie en ligne, a eu lieu fin 2007. Quatre thématiques étaient explorées :

- l'organisation du circuit du signalement interne
- l'organisation du circuit du signalement externe
- la perception du dispositif de signalement par les acteurs du signalement
- les raisons invoquées en cas de résistance au signalement externe

Résultats

La participation a été de 68 % (269 établissements/396 ont renvoyé leur questionnaire).

Parmi eux, 263 (98 %) ont saisi leur questionnaire en ligne sur le site Internet du C.CLIN Ouest. Les tableaux ci-dessous présentent la participation selon le type d'établissement et la région.

Parmi les 269 participants, 102 disent avoir déjà signalé au C.CLIN (38 %). Dix huit établissements disaient à tort ne pas avoir signalé. Cela s'explique sans doute par le changement du responsable du signalement, notamment pour les signalements antérieurs à 2007.

Sur les 269 établissements ayant répondu **sur la période de l'enquête** du 15/10 au 31/12/2007, 120 avaient déjà signalé au C.CLIN **avant le début de l'enquête** soit 44,6% (données issues de la base signalement du C.CLIN Ouest).

Le taux de participation par région variait de 61 % pour les Pays de la Loire à 76 % pour la région Centre.

Tableau 1 - Répartition et participation des ES par région

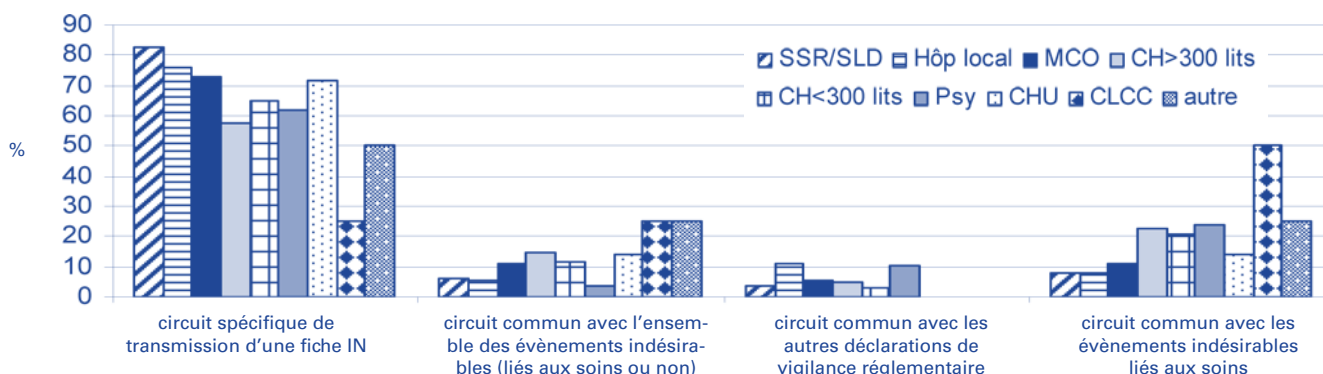
Région	ES répondants		Taux de participation
	Nb	%	%
Basse Normandie	82	30.9	72.6
Bretagne	74	27.5	75.5
Centre	40	14.9	65.6
Pays de la Loire	72	26.7	61.0
St Pierre et Miquelon	1	<0.01	100
TOTAL	269	100	

Dans plus de la moitié des cas, c'est le président de CLIN (PDC) qui a rempli le questionnaire. Le responsable du signalement n'a rempli le questionnaire que dans 22 % des cas mais ce pourcentage est à prendre avec précaution car des PDC ou des praticiens hospitaliers en hygiène hospitalière (PHH) sont aussi responsables du signalement et ne se sont pas identifiés comme tels.

Dispositif du signalement interne des IN

Dans 91 % des établissements interrogés (245/269), il existe un dispositif de signalement interne. Quelque soit le type d'ES, plus de 80 % des répondants ont un dispositif de signalement interne des IN.

Grappe 1 - Circuit du signalement interne par type d'ES

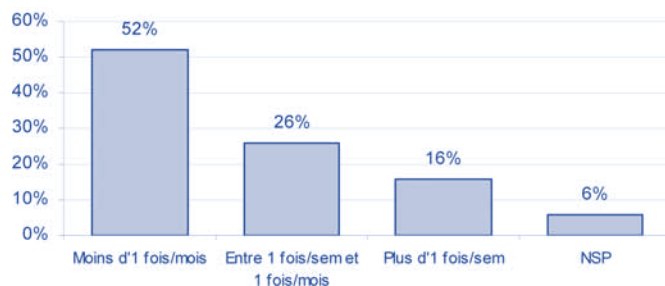


Pour 15 % des CHU et des CH de grande taille (plus de 300 lits), le signalement interne fait l'objet d'un circuit commun avec l'ensemble des événements indésirables (liés aux soins ou non). Pour 1 hôpital local sur 10, le signalement interne des IN fait l'objet d'un autre circuit commun avec les autres déclarations/signalements de vigilance réglementaires.

Il existe une procédure écrite du dispositif de signalement interne dans 77 % des cas (207/269) et celle-ci est validée dans 71 % des cas (192/269).

Fréquence du signalement interne des IN

Graph 2 - Fréquence du signalement des IN en interne



Sur 245 ES ayant un dispositif de signalement interne, plus de la moitié des ES signalent moins d'une fois par mois en interne des IN, 26 % entre une fois par semaine et une fois par mois, 16 % plus d'une fois par semaine et 6 % ne savent pas répondre à cette question (graphe 2).

Dispositif du signalement externe

Dans 93,7 % des établissements (252/269), il existe un responsable du signalement externe qui est aussi responsable du signalement interne dans 69,4 % des cas. Quel que soit le type d'ES, la grande majorité a un responsable du signalement externe.

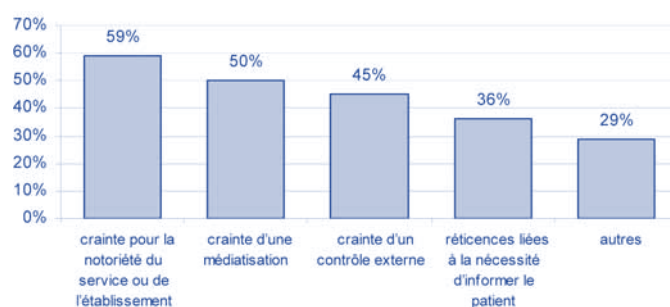
Dans 93 % des établissements interrogés (249/269), il existe un dispositif de signalement externe.

Il existe une procédure écrite dans 70 % des cas (189/269) et validée dans 64 % des cas (173/269).

Réticences liées au signalement externe

Vingt et un pour cent des répondants (56/269) sont confrontés à des réticences au sein de leur établissement pour signaler en externe (graphe 3).

Graph 3 - Répartition des réticences au signalement externe



La crainte pour la notoriété du service ou de l'établissement représente 60 % des réticences au signalement externe. Pour la moitié des ES, c'est la crainte d'une médiatisation qui entraînerait des réticences à signaler en externe. Viennent ensuite la crainte d'un contrôle externe (45 %) et la nécessité d'informer le patient en cas d'IN (36 %). Parmi les autres réticences invoquées (29 %), on trouve : des freins au signalement interne, un manque de formation des professionnels et une charge de travail supplémentaire.

Contact avec le C.CLIN

Quatre vingt sept pour cent des ES (89/102) ont déjà eu un contact (téléphonique, mail...) avec le C.CLIN (1 donnée manquante). Parmi ceux, qui n'en ont pas eu soit 12 ES (dont 4 cliniques MCO et 3 hôpitaux locaux), 4 auraient souhaité en avoir un.

Parmi ceux ayant eu un contact avec le C.CLIN, le C.CLIN a déjà demandé des informations complémentaires dans 79 % des cas (70/89). Pour les répondants, ces demandes paraissaient justifiées pour 87 %, en doublon avec la tutelle pour 9 % et 6 % n'avaient pas d'avis.

Pour 64 % (57/89) des ES ayant eu un contact avec le C.CLIN, celui-ci leur a apporté une aide à chaque fois. Le C.CLIN a parfois apporté une aide pour 18 % des ES (16/89) et 12 % (11/89) estiment que le C.CLIN ne leur a jamais apporté d'aide lors de ce contact. Lorsqu'une aide était apportée par le C.CLIN, elle était jugée adaptée à chaque fois pour 82 % des ES, parfois adaptée pour 16 %.

Pour 94 % des cliniques MCO, l'aide apportée par le C.CLIN était adaptée à chaque fois (contre 82 % globalement). Tous les ES de Basse-normandie et 92 % des ES de la région Centre trouvent que l'aide apportée par le C.CLIN était adaptée à chaque fois. Cette appréciation correspond à l'aide apportée par le réseau C.CLIN (niveau inter-régional et régional).

Les 72 ES ayant eu un contact avec le C.CLIN et pour lesquels le C.CLIN a apporté une aide adaptée à chaque fois ou parfois, ont spécifié dans quel(s) domaine(s).

Conclusion

De cette enquête ressortent plusieurs pistes d'amélioration :

- mieux comprendre la persistance de réticences au signalement externe comme la crainte de l'impact d'un signalement sur l'image de l'établissement par une enquête qualitative auprès d'un échantillon d'établissements ;
- aider les établissements à la mise en place d'un signalement interne performant par un retour d'expériences d'établissements ayant un fonctionnement efficace ;
- former les professionnels de soins à la prise en charge de ces événements indésirables rares ;
- élaborer un module interactif, à l'attention des acteurs concernés par le signalement, d'aide à la compréhension des critères de signalement et d'aide au remplissage de la fiche ;
- améliorer le lien avec les tutelles lors de réunions régionales ;
- participer au groupe national de télésignalement qui permettra une saisie en ligne de ce signalement et donc une transmission simultanée aux C.CLIN, à la DDASS et à l'InVS avec un partage de données concernant ces signalements (projet 2008-2010).

Ce travail en commun avec les autres C.CLIN et l'InVS permettra de faire évoluer le dispositif. En effet, l'ensemble des C.CLIN aura bientôt évalué ce dispositif et certaines pistes d'amélioration pourront faire l'objet d'une réflexion commune.

1. CARBONNE A. et al. *Evaluation de la pertinence du signalement des infections nosocomiales dans l'inter-région Nord, janvier 2002 - août 2003. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2005 ; 1 :2-3.*

2. PENEL N. et al. *Analyse des facteurs influençant la démarche de signalement interne d'infection nosocomiale : à propos de 108 signalements. La Presse Médicale. 2003 ; 32(38) :1797-1801.*

3. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. *Signalement interne des infections nosocomiales en réanimation. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation. 2003 ; 22 :387-389.*

Hélène SÉNÉCHAL, Parcal JARNO, Marion OLIVIER,
C.CLIN Ouest

Un rapport complet sera transmis aux responsables signalements, PDC et PHH en juin 2008.

Contrôle qualité BMR 2004-2007

La surveillance des BMR reste une priorité nationale clairement exprimée dans le programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008. La surveillance nationale des BMR, organisée par le RAISIN, s'effectue, chaque année, sur 3 mois (avril à juin) et concerne les SARM, les entérobactéries β LSE et les entérocoques résistants aux glycopeptides. Le C.CLIN Ouest propose aux établissements volontaires de poursuivre cette surveillance RAISIN sur l'année ou de suivre toutes les BMR (les BMR déjà citées ci-dessus et les entérobactéries hyperproductrices de céphalosporinase, *Pseudomonas aeruginosa* résistants à la ceftazidime, *Acinetobacter baumannii*, résistants à la ticarcilline ou à l'imipénème) soit sur 3 mois soit sur l'année.

A la demande des biologistes participant à cette surveillance, le C.CLIN Ouest a mis en place, depuis 2003, le contrôle qualité BMR (CQBMR) qui permet aux biologistes de s'évaluer sur le diagnostic des BMR.

Méthode utilisée depuis 2003

Un comité de pilotage constitué de 5 personnes du C.CLIN Ouest : Hélène SÉNÉCHAL et les 4 correspondants régionaux : Roland LECLERCQ - Basse-Normandie, Jacques VAUCÉL - Bretagne, Nathalie van der MEE - Centre, Jocelyne CAILLON - Pays de la Loire veillent chaque année au bon déroulement du CQBMR selon les modalités suivantes :

- inscription des établissements à l'enquête BMR RAISIN, auprès des antennes régionales (AR) du C.CLIN, en janvier de chaque année;
- validation des listes de laboratoires et biologistes associés aux établissements inscrits. Le C.CLIN Ouest a constitué ainsi au fil des années une base acteurs de 222 biologistes et 147 laboratoires (24 en Basse-Normandie, 46 en Bretagne, 30 en région Centre et 47 en Pays de la Loire);
- choix des trois souches par le comité de pilotage en fonction de plusieurs critères :
 - souches de collection stables présentant des critères de résistance validés ;
 - un *S. aureus* toujours présent, associé à une entérobactérie et une souche au choix le plus souvent BMR émergente : ERV, *Pseudomonas*...

En 2005, un SARM, un SASM et un *E. coli* avec céphalosporinase ; en 2006, un SARM, *E. coli* avec céphalosporinase, *E. faecium* Vanco R ; en 2007, un SARM, *E. cloacae* avec céphalosporinase, *P. aeruginosa* R.

- lyophilisation des souches par un laboratoire spécialisé qui en assure l'expédition;
- validation des profils de résistance des souches lyophilisées, effectuée par les 4 correspondants régionaux;
- expédition des souches vers les laboratoires participant au CQBMR;
- réalisation du CQBMR;

- retour des résultats vers les correspondants, 15 jours après réception des souches;
- analyse collégiale des résultats régionaux, fin juin;
- envoi des résultats à chaque laboratoire par les correspondants régionaux garants de l'anonymat;
- session de rattrapage en septembre pour les laboratoires n'ayant pas identifié la ou les bonnes bactéries : deux souches sont envoyées aux laboratoires concernés;
- publication de la synthèse des résultats dans le Noso-News.

Deux cent soixante cinq ES étaient inscrits à la surveillance BMR 2007; parmi ces ES, 215 ES ont effectivement réalisé la surveillance soit 81%^[1]. Concernant les 170 laboratoires inscrits, 162 ont participé aux CQBMR^[2]

Quatre vingt dix sept pour cent (209/215) des ES ayant effectué la surveillance des BMR ont participé au CQBMR.^[3] Il faut rappeler que l'inscription à la surveillance BMR engage non seulement l'ES à renvoyer ses données au C.CLIN mais aussi le laboratoire concerné à participer au CQBMR.

Objectifs du contrôle de qualité

L'objectif principal est d'instaurer un contrôle de qualité des données recueillies lors de la surveillance des BMR dans l'inter-région Ouest. L'objectif secondaire est d'améliorer la détection des bactéries multirésistantes dans les laboratoires : le contrôle de qualité est suivi d'un rattrapage si le laboratoire n'a pas donné de bonne réponse lors de la première session. Le C.CLIN Ouest, ses antennes régionales et les correspondants biologistes organisent des formations de biologistes et techniciens de laboratoire sous différentes modalités :

- le Pr Marie-Laure JOLY GUILLOU du CHU d'Angers et le Dr Jocelyne CAILLON du CHU de Nantes ont réalisé deux sessions de formation en 2007 (Nantes le 21 juin et Angers le 23 octobre) : "Interprétation de l'antibiogramme des entérobactéries et des staphylocoques". Ces formations ont réuni 54 participants provenant de 37 laboratoires;
- le 25 septembre 2007 à Tours : "information sur le *Pseudomonas aeruginosa*" : 50 participants biologistes et hygiénistes;
- le 13 novembre 2007 à Caen : réunion de restitution des résultats du CQBMR suivie d'un échange.

[1] - Par ailleurs, certains ES ont fait parvenir leurs données au C.CLIN sans s'être inscrits au préalable. Les laboratoires travaillant avec ces ES n'ont, par conséquent, pas été sollicités pour participer au CQBMR.

[2] - En fait 166 : en région Centre la participation à d'autres surveillances comme celle des bactériémies a amené quelques laboratoires à participer au CQBMR sans que l'établissement participe à la surveillance BMR

[3] - Et sur l'ensemble des 238 ES ayant fait parvenir leurs données au C.CLIN, seuls 209, soit 88 %, ont participé au CQBMR.

Participation

Tableau 1 - Effectifs des ES participant à la surveillance des BMR depuis 1999 et des laboratoires participant au CQ depuis 2003

Année	ES	Souches BMR	Laboratoires participants CQ
1999	14	428	
2000	31	1 637	
2001	73	3 067	
2002	86	3 477	
2003	137	4 485	115
2004	111	4 089	117
2005	130	4 013	131
2006	164	4 185	124
2007	238 *		166 ** (162 : BMR)

* ES ayant expédié leurs données au 10 avril 2008

** Dans la région Centre, d'autres surveillances comme les bactériémies amènent les laboratoires à participer au CQBMR

Résultats du contrôle de qualité

Les résultats présentés ici concernent les caractères de métilino-résistance pour les staphylocoques (tableau 2), la présence d'une céphalosporinase hyperproduite pour les entérobactéries (tableau 3) et la résistance à l'imipénème de *Pseudomonas aeruginosa* (tableau 4). L'analyse porte sur les résultats interprétés par les laboratoires et rendus aux cliniciens.

Tableau 2 - Bonnes réponses pour les SARM multi sensibles, vis-à-vis de la métiline

SARM	2004		2006		2007	
	N	Bonnes réponses	N	Bonnes réponses	N	Bonnes réponses
Basse Normandie	25	88%	31	100%	32	78%
Bretagne	30	83%	40	97%	48	91%
Centre	27	89%	18	100%	45	84%
Pays de la Loire	34	82%	35	97%	41	85%
TOTAL	116	85%	124	98%	166	85%

Tableau 3 - Bonnes réponses pour les entérobactéries, vis-à-vis de la céphalosporinase hyperproduite

<i>E. coli</i> (2006) <i>E. cloacae</i> (2007)	2006			2007		
	Participation N	Bonnes réponses		Participation N	Bonnes réponses	
		n	%		n	%
Basse Normandie	31	20	64	32	23	72
Bretagne	40	34	85	48	39	93
Centre	18	9	50	45	30	81
Pays de la Loire	35	24	69	41	31	75
TOTAL	124	87	70	166	123	74

Tableau 4 - Bonnes réponses pour le *Pseudomonas aeruginosa* intermédiaire à l'imipénème

<i>Ps. aeruginosa</i>	2007	
	N	Bonnes réponses
Basse Normandie	32	40%
Bretagne	47	38%
Centre	45	15%
Pays de la Loire	41	20%
TOTAL	165	27%

Discussion

1 - Détection de la résistance à la métiline de *S. aureus*

La détection de la résistance à la métiline du *Staphylococcus aureus* a diminué en 2007 par rapport à 2006. Les profils de résistance de ces *Staphylococcus aureus* sont différents d'une année sur l'autre :

- en 2004, un SARM multisensible difficile avec une résistance hétérogène à la métiline, Kana S, Tobra S, Genta S, Ery S, Pristina S, Fluoro R ;
- en 2006, un SARM sans aucune résistance associée ;

- en 2007, un phénotype parmi les plus fréquents actuellement (Kana R, Tobra R, Fluoro R). La majorité des laboratoires qui ont répondu S à l'oxacilline (23 laboratoires) n'ont peut-être pas réalisé le test en diffusion sur Mueller - Hinton avec un disque de céfoxitine (recommandations du CA-SFM). Si la galerie d'automates n'inclut pas la céfoxitine, il est recommandé alors de réaliser ce test en parallèle.

2 - Détection d'hyperproduction de céphalosporinase des entérobactéries.

Les résultats 2006 ayant été moyens (70% de bonnes réponses), nous avons proposé en 2007 un *Enterobacter cloacae* avec une hyperproduction de céphalosporinase. Quarante laboratoires sur 166 ont répondu présence de β LSE ou "ne sait pas". Le pourcentage de bonnes réponses est de 74 %. Des progrès sont à faire dans la détection de ces mécanismes de résistance. Le Pr LECLERCQ rappelle que pour la détection de β LSE, il ne faut tenir compte que des images de synergie significatives avec l'Augmentin®. Cependant la détection de β LSE reste une pratique difficile en l'absence d'une technique standardisée.

3 - Détection de la sensibilité diminuée à l'imipénème de *Pseudomonas aeruginosa*.

Cette souche a été trouvée sensible à l'imipénème par 73% des laboratoires surtout lorsque les laboratoires utilisent des automates.

Conclusion

La participation à la surveillance des BMR et au CQBMR est croissante. Ce contrôle qualité mis en place à la demande des biologistes de l'inter-région a démontré son intérêt. Il n'est pas redondant avec les contrôles qualité des laboratoires d'analyses médicales, il s'inscrit dans le contexte bien particulier de la surveillance des BMR. L'intérêt porté au CQBMR ainsi qu'aux formations proposées par les correspondants régionaux, encourage le C.CLIN Ouest à poursuivre cette démarche. Merci à l'ensemble des biologistes de l'Inter-région pour leur participation.

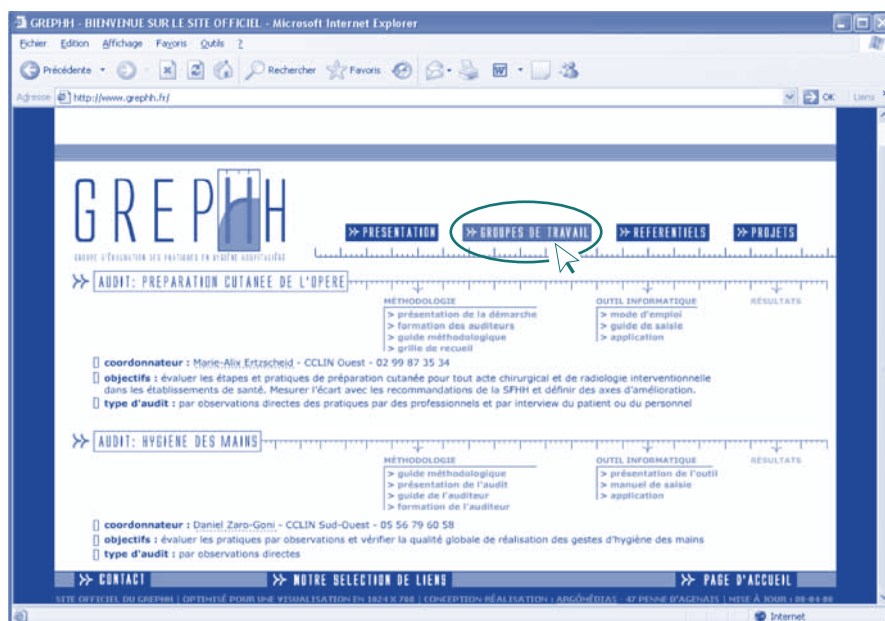
H. SÉNÉCHAL - C.CLIN-Ouest; J. CAILLON - CHU Nantes; R. LECLERCQ - CHU Caen; J. VAUCEL - CH St Brieuc; N. van der MEE - CHU Tours.

Nouvel outil du GREPHH - Hygiène des mains : observance-pertinence

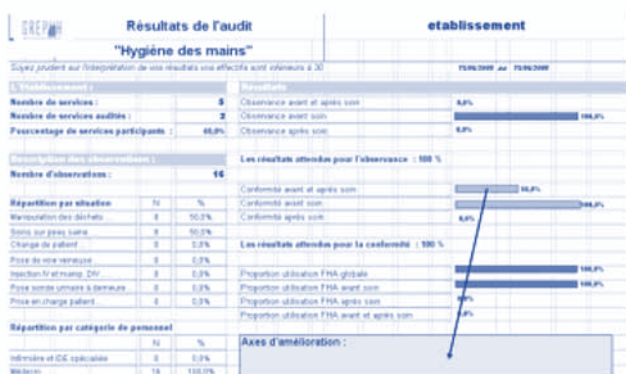
Après l'outil "POP" qui permet aux établissements de santé pratiquant la chirurgie d'évaluer la préparation cutanée de l'opéré, voici l'outil "Hygiène des mains, observance - pertinence : HYGMAINS." Il vient d'être mis en ligne sur le site du GREPHH, sous l'onglet "Groupes de travail".

Le groupe de travail était animé par D. ZARO-GONI du C.CLIN Sud-Ouest et se composait de membres des 5 C.CLIN : Hubert TRONEL (C.CLIN Est), Sylvie ARSAC (C.CLIN Sud Est), Delphine VERJAT-TRANNOY et Danièle LANDRIU (C.CLIN Paris Nord), Martine AUPÉE et Nadine GARREAU (C.CLIN Ouest).

Des établissements de chaque inter-région ont participé aux tests de l'outil. Conçu sur le même principe que l'outil "POP", l'outil "HYGMAINS" élaboré par Nadine GARREAU, permet d'éditer un rapport, un poster et des graphiques de façon automatisée immédiatement après la saisie des données validées.



Poster de synthèse service



Rapport d'analyse service

Résultats service audit "Hygiène des mains"		
MedA		
Votre nombre d'observations pour ce service est inférieur à 30		
Soyez prudent sur l'interprétation des résultats		
Etablissement :	établissement	
Nombre de services dans l'établissement :	5	
Période de l'enquête :	15/06/2008 au 15/06/2008	
Service :	MedA	
Descriptif de l'audit :		
> Nombre global d'observations : 16		
> Nombre d'observations par discipline		
	N	%
Médecine	16	100,0%
Chirurgie	0	0,0%
Maternité-Obstétrique	0	0,0%
Réanimation/Soins Intensifs	0	0,0%
SSSI	0	0,0%
Ellec Opérateur	0	0,0%
Médecin-Technique	0	0,0%
Hémodialyse	0	0,0%
Urgence	0	0,0%

Délibérément, le groupe de travail n'a retenu que 7 situations à observer :

- Manipulation des déchets, excréta et linges souillés ;
- Soins sur peau saine (ex : kinésithérapie, examen clinique tel que l'auscultation et la palpation, ...);
- Change de patients ;
- Pose de voie veineuse périphérique ou voie sous-cutanée ;
- Injections intraveineuses et toute manipulation d'un dispositif intravasculaire ;
- Pose d'une sonde urinaire à demeure, sondage évacuateur ;
- Prise en charge d'un patient nécessitant des précautions complémentaires type "contact" (soin ou contact avec le patient ou son environnement).

Ces situations ont été choisies en raison de leur fréquence, l'audit devant être utilisable pour un maximum

d'établissements, facilement observables pour toutes les catégories professionnelles et les différents types d'hygiène des mains, susceptibles de présenter un risque infectieux pour le patient et son environnement ou pouvant être à l'origine d'une transmission croisée manuellement ; permettant d'évaluer différents niveaux de risque infectieux et enfin pour lesquelles le type d'hygiène des mains attendu est connu et consensuel d'où la possibilité d'introduire une notion de conformité.

L'outil permet de saisir jusqu'à 506 observations par fichier et un maximum de 17 services. Au delà, la fusion de plusieurs fichiers est possible, ce peut être le cas dans des établissements importants multi-sites.

Parmi les documents mis en ligne, se trouvent trois guides, expliquant les modalités de l'audit (guide méthodologique), de recueil des informations (guide de l'auditeur) et d'utilisation de l'outil de saisie (guide informatique).

Figurent également trois diaporamas permettant des présentations orales de l'audit, dans les instances, aux auditeurs et aux personnes chargées de la saisie des données.

Ce second outil GREPHH a le même objectif que le précédent : proposer un outil national d'évaluation de pratiques en hygiène hospitalière, "clé en main", qui permette aux établissements de s'évaluer, d'éditer sans délai leurs résultats et de renouveler leurs audits dans le cadre d'un programme d'amélioration de la qualité.

Parallèlement, le GREPHH propose, dans la foulée de la journée de "sensibilisation à l'hygiène des mains", organisée par le Ministère de la santé, le 23 mai prochain, de réaliser un audit national à partir des données que les établissements volontaires transmettront aux C.CLIN. Cette enquête nationale permettra de valoriser tout le travail déjà réalisé, depuis de nombreuses années, dans les établissements de santé sur le thème de l'hygiène des mains.

Martine AUPÉE, C.CLIN Ouest

Assemblée générale du C.CLIN Ouest

Près de 160 personnes ont participé à l'assemblée générale du C.CLIN Ouest le 3 avril dernier à la Faculté de médecine de Rennes.

Elle a débuté par la présentation des rapports d'activité des antennes régionales et du niveau inter-régional, l'approbation des bilans du Conseil Scientifique et du Conseil de Gestion et la présentation des modifications du protocole de fonctionnement du C.CLIN.

Elle s'est poursuivie par un point sur les surveillances (modifications des protocoles, résultats préliminaires et surtout nouveaux outils de saisie Web) et le signalement (résultats de l'enquête d'évaluation du dispositif de signalement).

L'évaluation des pratiques professionnelles en hygiène hospitalière a été le thème principal de cette journée.

- les grands principes de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), ou **analyse des pratiques professionnelles par rapport à un référentiel dans un but d'amélioration continue de la qualité**, ont été rappelés par Isabelle RULLON médecin responsable des EPP dans les établissements de santé (ES) à la Haute Autorité de Santé (HAS) :

- *intégration de l'évaluation dans la pratique quotidienne;*
- *démarche formative;*
- *pour le dispositif EPP "médicales", mise en œuvre collective dans le cadre d'un programme de service mais validation individuelle.*

De même, I. RULLON a rappelé les liens avec les autres dispositifs concernant l'amélioration de la qualité dans les ES :

- *obligation FMC;*
- *accréditation pour les métiers à risque;*
- *certification version 2007.*

Le processus de validation des EPP et les ressources méthodologiques disponibles dans la région ont été précisés par les autres intervenants : Marie-Bénédicte COUTTE médecin de santé publique correspondante régionale de la HAS et responsable EPP au CHU de Brest et David VEILLARD médecin de santé publique responsable EPP au CHU de Rennes.

- Les travaux du Groupe d'Évaluation des Pratiques en Hygiène Hospitalière (GREPHH), émanation des 5 C.CLIN et où siège un membre de la HAS, ont été

détaillés ; qu'ils soient en cours (*1^{er} résultats inter-régionaux de l'audit sur la préparation cutanée de l'opéré ou audit POP*) ou en devenir (*méthode et outil de recueil "audit hygiène des mains" ; projet "cathéter périphérique"*).

- Les présentations d'expérience d'un ES de chaque région ont mis en évidence, à travers les différentes expériences locales, la diversité des actions menées dans le champ de l'hygiène hospitalière pouvant faire l'objet d'une EPP (*tant en termes de méthodes utilisées que du thème étudié*), et le savoir-faire pré-existant dans le domaine de l'évaluation :

- Diagnostic "Hygiène", audit organisationnel, aux centres hospitaliers de Quimper et Saint-Brieuc : action généralisée à l'ensemble des ES du RRESO Bretagne - G. ROLLAND-JACOB ;
- Utilisation potentielle de dispositifs de veille épidémiologique (surveillance continue et signalement d'IN) dans un service du CHU de Nantes pour la validation des EPP - D. LEPELLETIER ;
- Audit de pratiques, concernant l'antibioprophylaxie au CH de Dreux : action ayant fait l'objet d'une certification V2 - F. COULOMB ;
- Evaluation des connaissances concernant les précautions standard et particulières au CRLCC de Caen. Outil du Réseau Régional d'Hygiène de Basse-Normandie (RRH) - F. LEMARIÉ.

Les participants ont souligné l'importance de cette journée qui a permis d'échanger avec les intervenants et les autres professionnels du réseau C.CLIN Ouest (*du C.CLIN et des ES des quatre régions Bretagne, Pays de la Loire, Basse-Normandie et Centre*) sur le thème général de l'évaluation des pratiques professionnelles et de mieux repérer, en cas de besoin, les ressources disponibles.

L'ensemble des diaporamas présentés lors de cette assemblée générale est disponible sur le site de C.CLIN à l'adresse : <http://www.cclinouest.com/pages/ag030408.htm>

Pascal JARNO, C.CLIN Ouest

A noter sur vos agendas : **l'assemblée générale 2009 se tiendra le jeudi 2 avril 2009.**

Le programme provisoire sera disponible sur le site en fin d'année.

La surveillance ciblée est-elle performante dans le contrôle des Infections du Site Opératoire ? Résultats du réseau INCISO en chirurgie digestive

Introduction - En France, la surveillance des infections du site opératoire (ISO) est une des priorités du programme national de lutte contre les infections nosocomiales. Tous les établissements de santé doivent produire des taux d'incidence des ISO dans le cadre d'un tableau de bord annuel d'indicateurs de qualité. Ces indicateurs doivent être simples et reproductibles.

Objectifs - En s'appuyant sur les données d'un réseau de surveillance (INCISO), nous proposons d'évaluer différents modèles en chirurgie digestive en comparant une approche ciblée sur des interventions les plus fréquentes (interventions traceuses) à une approche globale « toute chirurgie digestive ».

Méthode - Depuis 1997, le C.CLIN Paris-Nord a mis en place un réseau de surveillance annuelle avec les services de chirurgie de l'inter-région volontaires pour participer. Ces services doivent inclure au moins 200 patients opérés sur une période de 2 mois. Les facteurs de risque recueillis sont : l'âge, le sexe, le score ASA, la durée d'hospitalisation pré-opératoire, post-opératoire, la durée de suivi post-sortie, le type et la durée de l'intervention, les caractères "urgence", "endoscopique", "ambulatoire", la classe de contamination d'Altemeier, la réalisation de procédures multiples. Dans notre étude, seules les interventions digestives de 1999 à 2004 ont été incluses. Un modèle de régression logistique prédictif du risque d'ISO a été construit en chirurgie digestive et pour chacune des interventions traceuses. L'adéquation aux données et la discrimination des modèles ont été évaluées par le test de la statistique

du Goodness-of-fit, le test du rapport de vraisemblance et l'aire sous la courbe. Un ratio standardisé d'incidence (RSI) a été calculé par service. Le modèle global de chirurgie digestive a été comparé aux modèles ciblés sur des interventions traceuses par le coefficient de corrélation de rang de Spearman.

Résultats - L'étude a porté sur 10 976 interventions dans 284 services. Les plus fréquentes étaient la cure de hernie de paroi, la cholécystectomie et l'appendicectomie. Les modèles montraient une bonne adéquation aux données (Goodness-of-fit P value > 0,67, aires sous la courbe > 0,68). La corrélation entre les rangs de classement des services obtenus pour chaque modèle ciblé et le modèle global était significative pour la cure de hernie de paroi, l'appendicectomie et la cholécystectomie. Cependant, les modèles ciblés identifiaient en nombre plus de services "outliers" (ayant un RSI significativement supérieur à 1) que le modèle global digestif mais les services "outliers" identifiés étaient communs au modèle global et aux modèles ciblés.

Conclusion - Ces résultats apportent des éléments pour choisir une stratégie optimale de surveillance des ISO, qui devra tenir compte du coût et de l'acceptabilité du système de surveillance dans chacun des services.

*OLIVIER M., GRANDBASTIEN B., ASTAGNEAU P. Is targeted surveillance effective for surgical site-infection control? Results in digestive tract surgery from the incidence des infections du site opératoire network. Infection control and hospital epidemiology 2007; 28(7): 883-885. [Réf. NosoBase : *18942]*



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 : 2^e trimestre 2008
Réalisation : A.L.J. Création (Montfort / 02 99 09 34 41)