

NOSO News



Bulletin n°55

Numéro spécial
Antennes régionales
de lutte contre les IN

AU SOMMAIRE

Édito

p.1

Check-list de soins
à Quimper

p.2

Surveillance
des bactériémies
dans le Centre

p.3

Port de gants
en Vendée

p.4

Activités de l'EOH
d'Avranches-
Granville

p.6

Hygiène des mains
à Brest

p.7

Bloc-notes

p.8

EDITORIAL

Ce 55^e numéro de NosoNews est particulier car nous avons souhaité donner la parole aux ARLIN. Je remercie les responsables et leurs équipes du travail effectué sur le terrain. La diversité et la richesse des productions proposées témoignent de leur dynamisme.

On constate que les outils d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, d'évaluation des pratiques professionnelles ainsi que les actions de surveillance des infections sont au cœur du métier d'hygiéniste.

- C'est bien ce qui ressort du *bilan d'activité présenté par l'EOHH d'Avranches-Granville* qui souligne également la place importante de la formation dans les activités d'une équipe de terrain.
- Les *audits de pratiques* au travers des expériences brestoises et vendéennes montrent l'intérêt des équipes pour l'évaluation de l'hygiène des mains. Le GREPHH va proposer, en complément de l'audit « Observance – Pertinence » de l'hygiène des mains, un nouvel outil d'évaluation de la qualité technique des gestes d'hygiène des mains.
- La mise en place de la « *check-list pour la sécurité chirurgicale* » au bloc opératoire, comme outil de vérification a été évaluée au CH de Quimper. Le suivi des actes et gestes de soins est un aspect important du programme national de prévention des IAS.
- *La surveillance des infections nosocomiales* : l'ARLIN Centre a développé une expertise dans le suivi des bactériémies nosocomiales. La place de cette surveillance est largement discutée au RAISIN et fait l'objet d'une saisine du ministère chargé de la santé.

Quelques « news » pour cette presque fin d'année :

- Il semblerait que certains indicateurs du tableau de bord de suivi du PROPIN évolueront l'an prochain, en particulier ICSHA. Nous vous informerons dès que nous en saurons un peu plus.
- L'enquête HALT est terminée ; dès que possible, nous diffuserons les résultats pour la France. Je remercie tous ceux qui ont apporté leur contribution au bon déroulement de cette enquête européenne.

Pr Benoist Lejeune
Médecin responsable du CCLIN Ouest

Nouve@uté

Les sites internet du CCLIN Ouest et de NosoBase ont fait peau neuve ; n'hésitez pas à les revisiter!



Check-list de soins : un nouvel outil de gestion des risques destiné à améliorer la sécurité du patient

Care-bundles et check-lists

Les « check-lists » ou listes de vérifications font partie d'un nouveau concept : le « care-bundle » ou ensemble de pratiques de soins.

Le « care-bundle » regroupe des pratiques de soins qui ont démontré individuellement un intérêt en terme de prévention (travaux publiés, consensus national ou international) et qui, associées, apportent une synergie en terme d'effet préventif. Le plus souvent le « care-bundle » est décrit sous forme d'une check-list regroupant moins de 7 items, de type dichotomique (réponse oui/non).

Check-list « pose de cathéters centraux »

Le promoteur de la première check-list est le professeur Peter Pronovost, médecin anesthésiste-réanimateur américain qui exerce à Baltimore (John Hopkins Hospital). Cette check-list réalisée lors de la pose de cathéters centraux avait pour objectif de diminuer les bactériémies/septicémies en réanimation/soins intensifs [1].

En 2003, l'étude « Keystone initiative » réalisée dans les services de réanimation de l'état du Michigan confirmait l'efficacité de la check-list « pose de cathéters centraux » en terme de prévention de ces infections, réduisant leur nombre jusqu'à 66% [1-3]. Cette check-list est désormais mise en application dans l'ensemble des états nord-américains.

Check-list « sécurité chirurgicale »

En 2008, l'OMS publiait un guide de recommandations : « une chirurgie plus sûre pour épargner des vies » [4]. Ce guide promeut la mise en place d'un bundle « check-list de sécurité chirurgicale » ayant pour objectif de réduire la morbidité et mortalité post-opératoires.

Les thématiques retenues comme essentielles sont : garantir l'identité patient, le type d'intervention, le côté à opérer, assurer la sécurité anesthésique en prévenant les complications prévisibles, prévenir le risque infectieux (antibioprophylaxie), prévenir les oublis de compresses, aiguilles et de certains instruments, assurer une correcte identification des pièces opératoires et prélèvements réalisés pendant l'intervention.

Les vérifications croisées tout au long de la prise en charge sont basées sur un partage de l'information entre les professionnels avant l'induction de l'anesthésie, avant l'incision (temps de pause ou « time out », ultime partage entre membres de l'équipe des informations essentielles), et avant sortie du patient de la salle d'opération.

Une première étude d'impact réalisée dans 8 pays différents a montré une diminution du taux de complications post-opératoires de 36%. Cette étude a été publiée en janvier 2009 [2]. D'autres études d'impact sont en cours de réalisation.

A l'initiative de la HAS, les représentants des professionnels travaillant au bloc opératoire, en association avec les représentants des patients, ont adapté cette check-list au contexte français (juin 2009) [5]. Sa réalisation présente depuis janvier 2010 un caractère obligatoire au titre de critère de certification (V2010). La préparation cutanée fera l'objet d'une mise à jour en 2011.

La check-list chirurgicale au Centre hospitalier de Cornouaille (Quimper)

L'implantation de la check-list de l'OMS au Centre hospitalier de Cornouaille s'est effectuée en mars 2009. Un bilan d'étape a été réalisé en novembre 2009 (évaluation de 200 interventions et audits observations dans chaque discipline chirurgicale) et a montré son utilisation et son acceptation par tous les professionnels. Cependant la verbalisation partagée des vérifications croisées n'est pas encore suffisamment ritualisée,

car nécessitant un nouveau mode de communication entre des professionnels issus de métiers souvent cloisonnés. La check-list peut être aussi au départ perçue, à tort, comme un écrit traçant des actes et un doublon des documents existants. La check-list n'est pas un outil de traçabilité des actes de soins réalisés, mais une liste de vérification a priori (et non a posteriori) des points de sécurité de la prise en charge.

Ces premières difficultés ont souligné la nécessité d'une information préalable de l'ensemble des équipes, d'un suivi immédiat et d'un accompagnement et d'une évaluation au long terme.

Depuis 2010, le Centre hospitalier de Cornouaille participe au programme international d'évaluation d'impact de la check-list chirurgicale (OMS High 5s) coordonné par le CEPPrAL « Coordination pour l'évaluation des pratiques professionnelles en santé en Rhône-Alpes » et la Haute autorité de santé [6].

Conclusion

L'observance par les professionnels des procédures écrites est un objectif très difficilement atteint de manière constante. Ces difficultés, désormais très médiatisées, font l'objet d'une forte incompréhension de la part des usagers des établissements de santé.

Les expériences internationales montrent que la simplicité du concept porté par les bundles et check-lists favorise l'observance de pratiques ayant montré un bénéfice en terme de prévention.

Le bundle, court, concis, validé, présente une mise en œuvre simple et son observance est facilement évaluée. Il doit permettre de garantir l'application à 100% d'actes de prévention et pour 100% des patients.

Néanmoins, la réussite de son implantation est conditionnée au préalable par un engagement fort de l'institution et par la formation des professionnels médicaux et para-médicaux à ce nouveau paradigme. La communication inter-professionnelle réalisée lors des vérifications est un aspect essentiel de la réussite des bundles et check-lists.

Le programme national de prévention des infections nosocomiales 2009/2013 (PROPIN) insiste sur l'intérêt d'élaborer des check-lists comme outil d'aide à l'observance des mesures de prévention.

Gwénaél Rolland-Jacob
Centre hospitalier de Cornouaille, Quimper (29)

Bibliographie :

[1] Pronovost P. et al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *N Engl J Med* 2006;355:2725-32.

[2] Haynes et al. Surgical safety check-list to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med* 2009;360:491-9.

[3] Pronovost P. et al. Sustaining reductions in catheter related bloodstream infections in Michigan intensive care units: observational study. *BMJ* 2010;340:c309.

[4] Organisation mondiale de la santé. Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies. 2008. 32 p.

[5] Haute autorité de santé. Check-list sécurité du patient au bloc opératoire. 2009. 2 p.

[6] Organisation mondiale de la santé. <http://www.high5s.org>

La prévention des infections associées aux soins en région Centre

La surveillance des bactériémies comme locomotive

L'OMS recommande la surveillance des maladies associées à une morbidité et une mortalité importantes, un potentiel épidémique important, ou qui font l'objet de programmes d'actions spécifiques. Les IAS remplissent ces conditions. Aussi, et dans le cadre des recommandations nationales pour la prévention des IAS, l'ARLIN Centre encourage, et aide si nécessaire, les 112 établissements de santé de la région à mettre en œuvre les surveillances des IAS avec les outils et les méthodologies labellisés RAISIN.

Depuis 2000, nous développons un modèle régional de prévention des IAS dans lequel la surveillance des bactériémies joue un rôle central. Cet article est l'occasion pour l'ARLIN de vous le présenter, ainsi que les enseignements de 10 années d'expérience.

La surveillance des bactériémies, une priorité régionale

Les bactériémies sont des infections peu fréquentes mais sévères, et la surveillance des bactériémies associées aux soins est un indicateur reconnu pour l'évaluation du risque infectieux associé aux soins [1]. La part évitable des bactériémies nosocomiales est notable, en particulier pour celles qui sont associées à des dispositifs intra-vasculaires [2]. **Aussi, le RHC encourage depuis 10 ans les 38 établissements de santé de la région ayant +50 lits de MCO à surveiller les bactériémies pendant 3 mois au cours du premier semestre de chaque année.**

Les hygiénistes et les biologistes mobilisés

Plusieurs études ont montré l'importance de coupler les informations cliniques de surveillance aux données microbiologiques et donc de la collaboration entre les microbiologistes, les cliniciens et les hygiénistes. Aussi, la surveillance des bactériémies réalisée selon l'ex-protocole national, est couplée à l'analyse microbiologique des souches des bactériémies associées au staphylocoque doré et aux BMR (bactéries productrices de β LSSE, entérocoques résistants aux glycopeptides).

En pratique

Pendant chaque période d'enquête, les hygiénistes prennent en charge le remplissage et la saisie des fiches, et les biologistes conservent et envoient les souches isolées des bactériémies à l'ARLIN. Dans le cadre de la CRENO financée par le CCLIN Ouest, les souches font l'objet d'une étude approfondie dont l'objectif est de suivre les principaux clones de BMR diffusant dans la région et de détecter les phénomènes épidémiques. Chaque année, les données d'incidence obtenues reposent sur 1000 cas de bactériémies en moyenne, et l'analyse microbiologique sur environ 200 souches. *Les résultats (incidence, origine, portes d'entrée, mortalité pour la surveillance, et analyse des souches à l'échelle de chaque établissement et à l'échelle régionale) sont diffusés par l'ARLIN en septembre de l'année de l'enquête.*

Les principaux enseignements du fonctionnement jusqu'en 2008

Une participation importante

La quasi-totalité des établissements publics et privés les plus importants de la région (36/38) participent chaque année à l'enquête depuis 10 ans. Les fiches sont remplies, saisies avec soin, les souches sont transmises sans délai, suggérant que cette surveillance est bien acceptée des hygiénistes et des biologistes de la région.

Un réseau d'acteurs mobilisable

Pendant 3 mois chaque année, 31 hygiénistes et 31 biologistes sont impliqués dans la surveillance. De cette coopération régulière est né un réseau d'acteurs étendu — les 6 départements sont couverts —, actif, regroupant des professionnels impliqués, informés et mobilisables facilement par l'ARLIN tout au long de l'année, en cas d'alerte par exemple [3].

Une base de données BMR actualisée

L'analyse microbiologique des souches isolées pendant les enquêtes permet d'alimenter annuellement la base régionale de données relatives aux BMR, et permet en particulier le suivi des SARM (clones épidémiques, souches de sensibilité diminuée aux glycopeptides, souches résistantes à la mupirocine) ainsi que celui des colibacilles et des klebsielles producteurs de β LSSE.

Un outil pour l'observation des tendances

L'analyse des résultats permet d'obtenir des données d'incidence. L'évolution des données d'incidence, que ce soit pour l'établissement ou au niveau régional, permet d'observer des tendances. La plus marquante est la diminution des bactériémies à SARM, vraisemblablement en lien avec les efforts réalisés pour la prévention de la diffusion des SARM au sein des établissements [4].

Un outil pour définir les priorités

L'analyse des principales portes d'entrée en lien avec les bactériémies associées aux soins permet de définir des actions au niveau local et à l'échelon régional.

Dès 2000, compte tenu de la place prépondérante (>1/3) des bactériémies associées aux dispositifs intra-vasculaires (DIV), un travail régional portant sur la prévention des infections associées aux DIV a été initié et poursuivi jusqu'en 2005 avec l'organisation d'audits régionaux (XX^e Congrès SFHH), d'une journée régionale de formation, l'élaboration d'une procédure de pose de cathéters périphériques en 2 temps [5]. et l'élaboration de recommandations régionales relatives à la pose et à la gestion des DIV (cathéters veineux centraux, cathéters périphériques et cathéters à chambre implantable) (www.rhc-arlin.com).

2009, BMR

En 2008, les interrogations suscitées par l'augmentation de l'incidence des bactériémies associées aux colibacilles producteurs de β LSSE nous ont encouragés à analyser le phénomène.

Aussi, en 2009, nous avons organisé une vaste enquête régionale d'incidence portant sur les BMR à laquelle 57 établissements de santé, 31 EHPAD et 19 laboratoires de ville ont participé (X^e JNI, 2009). Cette enquête a, elle-même, eu pour prolongement la réalisation d'un état des lieux et l'élaboration de recommandations pour la réalisation des prélèvements de plaies et l'analyse des résultats (XIX^e Congrès SFHH), une journée régionale de formation ainsi que l'investigation de 4 épidémies d'infections à BMR, dont 2 associées à des entérocoques productrices de β LSSE en EHPAD [6].

2010, IAS urinaires

Compte tenu de l'importance de la porte d'entrée urinaire pour les BMR, la surveillance des bactériémies nosocomiales 2009 a été l'occasion de faire un focus sur les bactériémies à porte d'entrée urinaire. La surveillance annuelle a montré que plus d'une bactériémie nosocomiale à porte d'entrée urinaire sur deux était diagnostiquée chez des patients sans antécédent de sondage urinaire. Ces résultats nous ont encouragés à organiser, en 2010, un état des lieux sur l'ECBU, à élaborer des recommandations pour la réalisation et l'analyse des résultats de l'ECBU (XI^e JNI, 2010) et mener une vaste enquête régionale de prévalence portant sur les infections et colonisations urinaires à laquelle 65 établissements de santé et 43 EHPAD ont participé. Un jour donné, les patients et les résidents ont fait l'objet d'une étude relative au risque urinaire et un prélèvement d'urine a été réalisé ; les résultats vont permettre de définir la place des colonisations, celle de l'infection, de caractériser les germes en cause, les facteurs de risque de

colonisation avec les colibacilles producteurs de β SE, et d'étudier les traitements antibiotiques mis en œuvre. La surveillance a été couplée à la surveillance de la consommation des anti-infectieux. De plus, une enquête approfondie sur les bactériémies à porte d'entrée urinaire et les germes qui leur sont associés est réalisée cette année par les 36 établissements surveillant les bactériémies, et une journée régionale de formation centrée sur la prévention des infections urinaires associées aux soins est organisée le 12 octobre 2010 (Centre des congrès Vinci, Tours).

2011, préparation cutanée

Les résultats 2010 de la surveillance des bactériémies confirment l'augmentation en incidence des infections bactériémiques staphylococciques à porte d'entrée associée au site opératoire [7, 8, 9]. Aussi, notre priorité régionale en 2011 sera de réaliser un focus sur la préparation de l'opéré.

Un outil pour obtenir des données d'éco-épidémiologie des IAS

Les enquêtes portant sur les bactériémies nous permettent d'obtenir des données évolutives d'éco-épidémiologie des IAS. L'investissement important des participants aboutit à l'obtention de données dont la qualité très élevée permet des publications dans des revues à impact factor >2.5. Et ces publications suscitent des collaborations scientifiques précieuses, telles que celles développées avec les professeurs A van Belkum (Hôpitaux Universitaires de Rotterdam), Jacques Shrenzel (Hôpitaux Universitaires de Genève) et Xavier Bertrand, CNR *P. aeruginosa*, CHU de Besançon.

Un modèle gagnant-gagnant

Nos résultats sont encourageants : le réseau actif de professionnels s'accroît rapidement et se diversifie. Et au-delà de l'augmentation du nombre de professionnels du réseau, l'engagement d'un plus grand nombre à suivre les formations et participer aux groupes de travail régionaux semble montrer l'intérêt des hygiénistes et des biologistes pour ce mode de travail.

Etant donné l'impact très positif de la collaboration triple hygiénistes-biologistes-ARLIN, nous appliquons à tous les axes de travail ce qui a fait le succès de l'expérience « bactériémies ». Selon un schéma semblable, hygiénistes et biologistes sont mobilisés autour de projets communs. Selon la problématique, il est demandé aux biologistes de compléter l'enquête par l'étude de souches bactériennes particulières afin d'apporter de précieux éclairages aux données épidémiologiques et aux données d'incidence, procurant à l'ensemble une qualité de données élevée.

L'ARLIN, elle, s'appuie désormais sur un réseau dynamique, lui procurant les données d'incidence et une base de données microbiologiques solide permettant de définir les priorités

régionales et d'évaluer avec précision la diffusion des principales BMR en région.

La surveillance des bactériémies semble une locomotive efficace pour la dynamique régionale de promotion de la prévention des IAS. Les travaux effectués donnent du sens au quotidien des hygiénistes et des biologistes, et permettent à l'ARLIN de répondre aux objectifs nationaux (surveillance, alerte, formation, ...) et de répondre aux demandes de terrain.

Nathalie van der Mee
ARLIN Centre

[1] Pittet D, Li N, Woolson RF, Wenzel RP. Microbiological factors influencing the outcome of nosocomial bloodstream infections: a 6-year validated, population-based model. *Clin Infect Dis.* 1997 Jun;24(6):1068-78.

[2] Harbarth S, Sax H, Gastmeier P. The preventable proportion of nosocomial infections: an overview of published reports. *J Hosp Infect.* 2003 Aug;54(4):258-66.

[3] van der Mee-Marquet N, Lina G, Quentin R, Yaouanc-Lapalle H, Fièvre C, Takahashi N, Etienne J. Staphylococcal exanthematous disease in a newborn due to a virulent methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* strain containing the TSST-1 gene in Europe: an alert for neonatologists. *J Clin Microbiol.* 2003 Oct;41(10):4883-4.

[4] van der Mee-Marquet N, François P, Domelier AS, Arnault L, Girard N, Schrenzel J, Quentin R and the Bloodstream Infection Study Group of the Réseau des Hygiénistes du Centre. Variable-number tandem repeat analysis and multilocus sequence typing data confirm the epidemiological changes observed with *Staphylococcus aureus* strains isolated from bloodstream infections. *J Clin Microbiol.* 2009 Sep;47(9):2863-71.

[5] van der Mee-Marquet NL for the Bloodstream infection Study Group of the Relais Régional d'Hygiène Hospitalière du Centre. Efficacy and safety of a two-step method of skin preparation for peripheral intravenous catheter insertion: a prospective multi-centre randomised trial. *BMC Anesthesiol.* 2007 Jan 31;7:1.

[6] van der Mee-Marquet N, Savoyen P, Domelier-Valentin AS, Mourens C, Quentin R and the Réseau des Hygiénistes du Centre Study Group. CTX-M-type fluoroquinolone-resistant *Escherichia coli*: analysis of the colonization of residents and inanimate surfaces 1 year after a first case of urinary tract infection at a nursing home in France. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2010 Sep;31(9):968-70.

[7] van der Mee-Marquet N, Epinette C, Loyau J, Arnault L, Domelier AS, Losfelt B, Girard N, Quentin R and the Bloodstream Infection Study Group of the Relais d'Hygiène du Centre. *Staphylococcus aureus* strains isolated from bloodstream infections changed significantly in 2006. *J Clin Microbiol.* 2007 Mar;45(3):851-7.

[8] van der Mee-Marquet N, Domelier AS, Girard N, Quentin R and the Bloodstream Infection Study Group of the Relais d'Hygiène du Centre. Epidemiology and typing of *Staphylococcus aureus* strains isolated from bloodstream infections. *J Clin Microbiol.* 2004 Dec;42(12):5650-7.

[9] van der Mee-Marquet N, François P, Domelier-Valentin AS, Coulomb F, Decreux C, Hombrock-Allet C, Lehiani O, Neveu C, Ratovoahery D, Schrenzel J, Quentin R and the Bloodstream Infection Study Group of the RHC. Emergence of unusual bloodstream infections associated with pig-borne like *Staphylococcus aureus* ST398 in France. 2010 *Clin Infect Disease* (sous presse).

Audit sur le port de gants non stériles en Vendée

Dans le cadre de la prévention des infections liées aux soins, l'utilisation de gants non stériles constitue une barrière à ne pas négliger, en plus de l'utilisation des solutions hydro-alcooliques. Cependant, le mésusage des gants non stériles peut constituer une source de contamination croisée. Il nous est donc apparu intéressant d'évaluer les pratiques relatives à l'utilisation des gants non stériles.

But et méthode

Dans la problématique de prévention de la transmission croisée par manuportage et port de gants, l'association Hygiène Vendée constituée des deux réseaux vendéens d'hygiène (ECLIN et CLIND'REVE), a réalisé un audit sur le port de gants non stériles. Cet audit avait pour but d'évaluer les connaissances des professionnels de santé sur l'utilisation des gants non stériles dans le cadre de l'application des précautions standard (en excluant la situation de lésions cutanées du professionnel de santé). Le groupe de travail pluridisciplinaire s'est appuyé sur des textes de référence [1,2] pour rédiger un questionnaire d'auto-évaluation comprenant deux axes d'investigations :

- respect des indications du port de gants non stériles,
- bonnes pratiques du port de gants non stériles.

Afin de pouvoir inclure le plus grand nombre d'établissements dans cette enquête, les Soins de Suite, la Rééducation, les Soins de Longue Durée, les EHPAD ont été les domaines d'activité définis pour cet audit.



Les catégories socioprofessionnelles ciblées par cet audit sont les suivantes : Infirmière diplômée d'État (IDE), Aide soignant (AS), Agent de service hospitalier (ASH) du service de soin. Un questionnaire d'auto-évaluation est distribué aux soignants des établissements membres des réseaux répondant aux critères cités ci-dessus.

Pour faciliter l'exploitation des résultats, le questionnaire a été géré à l'aide d'un logiciel d'enquête et d'analyse de données (SPHINX).

Auto-évaluation et résultats

1088 questionnaires ont été retournés, dont 494 pour le réseau ECLIN et 594 pour le réseau CLIN D'REVE. Le taux de participation global est de 69,5 %.

Tableau 1 - Répartition socioprofessionnelle

Catégories socioprofessionnelles	Pourcentage
IDE	24 %
AS	45 %
ASH	22 %
Autres	9 %

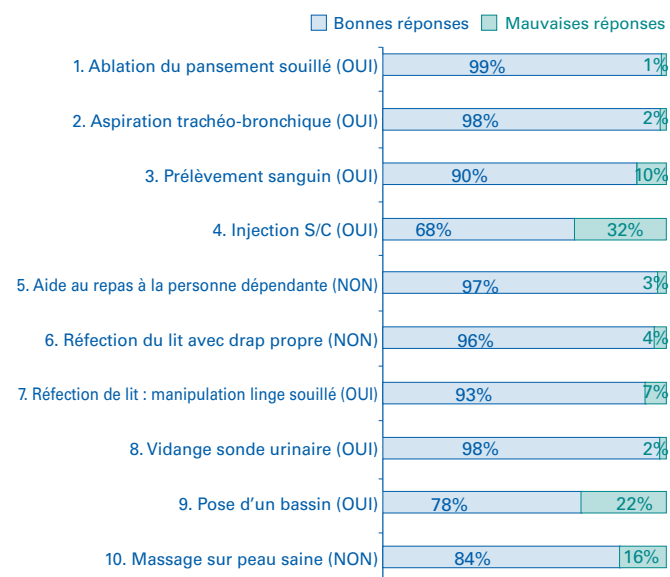
La catégorie socioprofessionnelle semble peu influencer les réponses données, ce qui nous permet de présenter les résultats de manière globale.

a. Respect des indications du port de gants non stériles

Dix situations de soins ont permis d'évaluer les connaissances sur les indications (ou non-indications) du port de gants non stériles.

Les résultats sont indiqués dans le tableau suivant, avec la réponse attendue entre parenthèses et après exclusion des réponses « non applicables ».

Tableau 2 - Respect des indications

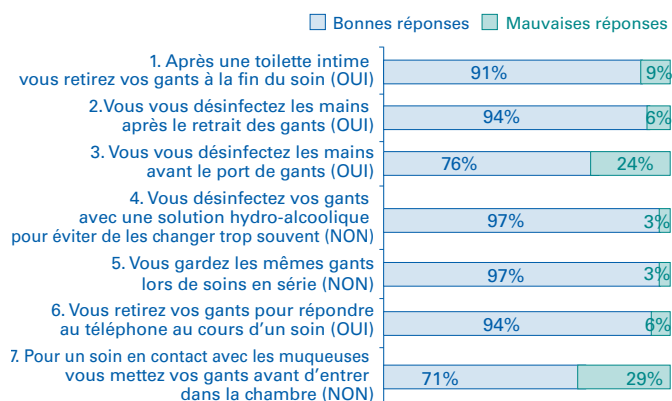


b. Bonnes pratiques du port de gants non stériles

L'objectif était d'évaluer les pratiques entourant le port de gants non stériles (moment d'utilisation, fréquence de changement, hygiène des mains...). Sept situations ont été définies pour évaluer ces pratiques.

Le tableau ci-dessous indique la conformité des réponses apportées, en fonction des réponses attendues (entre parenthèses) et après exclusion des réponses « non applicables ».

Tableau 3 - Respect des bonnes pratiques



Discussion

Afin de définir la qualité des réponses apportées, le cut-off du niveau satisfaisant attendu a été placé à 95 %.

a. Respect des indications du port de gants non stériles

L'observance du port de gants pour les soins à risque d'exposition au sang et autres liquides biologiques est satisfaisante, notamment dans les situations suivantes : élimination d'un pansement souillé, aspiration trachéo-bronchique, manipulation de linge souillé, vidange de sonde urinaire.

L'observance du non-port de gants dans les situations le justifiant est également satisfaisante (ex : réfection d'un lit avec des draps propres).

Cependant, certains points sont à améliorer, dans des situations où les gants ne sont pas portés alors qu'ils sont justifiés au regard de la prévention des AES : lors des prises de sang, lors des injections sous-cutanées, mais également, dans des situations où les gants sont portés alors qu'il n'y a pas lieu, comme lors des massages trophiques sur peau saine.

b. Bonnes pratiques du port de gants non stériles

Les gants non stériles sont bien gérés dans les situations suivantes : ne pas désinfecter les gants avec une solution hydro-alcoolique pour éviter de les changer trop souvent et ne pas garder les mêmes gants lors de soins en série.

Dans plusieurs situations, la gestion des gants n'est pas satisfaisante :

- La désinfection des mains avant de mettre des gants, nécessaire pour prévenir la transmission croisée, n'est pas systématiquement réalisée.
- Les gants mis avant d'entrer dans la chambre pour des soins en contact avec les muqueuses constituent un risque de contamination de l'environnement du patient et de manuportage avec la flore présente sur les gants.

Tout en gardant à l'esprit que la méthodologie employée (questionnaire d'auto-évaluation) peut constituer un biais par rapport à l'estimation réelle des pratiques, cet audit permet de noter une connaissance relativement bonne des pratiques liées au port de gants non stériles.

Conclusion

Suite aux résultats de cet audit, certains points vont être rappelés aux équipes soignantes, afin de poursuivre la sensibilisation au bon usage des gants non stériles dans le cadre du respect des précautions standard.

Des rencontres permettront d'insister sur le respect de toutes les indications, mais aussi sur les méfaits possibles d'un port de gants inapproprié ou mal géré.

Vincent Dalibard, CLIND'REVE, CHD La Roche sur Yon (85)
Roselyne Hue, ECLIN, CHLVO (85)

Bibliographie

[1] Circulaire N° DGS/DH/98/249 du 20 avril 1998 relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé

[2] SFHH. Recommandations nationales : prévention de la transmission croisée : précautions complémentaires contact, consensus formalisé d'experts, avril 2009

Bilan des activités du service d'hygiène du CH Avranches-Granville 2009

Le service d'hygiène du CH Avranches-Granville (CHAG) a la particularité d'exercer au sein d'un établissement comportant 2 sites distants de 25 km. Son équipe est composée de 1,5 ETP médical, 2 ETP paramédical et 0,66 ETP secrétariat. Chaque membre de l'EOH possède également des missions d'appui technique auprès des autres établissements du Sud Manche via l'Antenne Régionale de Basse Normandie (RRH).

Notre EOH, dès le 1^{er} Janvier 2008, s'est inscrite dans une démarche de traçabilité de son activité. Ce suivi réalisé au fil de l'eau permet de tracer les avis donnés et les activités de tous les membres du service d'hygiène permettant ainsi une analyse de nos actions quotidiennes.

Méthodologie

Une base d'activité informatique a été créée par le service informatique en collaboration avec notre service d'hygiène. Cette base permet une saisie rapide avec des items pré-remplis qu'il ne reste plus qu'à cocher.

Pour chaque activité sont saisis : l'intervenant, la date, la durée, le service, le thème et le sous-thème si nécessaire. Enfin, un commentaire libre est saisi par la personne du service d'hygiène permettant de préciser son action et/ou sa réponse. Ont été exclues toutes les activités entrant dans le cadre du Réseau Régional d'Hygiène saisies sur le site du RRH, les trajets inter-sites, toutes les interventions brèves ainsi que toutes les conversations téléphoniques relatives aux avis ou au fonctionnement de l'hôpital.

Nous avons également étudié les services qui sollicitent le plus l'EOH. Nous avons aussi réalisé une analyse par pôle d'activité tels ceux définis dans notre établissement (administratif, transversal, médecine, chirurgie-anesthésie-pédiatrie), le service d'hygiène appartenant au pôle transversal.

Enfin, l'item « Vie interne EOH », regroupe toutes les activités liées au fonctionnement du service : staffs internes, organisation de réunions, mise à jour des connaissances scientifiques, organisation du service etc.

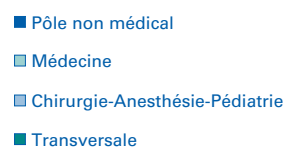
Résultats

Ce sont au total, pour le CHAG, 4900 heures qui ont été saisies représentant 6128 fiches (38 % praticiens, 45 % IDE et 17 % secrétariat). L'activité liée à nos missions auprès du RRH représente selon les membres de l'EOH entre 12 et 20 % de leur activité totale, soit une moyenne de 1/2 à 1 journée par semaine.

Tableau 1 - Description des activités de LIN par le service d'hygiène

Thème	2008	2009
Formations	530h17	453h20
Vie interne EOH	466h45	979h55
Travaux	323h00	76h50
Surveillance épidémiologique	274h22	615h15
Formation reçue	247h05	133h35
Protocole	226h00	375h00
Audit	216h40	455h50
Instances	157h15	212h25
Investigation	136h45	148h10
Surveillance environnementale	117h55	271h10
Groupe Travail	91h50	109h15
Divers	86h40	178h00
CLIN	78h50	113h35
Grippe	0h00	86h00
Certification	54h25	35h25
BMR	49h25	0
Antibiothérapie	47h45	116h25
Matériel	47h05	97h35
Produit	44h15	60h25
Publication	38h45	212h40
Soutien méthodologique	10h05	62h05
Signalement IN	5h55	9h15
Accident Exposition Sang	0h00	1h30
Non renseigné	0h00	97h10
Total	3251h16	4900h25

Figure 1 - Répartition par pôle de nos activités



Nous observons en 2009, une forte augmentation du pôle non médical (+14%) due à un accroissement de sollicitation par des services non médicaux (administration, qualité....).

En terme de temps EOH dédié, les services les plus chronophages sont la réanimation (143 heures), la chirurgie orthopédique (106 heures) et la médecine interne (77 heures).

Discussion

Ces données nous ont permis de quantifier non seulement notre champ d'action mais également de cibler les services vers lesquels nous devons le plus aller.

Nous observons entre 2008 et 2009 un net accroissement de notre activité. Ceci s'explique avant tout non pas par une augmentation de notre charge de travail mais plus vraisemblablement par une meilleure exhaustivité de saisie de notre activité en 2009.

L'année passée, les 3 principaux postes d'activité ont été la formation, la vie interne du service et les surveillances épidémiologiques. La formation, même si en 2009 cette activité fut moins chronophage qu'en 2008, est pour nous et depuis des années un axe prioritaire. En effet, sans connaissance et sensibilisation sur les IN, il ne peut y avoir d'adhésion du personnel de soins. Nous intervenons tant pour prodiguer des formations initiales que continues auprès du personnel du CHAG. Les surveillances épidémiologiques font également partie de nos missions essentielles. Si elles représentent un nombre d'heures si important c'est que nous validons avec les médecins concernés les suspicions d'infections nosocomiales (ISO, Réanimation, Bactériémies, Rotavirus-VRS en pédiatrie et BMR).

Enfin, un poste a particulièrement diminué, c'est celui du temps dédié à la prévention du risque infectieux lié aux travaux. En effet, en 2008, notre établissement a été l'objet de nombreuses restructurations architecturales (bloc opératoire, chirurgie ambulatoire etc.) ayant induit une présence EOH importante.

Cette étude descriptive de notre activité nous permet également de confronter notre pratique avec les résultats que nous pouvons en attendre. C'est là, hormis l'intérêt descriptif évident, l'un des principaux enseignements de ce travail. Si nous prenons comme seuil 20 heures en matière de temps spécifique dédié à la LIN pour un service, les services sollicitant le plus le service d'hygiène ont un ICSHA qui a plus progressé que les autres : + 13,3 vs +3,6 (p=0,11). Ils ont de plus un ICSHA supérieur aux autres : 40,7% vs 30,6% (p=0,19). De la même façon, les services ayant un temps dédié à la LIN > 20 heures ont baissé leur incidence de SAMR de façon plus importante que les autres : -0,31 vs -0,07 (p=0,14). Les différences ne sont certes pas significatives mais la tendance générale montre que plus l'EOH est présente dans un service, plus la compliance aux règles d'hygiène de base est élevée.

Conclusion

Cette synthèse nous a permis de cartographier notre activité tant de façon qualitative que de façon quantitative. Elle a également permis de vérifier que plus un service nous sollicitait meilleurs étaient ses indicateurs en matière de prévention du risque infectieux. Ces résultats vont nous permettre d'aller à la rencontre des services qui nous paraissent prioritaires et de voir avec eux quels sont les moyens à mettre en place pour améliorer la « culture infectiologique » de ces services.

Emmanuel Piednoir, Nadège Chevré, Rémy Leservoiesier,
Mélanie Binet, Guy-Claude Borderan
Service d'hygiène - CH Avranches Granville (50)

Hygiène des mains : bilan de 4 années de sensibilisation

Le programme national de prévention des infections nosocomiales (PROPIN) 2009-2013, dans la continuité du programme antérieur, promeut la nécessité d'observance accrue des précautions standard dont l'hygiène des mains, et la sensibilisation accrue de la prévention de la transmission croisée. Depuis 2005, l'EOHH du CHRU de Brest travaille sur un programme d'amélioration de l'hygiène des mains qui s'articule autour de cinq axes : évaluer annuellement les pratiques dans six unités de soins, communiquer à l'ensemble de la communauté les quatre indicateurs recueillis ainsi qu'un indicateur personnalisé de consommation de solution hydro-alcoolique (ICSHA), former les professionnels, promouvoir l'hygiène des mains par des campagnes d'affichage et pourvoir les unités de soins en matériel pour faciliter l'utilisation de produit hydro-alcoolique (PHA). Ce programme a débuté après la parution de la circulaire [1] « relative à la stratégie nationale d'audit des pratiques en hygiène hospitalière incitant les établissements de santé à réaliser un audit d'opportunités d'utilisation des PHA ». Il a également fait l'objet d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) retenue pour la certification V2 du CHRU en 2006.

Matériel et méthode

Evaluation des pratiques

La première évaluation a eu lieu en 2005-2006 suivie de trois réévaluations. La méthodologie retenue est celle de l'audit clinique inspiré de la méthodologie proposée en annexe de la circulaire sus-citée. L'audit clinique se déroule tous les ans dans les cinq unités d'hospitalisation continue (chirurgie, médecine, pédiatrie, deux réanimations) et une consultation externe de chirurgie.

Les observations étaient réalisées par cinq professionnels de santé formés. Le critère d'inclusion était l'opportunité de réaliser un geste d'hygiène des mains. Durant la période d'enquête définie à l'avance, les auditeurs ont observé les soignants, de toutes catégories professionnelles, au cours des soins ou des activités.

La grille de recueil utilisée est composée de deux parties : la première est consacrée aux informations générales, la seconde aux données d'observation. Les différents soins sont classés par catégorie et associés au niveau d'hygiène des mains attendu avant et après ces soins selon les recommandations du Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière (GREPHH) [2].

Pour chaque observation, le niveau de risque infectieux du soin est défini en référence aux recommandations de la Société française d'hygiène hospitalière (SFHH) [3]. A chaque niveau de risque infectieux correspondent une technique et des produits d'hygiène des mains.

Dans notre audit, la conformité de l'hygiène des mains est définie par la conformité du produit employé indépendamment de la technique (temps de lavage ou friction, séchage, etc).

L'analyse a été réalisée à l'aide des logiciels Microsoft Excel (version 2002) et Epi info (version 6).

ICSHA réel

En parallèle, nous avons suivi l'évolution de la consommation de PHA par unité de soins. L'ICSHA personnalisé théorique a été calculé avec l'outil proposé par le CCLIN Sud-Ouest-CGRIN Guadeloupe [4]. L'ICSHA réel est le rapport, pour l'année N, entre la quantité de PHA commandée et l'objectif personnalisé calculé.

En pratique, chaque unité audité a reçu l'évolution de sa propre consommation de PHA et de son objectif personnalisé depuis 2004. Ce dispositif a été étendu à l'ensemble des unités de soins de l'établissement, ce qui a permis à chacune d'entre elles de se comparer aux autres unités de même activité.

Stratégie d'amélioration

Notre action principale était la formation des professionnels des unités auditées étendue à l'ensemble des professionnels. Tous les moyens facilitant la participation des professionnels ont été utilisés : proximité du lieu de formation, choix des dates et programmation anticipée (2 mois), affichage. En 2009, la formation a été rendue obligatoire, tous les 4 ans, pour tous les professionnels.

Le deuxième volet du plan d'amélioration était la communication. Deux campagnes de sensibilisation à l'hygiène des mains ont été organisées. En 2006, un concours de création d'un autocollant a été proposé à tous les professionnels de l'établissement et en 2009, l'affiche intitulée « Les 5 indications à l'hygiène des mains » [5] de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a été diffusée à l'ensemble des unités de soins. De plus, les professionnels reçoivent régulièrement par courriel des messages reprenant le résultat des évaluations ou une recommandation sur l'hygiène des mains. Le CHRU de Brest participe également, tous les ans, à la campagne mondiale « Save lives clean your hands » et à la journée nationale du 5 mai « Mission mains propres ».

Enfin, le dernier volet concernait les équipements. Depuis 2006, le personnel médical peut obtenir des blouses à manches courtes. Les gants poudrés ont disparu de l'établissement en 2007 et depuis 2009, des supports de PHA peuvent être installés dans les chambres et les circulations des unités de soins.

Quelques résultats

Les indicateurs de suivi sont l'observance à l'hygiène des mains, la conformité du produit utilisé, l'utilisation du PHA et la tenue du soignant.

Les résultats de quatre années d'évaluation montrent une amélioration significative de la conformité du produit utilisé liée à l'augmentation de l'utilisation des PHA (tableau 1). Nous constatons aussi une amélioration de la conformité de la tenue des professionnels. En revanche, l'observance à l'hygiène des mains reste stable depuis 2006.

Tableau 1 - Évolution des 4 indicateurs et de l'ICSHA réel des 6 unités auditées, nombre de professionnels formés depuis 2006

Année	2005 2006	2007	2008 2009	2010	p (X ² tendance)
Taux d'observance de l'hygiène des mains (%)	68,3	59,8	75,7	67,9	NS
Taux de conformité du produit utilisé (%)	85	80,7	96,5	97,3	10 ⁻⁵
Taux d'utilisation du PHA (%)	54,8	55,5	77,7	84,4	10 ⁻⁵
ICSHA réel	49,6	49,1	68,3	82,5	10 ⁻⁵
Taux de conformité de la tenue (%)	50,8	56,4	82,7	66,3	10 ⁻⁵
Nombre de professionnels du CHRU Brest formés à l'hygiène des mains	546 (5 mois)	382	1059 en 2008, 264 en 2009	106 (6 mois)	-

En complément, depuis le début du programme, 2357 personnes ont été formées. 4881 autocollants « Mains propres pour tous » et 361 affiches « Les 5 indications à l'hygiène des mains » ont été diffusés. 490 supports de PHA ont été installés.

Discussion

Les professionnels-auditeurs formés à l'observation, la plupart issus de l'équipe opérationnelle en hygiène hospitalière

(EOHH), sont extérieurs aux unités auditées. Quatre des cinq auditeurs participent chaque année à cette évaluation. Ceci contribue à la stabilité de la méthode de recueil et à la fiabilité des données.

Les taux d'observance obtenus dans notre étude sont supérieurs à ceux habituellement rapportés dans la littérature qui sont inférieurs à 50% [6]. Si les résultats des études publiées sur l'observance sont variables, tous les auteurs s'accordent sur la difficulté de trouver la stratégie permettant d'améliorer l'observance et de conserver cet effet dans le temps [6-7]. Si le caractère obligatoire de la formation a permis de multiplier par trois le nombre de personnes formées de l'année précédente, l'effet n'a pas duré. Y-a-t-il un intérêt à contraindre des professionnels à se former ?

Le travail a eu un impact favorable sur le comportement des professionnels vis-à-vis du PHA. En effet, son taux d'utilisation n'a cessé de croître depuis 2006 dans les unités auditées pour atteindre 84,4% des gestes d'hygiène des mains. La part d'utilisation du PHA pour l'hygiène des mains est confirmée par l'augmentation des commandes à la pharmacie. L'ICSHA s'avère être un bon reflet de la pratique d'hygiène des mains. Le dernier indicateur retenu pour évaluer l'hygiène des mains est la tenue des professionnels. Nous constatons une amélioration significative de la conformité de la tenue des professionnels avec un maximum de 82,7% atteint en 2008-09. Lors de la dernière évaluation ce taux était de 66,3%. Est-ce l'effet transitoire de la formation rendue obligatoire ?

Le programme d'amélioration de l'hygiène des mains va donc se poursuivre avec l'évaluation régulière des pratiques, la formation des professionnels et la communication. Il va s'enrichir d'une nouvelle orientation en initiant dès septembre 2010 la méthode de résolution de problèmes (MRP). Cette méthode permettra d'expliquer les résultats et d'apporter des solutions, elle sera appliquée dans toutes les unités auditées avec des objectifs personnalisés.

Enfin, nous tenterons de mettre en pratique les théories empruntées au domaine de la psychologie sociale afin d'agir sur les comportements et pas seulement sur les idées [8].

Conclusion

Le bilan, à quatre ans de notre programme d'amélioration de l'hygiène des mains, est positif comme le confirment quatre de nos indicateurs de suivi. L'utilisation croissante du PHA et l'amélioration de la conformité de la tenue des professionnels sont en faveur de la qualité de l'hygiène des mains. Cependant, l'observance reste stable, malgré la formation et les campagnes de promotion, sans explication évidente. Il nous faudra interroger les professionnels concernés, les impliquer de manière individuelle et travailler avec eux pour trouver les pistes, les solutions. Nous attendons un engagement fort de leur part. Et, à l'image d'expériences nord américaines, les patients ont peut-être un rôle à jouer dans l'amélioration de la qualité de l'hygiène des mains [9].

Lénaïg Daniel, Morgane Cosse, Solène Cabon, Nathalie Patris, Sylvie Jourdain, Raoul Baron, Benoist Lejeune - CHRU Brest

Bibliographie

[1] Circulaire DGS/SD5C-DHOS/E2 n°2005-384 du 11 août 2005 relative à la stratégie nationale d'audit des pratiques en hygiène hospitalière. Document annexé : « Réussir un audit d'opportunités d'utilisation des solutions hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains »

[2] Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière. Audit « Hygiène des mains ». Guide méthodologique 2008.

[3] Société française d'hygiène hospitalière. Recommandations pour l'hygiène des mains. Juin 2009.

[4] CCLIN Sud-Ouest-CGRIN Guadeloupe, Microsoft Excel version 2. Mars 2009.

[5] Organisation mondiale de la santé. Guidelines for hand hygiene in health care. Genève: OMS. 2006.

[6] Pittet D. Improving adherence to hand hygiene practice: multidisciplinary approach. Emerg Infect Dis 2001, 7: 234-40.

[7] Saint S. et al. Marked variability in adherence to hand hygiene: a 5-unit observational study in Tuscany. Am J Infect Control. 2009, 37(4): 306-10.

[8] Joule RV, Beauvois JL. Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens. Presses universitaires de Grenoble. 2002.

[9] Joint commission on accreditation of healthcare organizations. Speak campaign, 2002. http://www.jointcommission.org/generalPublic/speak+Up/about_speakup.htm

BLOC-NOTES

Notez dès à présent les journées du CCLIN en 2011

- Journée annuelle du CCLIN «Communication et IN» - 7 avril 2011 - Rennes
- Journée «Prévention du risque infectieux en EHPAD» - 16 juin 2011 - Rennes
- Journée «Information des usagers» - octobre 2011 - Rennes

Congrès et journées dans l'Ouest en 2010

- Journée de formation interrégionale «Actualités et prévention des infections sur cathéters» - 21 octobre 2010 - Saint-Malo (35)
- 10^e Journée régionale de formation «Prévention des infections liées aux dispositifs invasifs en établissements de santé et en EHPAD» - 23 novembre 2010 - Caen (14)
- Journées brestoises d'hygiène hospitalière - 25-26 novembre 2010 - Brest (29)
- Journée du GRASLIN «Comment prévenir la transmission des micro-organismes en 2010 : évolution des recommandations» - 30 novembre 2010 - Nantes (44)

Autres congrès et journées

- Colloque Événements indésirables associés aux soins : incidence, évitabilité, perception et politique de réduction des risques - 24 novembre 2010 - Ministère, Afssaps, InVS, HAS, HCSP - Paris (75)
- 30^e RICAI - 2-3 décembre 2010 - Paris
- 20^e Journée annuelle du GERES - 10 décembre 2010 - Paris
- 33^e Journées régionales d'hygiène hospitalière et de prévention des infections nosocomiales - 13-14 décembre 2010 - Strasbourg (67)
- 3^e édition des États généraux des infections nosocomiales et de la sécurité des patients - Le LIEN - 27-28 janvier 2011 - Paris
- Journée nationale 10 ans du RAISIN - 27 avril 2011 - Paris
- 22^e Congrès national de la Société française d'hygiène hospitalière - 8-10 juin 2011 - Lyon (69)
- International conference on prevention and infection control - 29 juin - 2 juillet 2011 - Genève (Suisse)

**Plus d'informations
sur la page «agenda»
du CCLIN :
www.cclinouest.com**

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 : 4^e trimestre 2010 - Maquette & impression : ALJ Création (Montfort - www.alj-creation.fr)