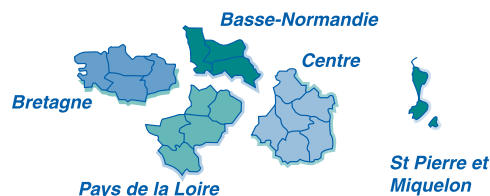


NOSO News



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

Bulletin N°63

Octobre 2012

AU SOMMAIRE

Édito	p. 1
Bloc-notes	p. 1
Rappel et Erratum	p. 2
Résultats 2011 auto-évaluation du risque infectieux en EHPAD	p. 3
Résultats 2011 audit «précautions standard»	p. 5
Consommation des PHM	p. 6
Groupe de travail gestion des risques du CCLin Ouest	p. 7
Sécurité des patients	p. 7
Lu pour vous	p. 8

BLOC-NOTES

Congrès et journées dans l'Ouest

- Journée régionale de l'ArIn Basse-Normandie - Prévention des infections IAS chez les professionnels de santé... pour la protection des patients et des résidents en Etablissements de santé et en EHPAD - 25 octobre - Caen
- Journée de formation du réseau Anjelin Sondage vésical - 8 novembre - Angers
- Journée thématique du CCLin - Prévention du risque infectieux en Psychiatrie 15 novembre - Rennes
- Journée nantaise d'hygiène hospitalière (GRASLIN) - Transmission croisée, dispositifs invasifs : actualités pour prévenir les IAS 29 novembre - Nantes
- 1^{res} rencontres territoriales d'hygiène 4 décembre 2012 - CHU Rennes

Autres congrès et journées

- Séminaire sur la gestion des risques appliqués à l'hygiène hospitalière - SF2H - «Gestion des risques appliquée à l'hygiène hospitalière» 19 novembre - Paris
- 32^e RICAI. Réunion interdisciplinaire de chimiothérapie anti-infectieuse - 22-23 novembre - Paris
- 14^e journées internationales de la qualité hospitalière et en santé - 26-27 novembre - Paris
- 35^e journées régionales d'hygiène hospitalière et de prévention des infections nosocomiales 13-14 décembre 2012 - Strasbourg

pour plus d'informations, consultez la page «Agenda» du CCLin : www.cclinouest.com

EDITORIAL

Octobre a commencé en nous rappelant combien la vie est éphémère. Notre collègue Michel Wiesel est décédé en ce début d'automne après s'être battu courageusement contre la maladie. Anesthésiste-réanimateur, puis praticien hygiéniste, c'était un homme de conviction. Il a présidé l'Aplein, Association Pour l'Éviction des Infections Nosocomiales créée en 1992, à Nantes, contribuant à la structuration des activités régionales de prévention des infections nosocomiales. Il a également été président du Conseil Scientifique du CCLin Ouest. Ces dernières années, ses activités de président de la CME de la Roche sur Yon, puis la maladie l'en avaient éloigné. Comme il a tenu à l'exprimer lui-même, il est simplement passé dans la pièce d'à côté... Nous garderons de lui le souvenir d'un personnage haut en couleur, au verbe haut, au rire généreux qui croquait la vie avec gourmandise. Nous souhaitons témoigner à sa famille toute notre sympathie.

Et parce qu'imperturbablement la vie continue, vous trouverez dans ce numéro des articles sur les activités du CCLin Ouest dans le domaine de l'évaluation des pratiques professionnelles et la gestion des risques.

Les 5 CCLin, réunis au sein du Grephh (Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière) proposent aux établissements des outils «clés en mains» leur permettant d'évaluer leurs pratiques dans le domaine de la prévention du risque infectieux. En 2011, le CCLin a recueilli les données des établissements ayant participé à l'audit national «Précautions standard» et à l'auto-évaluation de la maîtrise du risque infectieux en EHPAD. Les résultats interrégionaux de ces deux audits vous sont présentés ci-après.

Depuis 2006, une enquête annuelle sur la consommation des produits d'hygiène des mains est proposée aux établissements de l'interrégion. Elle permet d'évaluer la place des différents types d'hygiène des mains à travers l'évolution des consommations de produits d'hygiène des mains : savon doux, produit hydro-alcoolique et savon antiseptique. Alors qu'elle avait permis de suivre la montée en charge de la désinfection des mains par friction, les résultats 2010 semblent indiquer une modification des pratiques d'hygiène des mains dans les établissements participants.

L'hygiène des mains étant toujours une priorité nationale, la Missions Mains Propres sera intégrée, cette année, à la semaine de la sécurité des patients qui se déroulera du 26 au 30 novembre 2012. Pour ceux qui ne l'ont pas encore fait, il est encore possible de s'inscrire sur le site du Ministère jusqu'au 30 novembre, à l'adresse suivante : <http://www.sante.gouv.fr/mission-mains-propres.html>. A ce jour, 2 040 inscriptions ont été enregistrées dont 1 757 concernent des établissements de santé. C'est également lors de la semaine de la sécurité du patient que sera présenté le Programme National de Sécurité du Patient (PNSP).

Les hygiénistes ont toujours fait de la gestion du risque infectieux associé aux soins et pourtant ils n'ont pas forcément la maîtrise de tous les concepts et outils proposés par l'HAS dans son volumineux guide sur la mise en place de la gestion des risques associés aux soins en établissements de santé. La mise en place de la coordination de la gestion des risques dans les établissements de santé les amène à s'interroger sur leur place dans ce dispositif. Après les formations proposées, depuis 2010, aux hygiénistes, le CCLin a réuni début 2012, un groupe de travail sur la gestion des risques. Vous découvrirez les nombreux projets qui sont en gestation.

Et pour finir, si vous travaillez dans un établissement en pleine restructuration, nous vous invitons à lire l'intégralité de l'article de J.P. Gangneux *et al.* sur l'appréciation du risque fongique en cas de travaux dont nous vous présentons un résumé.

Semaine de la sécurité des patients : du 26 au 30 novembre 2012, mobilisez-vous !

Inscrivez-vous à la journée « Mission mains propres » ! avant le 30 novembre

<http://www.sante.gouv.fr/mission-mains-propres.html>

RAPPEL

« Risque infectieux et psychiatrie » : cette journée de formation se tiendra à Rennes le 15 novembre 2012

Les questions abordées seront les suivantes :

Le risque infectieux en psychiatrie : quelles réalités ?

- Évolution des soins et typologie des établissements
- Des facteurs de risques d'infection particuliers (hygiène corporelle et bucco-dentaire, risque d'accident d'exposition au sang (AES), fréquence des épidémies, fréquence des infections sexuellement transmissibles (IST))

Quels indicateurs en psychiatrie ?

- La prise en charge des patients : quelles évolutions ?
- Table ronde : prévention des risques et prise en charge des patients en psychiatrie
- Information : auto-évaluation du risque infectieux à destination des foyers d'accueil médicalisés (FAM) et des maisons d'accueil spécialisées (MAS)

La prévention du risque infectieux et spécificités de soins : quelles possibilités ?

- Politique de vaccination
- Pratiques d'antibiothérapie
- Soins et précautions standard : résultats de l'audit national - extraction des données en psychiatrie
- Formation pour les soignants, quels outils leur proposer ?
- Hygiène des mains et indicateur ICSHA
- Hygiène de la restauration et cuisines satellites
- Les règles d'hygiène sont-elles compatibles avec la prise en charge des patients ?

Renseignements, inscriptions auprès de Jocelyne Bourgeois. Tél. 02 99 87 35 30

Erratum n°61 – juin 2012

Une erreur s'est glissée dans l'article « Environnement et chirurgie » pages 7-8 du NosoNews n°61.

Le tableau correct d'exemples de chirurgies mineures pouvant être réalisées en dehors d'un bloc opératoire ventilé est présenté ci-dessous.

Spécialité chirurgicale	Procédure	Spécialité chirurgicale	Procédure
Chirurgie du sein	- Microbiopsie percutanée - Macrobiopsie assistée par aspiration		- Excision, biopsie ou cautérisation de la paupière (ex : chalazion)
ORL	- Cautérisation de la cloison nasale - Polypectomie de la fosse nasale - Réduction des fractures du nez	Ophthalmologie	- Iridectomie au laser - Injection intra-vitréenne - Lavage du sac lacrymal - Injection sous-conjonctivale
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	Orthopédie	- Excision d'un ongle incarné - Injection intra-articulaire - Chirurgie du canal carpien
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	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

Résultats 2011 de l'auto-évaluation de la maîtrise du risque infectieux en EHPAD dans l'interrégion Ouest

En 2011, le Groupe d'évaluation des pratiques d'hygiène hospitalière (Grepqh) a élaboré un Manuel d'auto-évaluation permettant aux EHPAD de s'auto-évaluer en prenant en considération les risques liés à l'organisation et à l'environnement ainsi que la gestion des soins, la prévention par les vaccinations et les risques épidémiques les plus fréquents.

Cette auto-évaluation de la maîtrise du risque infectieux EHPAD s'inscrit dans le programme national de prévention des infections développé pour le secteur médico-social (programme 2009-2013). La circulaire interministérielle DGCS/DGS n° 2012-118 du 15 mars 2012 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011/2013 précise l'auto-évaluation.

La démarche d'analyse de risque a été proposée à chaque établissement lui permettant d'évaluer le risque infectieux au regard de la situation épidémiologique et d'apprécier son niveau de maîtrise afin d'élaborer ou d'adapter son programme d'action. Les EHPAD ayant mené leur auto-évaluation en 2011 ont été invités à transmettre leurs données en vue d'une analyse sur l'interrégion Ouest.

Objectifs

- permettre de dégager les points forts et les points faibles de l'organisation de l'établissement.
- mettre en place dans l'établissement les améliorations nécessaires et indiquées dans les résultats obtenus à la fin de l'évaluation. Des actions prioritaires seront dégagées et incluses dans la politique de gestion du risque au sein de l'EHPAD.

Méthode

Il s'agissait d'un audit documentaire : auto-évaluation de ressources (moyens, organisation, gestion) et de procédures (mise en place). L'audit s'adressait aux établissements volontaires.

La fiche de recueil des données comprenait 7 chapitres : organisation des moyens de prévention dans l'établissement, gestion de l'environnement et des circuits, gestion des matériels de soins, gestion des soins, vaccinations contre les affections respiratoires, gestion des risques épidémiques, prévention des accidents avec exposition au sang (AES).

La saisie du questionnaire était effectuée sur une application informatique élaborée par le Grepqh.

Pour l'analyse, un score global exprimé en pourcentage d'objectifs atteints (nombre de points obtenus / nombre de points attendus) * 100 est calculé, puis décliné par chapitre. Une analyse plus fine a été faite pour certains items des 7 chapitres.

Résultats

Sur 83 EHPAD inscrits, 63 ont adressé leurs données pour une analyse de l'interrégion Ouest (soit 75 %), totalisant 7 221 lits, avec une majorité d'EHPAD de Bretagne et de Basse-Normandie.

On observe une variation des scores selon les chapitres renseignés.

Sur l'ensemble des ES, on observe des scores de plus de 70% pour 5 des 7 chapitres.

Tableau 1 : Scores par chapitre

Chapitres	Intitulé	Nbre de points obtenus	Nbre de points attendus	% d'objectifs atteints
Chap. I	Organisation des moyens de prévention dans l'établissement	1099	1512	72,7
Chap. II	Gestion de l'environnement et des circuits	3531	4537	77,8
Chap. III	Gestion du matériel de soins	347	777	44,7
Chap. IV	Gestion des soins	1569	2064	76,0
Chap. V	Les vaccinations contre les affections respiratoires	638	1008	63,3
Chap. VI	Gestion des risques épidémiques	1408	1764	79,8
Chap. VII	Prévention des AES	792	1055	75,1
Score global		9384	12717	73,8

Le score observé le plus faible concernait la gestion du matériel de soins où moins d'un EHPAD sur deux a atteint les objectifs (44,7 %).

On observe une variation des pourcentages d'objectifs atteints selon les chapitres renseignés.

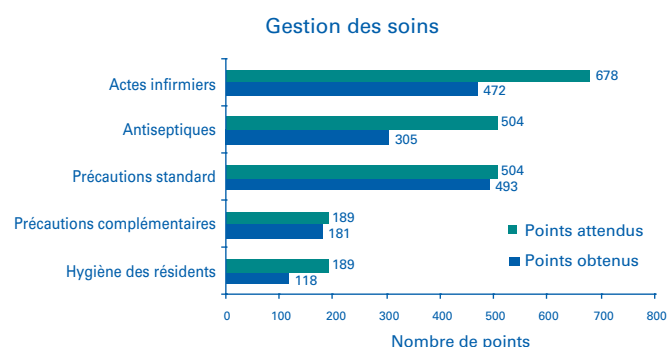
- 72,7% pour l'organisation des moyens de prévention dans l'établissement. Le thème « tenue du personnel » totalise un score de 83,7% (la tenue manches courtes est présente dans 95% des EHPAD, la mise à disposition de tenues pour les intervenants extérieurs n'est plus que de 30% des EHPAD). Alors que les thèmes « moyens de prévention » (70,7%) et « surveillance » (72,5%) sont plutôt globalement satisfaisants, les antibiotiques ne comptent plus que 43,7% des objectifs atteints ;

- 77,8% pour la gestion de l'environnement et des circuits. Parmi les thèmes, l'entretien des locaux est le plus formalisé (85%). Bien que la gestion de la qualité de l'eau atteigne près de 80% des objectifs, la conduite à tenir (CAT) en cas de légionellose n'est présente que pour 64% des EHPAD. Alors que la méthode HACCP (obligatoire), qui encadre l'hygiène de la restauration, est appliquée dans tous les EHPAD, les protocoles d'entretien des matériels sont parfois insuffisants, notamment pour les chariots de distribution, les bouilloires, etc. Quant aux circuits : la gestion du linge est le plus souvent formalisée (86%); dans la moitié des cas l'entretien du linge est mixte (prise en charge par l'établissement et prestataire extérieur) et la gestion des déchets est organisée dans tous les EHPAD ;

- 44,7% pour la gestion des matériels de soins. Ce chapitre est le moins formalisé de tous. Plus de la moitié des EHPAD ont un score inférieur à 50%. L'usage unique des dispositifs médicaux est privilégié pour 94% des EHPAD. Les protocoles d'entretien du matériel sont dans l'ensemble peu représentés, en particulier pour du matériel d'usage courant et pour lequel le risque de transmission croisée est important : Bassin et urinoir 39% et chaise percée 30% tandis que 67% des EHPAD disposent d'un protocole pour le générateur aérosol.

- 76 % pour la gestion des soins. L'analyse par thème permet de nuancer les résultats : on constate un écart important entre précautions complémentaires 95,8 %, précautions standard (97,8 %) et les antiseptiques (60,5 %), l'hygiène des résidents (62,4 %) et les actes infirmiers (69,6 %). Pour les soins, les protocoles « hygiène des mains et port de gants » existent dans 95 % des EHPAD alors que la « pose de voie veineuse » ou les « soins de nursing » ne représentent plus que 60 %. L'hygiène des résidents atteint un score de 62,4 %. Tandis que « l'hygiène des mains des résidents » est organisée dans 54 % des EHPAD, « l'hygiène bucco-dentaire » concerne que 37 % des EHPAD ;

Figure 1 : scores par thème de la gestion des soins



- 63 % pour les vaccinations contre les affections respiratoires. Plus de la moitié des EHPAD a atteint entre 50 % et 70 % des objectifs (n=40, soit 63 %). Tous les EHPAD organisent la vaccination antigrippale chaque année pour les résidents et le personnel (et prise en charge par l'ES) ;

- 79,8 % pour la gestion des risques épidémiques. Ce chapitre est le plus formalisé de tous en particulier pour les gastro-entérites (84,8 %) et la gale (81 %), suivi des infections respiratoires (79,1 %). Les trois quarts des EHPAD atteignent plus de 70 % des objectifs.

Tableau 2 : scores par thème de la gestion épidémique

Thèmes	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
Gale	357	441	81,0
Tuberculose pulmonaire	485	630	77,0
Gastro-entérite	267	315	84,8
Infection respiratoire	299	378	79,1
Total	1408	1764	79,8

- 75,1 % pour la prévention des AES. La CAT en cas d'AES existe dans 98 % EHPAD et leur suivi épidémiologique est organisé pour 84 % d'entre eux. La mise à disposition de matériels est organisée respectivement pour les gants (100 %), les masques (98 %) et les lunettes (48 %) ;

Conclusion

Cette étude avait pour but de présenter les résultats globaux de l'auto-évaluation de la maîtrise du risque infectieux dans des EHPAD volontaires de l'interrégion Ouest et d'offrir la possibilité aux établissements de comparer leurs résultats. Les résultats montrent que la majorité des EHPAD dispose de procédures pour les chapitres qui comportent des fonctions logistiques (hygiène de la restauration, traitement du linge, élimination des déchets) ou pour lesquels la réglementation sanitaire s'impose (qualité de l'eau, gestion des épidémies, vaccinations, prévention des AES...). L'étude révèle que la proportion d'EHPAD disposant de protocoles pour les fondamentaux de l'hygiène (hygiène des mains, port de gants, précautions standard et précautions complémentaires) est nettement plus importante (79 % à 95 % selon les fondamentaux) que celles des EHPAD qui ont établi des protocoles pour les soins courants (soins de nursing, pose de perfusion sous cutanée...) (24 % à 76 % selon les soins courants). L'absence de certains protocoles pour une majorité d'EHPAD pourrait correspondre à des soins jamais ou rarement pratiqués (par exemple soins de stomie, alimentation entérale).

L'analyse met également en évidence les actions à soutenir telles que :

- les activités du personnel dédié médical et paramédical en lien avec l'hygiène et la prévention du risque infectieux,
- les améliorations à apporter notamment pour la politique antibiotique avec les médecins prescripteurs,
- l'hygiène des résidents en particulier le suivi de l'hygiène bucco-dentaire.

Enfin, si l'entretien des locaux est l'activité la mieux organisée dans toutes les structures, il apparaît que l'entretien des matériels de soin est très peu formalisé alors que l'usage quotidien, sinon pluriquotidien de ces matériels de soin, les place au cœur de l'activité des soins des résidents.

Nous remercions tout particulièrement les directeurs d'EHPAD et leurs équipes de leur participation à cette étude.

Marion Pérennec, Marie-Alix Ertzscheid, Martine Aupée

Le rapport de résultats est disponible sur le site du CCLin à la rubrique EHPAD, onglet **Evaluation** : <http://www.cclinouest.com/Pages/EHPAD3-3.html>

Afin de faciliter la mise en œuvre des actions correctives, notamment pour permettre aux EHPAD de compléter leurs procédures, des fiches téléchargeables sont disponibles sur NosoBase, à la rubrique **Recommandations**, thème **EHPAD/Gériatrie** <http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/geriatrie.html>

Résultats 2011 de l'Audit des Précautions Standard dans l'Interrégion Ouest

Le programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013 demande aux établissements de santé (ES) de promouvoir et d'évaluer l'observance des précautions standard (PS) afin d'améliorer la qualité et la sécurité des procédures de soins.

L'audit des pratiques est un outil d'amélioration des pratiques professionnelles. Faciliter cette évaluation en mettant à disposition des équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière (EOHH) des outils clé en mains est une des missions du Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière (Grep hh). Le Grep hh a donc proposé aux ES un outil d'évaluation de la politique, des ressources et des pratiques déclarées des professionnels concernant les PS. La circulaire du 2 février 2011 relative à la stratégie nationale d'audit des pratiques en hygiène hospitalière incite les ES à la réalisation d'un audit sur la thématique nationale des PS.

L'audit PS a été conduit, après inscription auprès de chaque Cclin, entre février et décembre 2011.

Objectifs

- Evaluer la politique institutionnelle, les ressources disponibles pour l'application des précautions standard.
- Evaluer la formation et les attitudes du personnel concernant les précautions standard.

Méthode

L'audit PS est un audit mixte de ressources (matériel, consommables) et de procédures (formations, attitudes). L'évaluation a été réalisée par auto-questionnaires au niveau de ES, des services et du personnel. Les critères évalués étaient :

- la politique de promotion des PS, l'existence de procédures et une démarche d'évaluation à l'échelon de l'établissement
- les ressources et l'existence de procédures à l'échelon du service
- la formation et les attitudes à l'échelon du personnel.

Les critères d'inclusion étaient tout ES (quel que soit son statut et sa catégorie) ou EHPAD, tout service de soins (y compris la consultation, les blocs opératoires et les services médico-techniques et l'HAD) et tout le personnel soignant (médicaux, paramédicaux, médico-techniques...) travaillant dans ces services.

Une application informatique Excel a été mise à disposition des ES pour saisir les fiches d'évaluation et éditer leurs propres résultats après analyse automatisée. Un poster et trois types de rapports pouvaient être édités.

Pour l'analyse des données ES et services, les résultats étaient rendus sous forme de pourcentages d'objectifs atteints : (score obtenu x 100) / score attendu.

Résultats

Un total de 193 ES et 17 EHPAD a participé à l'audit, regroupant respectivement 2210 et 45 services, et 28 500 et 545 professionnels. Parmi ces derniers, on relevait 36,1 % d'infirmiers, 36,6 % d'aides-soignants ou auxiliaires de puériculture, 10,0 % d'agents hospitaliers et 6,1 % de médecins, chirurgiens ou internes. Les EHPAD ont été analysés à part. Les résultats des HAD au niveau service sont traités aussi séparément.

Les résultats des fiches pratiques professionnelles au niveau du personnel ne sont pas détaillés ici.

Figure 1 : Pourcentages d'objectifs atteints au niveau établissement

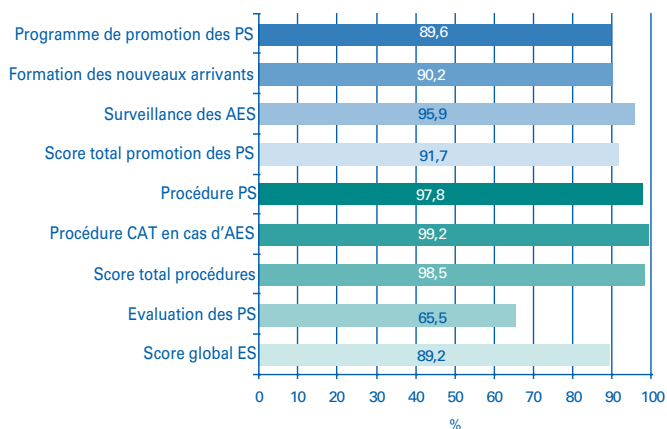
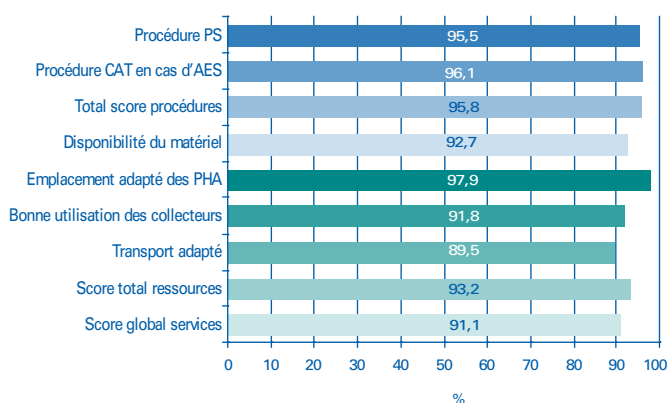


Figure 2 : Pourcentages d'objectifs atteints au niveau service



Conclusion

La principale limite de ce travail est liée au type d'évaluation : les réponses à certaines questions ont été faites selon les connaissances du personnel et non selon leurs attitudes (pratiques déclarées). Des pratiques efficaces sont notées aux niveaux établissement et service pour la promotion des PS, la mise en place de procédures et les ressources disponibles. Les professionnels déclarent de bonnes pratiques concernant le risque de contact avec du matériel souillé ou des liquides biologiques et la conduite à tenir en cas de contact de liquide biologique avec les muqueuses. A l'opposé, les pratiques à améliorer concernent en priorité le port d'équipements de protection individuelle, le changement de gants ou l'hygiène de mains entre deux activités, le port de gants pour les risques de contacts avec le sang et le recapuchonnage et la désadaptation à la main d'aiguilles souillées.

En lien avec la Journée thématique «Psychiatrie» du 15 novembre 2012 organisée par le Cclin Ouest, une analyse complémentaire nationale sur les établissements Psychiatrie a été réalisée.

Nous remercions tout particulièrement les ES de leur participation à cette étude.

Anne Ingels, Marie-Alix Ertzscheid, Martine Aupée

Consommation des produits d'hygiène des mains au cours de l'année 2010 dans l'interrégion Ouest

D'après la circulaire du 13 mars 2006 relative au tableau de bord des infections nosocomiales (IN)¹, la consommation dans l'année écoulée de produits hydro-alcooliques, en litres pour 1000 journées d'hospitalisation (JH) par les établissements (ES) est un des cinq indicateurs du tableau de bord des IN (ICSHA²). L'évaluation de la consommation en produits d'hygiène des mains (PHM), soit les quantités commandées en savons doux (SD), savons antiseptiques (SA) et produits hydro-alcooliques (PHA), est proposée tous les ans aux ES volontaires de l'interrégion Ouest.

Objectifs

L'objectif principal de cette enquête était d'évaluer au sein des ES les consommations en PHM et de les comparer dans le temps entre établissements et entre types d'unités.

L'objectif secondaire était de vérifier si le pic de consommation en PHA observé en 2009 était dû à la prévention de l'épidémie annoncée de la grippe A(H1N1) ou si cela traduisait l'amorce d'une consommation en PHA toujours croissante au fil des années.

Méthode

L'étude concernait les ES des régions Basse-Normandie, Bretagne, Centre et Pays de La Loire y compris les hospitalisations à domicile et les centres de dialyse. La période de recueil des consommations 2010 en PHM s'étendait de juin à novembre 2011. Le questionnaire comprenait une fiche « établissement » reprenant les consommations en PHM de l'établissement et une fiche « unité » à remplir pour toutes ou partie des unités.

Résultats

Les consommations qui suivent sont exprimées en « consommation médiane ».

L'étude a été renseignée par près de 3 établissements de santé (ES) sur 10 de l'interrégion. Sur 129 ES participant, ceux de Basse-Normandie (39,7% des ES) étaient les plus représentés. Les services de médecine, chirurgie ainsi que les unités de SSR constituaient la majorité des unités participantes; les unités de SSR et SLD combinées représentaient 16,5% des unités. En 2011, le volume des SD poursuit sa progression (tableau 1) (14,8 en 2009 à 15,3 ml/journée-patient en 2010) alors que la consommation des PHA (tableau 2) a diminué entre 2009 (13,9 ml/journée-patient) et 2010 (11,5 ml/journée-patient).

Tableau 1 : Consommation médiane en savon doux

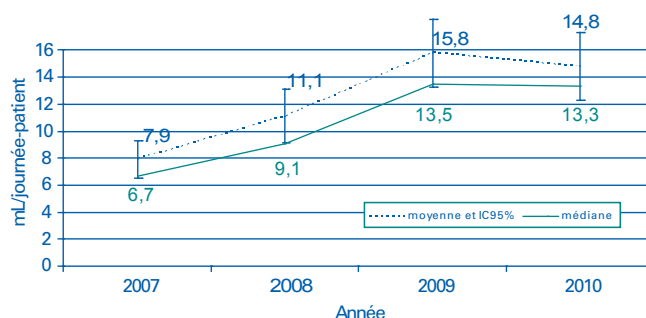
Conso médiane de SD	Nb ES ayant renseigné la consommation 2010	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004
Par journée-patient	124	15,3 mL	14,8 mL	13,6 mL	13,4 mL	11,5 mL	12,6 mL	11,5 mL

Tableau 2 : Consommation médiane en produit hydro-alcoolique

Consommation médiane de PHA	Nb ES ayant renseigné la consommation 2010	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004
Par journée-patient	128	11,5 mL	13,9 mL	9,8 mL	6,5 mL	3,9 mL	2,9 mL	2,0 mL

La diminution significative des PHA entre 2009 et 2010 est également observée sur une cohorte de 56 ES (figure 1) ayant participé chaque année depuis 2007. La consommation en PHA est passée de 13,5 ml/journée-patient en 2009 à 13,3 en 2010 ($p < 10^{-4}$). Cependant, la consommation 2010 reste plus élevée que la consommation en 2008 (9,1 ml/journée-patient sur la cohorte d'ES).

Figure 1 : Évolution des consommations moyenne et médiane de PHA pour la cohorte de 56 établissements de 2007 à 2010 (en mL/journée-patient)



Les unités de pédiatrie augmentent de façon constante et significativement leur consommation depuis 2008 en PHA. La part de PHA pour ces unités est passée de 38,2% en 2008 à 53,6% en 2010. Les unités de gynéco-obstétrique augmentent significativement leur consommation depuis 2008 pour les SD et les PHA (la consommation a quasiment doublé entre 2008 et 2010). Et la part des PHA sur l'ensemble des PHM pour ces unités est passée de 34,4% en 2008 à 40,6% en 2010.

Les unités les plus grandes consommatrices de PHM sont les unités de réanimation (217 ml/journée-patient) en 2010. Le nombre d'utilisations est passé de 69 en 2009 à 72 utilisations en 2010.

La majorité des unités ont vu leur consommation en PHA diminuer en 2010 comparé à 2009 et pour certaines, diminuer de moitié (ex : unités de psychiatrie).

Indicateurs d'organisation

Parmi les indicateurs renseignés par les ES (mise en place de formation(s), gestion d'au moins une épidémie, participation à la journée d'hygiène des mains, en 2010), seule la réalisation d'un audit en 2010 semble être associée significativement à une plus grande consommation en PHA (13,6 ml/journée-patient en 2010 pour les 63 ES ayant déclaré avoir réalisé un audit contre 9,7 pour les ES ayant déclaré ne pas en avoir réalisé ; $p < 10^{-4}$). Les 3 autres indicateurs ne permettaient pas de conclure à une association entre ces pratiques et une plus grande consommation en PHA.

Conclusion

Les résultats montrent une diminution significative de la consommation des PHA entre 2009 et 2010. Néanmoins, on relève une progression constante depuis 2007. L'augmentation des consommations en 2009 était probablement liée à l'alerte nationale grippe A(H1N1) de 2009. L'étude sur une cohorte d'établissements confirme ces résultats. L'étude comprenait la recherche d'indicateurs pouvant contribuer à la consommation des PHA. Seule la pratique d'un audit en 2010 était significativement associée à une augmentation des PHA, ce qui pourrait impliquer de façon individuelle la contribution des audits à l'amélioration des pratiques. Enfin, l'étude sera complétée par une étude spécifique permettant de distinguer les consommations de PHM utilisées pour la désinfection chirurgicale des mains de celles utilisées pour la désinfection hygiénique des mains au bloc opératoire.

Marion Pérennec, Annelen Laurent, Marie-Alix Ertzscheid, Martine Aupée

Le rapport de résultats est disponible sur le site du CCLin à la rubrique Surveillance / Conso PHM.

1 - Circulaire N°DHOS/E2/DGS/5C/2006/121 du 13 mars 2006

2 - Modalités de calcul de l'indicateur de consommation de produits hydro-alcooliques (ICSHA 2005). Ministère de la santé et des solidarités

Présentation du groupe de travail Gestion des risques du CClin Ouest

Si la qualité et la sécurité des soins sont, depuis leur émergence dans les années 1980, des domaines d'activité importants dans les établissements de santé (ES), l'évolution de la législation (loi dite HPST 21 juillet 2009) et de la réglementation associée (organisation et responsabilité de la CME en matière de sécurité des soins) ainsi que le décret de novembre 2011¹ sur la lutte contre les événements indésirables associés aux soins (EIAS), placent les hygiénistes, forts de leur expertise en hygiène, au cœur du dispositif de vigilance et gestion des risques. La transversalité de leur activité, leur connaissance du terrain sont autant de facteurs favorisant.

Le plan stratégique de prévention des infections associées aux soins 2009-2013 ainsi que le programme national reprennent ces thématiques prioritaires : « intégrer le thème des infections nosocomiales parmi ceux traités dans les démarches qualité et gestion des risques des établissements », « favoriser l'articulation des démarches de prévention des infections nosocomiales avec celles des autres risques associés aux soins ».

Chaque établissement structure son équipe Prévention et Gestion des risques y compris en matière de risque infectieux, de manière autonome. Le coordinateur de la gestion des risques peut être issu de la qualité, de la direction générale, du soin médical ou paramédical. Les équipes de gestion des risques traitent surtout des événements indésirables et ont peu d'expérience en matière de risque infectieux. Une collaboration est indispensable, les hygiénistes ayant développé ces compétences depuis de nombreuses années.

Si les hygiénistes possèdent l'expérience de terrain et l'expertise de gestion du risque infectieux, ils peuvent avoir besoin d'être familiarisés aux concepts, de s'approprier le vocabulaire spécifique et d'acquiescer plus de méthodes afin de participer activement à la démarche de gestion des risques de leur établissement.

Dans ce cadre, le CClin Ouest a organisé, en mars 2010, pour les membres du conseil scientifique, une journée de formation aux outils de gestion des risques basée sur les mises en pratiques à travers des cas réels. Devant le succès de cette journée, il a été convenu de décliner cette formation dans les régions. Depuis 2011, Rennes, Pontivy, Nantes en ont déjà bénéficié. Elle s'adresse au personnel médical et paramédical, elle est assurée par un binôme composé d'hygiénistes et de gestionnaires de risques médicaux. La journée se compose d'un apport théorique limité pour laisser une grande place aux mises en situation à travers des cas concrets permettant aux participants d'échanger leurs interrogations et leurs expériences.

L'organisation logistique de la formation est confiée à l'Arlin de la région concernée.

Après chaque formation, les formateurs (hygiénistes et gestionnaires de risque médicaux) se réunissent pour un débriefing afin d'apporter les ajustements nécessaires. Entre 2010 et 2012, la culture qualité et gestion des risques chez les professionnels a évolué. Pour aller plus loin, le CClin Ouest a mis en place depuis février 2012, un groupe de travail autour de la gestion des risques qui comprend des hygiénistes (médicaux et paramédicaux), des représentants des Arlin et des gestionnaires de risques médicaux et paramédicaux. Parmi les différents projets à venir, outre les journées régionales de formation, le groupe de travail souhaite :

- Réaliser un guide d'utilisation simple à destination des professionnels. Les outils de gestion des risques les plus appropriés dans le domaine du risque infectieux y seront répertoriés. Chaque outil sera décliné en fonction de sa pertinence d'utilisation face à certaines situations avec ses avantages, et ses contraintes.
- Organiser, en 2013, une journée consacrée à la gestion des risques et à la prévention des IAS à destination des hygiénistes et gestionnaires de risques associés aux soins.
- Mener une enquête sur la structuration de la gestion des risques dans les ES.
- Et continuer les formations, en diversifiant les méthodes proposées, par exemple en organisant une journée sur l'analyse des risques a priori.

Les formations et les outils seront accessibles aux professionnels sur le site internet du CClin. Un onglet spécifique gestion des risques est à l'étude.

C'est le devenir et l'avenir des EOHH qui sont en jeu. Les EOHH auront la place qu'elles auront choisie : participation à la récupération des EIAS et à leur évaluation, participation aux analyses de risques... Mais quel que soit leur niveau d'implication, les EOHH sont indispensables dans l'organisation de la gestion des risques associés aux soins qui se met en place.

Pour le groupe de travail

Sylvie Jourdain (Arlin Bretagne), Françoise Raymond (Arlin Pays de la Loire), Valérie Salaün (Clinique Saint Gatien, Tours), Elisabeth Morel-Desjardins (Arlin Centre), Pascal Jarno (CClin Ouest)

¹ - Circulaire N°DGOS/PF2/2011/416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé

Sécurité des patients : une semaine de campagne nationale, un programme d'action national



Le ministère de la santé appelle l'ensemble des professionnels de santé, hospitaliers et libéraux, médicaux et non médicaux, les associations de patients, ainsi que les institutions à mener des actions d'information et de sensibilisation pour la sécurité des patients¹.

La sécurité des soins est un objectif majeur pour l'ensemble des acteurs du système de santé. La Direction

Générale de l'Organisation des Soins (DGOS) et ses partenaires organisent pour la 2^e année consécutive une semaine de la sécurité des patients (SSP) du 26 au 30 novembre 2012. « *Ma participation est essentielle pour des soins plus sûrs* » : telle est la signature de cette campagne tant pour les usagers que pour les professionnels. Elle s'articule autour de quatre messages forts à destination des patients et des professionnels de santé.

Les messages ont été élaborés par un groupe de travail réuni par la DGOS composé de représentants des usagers, des établissements de santé, des agences régionales de

santé, des CClin, des structures régionales d'appui, des agences sanitaires Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) et la Haute autorité de santé (HAS), de la Direction générale de la santé (DGS) etc. Les supports de communication sont déclinés, pour chaque thème, selon qu'ils s'adressent au patient ou au professionnel de santé. L'affiche de la semaine SSP et l'ensemble des supports peuvent être commandés gratuitement sur le site du ministère de la santé.

Quatre thèmes ont été retenus :

- **renforcer l'hygiène des mains** : cette année, la journée « mission mains propres » est intégrée à la semaine de la sécurité des patients. L'objectif, pour les patients, est de comprendre comment ils peuvent eux-mêmes agir sur leur sécurité et prévenir les infections grâce à l'hygiène des mains. Pour les professionnels, l'utilisation des produits hydro-alcooliques reste au cœur des messages. Un tract sur la journée « mission mains propres » est spécifiquement dédié aux infirmiers libéraux.
- **bien utiliser les médicaments** : les patients sont incités à échanger avec les professionnels pour mieux connaître leurs médicaments. Les professionnels sont appelés à renforcer la communication en équipe et avec les patients, à sécuriser la prise en charge médicamenteuse tout au long du parcours de soins, particulièrement aux entrées, sorties et transferts des patients
- **favoriser la communication** : pour devenir acteur de sa propre sécurité, le patient peut questionner librement le professionnel. Le professionnel est incité à dialoguer avec le patient et au sein de l'équipe. Il est également sensibilisé au signalement et à l'analyse des événements
- **soulager la douleur** : l'objectif est d'inciter le patient à exprimer sa douleur auprès des professionnels. Le patient est informé de ses droits et de l'intérêt à parler de sa douleur. Le professionnel est sensibilisé à l'écoute et à considérer la parole du patient comme un signal pouvant faire évoluer la prise en charge.

En parallèle, un programme national pour la sécurité des patients (PNSP) est en cours d'élaboration. Il a pour objectif de faire évoluer les comportements des professionnels et des patients vers une sécurité des soins accrue en fixant des priorités stratégiques pour la période 2012-2017. La mise en œuvre du programme consiste à impacter l'ensemble du champ sanitaire, de manière progressive ; à renforcer la cohérence entre les différents intervenants, à avancer sur des actions pragmatiques et réalistes.

Il s'appuie sur un comité de pilotage large et représentatif des différents acteurs de la sécurité des soins, une équipe projet composée de représentants de la DGOS, de la DGS et de la HAS ainsi que des coordonnateurs des groupes de travail. Quatre groupes techniques correspondent aux axes du futur programme :

- « Information du patient, le patient acteur de sa sécurité »
- « Déclaration des événements indésirables graves »
- « Formation, culture de sécurité, appui »
- « Innovation, recherche » qui comprend 2 sous-groupes :
 - « Sécurité du patient dans le cadre de la recherche clinique et de l'innovation »
 - « Innovation et recherche sur la sécurité des soins »

L'annonce et la diffusion du PNSP sont prévues lors de la semaine de la sécurité des patients.

Isabelle Giro, Marie-Alix Ertzscheid

1 - Instruction n°DGOS/PF2/2012/272 du 10 juillet 2012 relative à la semaine de la sécurité des patients 2012

LU POUR VOUS...

Appréciation quantitative du risque fongique en cas de travaux en établissements de santé : propositions d'indicateurs d'impact des mesures de gestion du risque infectieux fongique

Les périodes de travaux dans un établissement de santé génèrent la mise en suspension de spores fongiques et augmentent considérablement le risque d'exposition des patients fragiles. Il est nécessaire de prendre des mesures de protection renforcées, voire spécifiques, pendant cette période critique. Elles visent à protéger à la fois les zones sensibles vis-à-vis de l'empoussièrement et les patients à risque infectieux fongique (RIF), particulièrement du risque lié à *Aspergillus sp.* Lorsque des travaux sont prévus dans un établissement de santé, il faut d'abord caractériser le risque, puis mettre en place des mesures de gestion des risques. Il est ensuite essentiel d'avoir une appréciation quantitative du risque qui vise à évaluer l'efficacité des mesures mises en place. Le groupe de travail promu par les sociétés françaises de mycologie médicale et d'hygiène hospitalière (SFMM et SF2H), qui a rédigé

des recommandations sur la prévention du risque fongique en cas de travaux dans les établissements de santé, propose ici des indicateurs d'impact des mesures de gestion du risque infectieux fongique, indicateurs à la fois environnementaux et épidémiologiques. (Résumé d'auteur)

*Gangneux JP, Adjidé CC, Bernard L, Botterel F, Carel A, Castel O. et al. Appréciation quantitative du risque fongique en cas de travaux en établissements de santé : propositions d'indicateurs d'impact des mesures de gestion du risque infectieux fongique. Journal de mycologie médicale 2012 ; 22 : (1) : 64-71. (Réf.*35020)*

Mots-clés : mycologie, *Aspergillus*, travaux hospitaliers, gestion des risques, indicateur, environnement, épidémiologie

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 2012 - ISSN 1254-9215 - Maquette & impression : ALJ Création (Montfort-sur-Meu - www.alj-creation.fr)