

NOSO News



Bulletin N°46

Numéro spécial
Juillet 2008
Surveillances

AU SOMMAIRE

Bloc-Notes

p. 1

Surveillances 2007

p. 1

Audit national
hygiène des mains

p. 7

Lu pour vous

p. 8

BLOC-NOTES

CCLIN Ouest

- Les résultats des surveillances AES, REA, ISO, INU, Prévalence 2007 sont en ligne : <http://www.cclinouest.com>
- Le prochain NosoThème est consacré à la mortalité liée aux I.N et sera publié dans le numéro de septembre de la revue HygièneS. Il sera aussi disponible avec les résumés des références bibliographiques citées sur NosoBase <http://nosobase.chu-lyon.fr>

Documentation

- Calendrier vaccinal 2008 - Bulletin Officiel du 15 mai 2008
- Arrêté du 15 avril 2008 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé - Journal Officiel du 15 mai 2008
- Élaborer et diffuser le livret d'accueil des personnes hospitalisées - recommandations et dispositions, Ministère de la Santé, mai 2008
- Bon usage des antibiotiques, HAS, avril 2008 : recommandations, rapport complet, grilles EPP
- Eau des établissements de santé pour personnes âgées. Maîtrise des risques sanitaires. Groupe Eau Santé, 2008
- Les tenues professionnelles dans les établissements de santé. CCLIN Sud-Est, 2008
- Liste positive désinfectants 2008, SFHH

Congrès et journées

- Congrès international d'épidémiologie ADEL-EPITER - 10-12 sept. 2008 - Paris
- 7^e Journée de formation et d'échanges : hygiène, risques et qualité chez la personne âgée - 23 septembre 2008 - Nîmes
- Journée régionale du RHC : le patient acteur de la prévention du risque nosocomial - 21 octobre 2008 - Tours
- 8^e Journée d'hygiène du RRH : hygiène au bloc opératoire, actualités sur les Bactéries Multi-Résistantes - 21 octobre 2008 - Caen

Surveillances 2007

Les rapports complets sont disponibles en format pdf sur le site. Les informations présentées ci-dessous reprennent les résultats globaux.

1 - Accidents d'exposition au sang

En 2007, 162 établissements (ES) ont participé à la surveillance AES. 2 437 AES ont été recensés dans les établissements de santé. La participation est en forte augmentation depuis 2005 : le nombre d'ES participant a été multiplié par 3 et le nombre d'AES déclarés a augmenté de 66%.

La hausse de la participation concerne l'ensemble des régions. Elle est particulièrement sensible dans la région Centre où la participation a été multipliée par 7 entre 2005 et 2007 (tableau 1a).

Tableau 1a : évolution de la participation

Année	Établissements inter-région	B.N.	Bretagne	Centre	P.D.L.	Nombres d'AES
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
2005	47	9	17	8	13	1 505
2006	98	24	31	17	28	2 061
2007	162	24	45	58	35	2 437

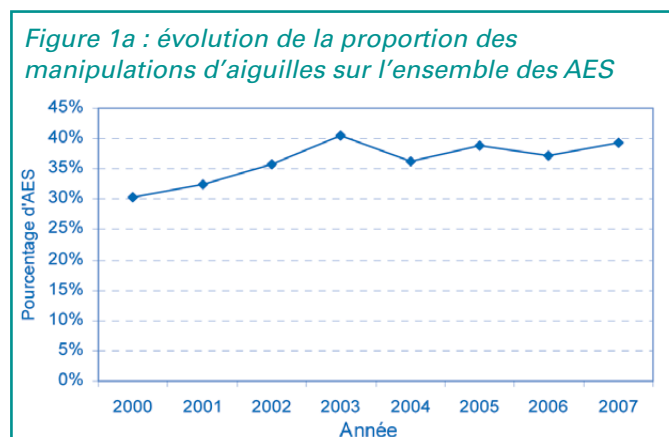
Près de 75% des AES sont des piqûres, cette proportion reste constante chaque année (tableau 1b). Dix-neuf AES n'ont pas d'origine connue.

Tableau 1b : répartition des AES selon la nature de l'exposition

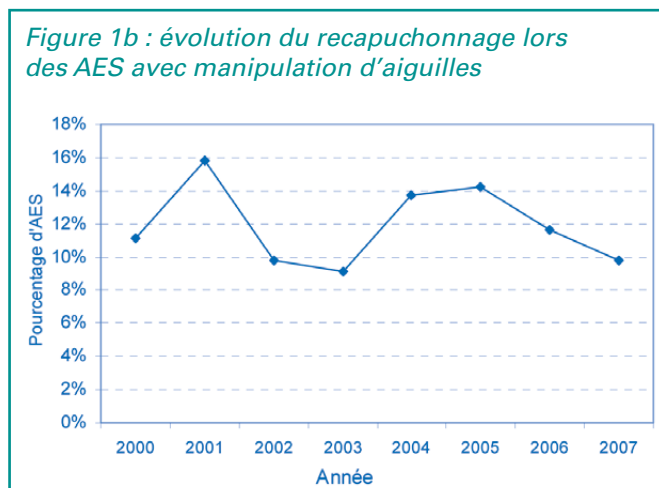
Nature	cas	%
Piqûre	1737	71,3
Projection	327	13,4
Coupure	280	11,5
Morsure / Griffure	69	2,8
Inconnue	19	0,8
Non renseigné	5	0,2
Total	2 437	100

Les AES sont déclarés dans 70% des cas par le personnel de soins, pour cette catégorie 72% des accidents étaient des piqûres. Les AES par piqûre sont les plus fréquents quelle que soit la fonction exercée dans l'ES (personnels de soins, médico-techniques, élèves, médecins...).

Depuis 2000, la proportion de la manipulation des aiguilles dans les AES est en augmentation (figure 1a) passant de 30,2% en 2000, 35% en 2004 à 39,3% en 2007 (40,6% en 2003).



De 2000 à 2007, la proportion de recapuchonnage fluctue, mais depuis 2005 elle ne cesse de diminuer, atteignant 9,8% en 2007 (figure 1b).



Sur l'ensemble des patients source, 126 patients (5,2%) sont porteurs d'un virus : 82 sont porteurs du VHC, 25 du VIH et 19 du VHB.

Dans l'inter-région le taux d'AES en 2007 pour 100 agents était de 3,56 et de 5,18 pour 100 infirmières.

Tableau 1c : comparaison des taux d'incidence depuis 2003

Année	Taux pour 100 admissions	Taux pour 100 agents	Taux pour 100 IDE
2003	0,28	3,68	11,23
2004	0,25	3,18	8,13
2005	0,22	3,36	6,68
2006	0,18	3,97	7,10
2007	0,18	3,56	5,18

2 - Infections du site opératoire

En 2007, 98 établissements et 199 services ont participé à la surveillance des ISO (globale ou ciblée). Cela représentait 31 898 interventions (15 156 en globale et 16 742 en ciblée). Depuis 2005, la participation a sensiblement augmenté tant en nombre d'établissements, de services ou de patients. Les effectifs ont presque doublé (tableau 2a).

Tableau 2a : évolution des effectifs des ISO depuis 1998

Année	Établissements 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
2005	51	7	15	18	11	107	16 599
2006	77	14	20	27	16	161	23074
2007	98	14	27	32	25	199	31 898

Un ES peut transmettre la surveillance pour un ou plusieurs services et/ou pour une intervention particulière. En 2005 la surveillance d'interventions ciblées a été mise en place correspondant à 17 interventions traçables (avec des codes CCAM identifiés). Ce nouveau mode de surveillance a certainement permis à de nombreux ES de mettre en place une surveillance des ISO et de participer au réseau.

En surveillance globale, 122 patients ont développé au moins une ISO au décours de leur intervention (n=15 156) le taux d'ISO était en 2007 de 0,8% (IC 95% [0,7% - 1,0%]). Plus d'un tiers des infections étaient des infections profondes ou de l'organe (tableau 2b).

Tableau 2b : Répartition des ISO selon le niveau

Site	N	%
Superficielle	61	50,0
Profonde	33	27,1
Organe/espace	12	9,8
Non renseigné	16	13,1
Total	122	100,0

Les sites d'infection profonde concernent majoritairement les interventions classées en NNIS-1.

La moitié des ISO étaient observées moins de 11 jours après l'intervention (12 jours pour les ISO superficielles, 13 jours pour les ISO profondes et moins de 8 jours pour les ISO touchant les organes). Le délai d'infection maximum était de 30 jours pour les ISO superficielles, 26 jours pour les ISO profondes et 25 jours pour les ISO touchant les organes.

Trente six pour cent des infections (44/122) étaient diagnostiquées pendant le séjour dans l'établissement (29% en NNIS-0).

Le taux d'ISO varie selon le score NNIS (comme les années précédentes) : il passe de 0,6% pour les NNIS-0 à 8,9% pour les NNIS-3.

Figure 2a : taux d'ISO selon l'indice NNIS en 2007

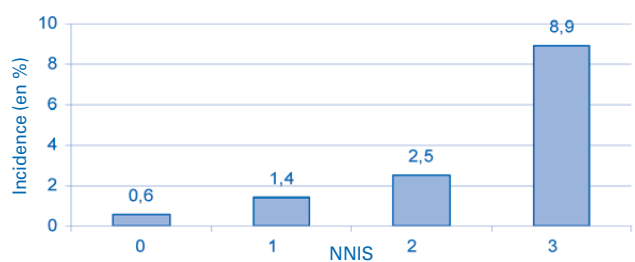
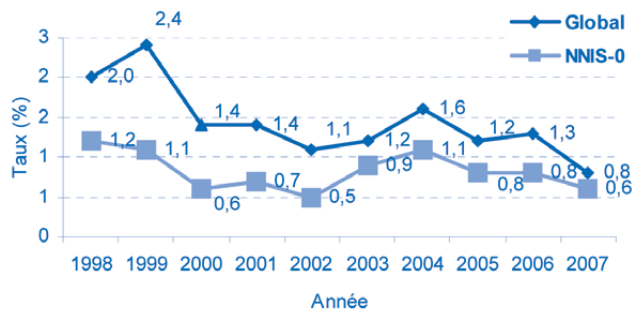


Figure 2b : évolution du taux d'ISO global et pour les NNIS-0 de 1998 à 2007



Depuis le début de la surveillance, on note (comme au niveau national) une tendance à la baisse du taux d'ISO globalement et pour les interventions classées en NNIS-0. Tendance à confirmer les prochaines années.

Dans le rapport global, un Ratio Standardisé d'Incidence (RSI) par ES est proposé : il permet d'obtenir un indicateur de comparaison plus précis que le NNIS puisqu'il prend en compte l'ensemble des caractéristiques des patients et des interventions pouvant être liés à la survenue d'une infection. On calcule alors un nombre attendu (ou théorique) d'ISO par établissement en tenant compte du poids de ces différentes caractéristiques. 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.

Concernant les interventions «ciblées», en 2007, la prothèse totale de hanche (4 584 interventions), la cure de hernie pariétale (2 935 interventions), la tumorectomie du sein (1 536 interventions), la césarienne (2 940 interventions), la cholécystectomie sans geste sur les voies biliaires (1 040 interventions), la prothèse de genou hors reprise (1 214 interventions), la chirurgie d'exérèse veineuse du membre inférieur (724 interventions), la résection transurétrale de prostate (531 interventions), la cure de hernie discale lombaire (340 interventions) et la chirurgie colorectale (501 interventions) ont fait l'objet d'une analyse détaillée.

3 - Infections nosocomiales en Réanimation

En 2007, les effectifs ont continué de progresser malgré un changement de protocole important puisque les services participant à la surveillance devaient, à partir de 2007, renseigner une fiche spécifique pour chaque cathéter veineux central (CVC) posé sur le patient.

En 2007, 26 services de réanimation de 24 ES ont participé à la surveillance.

Tableau 3a : surveillance en réanimation

Année	Établissements	B.N.	Bretagne	Centre	P.D.L.	Patients
1999	10					1 662
2000	13					3 556
2001	19	7	6	4	2	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
2005	13	--	7	4	2	4 095
2006	20	5	6	5	4	6 520
2007	24	6	9	4	5	7 526

Le nombre de patients infectés a été en 2007 de 869, soit 11,5 % (IC 95 % [10,7 % - 12,7 %]).

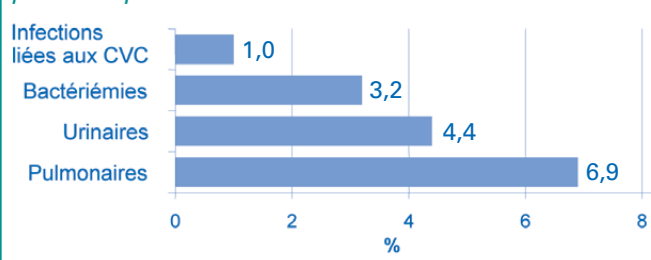
Le nombre d'infections a été de 1 285, soit 1,5 infections par patient infecté et un taux de 17,1%.

La répartition des infections a été la suivante : 595 pneumopathies (46,3%), 265 bactériémies (20,6%), 73 liées au cathéter (5,7%), 352 urinaires (27,4%).

Ces taux restent relativement constants au cours du temps (depuis 2000).

En 2007, les incidences par site (1^{er} épisode) selon l'exposition (intubation pour les pneumopathies, sondage urinaire pour les infections urinaires et CVC pour les

Figure 3a : taux d'incidence par site pour 100 patients en 2007



infections liées au cathéter) sont présentés dans les tableaux 3b (taux d'incidence) et 3c (densités d'incidence).

Tableau 3b : taux d'incidence pour 100 patients exposés en 2007

Site de l'infection	Nb patients exposés	Nb infections 1 ^{er} épisode	Taux d'incidence	
Pneumopathies liées à l'intubation	5 132	486	9,5	/ 100 patients intubés
Pneumopathies probables (critères 1,2,3)	5 132	400	7,8	/ 100 patients intubés
Urinaires	6 101	317	5,2	/ 100 patients sondés
Bactériémies	7 526	240	3,2	/ 100 patients
Colonisations CVC	3 870	187	4,8	/ 100 patients cathétérisés
Infections liées au CVC	3 870	68	1,8	/ 100 patients cathétérisés

Tableau 3c : densités d'incidence pour 1000 jours d'exposition en 2007

Site de l'infection	N	Nb infections 1 ^{er} épisode	Taux d'incidence	
Pneumopathies liées à l'intubation	42 165 j	486	11,5	/ 1000 j d'intubation
Pneumopathies probables (critères 1,2,3)	42 165 j	400	9,5	/ 1000 j d'intubation
Urinaires	57 281 j	317	5,5	/ 1000 j de sondage
Bactériémies	79 875 j	240	3,0	/ 1000 j d'hospitalisation
Colonisations CVC	41 103 j	187	4,5	/ 1000 j de cathétérisme
Infections liées au CVC	41 687 j	68	1,6	/ 1000 j de cathétérisme

4 - Surveillance des BMR

Depuis 2005, les effectifs ont augmenté très sensiblement (tableau 4a), ils ont quasiment doublé. En 2007, 238 ES ont participé.

Tableau 4a : évolution de la participation à la surveillance des BMR

Année	Établissements	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
2005	130	31	35	8	56	4 013
2006	164	45	47	16	56	4 185
2007	238	53	56	54	75	5 045

Les SARM représentaient près de 62 % des BMR retrouvées en 2007 (tableau 4b). Les ERV représentaient à peine 0,1 % des BMR retrouvées, ils représentaient 0,2 % (n=7) en 2006 et 0,3 % (n=12) en 2005.

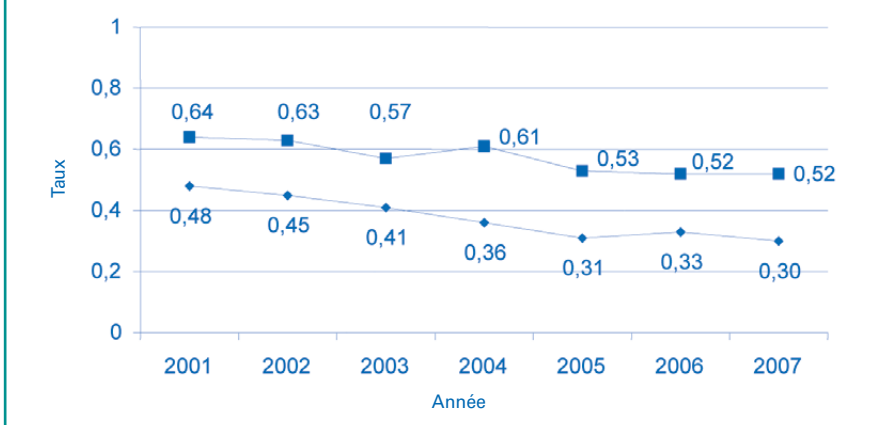
Tableau 4b : répartition des BMR en 2007

Germe	n	%
SARM	3 112	61,7
Entérobactéries	1 450	28,7
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	454	9,0
<i>Acinetobacter baumannii</i>	29	0,6
Entérocoques	3	0,1
Total	5 048	100,0

L'incidence a globalement diminué de 25 % entre 2001 et 2007 et de plus de 33 % en court séjour (figure 4a).

Cette tendance est retrouvée dans les autres CCLIN et au niveau national.

Figure 4a : évolution du taux d'incidence SARM pour 1000 journées d'hospitalisations depuis 2001



5 - Surveillance des bactériémies

Sur les 1 988 épisodes, 52% sont communautaires, 46% sont nosocomiaux et 2% iatrogènes ambulatoires.

Les bactériémies nosocomiales en hospitalisation complète représentent 40% des épisodes.

Tableau 5a : évolution de la participation

Année	Établissements	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
2006	48	2	12	27	7	
2007	61	3	17	31	10	1 988

Tableau 5b : évolution du taux d'incidence des BN hors communautaire pour 1000 journées

Année	Taux pour 100 entrées		Densité pour 1000 journées	
	CS	Global	CS	Global
2002	0,31	0,33	0,58	0,33
2003	0,33	0,34	0,57	0,34
2004	0,31	0,33	0,51	0,34
2005	0,28	0,30	0,51	0,34
2006	0,31	0,33	0,50	0,32
2007	0,34	0,37	0,60	0,39

Pour les 905 bactériémies d'origine nosocomiale, les portes d'entrée principales étaient la porte d'entrée urinaire (n=221, 24%), les dispositifs intra-vasculaires (n=175, 19%) et la porte d'entrée digestive (n=129, 14%). Aucune porte d'entrée n'a été retrouvée pour 111 bactériémies. (tableau 5c).

Les principaux micro-organismes isolés lors d'épisodes nosocomiaux sont *Escherichia coli* (n=226, 24%) et *Staphylococcus aureus* (n=199, 20%).

Tableau 5c : répartition des portes d'entrée des BN en 2007

Porte d'entrée	Nb	%
Urinaire	221	24,4
Dispositifs intra-vasculaires	175	19,3
Cathéter central	65	7,2
Chambre implantée	61	6,7
Cathéter périphérique	31	3,4
Autres cathéters et assimilés	18	2,0
Digestif ou abdominal	129	14,3
Inconnue	111	12,3
Site opératoire	68	7,5
Pulmonaire	67	7,4
Cutanée non opératoire	60	6,6
Autre	44	4,9
Translocation digestive probable (PNN<500/ml)	28	3,1
Non renseigné	2	0,2
Materno-foetal	0	0,0
Total	905	100,0

6 - Surveillance par enquête de prévalence

L'enquête proposée est identique à l'enquête nationale effectuée en 2001. Trente et un établissements ont participé à cette enquête, chacun l'ayant effectuée un jour donné de leur choix et ont inclus 2 527 patients.

Tableau 6 : participation en 2007

Région	Nb d'ES	Proportion d'ES	Nb fiches	Proportion de fiches
Basse-Normandie	4	12,9 %	199	7,9 %
Bretagne	3	9,7 %	402	15,9 %
Centre	18	58,1 %	1365	54,0 %
Pays de la Loire	6	19,4 %	561	22,2 %
Total	31	100,0 %	2527	100,0 %

Le SSR représente 34%, la psychiatrie 30,5%, les services de type court séjour 30% et le long séjour 5%. Le nombre de patients infectés a été de 92 patients soit 3,6% [IC95% = 3,0% - 4,5%], le nombre d'infections nosocomiales a été de 96 infections (3,8%), soit un ratio infection/infectés de 1,04. Les infections urinaires sont les plus fréquentes et représentent 40% des infections nosocomiales.

Les infections acquises dans l'établissement représentaient 73% des infections et leur prévalence était de 2,8%.

La prévalence des infections acquises dans un autre établissement était de 1%.

Les germes les plus fréquemment retrouvés étaient : *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus* et *Pseudomonas aeruginosa*.

7 - Surveillance des infections urinaires avec ou sans sonde

Douze établissements ont participé à cette enquête soit 554 patients inclus.

Plus de la moitié des patients ont été pris en charge en service de médecine.

Sur 554 patients, 90 ont eu une sonde soit un taux global de sondés de 16,2%.

Près d'un sondage sur 2 (43%) a été effectué dans le cadre d'une intervention ou d'un passage en réanimation et près d'1 sur 3 du fait d'une rétention urinaire. 8,9% des sondages ont fait l'objet d'une pose itérative. Un ECBU avait été effectué dans un peu plus de la moitié des cas et une bandelette dans 40% des cas.

Tableau 7 : participation en 2007

Région	Nb patients
Bretagne	171
Basse-Normandie	40
Centre	0
Pays de la Loire	343
Total	554

Parmi les 464 patients non sondés, aucune infection n'a été déclarée. Parmi les 90 patients sondés, 7 ont eu une infection urinaire au moment de la pose soit un taux global d'infections de 7,8% [3,5-15,9] et une densité d'incidence de 2,8 pour 100 jours de sondage.

8 - Autres surveillances

La surveillance des infections nosocomiales en maternité a concerné 3 ES participants en 2007. Il n'y pas eu de rapport de rédiger.

L'enquête de prévalence des antibiotiques (un jour donné) a fait l'objet d'une refonte du protocole en 2007, année test. Elle n'a pas donné lieu à un rapport. Elle est de nouveau proposée cette année.

Calendrier des surveillances 2008

La réception des données concernant les surveillances nationales BMR (avril à juin) et réanimation (1^{er} semestre) est prévue pour fin septembre 2008.

Les données concernant la surveillance ISO doivent être saisies en ligne au plus tard fin septembre 2008.

Les données concernant les surveillance AES et MATER doivent être adressées au plus tard fin février 2009.

Les données concernant la surveillance BACTÉRIÉMIE doivent être adressées au plus tard fin juillet 2008 (date initiale prévue : fin mai 2008).

Les données concernant la surveillance NEOCAT doivent être adressées au plus tard fin janvier 2009.

Les données concernant les enquêtes de PRÉVALENCE et PRÉVALENCE ANTIBIOTIQUES doivent être adressées au plus tard fin septembre 2008.

2008 étant une année test, les données concernant la CONSOMMATION ANTIBIOTIQUES ET RÉSISTANCES BACTÉRIENNES doivent être saisies en ligne au plus tard fin septembre 2008.

Surveillance 2009

Le CCLIN Ouest propose les surveillances suivantes: AES, BMR, REA, ISO, NEOCAT, BACTÉRIÉMIE, INU, PREVALENCE, PRÉVALENCE ANTIBIOTIQUES ET CONSOMMATION ATB ET RÉSISTANCES BACTÉRIENNES.

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

Les données doivent être saisies en ligne ou envoyées, via l'antenne régionale, à l'échelon central du CCLIN Ouest selon le calendrier ci-dessous :

PROTOCOLES NATIONNAUX		Participation aux enquêtes	Période de surveillance recommandée	Date limite des envois de données	Référent
	ISO	• Nationale	de janvier à juin 2009	fin septembre 2009	Marion Olivier
	BACTÉRIÉMIES	• Inter-régionale	3 mois entre janvier et mai <i>Une autre période est possible</i>	fin mai 2009	Marion Olivier
	BMR	• Nationale • Inter-régionale	avril/mai/juin 2009. <i>Une surveillance annuelle est possible</i>	fin septembre 2009 fin février 2010	Nadine Garreau
	RÉANIMATION	• Nationale • Inter-régionale	de janvier à juin 2009. <i>Une surveillance annuelle est possible</i>	fin septembre 2009 fin février 2010	Nadine Garreau
	AES	• Nationale	de janvier à décembre 2009	fin février 2010	Marion Olivier
	NEOCAT	• Nationale	de janvier à décembre 2009	fin janvier 2010	Marion Olivier

PROTOCOLES INTER-RÉGIONNAUX					
	INU	• Inter-régionale	3 mois pendant l'année 2009	fin janvier 2010	Marion Olivier
	PRÉVALENCE	• Inter-régionale	un jour donné sur mai-juin 2009	fin septembre 2010	Marion Olivier
	PRÉVALENCE ATB	• Inter-régionale	un jour donné sur mai-juin 2009	fin septembre 2010	Marion Olivier
CONSOMMATIONS ATB ET RÉSISTANCES BACTÉRIENNE	• Inter-régionale			Marion Olivier Nadine Garreau	

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

Après de profondes modifications des protocoles en 2007 (1 fiche à renseigner par CVC pour la surveillance des IN en réanimation) et 2008 (AES : simplification de la fiche de recueil et des thésaurus «tâches» et «mécanismes» et ISO : arrêt de la surveillance ciblée et 1 seule période de surveillance avec définition d'interventions prioritaires), les différents réseaux de surveillance ont affirmé comme principe fondamental la stabilité des protocoles pour les années à venir.

En 2009, à moins d'une demande, la surveillance des IN en maternité sera arrêtée.

Nous vous proposons d'ores et déjà une demi-journée particulière d'échanges sur les protocoles et les résultats le mardi 25 novembre 2008 après-midi à l'amphithéâtre du bloc CCP de l'hôpital Pontchaillou à Rennes.

Nadine GARREAU, Pascal JARNO, Marion OLIVIER

Audit national Hygiène des mains (observance - pertinence)

Le GREPHH (Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière) a élaboré un outil d'évaluation de l'observance et de la pertinence de l'hygiène des mains. Il a été mis en ligne sur le site du GREPHH en avril dernier, dans la rubrique « groupe de travail » auquel vous pouvez accéder directement (www.grephh.fr) ou en passant par le site du CCLIN Ouest. Vous trouverez sur le site tous les documents nécessaires à la présentation de l'audit et sa réalisation dans votre établissement. L'outil informatique vous permet d'obtenir, dès la fin de la saisie, l'édition d'un rapport automatique et d'un poster. Il a été conçu afin que tous les établissements puissent l'utiliser facilement.

Certains établissements attendaient cet outil méthodologique et l'ont utilisé ou l'utiliseront dans le contexte ou les

suites de la campagne nationale sur l'hygiène des mains organisée le 23 mai dernier par le Ministère de la Santé.

Le GREPHH et les 5 CCLIN proposent aux établissements de santé et aux EHPAD de valoriser leur travail en participant à une exploitation nationale des données de cet audit. Si vous souhaitez vous associer à ce travail, quelle que soit la période à laquelle vous avez fait ou ferez cet audit, il vous suffit de vous inscrire auprès du CCLIN Ouest (le formulaire a été adressé aux présidents de CLIN et aux EOHH de l'interrégion par courriel le 26 juin dernier).

Seul impératif : pour participer à l'audit national, il vous faudra transmettre vos données au CCLIN Ouest, **avant le 28 février 2009**.

Martine AUPÉE

LU POUR VOUS...

L'hygiéniste hospitalier : plaidoyer pour un nouvel exercice

Objectif

Décrire le rôle et l'apport de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOH) dans la gestion du risque infectieux nosocomial (GRIN), notamment associé à l'environnement des soins (GRIAES) dans les établissements de santé (ES) français.

Matériel et méthode

Réglementation, recommandations et publications scientifiques, exigences et réalités du terrain.

Résultats

Le rôle multi-facette de l'hygiéniste hospitalier, membre de l'EOH, dans la GRIN, associé aux actes (RIAAS) comme à l'environnement des soins (RIAES), consiste à prévenir et surveiller les IN, investiguer les épidémies, gérer les crises, évaluer les pratiques en hygiène, former, informer... Le risque étant défini comme la combinaison de la probabilité d'occurrence de l'IN et de la gravité de ses conséquences sur le patient ou le personnel et, la GRIN comme un processus régulier, continu et coordonné, intégré à tout l'ES, qui permet d'identifier, de maîtriser, d'évaluer le RIN et les situations à RIN qui ont engendré ou auraient pu engendrer une IN. Le programme annuel de LIN, validé par le comité de lutte contre les IN, doit structurer cette GRIN et permettre à l'EOH de la promouvoir et y faire adhérer les acteurs de soins. Dans les secteurs à haut et très haut RIN, la prévention du RIN comporte une part importante de prévention du RIAES qui, entre autres, concerne air, eau, surfaces, linge et déchets d'activités de soins. Aussi, pour en assurer l'efficacité, l'hygiéniste hospitalier, notamment le praticien hospitalier

hygiéniste, doit jouer un rôle central dans la planification, la conception, la réalisation et l'exploitation des secteurs en question (blocs opératoires, services de soins intensifs, réanimations, chambres d'isolements, secteurs L3 des laboratoires de microbiologie, unités de pharmacie clinique et oncologique, etc.) en collaborant activement avec les ingénieurs des services techniques de l'ES, avec les architectes et l'ingénierie de la maîtrise d'oeuvre et en faisant preuve, à chaque occasion, de pertinence, de conviction et de ténacité. C'est à l'hygiéniste hospitalier qu'il revient, à l'occasion d'une nouvelle construction ou d'une grande rénovation, de faire des propositions pertinentes et efficaces de prévention du RIAES adaptées aux réalités locales et de les défendre avec pragmatisme.

Conclusion

L'hygiéniste doit pouvoir pleinement jouer son rôle d'expert-conseil et constituer, notamment concernant la prévention du RIAES, un vrai pilote et une véritable force de proposition et de conviction. Le praticien hospitalier hygiéniste, face aux différents acteurs, doit faire prévaloir les impératifs d'une prévention efficiente du RIN dans les intérêts des patients sans perdre de vue les impératifs économiques. Néanmoins, pour plus d'efficacité, l'hygiène hospitalière doit être mieux structurée, avec deux entités complémentaires dont l'une s'occupe du RIAAS et l'autre du RIAES. En effet, le mal qui le mine est le sous-effectif sur le terrain.

*ADJIDE CC. L'hygiéniste hospitalier : plaidoyer pour un nouvel exercice. Techniques Hospitalières 2008; 707: 57-65. [Réf. NosoBase : *20976]*



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