

NOSO News



Bulletin N°52

Décembre 2009 - Trimestriel

AU SOMMAIRE

Édito	p.1
Bloc-notes	p.1
Bloc-notes (suite)	p.2
Les indicateurs de la LIN	p.2
Innocuité des PHA	p.3
AES chez les étudiants paramédicaux	p.5
20 janvier 2009 : une journée sur le développement durable	p.7
Lu pour vous : traitement des endoscopes	p.8
Guide pratique R.U.	p.8

BLOC-NOTES

C.CLIN Ouest

Les protocoles des surveillances ISO2010, BACT2010, REA2010, BMR2010 sont en ligne sur le site à la rubrique Surveillance.

Le rapport inter-régional des résultats de la surveillance ISO 2009 est disponible sur le site.

EDITORIAL

Toute l'équipe du CCLIN Ouest vous souhaite une bonne et heureuse année, à vos familles et à ceux qui vous sont chers.

Trois points importants dans ce numéro de NosoNews : les résultats du tableau de bord pour l'inter-région (Martine Aupée), l'analyse des risques d'AES chez les élèves (J. Tanguy, M. Pérennec-Olivier, A. Jouve et P. Jarno) et un bref compte-rendu de la journée Colines (Benoît Libeau).

Les indicateurs de la LIN pour les établissements de santé (ES) de l'inter-région. Les résultats sont plutôt satisfaisants pour l'ICALIN, l'ICATB, l'indicateur SARM et SURVISO. Par contre, pour l'utilisation des produits hydro-alcooliques, beaucoup d'établissements sont encore loin de leur objectif quantifié. Nous avons des efforts individuels et collectifs à faire pour la consommation des produits hydro-alcooliques.

Il est souhaitable de se souvenir des objectifs du PROPIN pour 2012. L'arrêté du 30 décembre 2009 oblige les ES à suivre les indicateurs du tableau de bord LIN et à les publier.

L'arrêté de décembre 2009 prévoit que les établissements de santé devront publier les résultats des 5 indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales et 5 indicateurs de qualité issus du dossier du patient défini par la HAS dans le cadre du projet COMPAQH.

Ce qui est demandé aux hôpitaux c'est la transparence par la diffusion de leurs résultats pour l'information claire des usagers.

A l'occasion de la publication du PROPIN, le ministère de la santé et des sports rappelle que les infections nosocomiales font partie des priorités nationales depuis 1988. Chaque établissement de santé doit définir un programme de prévention des IN, mettre en place une commission de suivi, disposer d'une EOHH¹.

A partir des données de la surveillance AES, il est apparu intéressant d'étudier les facteurs de risque d'AES chez les élèves, qu'ils soient futurs infirmiers ou élèves d'autres professions paramédicales. Il s'avère que le geste le plus à risque reste naturellement l'injection, surtout lors de la manipulation des aiguilles montées ou non, avec une prédominance des piqûres, qui par comparaison sont un peu moins fréquentes comme type d'AES chez les professionnels infirmiers. Ceci souligne la nécessité de l'encadrement de l'apprentissage et le rappel des situations à risque aux élèves.

Benoît Libeau nous fait un retour de la journée « Développement durable » organisée par le réseau Colines. Les expériences rapportées sont pleines d'enseignement et de perspectives. Le travail présenté par le docteur Schuster de Freiburg a été particulièrement riche et instructif...

*Benoist Lejeune
Médecin responsable du CCLIN Ouest*

¹ Voir le dossier de presse « Infections nosocomiales » mis à jour en décembre 2009

Congrès et journées

- **Journée du CCLIN sur le signalement** (destinée aux responsables du signalement uniquement) **16 mars 2010** - Rennes
- **Journée annuelle du CCLIN – 1^{er} avril 2010** - Rennes
- **5th decennial conference SHEA-CDC-APIC-ISHA** **18-21 mars 2010** - Atlanta (USA)
- **Aseptic surgery forum - 26-27 mars 2010** - Paris
- **32^{es} journées nationales d'études sur la stérilisation - 28-29 avril 2010** – Lille
- **XXI^e Congrès national de la SFHH - 2,3 et 4 juin 2010** - Bordeaux

En régions :

- **Journée des réseaux Pays de la Loire - 11 mars 2010** - Cholet
- **Journée Hygie Vendée - 25 mars 2010** - Saint-Jean-de-Monts
- **Journée régionale de formation sur les infections virales associées aux soins – RHC** **22 juin 2010** - Saint-Avertin (37)
- **Journée régionale de formation sur la prévention des infections urinaires en médecine, en chirurgie, en SSR et SLD, et en EHPAD – RHC** **12 octobre 2010** - Saint-Avertin (37)
- **Journée du Graslin - novembre 2010**
- **Journée d'hygiène de l'ARLIN de Basse-Normandie - 23 novembre 2010** - Caen
- **Rencontres brestoises d'hygiène hospitalière de Brest** **25-26 novembre 2010**

Documentation

- Décret n° 2009-1762 du 30 décembre 2009 relatif au président de commission médicale d'établissement, vice-président de directoire des établissements publics de santé
- Arrêté du 30 décembre 2009 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins
- Décret n° 2009-1763 du 30 décembre 2009 relatif aux dispositions applicables en cas de non-respect de la mise à disposition du public par les établissements de santé des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins
- Arrêté du 28 décembre 2009 relatif aux modalités de prélèvements par ponctions artérielles au niveau de l'artère radiale ou de l'artère fémorale en vue d'analyses de biologie médicale par le pharmacien biologiste

Innocuité des produits hydro-alcooliques à base d'éthanol utilisés dans la désinfection de la peau saine par le grand public dans le cadre de l'épidémie de grippe A (H1N1)

Rapport de l'Afssaps

Dans le contexte de l'épidémie de grippe A (H1N1) et de l'incitation à faire utiliser largement les produits hydro-alcooliques (PHA) hors des établissements de santé, consommateurs, professionnels de santé, journalistes, industriels se sont interrogés sur les risques inhérents à l'utilisation de l'éthanol par le grand public, notamment chez la femme enceinte et chez l'enfant.

L' Afssaps s'est autosaisie sur cette question et vient de mettre en ligne, le 5 janvier, un rapport de 15 pages pour y répondre. En voici la synthèse.

L' Afssaps réprecise, dans ce rapport, les dangers liés à l'éthanol, qui sont connus chez l'Homme pour l'essentiel par ingestion. Chez la femme enceinte le passage de l'éthanol se fait par voie transplacentaire et chez la femme qui allaite, la concentration d'éthanol excrétée dans le lait est proche de celle qui est observée dans le sang. La cancérogénicité et les effets sur la reproduction sont également rappelés.

Concernant la toxicité par voie cutanée, plusieurs études sont analysées.

Brown¹ *et al*, dans un travail qui mime une utilisation de PHA contenant 70 % d'éthanol, en milieu hospitalier avec 30 applications dans l'heure, mesurent l'alcoolémie par chromatographie gazeuse et la présence d'éthanol dans l'air expiré par alcootest. Ils montrent que de faibles quantités d'éthanol peuvent être absorbées au cours d'une utilisation intensive.

Kramer² *et al* réalisent une étude sur 12 volontaires après application de PHA contenant de 55 à 95 % d'éthanol en désinfection hygiénique ou en désinfection chirurgicale et montrent que 0,5 à 2,3 % d'éthanol peuvent être absorbés. Faisant référence à des travaux antérieurs (Al-Awadhi *et al.* 2004 et Windirsch *et al.* 2005),

ils soulignent que chez des personnes abstinentes, on peut observer de faibles taux d'éthanol dans le sang et l'air expiré dus à la fermentation produite par certaines levures lors de la consommation de jus de fruits.

Chez l'enfant, Kinnula³ *et al*, rapportent une étude réalisée sur 82 enfants de 2 garderies qui se désinfectaient les mains avec un PHA contenant 70 % d'éthanol. Tous les contacts avec les muqueuses étaient notés dans les 15 minutes suivant les applications et les concentrations d'éthanol expiré étaient mesurées avec un alcoomètre. Les résultats étaient au dessous du seuil de détection pour une moyenne de 2,4 utilisations par jour (0 à 8).

Pour la toxicité par inhalation, deux études rapportées par l'Afssaps qui utilisent des modèles toxicocinétiques montrent que les éthanolémies maximales observées ne diffèrent pas des éthanolémies endogènes.

Enfin, l'Afssaps termine son rapport par les recommandations de bon usage des PHA.

En résumé, de nombreuses études ont montré que même lors de l'utilisation intensive de PHA contenant de l'éthanol, l'absorption cutanée est extrêmement faible voire quasi nulle. La littérature n'a pas permis non plus de mettre en évidence des alcoolémies décelables par voie inhalée.

Martine Aupée

1- Brown TL., Gamon S., Tester P., Martin R., Hosking K., Bowkett GC., Gerostamoulo D., Grayson ML. Can alcohol-based hand-rubs solutions cause you to lose your driver's license? Comparative cutaneous absorption of various alcohols. *Antimicrobial agents and chemotherapy* 2007; 51: 1107-1108.

2- Kramer A., Below H., Bieber N., Kampf G., Toma CD., Huebner NO. and Assadian O. Quantity of ethanol absorption after excessive hand disinfection using three commercially available hand rubs is minimal and below toxic levels for humans. *BMC Infectious Diseases* 2007; 7:117.

3- Kinnula S., Tapiainen T., Renko M., Uhari M. Safety of alcohol hand gel use among children and personnel at child day care center, *American Journal of Infection Control* 2009; 37: 318-321.

Les indicateurs de la LIN sur l'inter-région ouest de 2006 à 2008

Cette année encore, les résultats du tableau de bord de la lutte contre les infections nosocomiales ont été présentés par la Ministre de la Santé lors d'une conférence de presse qui a eu lieu le 9 décembre 2009.

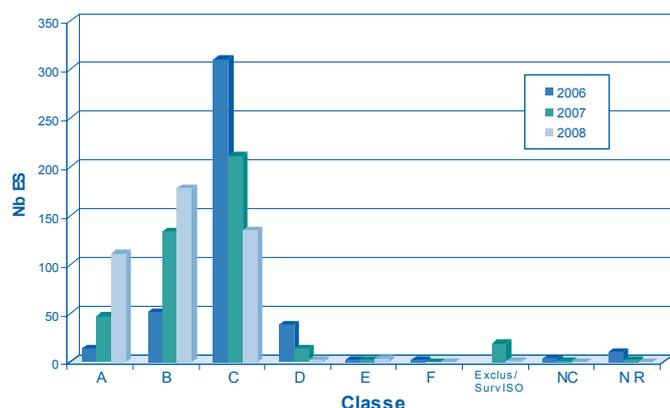
Comment se situe l'inter-région Ouest et les quatre régions qui la composent : Basse Normandie, Bretagne, Centre et Pays de la Loire ?

1. Le score agrégé

1.1. Au niveau inter-régional

Élaboré à partir des quatre indicateurs (ICALIN, ICSHA, SURVISO et ICATB) explorant des domaines complémentaires de la lutte contre les infections nosocomiales, le score agrégé a évolué de façon très nette entre 2006 et 2008. En effet, en 2006, 72% des établissements de santé (ES) de l'inter-région étaient classés en C et seulement 15% en A ou B. En 2007 et 2008, la proportion d'établissements classés en A ou en B augmentait progressivement pour atteindre 67% en 2008.

Figure 1 - Évolution du score agrégé de 2006 à 2008 sur l'inter-région Ouest



1.2. Au niveau régional

Dans les 4 régions, on observe une progression importante vers les classes A et B, puisqu'en 2006, 5 à 29% des ES étaient classés en A ou B selon les régions et qu'en 2008, 59 à 81% des ES se situaient dans les classes A ou B.

Tableau 1 - Score agrégé
Proportion d'ES classés A ou B par région

	2006	2007	2008
Basse Normandie	10,77 %	26,15 %	61,54 %
Bretagne	4,88 %	26,02 %	59,35 %
Centre	12,39 %	41,59 %	63,72 %
Pays de la Loire	29,46 %	65,89 %	80,62 %

2. ICSHA

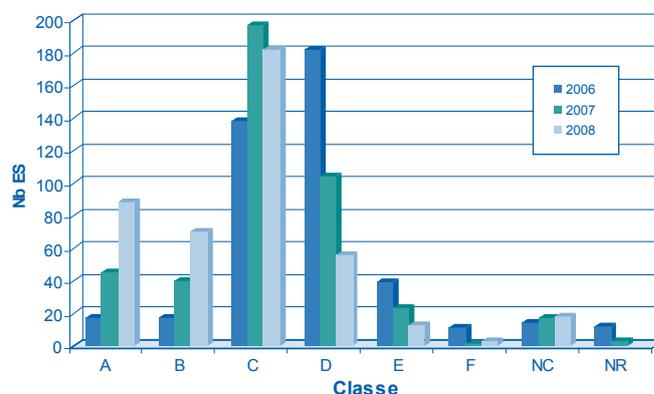
Considéré comme un marqueur indirect de la mise en œuvre effective de l'hygiène des mains, l'ICSHA permet d'évaluer la consommation en produits hydroalcooliques d'un ES, en fonction d'un objectif personnalisé théorique.

2.1. Au niveau inter-régional

En 2006, presque 3 ES sur 4 étaient en classe C ou D. En 2007 puis 2008, on note une progression des ES vers les classes A, B et C, puisqu'en 2008 on notait près de 37% des ES en classe A ou B. Progression toutefois insuffisante au regard des objectifs du PROPIN 2009 - 2013

qui prévoit qu'en 2012, 100% des établissements de santé auront atteint 70% de leur objectif personnalisé de consommation de produits hydro-alcooliques.

Figure 2 - Évolution de l'ICSHA de 2006 à 2008 sur l'inter-région Ouest



A noter cependant que la grande diversité des produits hydro-alcooliques les rend difficilement comparables et que la quantité de produit nécessaire pour couvrir les mains et poignets et respecter un temps minimal de friction de 20 secondes varie selon les produits entre 1,5 à 3ml. Aussi, comparer les performances des établissements sur la base d'une friction de 3ml n'est plus aujourd'hui adapté à la réalité du terrain.

2.2. Au niveau régional

Tableau 2 - ICSHA- Proportion d'ES classé A ou B de 2006 à 2008

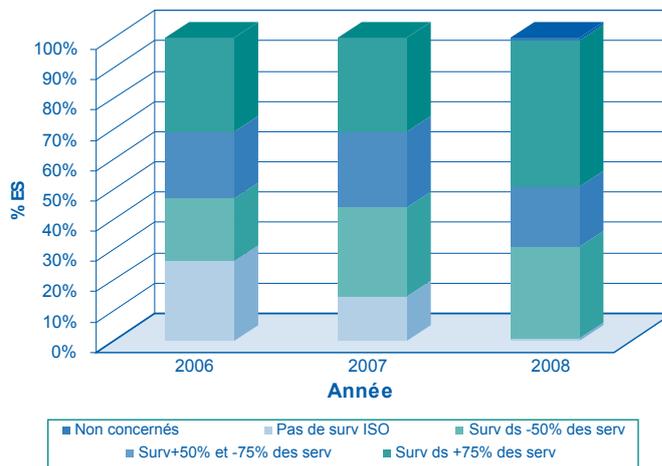
ICSHA	2006	2007	2008	Perspective 2012
Basse Normandie	7,69 %	10,77 %	24,62 %	70,00 %
Bretagne	1,63 %	8,13 %	24,39 %	
Centre	12,62 %	21,24 %	36,28 %	
Pays de la Loire	11,63 %	34,11 %	55,04 %	

3. SURVISO

L'objectif fixé par le programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008 était qu'une surveillance des ISO soit réalisée dans au moins 75% des services pratiquant la chirurgie.

3.1. Au niveau de l'inter-région

Figure 3 - Évolution de SURVISO de 2006 à 2008 sur l'inter-région Ouest



En 2006, 26% des établissements pratiquant la chirurgie ne réalisaient pas de surveillance des infections du site opératoire, en 2008 ils étaient moins de 1%. Quant à l'objectif du programme de la LIN, il n'était pas atteint puisque seulement 48% des ES réalisaient une surveillance des ISO dans au moins 75% de leurs services. Notons cependant que plus de 68% des ES réalisaient une surveillance dans au moins la moitié des services de chirurgie.

3.2. Au niveau régional

En 2008, selon les régions, 50 à 86% des ES avaient mis en place une surveillance des ISO dans au moins la moitié de leurs services de chirurgie. Et 36 à 67% des ES en réalisaient une dans plus de 75% de leurs services.

Tableau 3 - Proportion d'ES réalisant une surveillance ISO dans plus de la moitié de leurs services

	2006	2007	2008
Basse Normandie	34,62 %	46,15 %	69,23 %
Bretagne	54,76 %	47,62 %	50,00 %
Centre	54,29 %	51,43 %	68,57 %
Pays de la Loire	61,90 %	73,81 %	85,71 %

Tableau 4 - Proportion d'ES réalisant une surveillance ISO dans plus de 75% de leurs services

	2006	2007	2008
Basse Normandie	11,54 %	26,92 %	46,15 %
Bretagne	19,05 %	21,43 %	35,71 %
Centre	42,86 %	28,57 %	42,86 %
Pays de la Loire	45,24 %	45,24 %	66,67 %

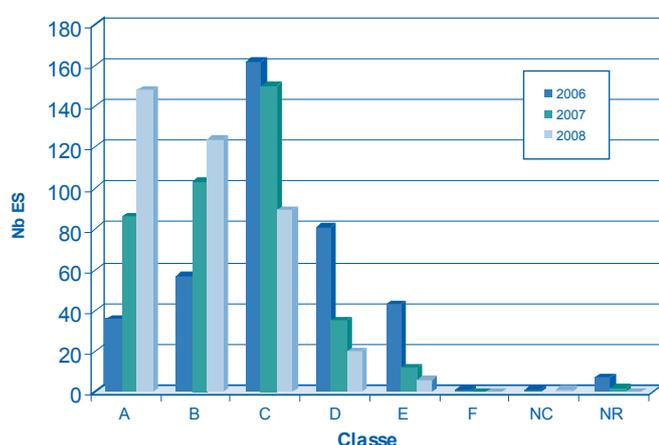
4. ICATB

Cet indicateur est le reflet de la mise en place des mesures préconisées par la circulaire 2002-272 du 2 mai 2002 relative au bon usage des antibiotiques. Comme l'ICALIN, il évalue l'organisation, les moyens et les actions mis en œuvre par les établissements.

4.1. Au niveau inter-régional

Le pourcentage d'ES classés en A ou en B est en progression, passant de 24% en 2006 à 70% en 2008. Si la classe C était prépondérante en 2006 et 2007 (42% en 2006 et 39% en 2007), elle ne l'était plus en 2008 avec seulement 23% des établissements.

Figure 4 - Évolution d'ICATB entre 2006 et 2008



4.2. Au niveau régional

Tableau 5 - ICATB - Proportion d'ES classés A ou B par région

	2006	2007	2008
Basse Normandie	19,30 %	45,61 %	71,93 %
Bretagne	25,44 %	42,11 %	67,54 %
Centre	26,26 %	59,60 %	70,71 %
Pays de la Loire	22,88 %	47,46 %	71,19 %

On note une très nette progression des résultats de cet indicateur puisqu'en 2008, pratiquement 70% des ES sont classés en A ou en B.

5. INDICATEUR SARM

L'institut de veille sanitaire vient de publier¹ un article sur l'analyse épidémiologique des données transmises dans le cadre des bilans standardisés, sur les infections à SARM en France.

Les incidences ont été calculées par inter-région et par année. Sont reprises ici les données de 2006 à 2008.

L'inter-région Ouest est la région la mieux placée avec une moyenne à 0,342 Sarm pour 1000 journées d'hospitalisation et une médiane à 0,256.

L'incidence a également été calculée par région.

Tableau 6 - Incidence des Sarm (moyenne et médiane) par région et pour 1000JH

Région	Incidence Sarm pour 1000JH								
	2006			2007			2008		
	ES (N)	Moyenne	Médiane	ES (N)	Moyenne	Médiane	ES(N)	Moyenne	Médiane
Basse Normandie	45	0,524	0,305	50	0,473	0,305	47	0,511	0,370
Bretagne	85	0,371	0,241	93	0,325	0,287	90	0,007	0,310
Centre	72	0,406	0,311	72	0,386	0,346	76	0,364	0,312
Pays de la Loire	89	0,326	0,194	99	0,271	0,183	97	0,253	0,168

Après ajustement sur la catégorie d'établissement, l'analyse des tendances temporelles a été réalisée par inter-région et par région.

Pour l'inter-région Ouest, la tendance est plutôt à la stabilité alors qu'elle est à la baisse pour les régions Bretagne (7,9%) par an et pour les Pays de la Loire (6,6%).

Conclusion

Depuis 2006, l'inter-région Ouest a progressé sur tous les indicateurs du tableau de bord. Les questions qui se posent actuellement touchent plutôt à la pertinence de certains de ces indicateurs. Ils peuvent être intéressants au niveau national, inter-régional et régional pour répondre aux objectifs d'un programme de prévention des infections nosocomiales et à l'échelle d'un établissement puisqu'ils permettent d'évaluer les progrès réalisés, mais il est beaucoup plus délicat de les utiliser pour comparer des établissements.

Martine Aupée

1- Coignard B, Rahib D. Infections à *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline dans les établissements de santé, France, 2005-2008 – Analyse épidémiologique des données transmises dans le cadre des bilans standardisés des activités de lutte contre les infections nosocomiales. Institut de veille sanitaire, décembre 2009. 40 p.

Résultats de la surveillance des AES chez les élèves de 182 établissements de santé de l'inter-région Ouest en 2008

Introduction

La surveillance des accidents d'exposition au sang (AES) existe depuis 1999 sur proposition d'un groupe de travail composé de membres du Réseau d'Alerte et d'Investigation de la Surveillance des Infections Nosocomiales (RAISIN) et du Groupe d'Étude sur le Risque d'Exposition au Sang (GERES). Il s'agit de documenter les circonstances de survenue des AES (catégories de personnel et de services les plus exposés, identification des procédures de soins et des matériels en cause) et de proposer des stratégies de prévention.

Depuis la création de la surveillance, la proportion d'AES chez les élèves sur l'ensemble des AES de la période 2001-2008 a toujours été importante (10,3% en moyenne). Une étude spécifique sur les AES survenant chez les élèves a été mise en place en 2009 sur les données 2008 avec l'aide d'un médecin du travail.

Les objectifs de l'étude étaient d'évaluer l'évolution du nombre d'AES chez les élèves au cours du temps, d'estimer le taux d'incidence et de le comparer à celui des autres professionnels.

Méthodes

Le protocole de l'enquête est disponible sur le site du CCLIN Ouest à l'adresse suivante :

http://www.cclinouest.com/pages/surveil_AES.htm

Tout établissement de santé (ES) public ou privé volontaire peut participer à la surveillance. La période de surveillance est l'année civile.

Tous les AES survenant dans l'établissement chez un membre du personnel, un étudiant ou un stagiaire et faisant l'objet d'une déclaration à la médecine du travail sont inclus dans l'étude. Est défini comme **accident avec exposition au sang**, tout contact percutané (piqûre, coupure) ou muqueux (œil, bouche) ou sur peau lésée (eczéma, plaie) avec du sang ou un produit biologique contenant du sang pour lesquels le risque viral est prouvé.

L'étude spécifique a été menée sur les données 2008. Seuls les élèves paramédicaux ont été inclus : les élèves infirmiers, aides-soignants, sages-femmes, manipulateurs radio, panseurs, laborantins, kinésithérapeutes et aides anesthésistes. Les étudiants en médecine ont été exclus.

Certains ES n'ont pas renseigné les ETP de leur personnel et notamment ceux des élèves. Les taux d'incidence ont donc été calculés sur un effectif réduit d'ES.

Résultats

En 2008, 182 ES ont participé à la surveillance AES. 2663 AES ont été recensés. 264 élèves ont été victimes d'AES contre 2399 non élèves.

Tableau 1
Répartition des AES chez les élèves / non élèves

Groupe	Effectif	%
Élèves	264	9,9
Non élèves	2399	90,1
Total	2663	100,0

1 agent victime d'AES sur 10 est un élève. La majorité des élèves victimes d'AES sont les élèves infirmiers (90,9% en 2008).

Graphique 1 - Évolution de la proportion d'AES chez les élèves de 2001 à 2008



Sur l'ensemble des AES répertoriés chaque année dans le cadre de la surveillance, la proportion d'AES chez les élèves atteint 9,9% en 2008 après une baisse en 2007 (9,1%) et une stabilité de 2002 à 2006 (10,8% à 11,2%).

Tableau 2 - Taux d'incidence des AES en 2008

	Nb AES	Nb ETP	Taux d'incidence en 2008	IC 95 %
Élèves	70*	2412,0	2,9%	2,3-3,7
Hors élèves	1138**	63956,6	1,8%	1,7-1,9

* chez les élèves, 19 ES avaient renseigné leur ETP élèves

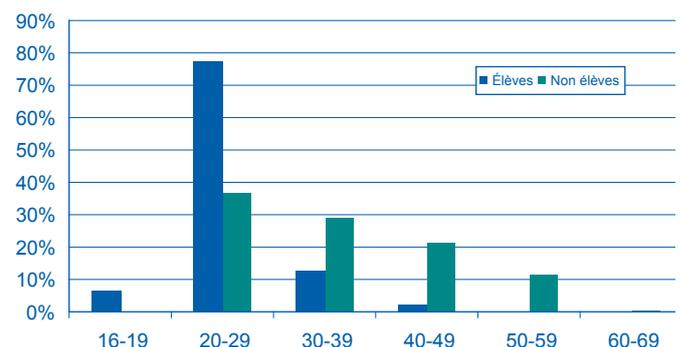
** chez les non élèves, 178 ES avaient renseigné leur ETP

En 2008, l'incidence des AES chez les élèves est de 2,9%. Elle est significativement différente de celle des non élèves (1,8%); ($p < 10^{-4}$).

L'incidence des AES chez les élèves est passée de 2,5% en 2004 à 2,9% en 2008 mais l'augmentation n'est pas significative (NS).

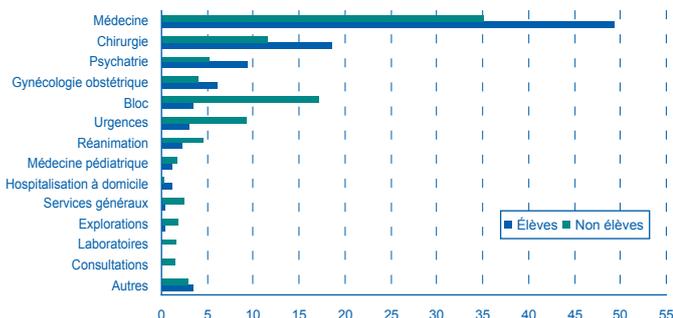
Les ES participant au réseau changent d'année en année et peuvent faire évoluer les taux d'incidence. Certains participaient pour la première fois en 2008, d'autres avaient participé en 2007 mais n'ont pas renouvelé leur participation en 2008 : une cohorte de 21 ES a participé à la surveillance en 2006, 2007 et 2008. L'incidence des AES de la cohorte était de 3,9% en 2006, 3,7% en 2007 et 4,1% en 2008 (NS).

Graphique 2 - Répartition des AES en fonction de l'âge



75% des élèves victimes d'AES sont âgés de 20 à 29 ans. Chez les non élèves, c'est aussi la tranche d'âge la plus touchée, mais de façon bien moindre : 37% des non élèves victimes d'AES.

Graphique 3 - Services ayant déclaré des AES



Pour les 2 groupes, les services de médecine sont ceux qui déclarent le plus d'AES ; 49,2% pour le groupe des élèves et 35,2% pour le groupe des non élèves ($p < 0,05$). Le second type de service où est recensé le plus d'AES chez les élèves est la chirurgie (18,6% pour le groupe des élèves contre 11,5% pour le groupe des non élèves ; $p < 0,05$) et chez les non élèves, le bloc (17,1% pour les non élèves contre 3,4% pour les élèves ; $p < 0,05$).

Tableau 3 - Répartition selon le type d'exposition

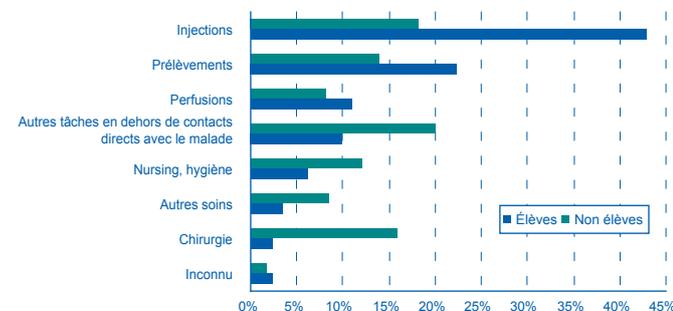
Type d'exposition	Elèves		Non élèves		P*
	Effectif	%	Effectif	%	
Piqûre	221	83,7	1725	71,9	S
Projection	28	10,6	319	13,4	NS
Coupure	13	4,9	291	12,2	S
Autres : Griffure, Morsure	2	0,8	58	2,4	
Total	264	100,0	2393	100,0	

Pour les deux groupes, la majorité des agents sont victimes d'AES par piqûre ; 84% chez les élèves contre 72% chez les non élèves ($p < 0,05$).

Les projections sont responsables de 10,6% des AES pour les élèves et 13,3% pour les non élèves (NS).

Les coupures sont plus fréquentes chez les non élèves (12,1% ; $p < 0,05$).

Graphique 4 - Tâches en cours lors de l'AES

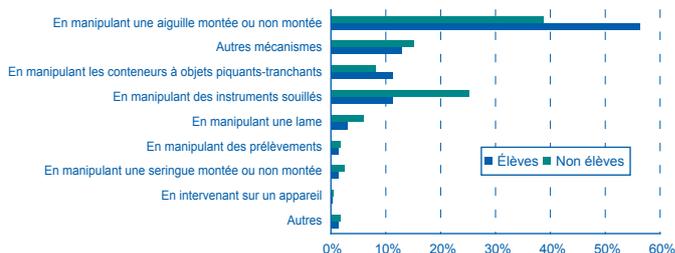


La tâche en cours dépend de la fonction de l'agent. Les injections représentent plus de 40% des AES chez les élèves contre 18,3% chez les non élèves ($p < 0,05$). Le fort taux d'AES par injection chez les élèves peut s'expliquer par le fait que les élèves infirmiers sont les plus nombreux (91% des élèves).

A l'inverse, ce sont les tâches en dehors de contacts directs avec le malade qui sont les plus fréquentes lors d'AES chez les non élèves ($p < 0,05$).

Graphique 5

Les différents mécanismes de survenue des AES



La manipulation d'aiguilles est le mécanisme le plus fréquemment retrouvé chez les élèves (56,4%) et les non élèves (38,8%) lors de la survenue d'AES ($p < 0,05$).

La manipulation d'instruments souillés est plus fréquente chez les non élèves (25,2%) que chez les élèves (11,4%) ; ($p < 0,05$).

Il n'y a pas de différence significative entre le groupe des élèves et le groupe des non élèves pour le délai de prise en charge de l'accident (NS). Plus de 80% des agents (élèves et non élèves) sont pris en charge moins de 2 heures après l'AES.

Les soins immédiats adoptés par les agents ne diffèrent pas entre les élèves et les non élèves. Un lavage immédiat, l'utilisation d'un antiseptique, un examen sérologique initial, un suivi sérologique et une prophylaxie initiée ont lieu dans plus de 84% des cas pour les élèves et pour les non élèves (NS). Pour chaque soin, la proportion ne diffère que de 4% maximum entre les élèves et les non élèves.

La proportion d'élèves avec une protection lors de l'AES est plus importante que chez les non élèves (61% contre 54% pour le port de gants et 47% contre 37,7% pour la présence de conteneur à portée de la main) mais la différence n'est pas significative (NS).

Conclusion

L'étude complémentaire effectuée chez les élèves montre qu'en 2008, l'incidence des AES chez les élèves (2,9%) est significativement plus élevée que chez les non élèves (1,8%).

Entre 2004 et 2008, il n'y a pas eu d'augmentation significative du taux d'AES chez les élèves.

Certaines caractéristiques des AES sont plus fréquentes chez les élèves :

- il s'agit plus souvent de piqûres en manipulant une aiguille lors d'injections dans les services de médecine et de chirurgie
- **MAIS** le respect des pratiques de prévention (gants, collecteurs...) et les soins apportés après l'AES (lavage immédiat, ATS, sérologies +/- prophylaxie...) sont comparables à celles des non élèves.

Juliette Tanguy, Marion Pérennec-Olivier, Catherine Vialard, Alice Jouve, Pascal Jarno

Une journée sur le développement durable organisée par le réseau Colines le 20 janvier 2009

Les demandes récurrentes des établissements concernant les déchets, les nouveaux critères de la certification faisaient du thème du développement durable une préoccupation. Mais comment l'aborder ? Un article de la revue Hygiènes citant l'expérience de l'hôpital de Freiburg (Allemagne) a servi de déclencheur. Pour élaborer un programme le service d'hygiène a fait appel au Leres (laboratoire santé environnement de l'EHESP), au CCLIN Ouest (B. Lejeune) et à des expériences locales.

Rappelant les concepts de développement durable, M. Thomas, directeur du Leres, a décrit les moteurs pour l'action dans les établissements de santé et les soutiens possibles « état exemplaire ». Il a insisté sur l'importance d'un accompagnement extérieur apte à promouvoir une vision d'ensemble évitant des démarches trop parallèles. B. Lejeune a resitué le développement durable dans la perspective de santé publique : l'écologie au service de la santé de l'homme. Il a ensuite mis l'accent sur ce qui peut relever du CLIN : l'architecture, les produits, les déchets, en précisant que ce dernier a en priorité pour tâche de prévenir le risque infectieux.

M. Pitard, directeur des services économiques a montré au travers de l'expérience d'implantation du tri de déchets au CHS de Blain, comment les choix -définition des DASRI, types et emplacements de conteneurs-avaient conditionné l'organisation mise en place. Il a présenté les supports d'une communication ciblée sous la forme d'un guide du tri largement diffusé. Pour lui, le recyclage assure une compensation économique aux investissements qu'il suppose. Des questions persistent au terme d'une démarche rigoureuse instaurée sur plusieurs années dès lors que la réglementation conduit parfois à l'évacuation de contenants presque vides : le CLIN aura-t-il l'aval des certificateurs HAS au terme d'une analyse bénéfique risque ?

La multiplicité des intervenants et les exigences potentiellement contradictoires n'échappent pas au domaine du traitement des déchets des patients en autotraitement à leur domicile. M^{me} Lecluse, ingénieur sanitaire à la DDASS santé environnement de Loire Atlantique évoque la loi de finance 2009, les décrets attendus concernant les pharmaciens et les fournisseurs. Elle cite des démarches pragmatiques de collectivités locales qui organisent, en attendant, des points de collecte.

C'est aux déchets liquides que s'est intéressée M^{me} Baurès du Leres, rappelant que les effluents hospitaliers ne sont pas plus concentrés en bactéries que les effluents urbains : effet des désinfectants ou effet dilution ? Les hôpitaux ne seraient responsables que du quart des médicaments retrouvés dans ces derniers. Des solutions techniques existent pour en réduire le volume mais les travaux visant à limiter la production à la source du type bonnes pratiques restent nécessaires.

Que disent les industriels ? M. Criquelion du laboratoire Anios a repris quelques points de la norme Biocide en détaillant la toxicité et la biodégradabilité. Il a présenté aussi les conséquences sur les coûts du passage à des séquestrants moins nocifs n'hésitant pas à parler d'« éco business ». Plaidant pour un étiquetage qui permette de comparer des produit à dose d'emploi, il interpelle les soignants utilisateurs : « supposons qu'un produit soit actif en 5 minutes à la concentration normale, et en 15 minutes plus dilué, seraient-ils prêts à changer leur pratique pour un gain sur l'environnement tel que l'industriel ne pourrait obtenir qu'au terme d'études longues et coûteuses ? »

Enfin, l'expérience de Freiburg présentée non sans humour par A. Schuster, biologiste au service d'hygiène et santé environnementale a apporté quelques lumières. Le contexte est un peu différent du nôtre : compteur d'économie d'énergie à l'entrée de l'hôpital, panneaux photovoltaïques en toiture. Mais le développement durable n'est pas une préoccupation d'hier : cette orientation avait été choisie il y a une quinzaine d'années pour des raisons écologiques autant qu'économiques et stratégiques (politique fédératrice). On y observe de nombreuses mesures telles que le contrôle des consommations électriques, la récupération de l'eau des toitures, la cogénération, incitations à l'utilisation des transports en commun etc. Pour ce qui concerne l'hygiène, la réduction du linge de lit, le choix de produits alimentaires en gros conditionnement s'inscrivent dans cette volonté de développement durable. C'est l'évolution du poids des DASRI passé de 125 tonnes en 1988 à 12,3 tonnes en 2006 qui surprend le plus. L'incinération sur site n'est pas sans impact, cependant la définition du DASRI a été réduite au strict minimum, calée sur des recommandations de l'OMS.

La logistique de la journée n'était pas en reste puisque le service de restauration avait été sollicité pour quelques produits bio (on ose espérer que leur bilan carbone était satisfaisant), ... et de la vaisselle en carton.

Les retours de ce premier galop ont déjà été positifs si l'on en juge l'évaluation. Le pharmacien d'un établissement voisin a confié avoir examiné les étiquettes des produits présents dans son établissement. Le mouvement est enclenché et les prochaines journées sur le thème continueront d'apporter aux établissements et aux CLIN des idées d'actions possibles.

*Benoît Libeau, Marie-Claire Dousset
Service d'hygiène hospitalière
CH St Nazaire/réseau Colines*

LU POUR VOUS...

Traitement des endoscopes : état de l'art et application au centre hospitalier universitaire d'Angers

L'endoscopie souple présente aujourd'hui un certain nombre de contraintes, tant pour le personnel utilisateur (produits chimiques agressifs et nettoyage répétitif) que pour les patients (stress, gêne). Ces contraintes, destinées à lutter contre les infections nosocomiales, orientent la recherche vers de nouvelles alternatives plus séduisantes (vidéo capsule, coloscopie virtuelle). Mais leurs états d'avancement ne permettent pas de supprimer, à moyen terme, l'endoscopie des établissements de santé. Ainsi, face aux infections nosocomiales, les industriels proposent actuellement des systèmes de désinfection d'endoscopes automatisés et rapides, des systèmes cherchant à obtenir la meilleure sécurité pour le patient en désinfectant ou stérilisant l'endoscope, ou des dispositifs qui assurent une meilleure protection face aux contaminations directes ou croisées tout en diminuant le nombre de désinfections obligatoires. À l'aide de ces innovations, chaque service doit à la fois adapter sa salle de traitement des endoscopes pour qu'elle réponde

aux circulaires et guides de bonnes pratiques tout en étant fonctionnelle et adaptée à l'activité endoscopique. C'est pourquoi, à l'occasion d'un projet de rééquipement des plateaux de désinfection en endoscopie souple, le CHU d'Angers a souhaité mener une réflexion prospective à court et moyen terme sur les endoscopes et leurs moyens de traitement afin de minimiser les risques infectieux, le temps d'indisponibilité de l'endoscope ainsi que le coût de la désinfection. Cet article fait le point sur la réglementation en vigueur, les avancées technologiques en matière de traitement des endoscopes et présente le fruit de cette réflexion à travers la réorganisation de l'équipement des salles de désinfection de trois services du CHU.

RÉSUMÉ D'AUTEUR

LE FOLT, VAILLANT C. *Traitement des endoscopes : état de l'art et application au centre hospitalier universitaire d'Angers. IRBM 2009 ; 30 :292-301. (réf. NosoBase *26109)*

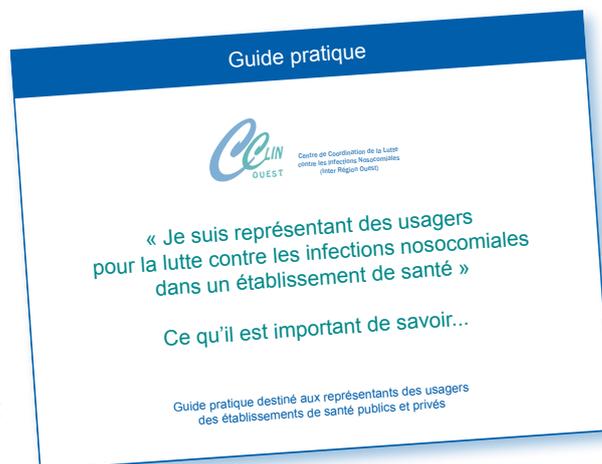
Publication : guide pratique pour les représentants des usagers au CLIN

Le CCLIN Ouest diffuse en février un guide pratique pour les représentants des usagers au CLIN (ou sa commission équivalente) dans les établissements de santé (ES).

L'objectif de ce guide est de rendre opérationnelle la participation des représentants des usagers dans cette instance.

Vous y trouverez :

- ce qu'il faut savoir sur la LIN dans les ES ;
- ce que pourrait ou devrait être le rôle du représentant de l'utilisateur ;
- comment est organisé un hôpital ;
- la définition (par rubrique) des principaux termes que vous aurez à intégrer en tant que représentants des usagers au CLIN ;
- et une présentation (par rubrique également) des principaux textes réglementaires.



Ce guide sera adressé aux représentants des usagers et aux présidents de CLIN des ES de l'inter-région. Les équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière et les directeurs d'établissement seront informés par courrier de la mise à disposition de ce guide. Le guide sera disponible (consultation, téléchargement) sous format électronique sur le site du CCLIN Ouest. Il pourra être commandé auprès des documentalistes du CCLIN.

NOSO-NEWS - bulletin du CCLIN Ouest

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

CCLIN 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 : 1^{er} trimestre 2010 - Réalisation : A.L.J. Création (Montfort / 02 99 09 34 41)