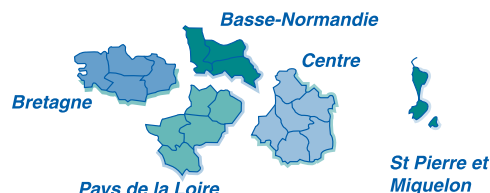


NOSO News



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

Bulletin N° 64

Décembre 2012

AU SOMMAIRE

Édito

p. 1

Bloc-notes

p. 1

Les signalements externes
des infections nosocomiales
sur l'interrégion Ouest

p. 2

Analyse descriptive de
l'enquête *Enterobacter
cloacae* ISLSE en réanima-
tion

p. 4

Évaluation de la journée
psychiatrie 15 novembre
2012

p. 6

Conduite à tenir devant
une ou plusieurs infec-
tions respiratoires aiguës

p. 7

À paraître...
Foyer d'accueil médicalisé
(FAM) et Maisons d'accueil
spécialisées (MAS) :
« Maîtrise du risque
infectieux et Manuel
d'autoévaluation 2012 »

p. 8

Lu pour vous

p. 8

ÉDITORIAL

Documentation, surveillances, signalement, évaluation des pratiques, formation font partie des grandes missions des Cclin. La structuration progressive du réseau Cclin-Arlin a permis d'élargir le périmètre de ces missions et de prendre en charge progressivement le secteur médico-social. Depuis le début 2012, les Cclin se sont efforcés d'améliorer la visibilité sur leurs activités mutualisées. Dans ce dernier numéro de l'année nous vous présentons un exemple de cette collaboration : l'outil d'auto-évaluation pour les FAM et les MAS. Le nouveau logiciel documentaire Koha vous sera présenté dans le prochain NosoNews.

Les outils d'auto-évaluation de la prévention du risque infectieux se multiplient dans le secteur médico-social. Après la diffusion de l'outil du Grepsh destiné aux Ehpad, un nouvel outil destiné aux foyers d'accueil médicalisés (FAM) et maisons d'accueil spécialisées (MAS) vient d'être mis en ligne sur le site du Grepsh. Il a été construit par des représentants du réseau Cclin-Arlin et des acteurs de terrain dans le cadre d'un groupe de travail piloté par le Dr C. Bernet, médecin coordonnateur au Cclin Sud-Est. Il colle à la pratique de ces établissements leur permettant de mettre en évidence leurs points forts et les points à améliorer dans la prévention du risque infectieux associé aux soins et d'élaborer un plan d'actions spécifique à chaque structure.

Dans le cadre de ses activités interrégionales, le Cclin Ouest a organisé une journée thématique sur la prévention du risque infectieux en psychiatrie. Elle s'est déroulée à Rennes, le 15 novembre dernier. Très riche en échanges, elle a permis de mettre en évidence les difficultés rencontrées par les établissements de santé mentale pour répondre aux exigences du bilan LIN et de formuler un besoin d'adaptation des indicateurs à leurs structures.

Dix ans après sa mise en place, le signalement des infections nosocomiales a franchi une étape importante, en 2011 (en octobre sur l'interrégion Ouest), avec l'introduction de l'outil de signalement en ligne e-sin. Un premier constat vous est présenté dans le cadre du bilan annuel du signalement externe de l'interrégion Ouest.

Illustration de la dynamique que nous souhaitons créer autour de nos activités de surveillance et de signalement, nous vous présentons les résultats préliminaires d'une étude faite sur l'interrégion Ouest sur les infections à *Enterobacter cloacae* en réanimation.

Enfin, nous vous invitons, en ce début d'hiver, à lire et à diffuser aux Ehpad, le rapport du Haut Conseil de Santé Publique sur les conduites à tenir devant une ou plusieurs infections respiratoires aiguës en collectivités de personnes âgées. Nous vous présentons une rapide synthèse de ce document très pratique dans sa conception qui apportera une aide précieuse dans la gestion de ces infections.

Et pour terminer nous vous souhaitons d'excellentes fêtes de fin d'année et vous donnons rendez-vous à l'année prochaine.

Martine Aupée
Responsable du Cclin Ouest

BLOC-NOTES

Congrès et journées dans l'Ouest

- Journée réseau Colines, Arlin Pays de la Loire « L'hygiène s'invite... à table ! » – 14 février 2013 – Saint Brévin les Pins
- Journée de formation de l'Arlin Centre, Retours d'expériences (REX) et e-sin – 19 mars 2013 – Blois
- Journée Hygie Vendée – 21 mars 2013 – Saint Jean de Monts
- Réseau Cholet/Saumur – 21 mars 2013 – Montreuil Bellay
- Journée de formation des Représentants des usagers, Arlin Bretagne – 26 mars 2013 – Lorient

- Journées de l'Arlin Bretagne – 27-28 mars 2013 – Lorient
- Journée annuelle du Cclin Ouest – 2 avril 2013 – Rennes
- Journée régionale de l'Arlin Pays de la Loire – 16 avril 2013 – Nantes
- Journée de formation de l'Arlin Centre, Les nouvelles recommandations nationales pour la gestion des porteurs ou infectés de Bactéries hautement résistantes (BHR) en MCO, SSR, SLD, HAD et en EHPAD – 18 juin 2013 – Joué-les-Tours

Autres congrès et journées

- 9^e Congrès national de la Société française de microbiologie – 7-8 février 2013 - Lille
- 4^{es} Etats généraux des infections nosocomiales – 14-15 février - Paris
- 24^e Congrès de la Société française d'hygiène hospitalière – 29-31 mai 2013 - Paris
- 14^{es} Journées nationales d'infectiologie (JNI 2013) – 12-14 juin - Clermont-Ferrand

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

Les signalements externes des infections nosocomiales sur l'interrégion Ouest

Évolution des signalements

Le dispositif de signalement externe a eu 10 ans en 2011 (décret 2001¹). Il a évolué avec la mise en place de l'outil de saisie en ligne des signalements (e-SIN)² déployé, dans notre interrégion, depuis le 26 octobre 2011. Au 3 octobre 2012, 58% des utilisateurs de l'interrégion ont installé leur certificat, 48 % se sont connectés au moins une fois.

Depuis le début du dispositif, les signalements sont analysés semestriellement afin d'en apprécier l'évolution.

Tableau 1 - Évolution des signalements depuis 2006 dans l'interrégion Ouest

Année	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012*	Total 2001-2012
Basse-Normandie	25	22	31	19	24	26	12	257
Bretagne	38	45	64	42	51	65	22	478
Centre	24	43	31	45	31	47	28	346
Pays de la Loire	45	55	52	72	49	56	26	511
Total	132	165	178	178	155	194	88	1592
ES	61	77	87	88	78	90	47	

* 1^{er} semestre 2012

Le nombre de signalements a été croissant depuis la mise en place du dispositif, avec une relative stabilité depuis 2008. Depuis le nombre d'établissements de santé (ES) signalant par année se situe entre 85 et 90. Le pourcentage d'ES de l'interrégion ayant déjà signalé au moins une fois depuis 2004 est de 65% (278/429).

Le signalement est un système d'alerte

Tableau 2 - Délai entre l'évènement et le signalement depuis 2001

Année	Médiane	Moyenne
2001-2002	42 j	67 j
2006	33 j	34 j
2007	31 j	30 j
2008	27 j	28 j
2009	17 j	24 j
2010	10 j	20 j
2011	9 j	16 j
2012*	7 j	

* 1^{er} semestre 2012

Le délai entre l'évènement et le signalement se réduit régulièrement tous les ans. Sept jours est le temps nécessaire à l'analyse de l'évènement avant la transmission aux structures externes. Ce délai paraît difficile à réduire.

Origine des signalements de l'interrégion Ouest pour le 1^{er} semestre 2012

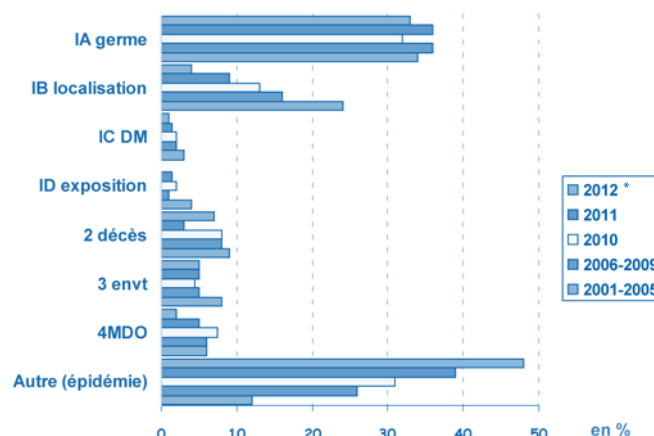
Quatre vingt huit signalements ont été reçus entre le 01/01 et le 30/06/2012 (soit 15/mois) : 85% du public, 13% du privé, et 2% d'ES PSPH (77% émanaient du public, 17% du privé et 6% du PSPH en 2011).

Ils provenaient de 47 établissements répartis comme suit :

- 6 CHU/CHR
- 25 CH
- 9 cliniques MCO
- 4 HL
- 3 autres (1 CRLCC + 1 SSR + 1 SLD)

Critères de signalement entre 2001 et 2012*

Graph 1 - Évolution des critères de signalement entre 2001 et 2012



* 1^{er} semestre 2012

Les critères 1A et autre (épidémie) sont prédominants. Le critère 1A est stable dans le temps. Il représente plus de 30% des critères de signalement depuis l'origine du dispositif. Le critère autre (épidémie) est en constante augmentation : 12% entre 2001 et 2005 et près de 50% au 1^{er} semestre 2012. Cette évolution confirme que les établissements sont très sensibilisés aux bactéries émergentes et au risque épidémique.

Pertinence des signalements

Chaque année au CClin, nous cherchons à répondre à la question : qu'est ce qu'un signalement pertinent ?

Pour qu'un signalement soit considéré comme pertinent, l'infection signalée doit répondre à au moins un des quatre critères de la circulaire de janvier 2004 :

1. IN ayant un caractère rare ou particulier
 - 1A : Espèce rare
 - 1B : Localisation particulière
 - 1C : Utilisation d'un dispositif médical suspect
 - 1D : Exposition d'autres personnes
2. Décès lié à une IN
3. IN liée à un germe présent dans l'eau ou air de l'environnement
4. Maladies nosocomiales devant faire l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles et présenter un caractère de gravité ou un risque épidémique. Il doit aussi faire l'objet d'une investigation de l'établissement ou d'une intervention du CClin.

Tableau 3 - Évolution de la pertinence des signalements depuis 2008

Année	2008	2009	2010	2011
IA germe	91%	84%	86%	94% (n=82)
IB localisation	89%	95%	87%	95% (n=20)
IC dispositif	100% (n=7)	87% (n=8)	0% (n=1)	67% (n=3)
ID exposition	100% (n=1)	100% (n=2)	33% (n=3)	67% (n=3)
2	85%	88%	87%	86% (n=7)
3 et 4	100%	100%	90% (n=8+14)	100% et 91%
Total	90% (n=178)	91% (n=178)	87% (n=155)	94% (n=194)

1 - Le décret du 26 juillet 2001 relatif à la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique
 2 - Instruction du 13 février 2012 relative au signalement externe des infections nosocomiales par les établissements de santé et les structures mentionnées à l'article R.6111-12 du Code de la santé publique ainsi qu'aux modalités de gestion des situations signalées

La pertinence des signalements, au regard des critères rappelés ci-dessus n'a cessé de croître depuis 2009 (90% en 2009, 94% en 2011) et ce, quel que soit le critère.

Cependant la sensibilité et la réactivité du signalement doivent primer sur la spécificité et il vaut mieux signaler « trop » que « pas assez ».

Besoin d'expertise extérieure

A chaque signalement effectué, l'établissement a la possibilité de demander une expertise extérieure auprès de l'Arclin ou du CClin.

En 2012, 12 signalements (14%) comportaient une demande d'expertise

- 2 prises en charge par le CClin (ICD, gale)
- 2 suspicions d'EPC (CClin - Lutin, Arclin Basse-Normandie)
- 4 confirmations EPC, ERV, ICD (CRENO, CNR)
- 1 visite sur site CClin-Arclin-ARS : épidémie d'*Enterobacter cloacae*
- 3 audits de pratiques
 - *Streptococcus pyogenes* : Arclin Pays de la Loire
 - *Pseudomonas aeruginosa* Multi R : Arclin Centre
 - *Serratia marcescens* : Arclin Basse-Normandie

Depuis e-SIN

Le circuit du signalement reste identique et après 1 an de fonctionnement, des avantages semblent émerger :

- La réception simultanée de l'alerte par les différents acteurs
- L'action mieux coordonnée suite à ce signalement : chaque acteur réagit selon son rôle, son expertise et l'évaluation du risque [risque épidémique, gravité (événement évitable), risque lié au contexte]
- Une concertation se met en place entre les différents acteurs pour répondre à l'établissement.
 - Coordination CClin-Arclin
 - Coordination ARS/CClin/Arclin si besoin
- La création d'une base de données nationale

Cependant des points restent à améliorer :

- Les informations sont parfois manquantes dans le suivi
- La non anonymisation des documents joints (ATB, rapport) pose parfois problème
- La clôture des signalements ne fait pas l'objet d'une procédure claire

Quelques exemples d'exploitation des données du signalement

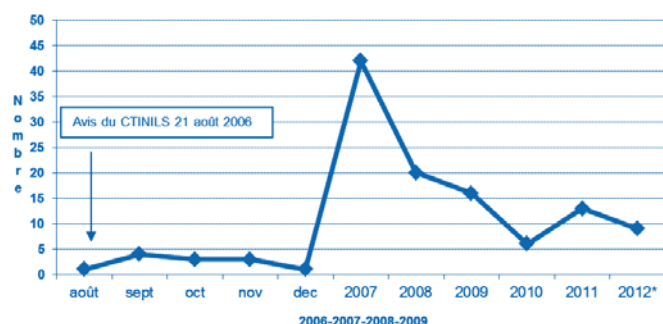
Signalements d'Infections à *Clostridium difficile* (ICD) entre 2006 et 2012*

Le CClin Ouest a reçu 119 signalements d'ICD entre 2006 et 2012 soit 11% des signalements. Ils se répartissaient de la façon suivante :

- 16 décès dont 13 imputables directement à CD
- 18 infections sévères
- 75 épisodes de cas groupés (2 à 23 cas)
- 10 cas isolés avec envoi des souches au CNR

Le sérotype O27 a été retrouvé pour la première fois dans l'interrégion Ouest en 2009 (9 souches) puis en 2010 une souche et en 2012 4 souches.

Grappe 2 - Évolution des signalements d'ICD

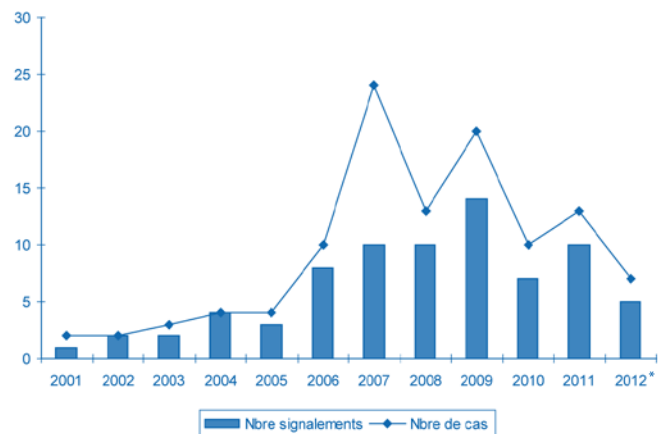


* 1^{er} semestre 2012

On note une forte sensibilisation des ES après l'avis du CTINILS de 2006. Ensuite les signalements diminuent pour se stabiliser aux environs de 15 par an.

Signalements d'infections du post-partum à *Streptococcus pyogenes* entre 2001 et 2012*

Grappe 3 - Évolution des signalements et infections à *Streptococcus pyogenes*



* 1^{er} semestre 2012

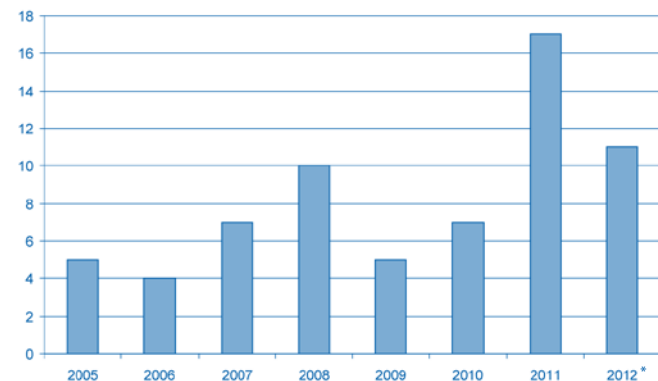
On note une augmentation des signalements d'infections du post-partum à Streptocoque du groupe A en 2007-2008. Une enquête interrégionale réalisée en 2009 par une interne de santé publique Eugénie Bultey a amené une forte sensibilisation des ES au signalement de ce type d'infection. Depuis les signalements restent stables (5 à 10 par an).

Une étude complémentaire est toujours en cours. Beaucoup d'établissements appellent le CClin pour confirmer le caractère nosocomial probable du cas (seuls les cas nosocomiaux certains et probables font l'objet d'un signalement sur e-SIN).

Une aide peut être apportée par l'Arclin / CClin concernant les investigations et mesures de prévention à mettre en œuvre, notamment pour les cas groupés.

Signalements d'infections et colonisations à ERV entre 2005 et 2012*

Grappe 4 - Évolution des signalements concernant des ERV

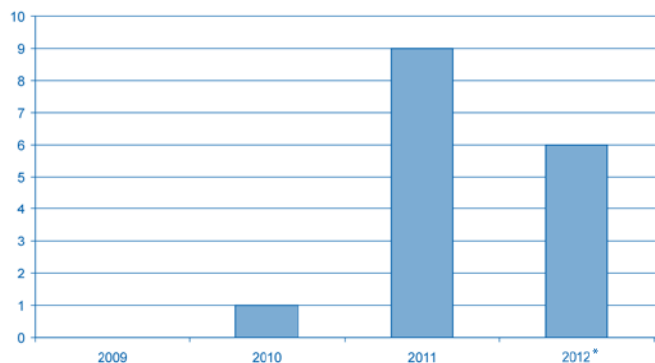


* 1^{er} semestre 2012

Le CClin n'a enregistré aucun signalement d'infection à entérocoque résistant à la vancomycine (ou aux glycopeptides) (ERV ou ERG) avant 2005. Les signalements correspondent, soit à des cas isolés (découverte fortuite sur un prélèvement à visée diagnostique), soit à des cas groupés et plus récemment à la découverte d'un portage digestif chez un patient rapatrié.

Signalements de cas de colonisation à EPC entre 2009 et 2012*

Graphe 5 - Évolution des signalements concernant des colonisations à EPC



Caractéristiques des EPC					
Année	Signalements EPC	E. coli	<i>K.pneumoniae</i>	<i>E. cloacae</i>	Rapatrié
2009	178	0			
2010	155	1 NDM-1			0
2011	194	1 KPC, 3 OXA 48	1 NDM, 2 KPC	2 OXA 48	7
2012*	88	6	6 OXA 48		3

* 1^{er} semestre 2012

Les recommandations du HCSP de 2010 concernant les patients rapatriés demandent un dépistage digestif d'entérobactérie productrice de carbapénémase (EPC) et d'ERV chez ces patients, à l'entrée dans l'établissement.

Dans l'interrégion Ouest, le premier signalement d'EPC date de 2010. Il y a eu 9 cas d'EPC en 2011 et 6 sur le premier semestre 2012.

L'origine des patients rapatriés porteurs d'EPC est par ordre décroissant le Maroc, la Turquie, la Grèce, l'Inde.

Pour 5 cas (2 en 2011, 3 en 2012), il n'a pas été retrouvé d'hospitalisation antérieure à l'étranger.

Conclusion

Une dynamique de signalement se maintient avec une répartition des signalements qui évolue vers une augmentation des signalements de germes émergents et des épidémies.

Pour la suite, il reste à élaborer une stratégie de repérage des ES qui pourraient bénéficier de l'aide du réseau CCLin-Arlin pour signaler, s'il y a lieu... et de travailler sur les freins au signalement qui ont été mis en évidence lors de l'évaluation du dispositif³.

3 - RAISIN - Pratique du signalement externe des infections nosocomiales : une étude sociologique - Novembre 2010

Hélène Sénéchal

Analyse descriptive de l'enquête *Enterobacter cloacae* β LSE en réanimation

Introduction

Une augmentation de l'incidence des entérobactéries β LSE (E β LSE) dans les ES de l'interrégion, y compris des souches de l'espèce *Enterobacter cloacae* a été constatée depuis quelques années au travers des résultats de la surveillance BMR 2011. Une étude antérieure menée à partir des données du signalement externe et portant sur les épidémies dues aux E β LSE a montré une possible diffusion clonale de certaines de ces souches.

L'objectif de cette étude était de confirmer l'existence de souches épidémiques d'*E. cloacae* β LSE dans l'interrégion en ciblant les services de réanimation. En effet, d'après la littérature et les données de signalements externes, les services de réanimation sont particulièrement à risque de transmission croisée de ces BMR qui, une fois implantées, peuvent être responsables d'un nombre important de cas d'infections sur des durées pouvant aller jusqu'à plusieurs mois, voire plusieurs années.

Matériels et méthodes

Type d'enquête

Il s'agissait d'une enquête descriptive. Le protocole de l'enquête et le questionnaire (un questionnaire administratif concernant l'établissement et le service de réanimation, et un questionnaire BMR : *E. cloacae* β LSE) ont été envoyés à l'équipe opérationnelle d'hygiène, au chef de service de réanimation et au biologiste. Un coordonnateur de l'enquête a été désigné avant le début de celle-ci.

Champs de l'enquête. Inclusion, exclusion

Les questionnaires abordent les thèmes suivants :

- Des données administratives d'établissement et des services concernant le nombre de lits du ou des services de réanimation, le nombre de personnel, la consommation de PHA / année, le nombre de journées d'hospitalisation, l'existence ou non d'un dépistage systématique des E β LSE dans ce service et la traçabilité du portage de BMR.
- Des données BMR sur les mesures de prévention de la transmission croisée mises en place en réanimation pour le cas d'*E. cloacae* β LSE
- Des données sur le patient.

Inclusions : tous les cas d'*E. cloacae* β LSE détectés en réanimation sur la période d'enquête allant du 1^{er} avril au 30 juin 2012 (prélèvements à visée diagnostique et prélèvements de dépistage si ces derniers sont pratiqués habituellement).

Exclusions : tous les doublons retrouvés pendant la période d'enquête. Un doublon est une souche d'*E. cloacae* β LSE isolée d'un même malade avec le même antibiotype c'est-à-dire absence de différence majeure (R/S), et au maximum une différence mineure (R/I, S/I) pendant la période de l'enquête quel que soit le prélèvement.

Recueil des données

Les questionnaires papier ont été transmis au CCLin par courrier. Les données ont été saisies sur Epi info par Soline Siméon interne de santé publique et un externe en pharmacie.

Envoi des souches

Les souches ont été conservées durant l'enquête puis transmises au Pr P-Y Donnio, service de Bactériologie et d'Hygiène Hospitalière du CHU de Rennes.

Quand il y a eu des cas groupés en réanimation, c'est la CRENO qui a confirmé l'épidémie. Celle-ci a transmis, dans un second temps, ces souches au CHU de Rennes.

Résultats

Sur les 37 établissements de santé de l'interrégion possédant au moins un service de réanimation, 25 ont participé à cette enquête soit un taux de participation de 68%. Les réponses étaient équitablement réparties sur les 4 régions. Douze établissements n'ont rapporté aucun cas. Pour les 13 autres établissements un total de 71 cas a été retrouvé dont 52% de prélèvements à visée diagnostique et 48% de prélèvements de dépistage et correspondant à 26 infections (38%) et 44 colonisations (61%). Le statut infectieux d'un cas n'a pu être déterminé.

Concernant la distribution géographique des cas rapportés, 2 régions semblent surtout concernées : la Bretagne et les Pays de la Loire.

En Basse-Normandie, la présence d'*E.cloacae* producteurs de β LSE est anecdotique (1 seul cas pour les 6 ES ayant répondu). En région Centre, les *E.cloacae* producteurs de β LSE sont également plus faiblement représentés que dans les régions Bretagne et Pays de Loire, avec 9 cas dans 4 ES dont 5 dans un seul service.

Trente cas ont été rapportés par 4 ES bretons dont 25 (83%) par 2 ES distants de 100 km.

Dans les Pays de Loire, 31 cas ont été rapportés par 4 ES dont 25 (80%) par 2 ES distants de 70 km.

Les souches bactériennes recueillies ont pu être comparées pour 65 des cas par leur profil de macrorestriction de l'ADN total après digestion par l'enzyme XbaI et électrophorèse en champs pulsés (PFGE XbaI). Les souches ont été classées en clones regroupant au minimum 3 isolats ou en isolats sporadiques quand le profil de restriction retrouvé ne correspondait qu'à 1 ou 2 isolats. La distribution des isolats figure dans le tableau 1. Vingt-quatre isolats ont été identifiés comme sporadiques et 41 comme rattachés à un clone. Cinq clones ont été définis lors de l'analyse, regroupant respectivement 25 isolats pour le clone A, 7 pour le clone B, 3 pour le clone C, 3 pour le clone D et 3 pour le clone E. Les clones BCDE sont présents dans un seul établissement ou dans des établissements proches, ce qui reflète probablement à la fois la transmission croisée existante et les transferts de patients entre établissements. Le clone majeur A est présent dans l'ensemble de l'interrégion mais dans des configurations complètement différentes. Il n'est retrouvé qu'une seule fois dans les régions Basse-Normandie et Centre, alors qu'il représente respectivement 13 et 10 cas dans les établissements bretons et ligériens.

Tableau 1 - Distribution des isolats d'*Enterobacter cloacae*

Région	ES	Nombre de cas rapportés	Nombre de souches analysées	Clone A	Clone B	Clone C	Clone D	Clone E	Isolats sporadiques
Basse-Normandie	1	1	1	1					0
	2	3	3					3	0
Bretagne	3	2	2		1				1
	4	15	14	5	5				4
	5	10	10	8					2
Centre	6	1	1						1
	7	1							
	8	5	5						5
	9	2	1	1					
Pays de la Loire	10	19	19	6	1	1	3		8
	11	1	1	1					0
	12	6	3	2					1
	13	5	5	1		2			2
Total		71	65	25	7	3	3	3	24

L'analyse par établissement montre que les situations sont également très variables d'un ES à l'autre. Le clone A n'est présent que dans la moitié des établissements de la région Bretagne alors qu'il est retrouvé dans l'ensemble des établissements de la région Pays de la Loire. Dans les 4 établissements où il est retrouvé le plus fréquemment (BRE4, BRE5, PdL10 et PdL12), les situations diffèrent entre les 2 CHU (BRE4 et PdL10) où ce clone est minoritaire et présent en même temps que d'autres clones et des souches sporadiques, et les 2 CH (BRE5 et PdL12) où il est majoritaire.

Discussion

La surveillance BMR menée en 2011 dans l'interrégion a permis d'objectiver une augmentation de l'incidence des entérobactéries productrices de β LSE. Ceci est lié à la forte augmentation de l'incidence des souches d'*Escherichia coli* depuis 2007, mais également depuis 2009 à celle des infections à *Klebsiella pneumoniae* et à *E.cloacae*. Ce fait est préoccupant car si la diffusion d'*E.coli* β LSE est dans la grande majorité des cas communautaire, celle des 2 autres espèces est intrahospitalière.

Concernant *E.cloacae* β LSE, les résultats de cette étude centrée sur les réanimations dessinent une situation hétérogène dans l'interrégion sur au moins quatre points :

- 1/ l'existence d'une souche épidémique, associée ou non à d'autres souches, essentiellement retrouvée dans quatre établissements (2 CH et 2 CHU) reliés entre eux par des transferts de patients,
- 2/ une diversité importante des souches avec une forte représentation des isolats sporadiques (24/65)
- 3/ une quasi absence d'isolats d'*E.cloacae* β LSE dans les ES de la région Basse-Normandie,
- 4/ une hétérogénéité pour chacun des types d'établissements puisque tant pour les CHU que pour les CH, une minorité d'ES rapporte la présence significative d'*E.cloacae* β LSE.

Une analyse plus poussée de ces résultats devra prendre en compte l'incidence comparée du portage et des infections.

Conclusion

Cette enquête prospective a permis de faire le point, sur la diffusion d'une souche clonale d'*E.cloacae* β LSE en 2012, sur l'interrégion Ouest. Elle a permis aussi de sensibiliser les ES et notamment les services de réanimation, sur la prévention de la diffusion de ces entérobactéries β LSE hospitalières.

Pierre-Yves Donnio, Hélène Sénéchal, Soline Siméon

Évaluation de la journée psychiatrie 15 novembre 2012

Le 15 novembre dernier s'est tenue à Rennes la journée de formation consacrée au risque infectieux en psychiatrie. Près de 130 personnes ont assisté aux conférences de la journée et profité des échanges entre les professionnels des établissements de santé mentale et hygiénistes. Toutes les catégories professionnelles étaient représentées tant pour les soignants (en particulier les infirmiers et les correspondants paramédicaux), le corps médical (médecins et pharmaciens), les responsables d'encadrement et les directeurs d'établissement.

L'évaluation de la journée a été proposée aux participants : 83 d'entre eux ont répondu¹ (64%).

La première intervention a été consacrée à l'historique de l'évolution des soins en psychiatrie (89% des participants satisfaits). Elle a permis de situer l'évolution, à travers le temps, des soins en psychiatrie et de tenter de mieux saisir les enjeux de la santé mentale et son rapport avec la société d'aujourd'hui (par exemples réduction drastique des lits d'hospitalisation en l'espace de 20 ans, vieillissement des patients, difficultés sociales en augmentation associées aux pathologies mentales).

Les facteurs de risque ont été abordés sous 2 angles :

- Deux études portant sur l'hygiène bucco-dentaire et la motivation des patients en psychiatrie ont particulièrement retenu l'attention (82% des participants satisfaits) car elles reflètent la préoccupation de toutes les équipes, parfois démunies face aux difficultés de soins liées aux troubles du comportement auxquelles s'ajoutent les effets secondaires des traitements médicaux.

La proportion d'infections ORL et stomatologiques (18,1%) dans les établissements de santé mentale lors de la dernière enquête de prévalence nationale 2006, s'élevait à 18,1% ce qui justifie qu'un intérêt particulier soit porté à l'hygiène bucco-dentaire des patients. Un gros travail reste à faire pour que chaque patient dispose d'une brosse à dent et sache réaliser un brossage efficace.

- La présentation des infections sexuellement transmissibles (IST) (89% des participants satisfaits) a mis en évidence la difficulté à identifier la fréquence de ces infections et la persistance du tabou de la sexualité des patients, alors que les séjours dans les différentes structures en santé mentale peuvent également exposer les patients au risque d'IST.

Cependant parmi les remarques des participants, d'autres thèmes devraient être abordés (infections cutanées, tabagisme...) afin de mieux cerner les problématiques de prise en charge et l'exposition des patients à des risques supplémentaires d'infection.

La présentation intitulée «Quels indicateurs en psychiatrie?» s'appuyait sur un travail et une enquête réalisée en 2008, auprès des établissements de santé mentale, par l'Arlin Auvergne dans le contexte d'une commande de la DGS sur l'évolution des indicateurs de la LIN (79% des participants satisfaits). Cette intervention a été l'occasion de mettre en évidence et de confirmer le caractère inadapté des indicateurs exigés aujourd'hui pour la psychiatrie. De plus, les mêmes indicateurs sont retrouvés chaque année malgré les remarques réitérées auprès des tutelles par les structures qui suggèrent une démarche d'analyse de risques plutôt que la persistance d'indicateurs pour la plupart inappropriés. De nombreux participants ont exprimé le souhait de faire remonter cette situation par le Cclin Ouest auprès des instances nationales et

proposent de travailler avec le réseau Cclin-Arlin sur des indicateurs plus proches de la réalité des soins en santé mentale.

L'annonce du document destiné à l'autoévaluation des FAM et MAS a retenu l'attention en particulier en raison de la méthodologie adoptée (86% des participants satisfaits). Le fait d'intégrer dès le début du travail les professionnels des MAS et des FAM a conduit à mettre en exergue les spécificités de ces structures et à nuancer les niveaux d'exigence pour des thématiques observées également en Ehpad et en établissements sanitaires. Il est alors à prévoir que ces structures pourront mieux aborder cette démarche nécessaire, mais qui doit rester au plus près de leurs réalités.

Parmi les évolutions recherchées pour l'amélioration des pratiques d'antibiothérapie, l'expérience de MedQual représente un atout supplémentaire et une aide précieuse pour les équipes médicales : site internet, fiches pratiques (76% des participants satisfaits). La mise en garde sur l'utilisation parfois empirique des antibiotiques, telle que la nécessité de réévaluer la prescription à 48 ou 72 heures, tout en tenant compte des spécificités de la psychiatrie (en prévention de surinfection, difficultés de prélèvements, etc.) a été développée pour les principales affections retrouvées en psychiatrie (affections cutanées, ORL, stomatologie, pulmonaires).

L'application des précautions standard en psychiatrie a été présentée à travers les résultats de l'audit national proposé en 2011 par le Groupe d'évaluation des pratiques d'hygiène hospitalière (GrepH) (82% des participants satisfaits). La comparaison entre les résultats d'un établissement et les résultats nationaux a été appréciée par les participants. La prévention des Accidents d'exposition au sang (AES) est plutôt satisfaisante en termes de formation du personnel et de mise à disposition du matériel sécurisé. Alors que des améliorations de pratiques doivent être apportées notamment lors du changement de gants ou l'hygiène des mains entre 2 activités.

L'hygiène des mains et l'indicateur ICSHA ont leur part entière dans les établissements de santé mentale (60% des participants ont été satisfaits). L'ICHSA a connu une augmentation significative en 2009, pour retrouver un score en 2010 sensiblement supérieur à 2008. Ce pic est probablement lié au dispositif national contre la grippe annoncée en 2009. Une plus grande consommation des PHA (Produits hydro-alcooliques) a été observée à la suite de l'audit national « observance / pertinence » mené en 2009. Néanmoins, des spécificités liées à la psychiatrie peuvent être des freins à l'utilisation des PHA telles que les conduites addictives, consommations per os et risque d'incendie volontaire. Ces situations contribuent à expliquer le maintien du lavage des mains dans ce secteur. Il apparaît également qu'il subsiste beaucoup d'idées reçues sur les PHA par les soignants. Un indicateur attribué à l'hygiène des mains (lavage des mains et PHA) pourrait être suggéré.

La démarche d'amélioration des pratiques d'hygiène en cuisine satellite consécutive à une visite d'inspection de la direction départementale de la protection des personnes (DDPP) dans un établissement de santé mentale a démontré la spécificité de la prise en charge des patients mais également la nécessité pour les professionnels de santé d'intégrer les contraintes réglementaires dans leurs organisations (80% des participants satisfaits). En effet, l'unité de soins est avant tout un lieu de vie dont l'organisation vise l'autonomie et la réhabilitation sociale du patient tout en tenant compte des

¹ - Cotation des réponses : de 4 - Très bien, 3 - Bien, 2 - Assez bien à 1 - Insuffisant

contraintes architecturales des établissements et des règles d'hygiène de la restauration.

L'organisation de la journée a été jugée plutôt très satisfaisante (accueil, lieu, déjeuner). Cependant, l'utilisation trop fréquente d'acronymes non expliqués a été mentionnée. La remise d'un fascicule aurait été utile. Le rythme de la journée est noté parfois trop soutenu et les pauses trop longues. L'organisation des temps d'échanges a été particulièrement appréciée : table ronde en fin de matinée (89% des participants satisfaits) et synthèse en fin de journée (92% des participants

satisfaits). Davantage de laboratoires auraient été appréciés en particulier pour les dispositifs médicaux (cathéters veineux par exemple). De nombreux participants souhaitent d'autres journées spécifiques à la psychiatrie.

Nous remercions particulièrement les intervenants et les participants qui ont contribué à la réussite de cette journée. Les diaporamas présentés lors de cette journée sont disponibles sur le site du CClin Ouest à l'adresse suivante : <http://www.cclinouest.com/Pages/Formation3-2bis.html>

Marie-Alix Ertzscheid

Conduite à tenir devant une ou plusieurs infections respiratoires aiguës basses

La vulnérabilité des personnes âgées vivant en collectivité les expose aux infections respiratoires basses et aux gastro-entérites virales aiguës. Le 8 juillet 2011, une saisine du Directeur Général de la Santé demande au Haut Conseil de Santé Publique d'actualiser les recommandations relatives à la prévention de ces infections en collectivité de personnes âgées et à la prise en charge des résidents malades¹.

L'infection respiratoire aiguë basse (IRAB) est la principale localisation de toutes les infections retrouvées dans ces structures et demeure la première cause de mortalité d'origine infectieuse en Ehpad.

Leur fréquence a été objectivée lors de plusieurs enquêtes nationales (Priam 2 en 2006-2007, enquête nationale de prévalence des IN en 2006). Les taux de prévalence des infections respiratoires basses variaient de 1,44 % à 4 %. Quant à l'incidence des IRAB, elle s'étendait selon les études entre 0,3 et 2,5 épisodes pour mille jours résidents, incidence 30 fois plus élevée que celle qui est observée dans la population générale.

La prévention des IRAB est donc une priorité de santé publique du fait de leur fréquence et du risque épidémique chez les résidents des structures d'hébergement.

Les premières recommandations ont vu le jour en 2005 avec le rapport du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF) relatif à la conduite à tenir devant des IRAB en collectivités de personnes âgées. Il définissait les critères de signalement et de prise en charge de ces épisodes.

Lui a fait suite la circulaire du 22 novembre 2006 relative à la conduite à tenir devant des infections respiratoires aiguës basses (IRAB) chez les personnes âgées. Elle diffusait les recommandations et mettait en place le signalement de ces infections.

Depuis 160 foyers d'IRAB sont signalés en moyenne chaque année. L'étiologie est connue dans 36 % de ces épisodes. Le délai moyen de l'épisode est de 13 jours.

Le nombre de ces signalements est en augmentation mais la recherche étiologique a peu évolué. Si les virus influenza occupent une place prépondérante, d'autres virus ou bactéries peuvent être responsables d'épidémies.

Des outils simples d'auto-surveillance et de gestion des épidémies (GEA et IRAB) ont été développés dans certaines régions. Leur diffusion a été accompagnée par des formations assurées par les Arlin et les réseaux d'hygiène de la région. Ceci a contribué au développement d'une culture de gestion du risque infectieux en Ehpad.

Les nouvelles recommandations du HCSP de juillet 2012 sont déclinées de la fiche 1 à la fiche 7.

Après l'introduction que constitue la fiche 1, les fiches 2 et 3 rappellent les éléments épidémiologiques des IRAB en Ehpad

et les particularités des personnes âgées qui les rendent plus sensibles à ce type d'infection.

La fiche 4 présente les mesures de prévention. Deux volets sont détaillés : les mesures d'hygiène et la vaccination.

Pour les mesures d'hygiène, l'accent est mis sur la connaissance et le respect des précautions « standard », la prescription des précautions complémentaires de type « gouttelettes » qui se surajoutent aux précédentes dès la suspicion de l'IRAB, quelle que soit la nature de l'agent infectieux. Un point est consacré aux bonnes pratiques de soins respiratoires : aérosolthérapie et oxygénothérapie. L'importance du bionettoyage quotidien de la chambre est également rappelée ainsi que la façon de traiter le linge et les déchets. De plus, le résident, sa famille, le personnel doivent être informés des mesures préconisées.

Concernant les vaccinations, le texte insiste sur l'importance de la vaccination antigrippale pour les résidents, les personnels soignants et les visiteurs habituels, dont l'intérêt est démontré.

La fiche 5 décrit les différentes étapes de la conduite à tenir devant un cas isolé d'IRAB : les signes cliniques et radiologiques, l'importance d'obtenir un diagnostic microbiologique sont rappelés. Les cas dans lesquels une hospitalisation doit être envisagée ainsi que le traitement à prescrire sont également abordés.

Mais il n'est pas rare qu'à partir d'un cas, d'autres surviennent très rapidement. Il faut alors se reporter à la fiche 6 qui porte sur la conduite à tenir en présence de cas groupés d'IRAB (ou autres phénomènes épidémiques rencontrés en Ehpad). L'Ehpad doit se donner les moyens de repérer tous les cas. Cette surveillance en continu, permet de réaliser un signalement à l'Ars dès la survenue, parmi les résidents, d'au moins 5 cas d'IRAB dans un délai de 4 jours. Une recherche étiologique peut être envisagée dans certains contextes (fiche 7). Une intervention sur place ou une aide téléphonique auprès de l'Arlin/CClin peut être nécessaire.

Un dispositif de surveillance, d'expertise et d'aide est mis en place par l'ARS/Cire, Arlin-CClin pour soutenir les Ehpad. Des fiches de recensement des cas et de signalement se trouvent en annexe du document.

Voilà un document très complet, à faire connaître aux établissements concernés pour améliorer la prise en charge de ces infections.

Hélène Sénéchal

¹ - HCSP. Conduite à tenir devant une ou plusieurs infections respiratoires aiguës dans les collectivités de personnes âgées. 2012. 59 p.

À paraître... Foyer d'accueil médicalisé (FAM) et Maisons d'accueil spécialisées (MAS) : « Maîtrise du risque infectieux et Manuel d'autoévaluation 2012 »

Annoncée dans la circulaire n° DGCS/DGS/2012/118 du 15 mars 2012, relative au programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011/2013, la démarche d'analyse du risque infectieux doit être étendue aux FAM et MAS. Pour aider ces établissements dans la démarche, un manuel d'auto-évaluation a été rédigé sur le modèle du manuel d'auto-évaluation paru en 2011 pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

Mené sous l'égide de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et coordonné par le Docteur Claude Berret du CCLin Sud-Est (également pilote pour l'élaboration des fiches techniques destinées aux Ehpad), le travail a été conçu avec des représentants des FAM et des MAS et des cinq CCLin. Il a consisté à adapter à l'hétérogénéité des structures concernées le manuel destiné aux Ehpad réalisé par le Groupe d'évaluation des pratiques d'hygiène hospitalière (GrepHh).

En effet, contrairement aux Ehpad qui accueillent une population plutôt homogène, les FAM et les MAS prennent en charge des usagers présentant des déficits très variés (déficiences motrices, mentales ou sensorielles). Il en résulte des pratiques de soins très différentes, caractérisées

par une fréquence élevée des soins de kinésithérapie respiratoire.

Enfin, toute structure FAM ou MAS doit également répondre aux recommandations applicables aux établissements médico-sociaux. Ainsi parmi les points communs observés avec les Ehpad, on retrouve le vieillissement des usagers et les soins éducatifs associés progressivement aux soins sanitaires, la qualité de l'eau, l'hygiène de la restauration, les filières d'élimination des déchets.

Le sens de cette démarche est de permettre aux structures FAM et MAS l'intégration progressive des pratiques d'hygiène à observer dans le secteur sanitaire. Le manuel d'auto-évaluation présenté « clé en mains », propose d'accompagner les équipes à l'identification des risques infectieux. Décliné en 7 chapitres (intitulés identiques à ceux des Ehpad), permettant l'édition un rapport automatisé, facilitant l'élaboration d'un plan d'actions, le manuel et son guide d'application informatique devraient être bientôt disponibles sur le site du GrepHh : <http://www.grepHh.fr>. Cette démarche s'inscrit dans une politique globale d'amélioration continue de la qualité des soins pour les usagers des FAM et des MAS.

Marie-Alix Ertzscheid, Martine Aupée

LU POUR VOUS...

Consommation d'antibiotiques dans les établissements de santé français, réseau ATB-Raisin, 2008-2010

La consommation des antibiotiques est surveillée depuis 2008 par des établissements de santé (ES) volontaires, dans le cadre du réseau national ATB-Raisin. Les données recueillies chaque année portent sur le type d'ES, le nombre de journées d'hospitalisation (JH), les quantités d'antibiotiques dispensées en hospitalisation complète, en nombre de doses définies journalières (DDJ) pour 1 000 JH. En 2010, les 1 115 ES participant avaient consommé 374 DDJ/1 000 JH, avec des variations selon le type d'ES et la région, notamment pour la ceftriaxone et les carbapénèmes. Dans 662 ES ayant participé trois années consécutives, la consommation globale totale, en DDJ/1 000 JH, était de 366 en 2008, 378 en 2009 et 389 en 2010. Les consommations de ceftriaxone et de carbapénèmes avaient progressé de 28% et 31% respectivement. Ainsi, malgré les programmes nationaux, les consommations d'antibiotiques ne diminuent pas dans les établissements de santé. La progression de la consommation des carbapénèmes, observée aussi dans d'autres pays européens, illustre la nécessité de maîtriser l'utilisation de ces antibiotiques

de dernier recours. Dans ce contexte, la surveillance ATB-Raisin permet de suivre l'impact des recommandations de restriction de l'utilisation d'antibiotiques. Pour les ES, la participation au réseau facilite les partages d'expériences concourant au meilleur usage des antibiotiques. (Résumé d'auteur)

Dumartin C, Rogues AM, L'Hériteau F, Péfau M, Bertrand X, Jarno P. 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. Bulletin épidémiologique hebdomadaire 2012 ; 42-43 : 486-490.*

Mots-clés : antibiotique, surveillance, consommation, DDJ, ceftriaxone, carbapénème, réseau.

Cet article fait partie du Numéro thématique – Surveillance de la consommation et de la résistance aux antibiotiques. BEH n°42-43 du 13 novembre 2012.

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)