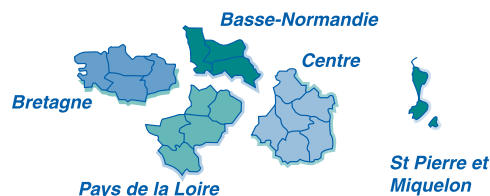


# NOSO News



**CCLIN Ouest**  
Centre de Coordination de la Lutte  
contre les Infections Nosocomiales  
(Interrégion Ouest)

*Bulletin N°61*  
**Juin 2012**

## AU SOMMAIRE

Édito

p.1

Bloc-notes

p.2

ICALIN 2010

p.2

Missions Mains  
propres 2011

p.4

ERLSE

p.6

Environnement et  
chirurgie (article JHI)

p.7

## EDITORIAL

Le mois de juin a été, comme toujours, riche et bien rempli avec le congrès de la SF2H qui nous a permis de nous retrouver à Lille et d'assister à de très intéressantes présentations et à des débats parfois animés, notamment sur la place de l'hygiène dans la gestion des risques associés aux soins. Pour les EOHH, 2012 c'est aussi l'enquête nationale de prévalence. Avec 380 établissements inscrits, notre interrégion affiche un excellent taux de participation. Nous savons tous l'organisation et l'investissement qui sont nécessaires à la réalisation de ce type d'enquête, soyez remerciés pour votre motivation et votre engagement.

Vous avez également eu à remplir le bilan standardisé et une fois encore le rôle des EOHH y est déterminant. Récupérer des données dont vous n'avez pas la maîtrise nécessite temps, diplomatie et ténacité. Vous trouverez dans ce numéro les résultats du tableau de bord 2010. Pour les plus anciens d'entre nous qui ont milité depuis les années 90 pour l'introduction des produits hydro-alcooliques, il est un peu décevant de constater que c'est sur l'ICSHA que nous sommes les plus faibles au niveau interrégional. Il faut donc poursuivre encore et encore les actions de sensibilisation et continuer à trouver des idées originales pour convaincre les utilisateurs que les produits hydro-alcooliques sont à utiliser sans modération. C'est ce qui ressort de l'évaluation de la « Mission Mains propres 2011 » que nous vous présentons dans ce numéro.

Les entérobactéries productrices de  $\beta$ LSE continuent leur offensive dans notre interrégion. Certains pièges sont à éviter dans la prise en charge des patients, il est important de les avoir à l'esprit.

La chirurgie évolue vers des techniques très peu invasives, on est amené à pratiquer des interventions mineures, dans quel environnement peut-on le faire? Un article récent du JHI apporte quelques éléments de réflexion que nous avons souhaité partager avec vous.

Et pour finir, n'oubliez pas de noter les journées auxquelles vous convient le réseau CCLIN-ARLIN de l'Ouest après la rentrée. Le 20 septembre, à Rennes, le CCLIN organise une journée sur le signalement des infections associées aux soins. Entre le 2 et le 25 octobre, les 4 ARLIN vous attendent à leurs journées régionales et le 15 novembre, aura lieu à Rennes, une journée thématique sur la prévention du risque infectieux en Psychiatrie.

Nous vous souhaitons un été ensoleillé et des vacances bien méritées.

*Martine Aupé*

## Cette année, la journée «Mission Mains propres» s'invite à la «2<sup>e</sup> semaine sécurité des patients» du 26 au 30 novembre 2012

- L'hygiène des mains présentée avec 3 autres thèmes :
  - bien utiliser les médicaments
  - favoriser la communication
  - soulager la douleur
- Nouveautés
  - la communication en direction du secteur libéral développée auprès des infirmiers libéraux (représentant 80 000 professionnels de santé en France)

- trois visuels différents dédiés aux soignants (bleu), aux libéraux (jaune) et aux patients (rose)
- Retrouvez sur le site du ministère les informations utiles au déroulement de la «semaine sécurité des patients»
  - le communiqué de presse
  - l'ouverture d'une plateforme permettant d'accéder aux supports de communication proposés et de les commander dès le mois juillet

## BLOC-NOTES

### Congrès et journées dans l'Ouest

- 3<sup>e</sup> Journée de l'Ouest de Statistique et d'Épidémiologie 6 septembre 2012 - Rennes
- Journée Signalement - CCLIN - destinée aux responsables signalement, responsables EOHH, ARS et CIRE - 20 septembre 2012 - Rennes
- Journée de l'ARLIN Centre - Prévention du risque infectieux associé aux soins des plaies, escarres, stomies et aux pansements - 2 octobre 2012 - Joué-lès-Tours
- Journée régionale de l'ARLIN Bretagne - Hygiène 16 octobre 2012 - Brest
- Journée régionale de l'ARLIN Pays de la Loire - EHPAD 18 octobre 2012 - Nantes
- Journée régionale de l'ARLIN Basse-Normandie 25 octobre 2012 - Caen

- Journée thématique «Prévention du risque infectieux en Psychiatrie» - 15 novembre 2012 - CCLIN - Rennes
- Journée nantaise d'hygiène hospitalière (GRASLIN) 29 novembre 2012 - Nantes

### Autres congrès et journées

- Congrès de la Sfar - 19-22 septembre 2012 - Paris
- 13<sup>e</sup> Rencontre internationale francophone des infirmiers et des infirmières hygiénistes en hygiène hospitalière «L'hygiène face à la crise. L'hygiène dans les services oubliés» - 4-5 octobre 2012 - Luxembourg
- 22<sup>e</sup> Euro-Pharmat Journées nationales sur les dispositifs médicaux - 9-11 octobre 2012 - Lille
- 14<sup>e</sup> Journées internationales de la qualité hospitalière et en santé - 26-27 novembre 2012 - Paris

## Résultats des indicateurs de la LIN 2010 pour l'interrégion Ouest

Chaque année les établissements de santé remplissent le bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales à partir duquel sont calculés les indicateurs du tableau de bord. Les établissements peuvent ainsi mesurer leur progression d'année en année. Les indicateurs présentés ci-dessous sont extraits du bilan 2010. Figurent des résultats des 4 régions de l'Ouest, ceux de l'interrégion et les résultats nationaux.

### Résultats de l'ICALIN 2010

Tableau 1 : distribution des établissements selon les classes de l'ICALIN

ICALIN 2010	A		B		C		D		E		F		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Basse-Normandie	40	63,5%	13	20,6%	7	11,1%	3	4,8%	0	0,0%	0	0,0%	63
Bretagne	100	82,6%	16	13,2%	5	4,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	121
Centre	89	84,8%	11	10,5%	5	4,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	105
Pays de la Loire	114	89,8%	7	5,5%	3	2,4%	2	1,6%	1	0,8%	0	0,0%	127
<b>Ouest</b>	<b>343</b>	<b>82,5%</b>	<b>47</b>	<b>11,3%</b>	<b>20</b>	<b>4,8%</b>	<b>5</b>	<b>1,2%</b>	<b>1</b>	<b>0,2%</b>	<b>0</b>	<b>0,0%</b>	<b>416</b>
<b>France</b>	<b>2233</b>	<b>80,8%</b>	<b>329</b>	<b>11,9%</b>	<b>154</b>	<b>5,6%</b>	<b>31</b>	<b>1,1%</b>	<b>15</b>	<b>0,5%</b>	<b>1</b>	<b>0,0%</b>	<b>2763</b>

La proportion d'établissements classés en A ou B pour ICALIN 2010 est de 93,8% dans l'interrégion Ouest pour 92,7% au niveau national. Il existe des différences entre les régions, l'ICALIN variant de 84,1% à 95,8%.

### Résultats de l'ICSHA 2010

Tableau 2 : distribution des établissements selon les classes de l'ICSHA

ICSHA 2010	A		B		C		D		E		F		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Basse-Normandie	23	37,7%	18	29,5%	14	23,0%	5	8,2%	1	1,6%	0	0,0%	61
Bretagne	35	30,7%	25	21,9%	33	28,9%	20	17,5%	1	0,9%	0	0,0%	114
Centre	45	44,6%	18	17,8%	18	17,8%	13	12,9%	7	6,9%	0	0,0%	101
Pays de la Loire	62	50,0%	29	23,4%	22	17,7%	6	4,8%	5	4,0%	0	0,0%	124
<b>Ouest</b>	<b>165</b>	<b>41,3%</b>	<b>90</b>	<b>22,5%</b>	<b>87</b>	<b>21,8%</b>	<b>44</b>	<b>11,0%</b>	<b>14</b>	<b>3,5%</b>	<b>0</b>	<b>0,0%</b>	<b>400</b>
<b>France</b>	<b>1369</b>	<b>49,5%</b>	<b>551</b>	<b>19,9%</b>	<b>438</b>	<b>15,9%</b>	<b>222</b>	<b>8,0%</b>	<b>72</b>	<b>2,6%</b>	<b>1</b>	<b>0,0%</b>	<b>2653</b>

La proportion d'établissements classés en A ou B pour ICSHA 2010 est de 63,8% dans l'interrégion Ouest pour 72,4% au niveau national. Il existe des différences entre les régions, l'ICSHA variant de 52,6% à 73,4%.

### Résultats de l'ICATB 2010

Tableau 3 : distribution des établissements selon les classes d'ICATB

ICATB 2010	A		B		C		D		E		F		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Basse-Normandie	36	65,5%	10	18,2%	7	12,7%	2	3,6%	0	0,0%	0	0,0%	55
Bretagne	74	67,9%	23	21,1%	8	7,3%	4	3,7%	0	0,0%	0	0,0%	109
Centre	56	62,9%	22	24,7%	10	11,2%	1	1,1%	0	0,0%	0	0,0%	89
Pays de la Loire	79	68,7%	22	19,1%	10	8,7%	2	1,7%	2	1,7%	0	0,0%	115
<b>Ouest</b>	<b>245</b>	<b>66,6%</b>	<b>77</b>	<b>20,9%</b>	<b>35</b>	<b>9,5%</b>	<b>9</b>	<b>2,4%</b>	<b>2</b>	<b>0,5%</b>	<b>0</b>	<b>0,0%</b>	<b>368</b>
<b>France</b>	<b>1601</b>	<b>65,1%</b>	<b>540</b>	<b>22,0%</b>	<b>269</b>	<b>10,9%</b>	<b>34</b>	<b>1,4%</b>	<b>14</b>	<b>0,6%</b>	<b>0</b>	<b>0,0%</b>	<b>2458</b>

La proportion d'établissements classés en A ou B pour ICATB 2010 est de 87,5% dans l'interrégion Ouest pour 87,1% au niveau national. Il existe des différences entre les régions, l'ICATB variant de 83,6% à 88,9%.

## Résultats de SURVISO 2010

Tableau 4 : résultats de SURVISO par région

SURVISO 2010	ES pratiquant la chirurgie		Services concernés par la surveillance		ES déclarant réaliser une surveillance ISO		Services réalisant une surveillance	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Basse-Normandie	26		147		26	100,0	101	68,7
Bretagne	42		229		42	100,0	173	75,5
Centre	32		170		32	100,0	125	73,5
Pays de la Loire	39		208		39	100,0	177	85,1
<b>Ouest</b>	<b>139</b>		<b>754</b>		<b>139</b>	<b>100,0</b>	<b>516</b>	<b>76,4</b>
<b>France</b>	<b>1001</b>		<b>5640</b>		<b>997</b>	<b>99,6</b>	<b>4374</b>	<b>77,6</b>

Sur les 138 établissements concernés par la surveillance des infections du site opératoire, 100% déclarent réaliser une surveillance pour 99,6% au niveau national et 53% d'entre eux réalisent cette surveillance dans tous les services de chirurgie (N=73) pour 55,2% au niveau national.

La proportion de services ayant réalisé une surveillance est de 76,4% dans l'interrégion Ouest pour 77,6% au niveau national.

## Résultats de Score agrégé 2010

Tableau 5 : distribution des établissements selon les classes du score agrégé

SCORE AGREGÉ 2010	A		B		C		D		E		F		Ex-clu	Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Basse-Normandie	30	47,6%	24	38,1%	7	11,1%	2	3,2%	0	0,0%	0	0,0%	0	63
Bretagne	53	43,8%	56	46,3%	12	9,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	121
Centre	58	55,2%	32	30,5%	15	14,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	105
Pays de la Loire	85	66,9%	31	24,4%	9	7,1%	2	1,6%	0	0,0%	0	0,0%	0	127
<b>Ouest</b>	<b>226</b>	<b>54,3%</b>	<b>143</b>	<b>34,4%</b>	<b>43</b>	<b>10,3%</b>	<b>4</b>	<b>1,0%</b>	<b>0</b>	<b>0,0%</b>	<b>0</b>	<b>0,0%</b>	<b>0</b>	<b>416</b>
<b>France</b>	<b>1716</b>	<b>62,1%</b>	<b>759</b>	<b>27,5%</b>	<b>253</b>	<b>9,2%</b>	<b>25</b>	<b>0,9%</b>	<b>5</b>	<b>0,2%</b>	<b>1</b>	<b>0,0%</b>	<b>4</b>	<b>2763</b>

La proportion d'établissements classés en A ou B pour le score agrégé 2010 est de 88,7% dans l'interrégion Ouest pour 89,6% au niveau national. Il existe des différences entre les régions, le score agrégé variant de 85,7% à 91,3%.

L'analyse des indicateurs de l'interrégion Ouest montre une nette faiblesse de l'ICSHA par rapport au niveau national (63,7 versus 72,4% des ES en classe A ou B).

Les résultats du score agrégé, de l'ICALIN et d'ICATB sont toutefois meilleurs que les indicateurs nationaux.

### Évolution des indicateurs

Considérés comme des outils de pilotage nationaux, les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales reposent sur des objectifs prioritaires et sont supposés s'améliorer au fil du temps. Le Ministère a souhaité les voir évoluer progressivement en élevant le niveau d'exigence. Une nouvelle génération d'indicateurs a été proposée aux établissements. Il s'agit d'indicateurs composites : ICALIN.2 qui remplace ICALIN, ICALISO qui remplace SURVISO et un nouvel indicateur ICABMR.

Le principe de l'évaluation de l'organisation, des moyens et des actions (OMA) reste conservé dans les indicateurs version 2, mais la pondération attribue un poids plus important aux actions entreprises par les établissements. Le score agrégé 2011 prendra en compte tous les indicateurs de processus :

- ICALIN.2 pour 35% du score
- ICSHA.2 pour 20 % du score
- ICATB pour 20 % du score
- ICALISO pour 15% du score
- ICABMR pour 10% du score

Une simulation des nouveaux indicateurs a été réalisée à partir des données 2010, les établissements ont pu avoir accès à leurs résultats en mars 2012.

Cependant, les limites de classes de performance n'avaient pas été précisées dans la circulaire, depuis le 25 juin, elles sont disponibles sur le site du Ministère de la santé : <http://www.sante.gouv.fr/les-infections-nosocomiales.html> à la rubrique « Le tableau de bord ».

Les règles ont donc évolué en termes de critères, de bornes pour les classes de performance, d'exigences pour les SHA. Un nombre non négligeable d'établissements devrait donc changer de classe.

Les efforts devront donc se poursuivre pour continuer à progresser.

Martine Aupée

## Participation

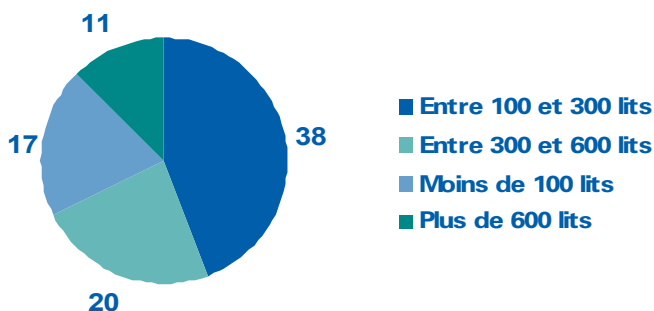
Parmi les 459 structures de l'interrégion Ouest inscrites à la Campagne « Mission Mains propres » du 5 mai 2011, 86 établissements de santé ont répondu à l'évaluation organisée par le Ministère.

La participation des établissements de santé à l'évaluation varie selon les régions : Bretagne (n=27), Pays de la Loire (24), Centre (n=20) et Basse-Normandie (n= 15).

La majorité des établissements participants sont représentés par les établissements publics (n=52) suivi des établissements privés (n=26) et des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) (n=8).

Les centres hospitaliers (CH) (n=37), les cliniques médico-chirurgicales et obstétricales (MCO) (n=20) représentent la moitié des établissements participants, suivis des hôpitaux locaux (n=10), les SSR-SLD (n=8), puis des Centres Hospitaliers Spécialisés (n=4), 2 CHU, 2 CLCC, 2 HAD et 1 « autre ». Près de la moitié des ES participants à l'enquête est représentée par les ES de 100 à et 300 lits (n=38), suivie des ES de 300 à 600 lits (n=20), moins de 100 lits (n=17) et plus de 600 lits (n=11).

Participation des établissements de santé selon le nombre de lits (n=86)



## Organisation de la journée

La moitié des établissements a réalisé la campagne sur la journée du 5 mai (médiane : 1,5 jours). Le lieu d'animation retenu par les ES a été le plus souvent le hall de l'établissement, soit 60,5% (n=52), suivi des services de soins, soit 53,5% (n=46) et de l'animation au self, soit 22,0% (n=19). Les établissements ont pu retenir plusieurs types d'animation.

Pour la conduite des animations, l'affichage a été utilisé par la grande majorité des ES (87%, n=75), les démonstrations (technique de désinfection des mains, l'usage des gants etc.) ont été en majorité retenues par les organisateurs (71%) (n=61), 16% des ES ont choisi d'ajouter les prélèvements microbiologiques (n=14).

Près de 42% des ES déclarent avoir mené d'autres types d'animation. Les animations ont plus particulièrement concerné les concours d'affiches, des animations par des jeux, des quizz, des vidéos, la distribution d'échantillons de SHA. « L'engagement » des professionnels a également été proposé dans deux établissements pour le respect de l'absence de bijou. Des actions spécifiques en direction des usagers ont également été conduites sous la forme de tenue

de stand, distribution de tracts, films vidéos, sets de table (charades, rébus, mots fléchés).

L'organisation de la journée « Mission Mains propres » a été confiée aux EOHH pour la totalité des ES. Les correspondants ont été associés pour 32 ES, soit 37%, ainsi que le service « qualité » de 20 ES, soit 23%, le service « communication », « autres personnes » de 18 ES, soit 21%, la « direction » de 17 ES, soit 20%. Le nombre de personnes prévues pour l'organisation varie de 1 à 15 avec une médiane de 3 personnes.

Les actions au cours de la journée ont été le plus souvent menées par des membres de l'EOHH 97,5% (n=84), aidés des correspondants 38% (n=33), des représentants des usagers 9% (n=8), des étudiants 4,5% (4), et d'autres intervenants 25% (n=21) dont la fonction n'a pas été précisée. Le nombre de personnes mobilisées pour le(s) jour(s) d'animation varie selon les établissements de 1 à 55 avec une médiane de 3 personnes.

## Choix des thématiques

En 2011, 2 thèmes ont été proposés aux ES en complément à la promotion des solutions hydro-alcooliques et de la désinfection des mains par friction.

Le thème sur l'absence de bijou a été retenu par la plus grande majorité des ES soit 93% (n=80), suivi du port des gants retenu par 64% des ES (n=55). D'autres thèmes ont été choisis par près de 20% des ES (n=17). Les thèmes concernent : la tenue vestimentaire (n=1), éducation pour la santé (n=1), précautions standard (n=5) + précautions complémentaires contact (n=1), hygiène des mains des visiteurs (n=2).

D'autres outils que ceux proposés par le ministère ont été utilisés sur le thème de « l'hygiène des mains » par 79% des ES (n=60) : le thème sur « le port des gants » par 29% des ES (n=25), le thème de l'absence de bijou par 45% des ES (n=39). Les outils pour « autres thèmes » sont indiqués par 7% des ES. Les outils sont le plus souvent de provenances régionale, soit 46,5% (n=37) et locale, soit 43% (n=37) ; suivies de provenance nationale 22% (n=19) puis internationale, soit 14% (n=12). Un même ES pouvait préciser utiliser des outils de provenances différentes.

## La campagne 2011 proposée par le ministère : satisfaction des établissements

L'évaluation de la journée « Mission Mains propres » a pour but également de mesurer la satisfaction des ES relative aux thèmes additionnels proposés par le ministère.

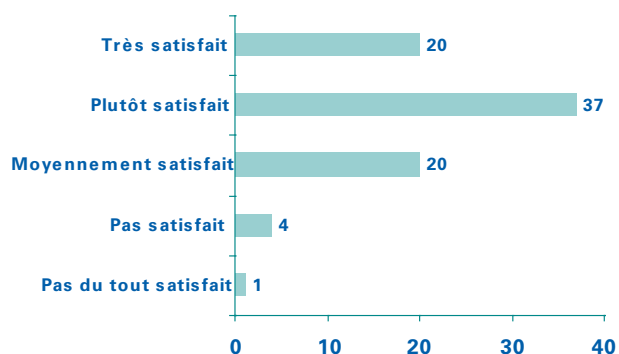
La mesure est graduée de 1 à 5 de

- 1 : « pas du tout satisfait » ;
- 2 : « pas satisfait » ;
- 3 : « moyennement satisfait » ;
- 4 : « plutôt satisfait » ;
- 5 : « très satisfait ».

### 1. Thèmes additionnels

La majorité des ES est plutôt satisfaite de l'ajout des thèmes additionnels à la journée : total de 3 à 5 (n=77), soit 89,5%. Les ES plutôt non satisfaits représentent environ 9% des ES (n=5), (Non réponse =4 ES).

### Niveau de satisfaction des établissements pour les thèmes additionnels



### 2. Date de réception des outils

Près de 70% des ES ont été satisfaits de la date de réception des outils (n=60), 24,5% des ES n'ont pas été satisfaits des délais (n=21) : réception tardive, 6 jours après l'évènement pour un ES voire aucune réception.

### 3. Utilisation du diaporama d'aide à l'organisation

Près de 84% des ES n'ont pas eu recours au diaporama d'aide à l'organisation de la journée (n=72), contre 16% déclarant l'avoir utilisé.

### 4. Utilisation du blog

Le blog a été consulté par près de 77% des ES (n=66). La satisfaction des utilisateurs a été également mesurée. On note des ES plutôt satisfaits du blog. Non réponse = 20 ES.

### 5. Avis sur la médiatisation

La majorité des ES n'a pas été satisfait de la médiatisation de la journée, soit 51% (n=44) alors que 18,5% des ES étaient sans avis sur la question (n=16).

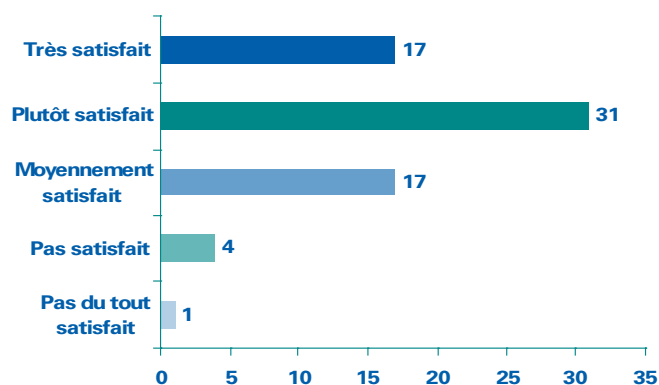
### 6. Nouveaux supports mis à disposition

#### - Affichette « port de gants »

La satisfaction de l'affichette « port de gants » a concerné près de 75,5% des ES (n=65) dont 17 ES plutôt très satisfaits, contre 5,5% des ES plutôt pas satisfaits (n=5). Non réponse = 16 ES.

La similitude de présentation de l'affiche gants et de l'affiche hygiène des mains déjà existante les années précédentes a été estimée gênante pour 4 établissements.

### Niveau de satisfaction des établissements pour l'affichette "Port de Gants"



### - Quizz

- Le « Quizz de connaissances » a été plutôt apprécié par les utilisateurs. Alors que 30% ont été très satisfaits, on note 7% d'insatisfaits. N.B. : le quizz de connaissances n'a pas été utilisé par 25% des ES (n=22).

- Le « Quizz de situations » présente un même niveau de satisfaction des utilisateurs que pour le quizz de connaissances.

### - Sets de table

La majorité d'ES n'a pas utilisé les sets de table, soit 60,5% (n=52). Parmi les utilisateurs 24 ES ont jugé l'outil plutôt satisfaisant, contre 10 ES plutôt insatisfaits.

### - Étiquettes

Des étiquettes autocollantes faisant office de badges ont été proposées aux établissements. La majorité des ES n'a pas utilisé les étiquettes autocollantes, soit 59% (n=51). Parmi les utilisateurs, 29 ES ont été plutôt satisfaits.

### 7. Appréciations sur la forme des outils de présentation

- « Fond d'écran » : Plus de 68% des ES n'ont pas répondu à cette question (n=59). Parmi les répondants, 21 ES étaient plutôt satisfaits sur la présentation du fond d'écran.

- « Mascotte » : Plus de 47% des ES n'ont pas répondu à la question (n=41). Parmi les répondants, 26 ES sont satisfaits de la « mascotte » et 8 ES sont très satisfaits ; alors que 11 ES sont plutôt insatisfaits.

- « Couleur des documents » : Près de 46% des ES n'ont pas répondu à la question (n=40) pour 40% des ES la couleur des documents est plutôt satisfaisante (n=35), contre 12%.

- « Présentation du blog » : Plus de 50% des ES n'ont pas répondu (n=45). Parmi les répondants, les ES sont plutôt satisfaits.

### Participation à la journée

On observe une médiane de 81 participants pour les professionnels de santé et de 30 participants pour les usagers. Les chiffres maximum concernent un CHU avec 776 professionnels et 600 usagers.

### Conclusion

La satisfaction des participants pour la campagne concerne en particulier l'accès gratuit aux documents, la qualité des films vidéo, l'ajout des thèmes additionnels. Parmi les établissements, certains signalent : l'occasion pour l'ensemble des salariés de se rencontrer autour d'un thème commun, le succès des « boîtes à coucou » et la possibilité de créer des outils ludiques tels que les sets de table.

L'insatisfaction des établissements est évoquée principalement sur l'absence de médiatisation, le vieillissement des affiches existantes, l'envoi tardif voire la non réception des documents (déjà signalés les années passées), la lassitude des équipes et l'utilité de la journée pour certains établissements qui rappellent l'implication quotidienne des EOH et des équipes soignantes.

Parmi les attentes, on relève en particulier la nécessité d'innover (journées thématiques), l'amélioration des délais d'envoi des documents, une demande forte pour la mise à disposition de nouveaux outils – affiches, vidéos (17 établissements), badges, portes-bijoux, jeux, échantillons de produits, enfin une véritable médiatisation.

Marie-Alix Ertzscheid, Marion Pérennec



## A. État des lieux dans l'interrégion Ouest des épidémies à entérobactéries *BLSE* à partir des signalements externes des infections nosocomiales

La surveillance BMR RAISIN a mis en évidence une recrudescence des infections et colonisations à entérobactéries *BLSE* (*E<sub>BLSE</sub>*) dans les services de soins depuis quelques années : + 106% entre 2005 et 2009 (rapport 2009 sur une cohorte de 333 établissements).

Ce problème national de santé publique n'épargne pas l'interrégion Ouest.

Un état des lieux des épidémies à entérobactéries *BLSE*, à partir des signalements externes des infections nosocomiales, a donc été réalisé par le CCLIN Ouest, par C. BUSCAIL (interne de santé publique) en partenariat avec les membres du groupe BMR et la participation des établissements de santé.

Les données concernant l'infection ou la colonisation à *E<sub>BLSE</sub>* (statut d'*E<sub>BLSE</sub>* donné par l'antibiogramme) ont été recueillies du 1er janvier 2004 au 30 juin 2011 à partir des fiches des signalements externes des infections nosocomiales.

Cinquante cinq fiches de signalement concernant des *E<sub>BLSE</sub>* ont été reçues en 7,5 années soit 4,6% de l'ensemble des signalements externes.

Quatre fiches correspondant à une diffusion sur un mode endémique ont été exclues car elles n'étaient ni des cas isolés ni de réelles épidémies.

Sur les 51 fiches incluses, 19 (37%) correspondaient à des cas isolés et 32 (63%) à des cas groupés (épidémie).

Ces fiches représentaient 35 établissements de santé des quatre régions de l'Ouest (Basse-Normandie, Bretagne, Centre et Pays de la Loire).

Entre 2004 et le premier semestre 2011, le nombre de signalements de cas isolés a diminué de 2% contrairement au nombre de cas groupés qui a augmenté de 38%.

Le nombre moyen de cas par épidémie a diminué : 13,5 cas par épidémie en 2004 contre 6,5 cas en 2011.

Les services de réanimation étaient les plus touchés (42% des cas) suivis des services de médecine (28%) et des soins de suite et de réadaptation (14%).

Les germes en cause étaient *Klebsiella pneumoniae* (46%), *Enterobacter cloacae* (27%), *Escherichia coli* (25%) et *Proteus mirabilis* (2%).

Une analyse des deux souches les plus retrouvées dans l'interrégion Ouest (*Klebsiella pneumoniae* et *Enterobacter cloacae*) a été réalisée.

Les quinze souches de *Klebsiella pneumoniae* analysées par la CRENO de Caen par électrophorèse en champs pulsés ont été semblables (clone commun) au sein d'un même établissement mais différentes entre les établissements.

Les vingt cinq souches d'*Enterobacter cloacae* analysées par la même méthode au CHU de Rennes (correspondant aux souches de six établissements) ont mis en évidence un clone commun à quatre établissements de santé de trois régions de l'Ouest.

Au total, on note une augmentation des signalements d'épidémies à entérobactérie *BLSE* avec diffusion clonale d'une souche d'*Enterobacter cloacae* *BLSE*.

Cette étude descriptive connaît certaines limites, notamment l'absence d'exhaustivité du signalement externe.

Par ailleurs, la diminution du nombre moyen de cas par épidémie laisse supposer une amélioration de la maîtrise des phénomènes épidémiques.

Le fait que les services de réanimation arrivent en tête des services les plus touchés par les *E<sub>BLSE</sub>* peut constituer un biais lié aux dépistages systématiques des BMR dans ces services. Concernant *Escherichia coli* (troisième souche retrouvée par ordre de fréquence dans l'interrégion Ouest), il existe une ambiguïté, du fait de la difficulté de différencier les colonisations d'origine communautaire des acquisitions nosocomiales,

qui peut être responsable d'une sous-estimation des phénomènes épidémiques.

## B. Perspectives

Il semble donc nécessaire, d'une part de sensibiliser les établissements de santé à la diffusion de bactéries multirésistantes et d'autre part de confirmer par une nouvelle étude à niveau de preuve plus élevé (meilleur échantillonnage, plus grand public visé) la diffusion clonale d'une souche d'*Enterobacter cloacae* *BLSE* dans l'interrégion Ouest.

Nous vous rappelons les bonnes pratiques de signalement externes :

- pour tous les cas groupés ou endémiques, faire un signalement sur e-sin (outil WEB pour le signalement des infections nosocomiales),
- et expédier les souches à la Cellule Régionale d'Epidémiologie Nosocomiale (CRENO) pour leur analyse en champs pulsés.

Il est également rappelé aux établissements de santé que les précautions complémentaires « contact » sont à mettre en place dès l'identification d'une entérobactérie *BLSE*, quelque soit le service concerné.

Afin de confirmer la diffusion clonale de cette souche d'*Enterobacter cloacae* *BLSE*, une enquête par questionnaire couplée à une analyse en champs pulsés des souches va se dérouler dans l'interrégion Ouest. Cette enquête, a pour objectif principal de confirmer l'existence d'une souche épidémique d'*Enterobacter cloacae* *BLSE* dans l'interrégion Ouest et de quantifier son potentiel de diffusion.

Elle s'adresse aux services de réanimation.

Seront inclus tous les cas d'*Enterobacter cloacae* *BLSE* détectés en réanimation sur la période d'enquête allant du 1er avril au 30 juin 2012 (prélèvements à visée diagnostique et prélèvements de dépistage si ces derniers sont pratiqués habituellement). Seront exclus tous les doublons retrouvés pendant la période d'enquête (Cf. définition de la surveillance BMR).

Le protocole de l'enquête et les questionnaires seront envoyés à l'équipe opérationnelle d'hygiène, au chef de service de réanimation et au biologiste. Un coordonnateur de l'enquête sera désigné avant le début de celle-ci. Les questionnaires papier seront envoyés au CCLIN par courrier avant le 31 juillet 2012.

Les souches seront conservées durant l'enquête puis envoyées au Pr PY. DONNIO, service de Bactériologie et d'Hygiène Hospitalière du CHU de Rennes avant le 15 septembre 2012.

Si vous constatez des cas groupés en réanimation, le signalement externe sur e-sin est à réaliser. Les questionnaires établissement et BMR sont également à compléter. L'analyse des souches se fera par la CRENO pour confirmer l'épidémie. Celle-ci transmettra, dans un second temps, ces souches au CHU de Rennes avant le 15 septembre 2012.

Les questionnaires saisis et validés feront l'objet d'une analyse descriptive réalisée par le CCLIN Ouest pour une synthèse interrégionale.

En résumé, l'enquête se déroule du 1er avril au 30 juin 2012. Les questionnaires « papier » seront à transmettre au CCLIN avant le 31 juillet. L'analyse des questionnaires se fera après saisie sur Epi-Info, version 6.0 aux mois de juillet-août 2012. Les souches seront conservées et envoyées au Pr PY. DONNIO, service de Bactériologie et d'Hygiène Hospitalière du CHU de Rennes avant le 15 septembre 2012. L'analyse des souches se fera en septembre-octobre 2012. Le rapport préliminaire sera prêt en septembre 2012 et le rapport définitif paraîtra en octobre 2012.

Le CCLIN Ouest tient à remercier les établissements de santé pour leur participation active aux signalements externes, à l'enquête sur les signalements à *E<sub>BLSE</sub>*, à celles à venir. Remerciements aussi au groupe BMR qui soutient cette enquête.

Soline Siméon

# Recommandations sur l'environnement dans lequel doivent être réalisées les interventions chirurgicales mineures et les interventions à voie d'abord minimal

Nous sommes régulièrement interrogés sur les conditions dans lesquelles doivent être réalisés des actes de petite chirurgie, chirurgie mini-invasive ou à voie d'abord minimal. Un article de Humphrey<sup>1</sup>, publié récemment dans le Journal of Hospital Infection apporte des éléments de réflexion sur ce sujet. Nous vous en présentons une synthèse assortie de quelques commentaires (en italique).

Dans un premier temps les auteurs reprennent l'historique de l'évolution de la chirurgie, le développement important de la radiologie interventionnelle en rappelant les conditions environnementales, notamment le traitement d'air, nécessaires à la réalisation d'interventions chirurgicales dans les blocs opératoires modernes britanniques (taux de renouvellement horaire minimal de 25 volumes/heure, filtres terminaux EN 779 F7 dont l'efficacité est comprise entre 80 et 90% pour des particules de 0,4µm). Ces recommandations sont très proches de ce qui est exigé en France.

Ils font ensuite des propositions pour 2 types de chirurgies, en pleine expansion, réalisées dans des salles d'opération non conventionnelles

- les interventions chirurgicales mini-invasives (CMI)
- les interventions chirurgicales mineures

Elles sont ainsi définies :

- Les interventions chirurgicales mini-invasives (CMI), thérapeutiques ou diagnostiques ne sont pas considérées comme des procédures majeures (ex : chirurgie laparoscopique et radiologie interventionnelle) si l'on considère la taille du site opératoire, alors qu'elles peuvent l'être en termes de geste chirurgical, (ex : colectomie laparoscopique). Elles sont réalisées en utilisant une technique sans ouverture, sous anesthésie locale ou générale. Même si c'est relativement rare, en cas de complications ou de difficultés techniques, il faut pouvoir les transformer rapidement et en toute sécurité en chirurgie ouverte (ex : cholécystectomie laparoscopique qui se transforme en laparotomie).
- Les interventions chirurgicales mineures sont des interventions superficielles réalisées sous anesthésie locale. Le site opératoire est limité en taille par la surface pouvant être anesthésiée localement. Quelques interventions pouvant appartenir à cette catégorie sont listées dans le tableau (p. 8). Sont exclues les interventions intraoculaires en ophtalmologie en raison des conséquences qu'une infection pourrait avoir sur l'œil, même si la porte d'entrée est minime et l'anesthésie locale. Cette liste n'est pas exhaustive et certaines de ces interventions peuvent nécessiter les équipements d'un bloc opératoire avec une ventilation conventionnelle, (ex : décompression du canal carpien).

## Caractéristiques techniques des installations

### 1. Choix des matériaux :

- plafond

Utiliser de préférence des matériaux non-poreux pouvant être nettoyés facilement. Éviter les plafonds suspendus dans toute nouvelle installation.

- murs

Utiliser des matériaux non-poreux, sans joint, pouvant être nettoyés facilement et désinfectés occasionnellement.

- fenêtres

Elles ne s'ouvrent pas si une ventilation spécifique est installée. Elles peuvent s'ouvrir si la ventilation est naturelle mais, en Grande Bretagne, on installe des moustiquaires devant les fenêtres.

- portes

Elles sont à fermeture automatique. Un hublot d'observation (avec protection laser si appropriée) facilite l'observation des interventions et les entrées et sorties de salle.

- sols

Ils doivent être faciles à nettoyer et à désinfecter et suivre les protocoles établis par l'établissement. Ils doivent être durables et résistants pour supporter le poids des équipements nécessaires à certaines installations opératoires. En Grande Bretagne, on recommande de poser des plinthes pour faciliter l'entretien et contenir les dégradations de la partie inférieure des murs. *En France on recommande que les sols remontent en plinthe sur les murs formant une gorge arrondie qui facilite le nettoyage.*

### 2. Locaux

- stockage des instruments et des packs stériles

Préférer les instruments à usage unique si les exigences en matière de traitement et de stockage des instruments réutilisables sont difficile à respecter, éliminant ainsi la nécessité de se conformer à des normes de plus en plus difficiles à mettre en place hors services de stérilisation spécialisés.

Si cette option n'est pas retenue, des installations sécurisées doivent être dédiées à la réception et au stockage des instruments réutilisables, dont les endoscopes et leurs accessoires qui nécessitent des procédures de traitement spécifiques.

Il faut prévoir un emplacement de stockage adéquat pour les instruments en tenant compte du type d'interventions réalisées et du nombre de patients traités.

Cet emplacement doit être maintenu à l'abri de la poussière et comporter suffisamment d'étagères, grillagées ou pleines.

- installations de désinfection chirurgicale des mains

Si elles sont situées à l'intérieur de la salle d'opération, elles doivent être dans un endroit suffisamment éloigné pour ne pas éclabousser les instruments. L'ouverture des robinets doit se faire sans contact et des essuie-mains à usage unique doivent être disponibles. *En France l'utilisation de la désinfection chirurgicale des mains par friction limite les risques de projection dans la salle, si un lavage simple des mains est nécessaire, il peut être réalisé à l'extérieur de la salle d'intervention.*

- élimination des déchets

La procédure et les installations pour l'élimination des déchets doivent être conformes aux normes en vigueur pour l'entreposage avant collecte.

Une zone séparée sécurisée, à l'intérieur ou à l'extérieur du bloc opératoire doit être disponible, ex : un local fermant à clé ou au moins une poubelle verrouillable.

### 3. Traitement d'air

Pour les auteurs, les exigences varient selon le type de chirurgie :

- chirurgie mini invasive

Les nouvelles installations doivent être conçues avec un renouvellement d'air de 15 volumes/heure, conformément aux recommandations pour l'élimination des polluants chimiques/gaz anesthésiques, ce qui semble également adapté sur le plan microbiologique. De telles spécifications sont nécessaires pour empêcher une contamination aéroportée des matériaux à implanter, en particulier des prothèses stériles comme les stents, et pour les cas où l'opération pourrait se transformer en une intervention ouverte. Faire une évaluation du risque lorsque le cas du patient ou l'intervention est complexe. Au besoin, transférer l'intervention dans une salle d'opération d'un bloc opératoire conventionnel.

Dans de nouvelles installations, l'air doit être filtré par un filtre EN 779 F7 et il faut également prévoir une surpression de  $\geq 5$  Pa entre la salle d'opération et les locaux adjacents.

1- Humphreys H, Coia JE, Stacey A, Thomas M, Belli AM, Hoffman P. et al. Guidelines on the facilities required for minor surgical procedures and minimal access interventions. *J Hosp Infect* 2012; 80(2):103-109.

Le contrôle du bon fonctionnement du système de traitement d'air doit être possible à l'extérieur à la salle.

- interventions mineures

On considère en Grande Bretagne qu'une ventilation naturelle, par ouverture des fenêtres pourvues d'une moustiquaire, est adaptée.

#### 4. Conditions de température

Dans les installations à ventilation mécanique, la température doit rester entre 18 et 22°C, avec un taux d'hygrométrie de 20 à 60% sauf si les considérations cliniques nécessitent des conditions différentes. *La norme NFS 90-351 prévoit une température variant de 19 à 26° C en activité et une hygrométrie comprise entre 45 et 65%.*

#### 5. Gaz médicaux

Lors d'interventions chirurgicales mini-invasives avec anesthésie générale, un renouvellement d'air de 15 volumes/heure est nécessaire pour minimiser l'exposition du personnel aux gaz anesthésiques, comme dans un bloc opératoire conventionnel.

#### 6. Imagerie médicale

Un accès au système d'archivage et de transmission d'images, (ou PACS : Picture Archive and Communication System en anglais) est nécessaire pour optimiser la qualité et la sécurité des soins du patient.

#### 7. Stockage des prélèvements / transport

Des installations et un espace appropriés pour la collecte et le stockage des prélèvements destinés aux laboratoires doivent être disponibles, ainsi que des conditions de température contrôlée.

#### Pratiques professionnelles

Bien que l'article soit principalement consacré à l'environnement, les auteurs proposent quelques recommandations sur les pratiques des professionnels.

#### 1. Tenue du personnel

Pour les interventions chirurgicales mineures, l'équipement minimal du personnel doit comporter des gants stériles et un tablier en plastique.

Une protection complète impliquant un changement de tenue chirurgicale entre chaque intervention est obligatoire pour les interventions chirurgicales mini-invasives et pour les interventions mineures, s'il y a implantation d'un dispositif médical ou un risque significatif d'infection postopératoire, ou tout autre facteur de prédisposition à l'infection.

Les masques ne sont généralement pas nécessaires sauf pour l'implantation d'un dispositif stérile ou s'il existe des facteurs prédisposant à l'infection. Une protection du visage est obligatoire pour le chirurgien ou autre personnel concerné s'il y a risques de projection (EPI).

#### 2. Check-lists

Toute procédure chirurgicale devrait impliquer une check-list. Celles qui nécessitent une anesthésie générale devraient être calquées sur la check-list publiée pour une chirurgie plus sûre par l'Organisation mondiale de la santé ([http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools\\_resources/SSSL\\_Checklist\\_finalJun08.pdf](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/SSSL_Checklist_finalJun08.pdf)) et comporter quelques items se rapportant à la ventilation mécanique, (ex : vérifier que la ventilation fonctionne). Certaines modifications peuvent être apportées à cette check-list en fonction des besoins des CMI et des interventions chirurgicales mineures.

#### 3. Formation et enseignement

L'accès à des formations sur l'asepsie et la prévention du risque infectieux doit être organisé par les établissements pour les étudiants, internes et autres personnels soignants. Tout le personnel concerné par les CMI et les interventions chirurgicales mineures doit pouvoir fournir des preuves de sa compétence en techniques d'asepsie, de sa connaissance et de sa compréhension des installations utilisées, (ex : ventila-

tion, élimination correcte des déchets, etc.) et bénéficier d'une formation continue.

#### 4. Études et audits

Comme il n'y a pas de données sur le risque d'infection lié à ce type d'intervention, il paraît indispensable aux auteurs de réaliser une surveillance postopératoire prospective. Une évaluation comportant au minimum les taux de réadmissions pour infections associées aux soins est nécessaire. Les résultats de telles études devraient être disponibles. Des supports appropriés et des crédits pour mettre en évidence de données probantes sont indispensables afin de permettre la mise à jour de ces recommandations.

#### Tableau : exemples de chirurgies mineures pouvant être réalisées en dehors d'un bloc opératoire ventilé

Spécialité chirurgicale	Procédure
Chirurgie du sein	Microbiopsie percutanée Macrobiopsie assistée par aspiration
ORL	Excision trans-anale des lésions de l'anus Injection nécrosante des hémorroïdes hémorroïdectomie Excision de kystes épidermoïdes, kystes, lipome (<2 cm), carcinome basocellulaire et aspirations d'hydrocèle
Général	Excision trans-anale des lésions de l'anus Injection nécrosante des hémorroïdes hémorroïdectomie Excision de kystes épidermoïdes, kystes, lipome (<2 cm), carcinome basocellulaire et aspirations d'hydrocèle
Gynécologie	Biopsie de l'endomètre Colposcopie Diathermie ou traitement laser de lésions cervicales Marsupialisation du kyste de Bartholin Insertion d'un dispositif intra-utérin Curetage par aspiration, dilatation et évacuation lors d'interruption de grossesse
Ophthalmologie	Excision, biopsie ou cautérisation de la paupière, ex : chalazion Iridectomie au laser Injection intra-vitréenne Lavage du sac lacrymal Injection sous-conjonctivale
Orthopédie	Excision d'un ongle incarné Injection intra-articulaire Chirurgie du canal carpien
Chirurgie vasculaire	Injection de veines variqueuses, sclérothérapie, traitement laser ou ablation par radiofréquence
Autre	Biopsie du foie, du rein et de la moelle osseuse Anesthésie péridurale Endoscopie - Vasectomie Insertion d'un drain pleural Scanner ou Echographie assistée par ordinateur Insertion d'un drain et biopsies

*L'intérêt de cet article réside surtout dans l'établissement d'une liste d'interventions mineures à laquelle il est possible de se référer. Quant aux exigences environnementales pour réaliser ce type de chirurgie, elles sont assez réduites. On manque effectivement de données sur le risque infectieux qui leur est associé.*

*Martine Aupée, Marie-Yvonne Dixon*

#### 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.aupée@chu-rennes.fr](mailto:martine.aupée@chu-rennes.fr) - Site web : <http://www.cclinouest.com>

Dépôt légal : 2<sup>e</sup> trimestre 2012 - ISSN 1254-9215 - Maquette & impression : ALJ Création (Montfort-sur-Meu - [www.alj-creation.fr](http://www.alj-creation.fr))