

NOSO-NEWS

Bulletin du C.CLIN-Ouest. Mai 2002. N° 24

Centre de Coordination Interrégional de la Lutte contre les Infections Nosocomiales

Bretagne, Centre, Basse-Normandie, Pays de la Loire, St Pierre-et-Miquelon

Site web : <http://www.cclinouest.com>

SOMMAIRE

LA LOI DU 4 MARS 2002	1
ENQUETE DE PREVALENCE NATIONALE 2001	4
L'HYGIENE DES MAINS AU CHU DE NANTES	7
SURVEILLANCE DES ISO AU CHU DE CAEN	10
GELS OU SOLUTIONS HYDRO-ALCOOLIQUES ?	12
NOUVELLES DU C.CLIN-OUEST	13
TEXTES REGLEMENTAIRES	14
AGENDA	15

LA LOI DU 4 MARS 2002

Le texte de loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé est très dense et très riche (42 pages) et les décrets d'application seront sans doute très nombreux. En quoi l'hygiéniste est concerné par ces textes ? Nous avons décidé de noter quelques extraits qui concernent l'hygiène et les pratiques de prévention des infections nosocomiales. Ces extraits, cités mot-à-mot entre guillemets, sont à replacer dans le cadre du texte complet. Ils sont destinés à faire lire la loi dans son ensemble. Les références des articles ont été omises. Les phrases en gras ou les phrases sans guillemets et les mots mis en gras dans le texte de loi ont été rajoutés par l'auteur. Le texte est disponible sur Nosobase (<http://nosobase.univ-lyon1.fr>) et sur Legifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

1. Droits de la personne

« Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant ».

2. Informations des usagers

« Toute personne a droit d'être informée sur son état de santé ». « Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. » « Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant la santé détenues par des professionnels et établissements de santé. »

- Hébergement de données

« Les professionnels de santé ou les établissements de santé ou la personne concernée peuvent déposer des données de santé à caractère personnel, recueillies ou produites à l'occasion des activités de

prévention, de diagnostic ou de soins, auprès de personnes physiques ou morales agréées à cet effet. Cet hébergement de données ne peut avoir lieu qu'avec le consentement exprès de la personne concernée. Les traitements de données de santé à caractère personnel que nécessite l'hébergement prévu au premier alinéa doivent être réalisés dans le respect des dispositions de la loi no 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés [...] ».

3. Participation des usagers

« Les associations, régulièrement déclarées, ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades, peuvent faire l'objet d'un agrément par l'autorité administrative compétente soit au niveau régional, soit au niveau national. L'agrément est notamment subordonné à l'activité effective et publique de l'association en vue de la défense des droits des personnes malades et des usagers du système de santé ainsi qu'aux actions de formation et d'information qu'elle conduit, à sa représentativité et à son indépendance. Les conditions d'agrément et du retrait de l'agrément sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. Seules les associations agréées peuvent représenter les usagers du système de santé dans les instances hospitalières ou de santé publique. »

4. Responsabilité des professionnels de santé

« Tout professionnel ou établissement de santé ayant constaté ou suspecté la survenue d'un accident médical, d'une affection iatrogène, d'une infection nosocomiale ou d'un événement indésirable associé à un produit de santé doit en faire la déclaration à l'autorité administrative compétente. [...] Les mots : « contre les infections nosocomiales et autres affections iatrogènes » sont remplacés par les mots : « contre les infections nosocomiales et les affections iatrogènes ».

5. Organisation régionale de la santé

« Il est créé dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse un conseil régional de santé qui a pour mission de contribuer à la définition et à la mise en œuvre des politiques régionales de santé. Il siège en formation plénière ou en sections spécialisées. »

« Le représentant de l'Etat dans la région ou dans la collectivité territoriale de Corse et le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation assistent sans voix délibérative aux travaux de la formation plénière et des sections spécialisées. »

« La formation plénière comprend des représentants des collectivités territoriales, du conseil économique et social régional, des organismes d'assurance maladie, des professionnels du champ sanitaire et social, des institutions et établissements sanitaires et sociaux, des usagers, ainsi que des personnalités qualifiées et des représentants du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale. Elle élit en son sein le président du conseil régional de santé. »

6. Réparations des conséquences des risques sanitaires

- Principes généraux

« Hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les **professionnels de santé** mentionnés à la quatrième partie du présent code, ainsi que tout établissement, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins **ne sont responsables** des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins **qu'en cas de faute** . »

« **Les établissements, services et organismes susmentionnés sont responsables des dommages résultant d'infections nosocomiales, sauf s'ils rapportent la preuve d'une cause étrangère.**

« Lorsque la responsabilité d'un professionnel, d'un établissement, service ou organisme [...] n'est pas engagée, un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale ouvre droit à la **réparation des préjudices du patient au titre de la solidarité nationale**, lorsqu'ils sont directement imputables à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins et qu'ils ont eu pour le patient des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci et présentent un caractère de gravité, fixé par décret, apprécié au regard de la perte de capacités fonctionnelles et des conséquences sur la vie privée et professionnelle mesurées en tenant notamment compte du taux d'incapacité permanente ou de la durée de l'incapacité temporaire de travail. »

« Les **professionnels** de santé exerçant à titre libéral, les établissements de santé, services de santé et organismes mentionnés à l'article L. 1142-1, et toute autre personne morale, autre que l'État, exerçant des activités de prévention, de diagnostic ou de soins ainsi que les producteurs, exploitants et fournisseurs de produits de santé, à l'état de produits finis, [...] utilisés à l'occasion de ces activités, **sont tenus de souscrire une assurance** destinée à les garantir pour leur responsabilité civile ou administrative [...]. »

- Procédure de règlement amiable

« Toute **personne victime** ou s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins ou ses ayants droit, si la personne est décédée, ou, le cas échéant, son représentant légal, **doit être informée par le professionnel**, l'établissement de santé, les services de santé ou l'organisme concerné sur les circonstances et les causes de ce dommage. Cette information lui est délivrée au plus tard dans les quinze jours suivant la découverte du dommage ou sa demande expresse [...]. »

« Dans chaque région, une **commission régionale de conciliation et d'indemnisation** est chargée de faciliter le règlement amiable des litiges relatifs aux accidents médicaux, aux affections iatrogènes et aux infections nosocomiales, ainsi que des autres litiges entre usagers et professionnels de santé, établissements de santé, services de santé ou organismes ou producteurs de produits de santé ».

- Procédure d'expertise

« [...] La commission régionale diligente une expertise [...]. La commission régionale peut obtenir communication de tout document, y compris d'ordre médical. »

- Indemnisation des victimes

➔ *En cas de responsabilité d'un acteur*

« Lorsque la commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales estime qu'un dommage [...] **engage la responsabilité** d'un professionnel de santé, d'un établissement de santé, d'un service de santé ou d'un organisme [...] ou d'un producteur d'un produit de santé [...], **l'assureur** qui garantit la responsabilité civile ou administrative de la personne considérée comme responsable par la commission adresse à la victime ou à ses ayants droit, dans un délai de quatre mois suivant la réception de l'avis, **une offre d'indemnisation** visant à la réparation intégrale des préjudices subis dans la limite des plafonds de garantie des contrats d'assurance. »

→ *En l'absence de responsabilité d'un acteur*

« **L'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales** est un établissement public à caractère administratif de l'Etat, placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé. Il est chargé de l'indemnisation **au titre de la solidarité nationale**, dans les conditions définies [...], des dommages occasionnés par la survenue d'un accident médical, d'une affection iatrogène ou d'une infection nosocomiale ainsi que des indemnisations qui lui incombent, le cas échéant [...]. »

Les décrets futurs, en l'absence de responsabilité, après expertise par la Commission régionale, détermineront par décret le niveau de dommage qui sera pris en charge dans le cadre des accidents médicaux et des affections iatrogènes et des infections nosocomiales. Dans les cas de responsabilité, rappelons qu'il faut, un dommage, une faute et un lien de causalité entre le dommage et la faute; pour les infections nosocomiales, l'adage « l'infection nosocomiale prouve la faute des professionnels », sauf s'ils rapportent la preuve d'une cause étrangère » reste, semble-t-il, valable.

Bernard BRANGER, C.CLIN-Ouest, Rennes

ENQUETE DE PREVALENCE NATIONALE 2001

Les premiers résultats « officiels » de l'enquête de prévalence nationale ne sont pas encore publiés. Une première présentation des résultats a été faite le 5 mars 2002 lors d'une journée en présence de M. B. Kouchner. Voici quelques résultats présentés par Agnès Lepoutre qui analysé les données transmises par les 5 C.CLIN dans le cadre du RAISIN (Réseau d'Alerte, d'Investigation et de Surveillance des infections nosocomiales). Un peu plus de 380 000 patients dans 1 500 établissements sur les 5 000 en France ont participé à l'enquête.

Tableau I : Nombre d'établissements selon leur type

Type	Nombre	Patients
CHU	72	77 848
CH/CHG	464	172 465
CHS/psy	116	31 664
Hôpital local	124	12 724
Clinique MCO	435	47 644
H. Armées	10	2 785
SSR/ELD	283	32 335
CAC	20	3 105

Autre	9	733
Ensemble	1 533	381 303

Tableau II : Selon le type d'établissement

Type	Nombre	%
CHU	60 931	19,9%
CH/CHG	135 939	44,5%
CHS/psy	26 620	8,7%
Hôpital local	9 156	3,0%
Clinique MCO	40 650	13,3%
H. Armées	1 839	0,6%
SSR/ELD	27 643	9,0%
CAC	2 289	0,7%
Autre	589	0,2%
Ensemble	305 656	100,0%

Tableau III : Type de séjour

Type	Nombre	%
CS/Médecine	92 160	30,2%
CS/Chirurgie	63 461	20,8%
CS/Réa.	6 515	2,1%
Court séjour	162 220	53,1%
Moyen séjour	46 336	15,2%
Long séjour	60 608	19,8%
Psychiatrie	36 437	11,9%
Ensemble	305 656	100,0%

Tableau IV : Caractéristiques des patients

Caractéristiques	Patients	%
Age		
Moins de 65 ans	136 804	44,7%
65 ans ou plus	168 354	55,1%
Inconnu	498	0,2%
Sexe		
Homme	132821	43,5%
Femme	172096	56,3%
Inconnu	739	0,2%
Mac Cabe		
0	170135	55,7%
1	49263	16,1%
2	20455	6,7%
Inconnu	65803	21,5%
Immunodépression		
Oui	28106	9,2%
Non	269199	88,1%
Inconnu	8351	2,7%
Opéré		
Oui	64476	21,1%
Non	236585	77,4%
Inconnu	4595	1,5%
Cathéter		
Oui	67439	22,1%
Non	238137	77,9%
Inconnu	80	0,0%
Sondage urinaire		
Oui, le jour de l'enquête	16972	5,6%

Oui, dans les 7 jours	11628	3,8%
Non	276736	90,5%
Inconnu	320	0,1%
<hr/>		
Anti-infectieux		
Oui	50982	16,7%
Non	254648	83,3%
Inconnu	26	0,0%

Les infection nosocomiales

21 010 patients ont présenté au moins une infection nosocomiale soit **6,87%** des patients, avec, au total, **23 024** infections soit **7,53 %** des patients. Parmi les IN, **19 640** (soit **6,43%** des patients et 85% des infections) ont été acquises dans le même établissement et **3 353** (soit **1,10%** des patients et 15 % des infections) ont été acquises dans un autre établissement. Dans l'enquête, 20 820 fois, soit dans 90 % des infections, un germe a été recherché, et 19 731 germes ont été trouvés (soit 95% des recherches). Dans 19.8 % des germes, il s'agissait d'un *Staphylococcus aureus* et dans 64 % des cas, il était résistant à la méticilline.

Caractéristiques	Infectés	Infections
<hr/>		
Sexe		
Homme	7,1%	7,8%
Femme	6,7%	7,3%
Inconnu	6,1%	6,4%
<hr/>		
Mac Cabe		
0	4,4%	4,6%
1	10,8%	11,9%
2	18,2%	21,1%
Inconnu	7,0%	
<hr/>		
Immunodépression		
Oui	13,5%	15,3%
Non	6,2%	6,7%
Inconnu	8,2%	8,9%
<hr/>		
Opéré		
Oui	9,7%	10,9%
Non	6,1%	6,6%
Inconnu	7,8%	8,2%
<hr/>		
Cathéter		
Oui	11,2%	12,8%
Non	5,6%	6,0%
Inconnu	15,0%	16,3%
<hr/>		
Sondage urinaire		
Oui, le jour de l'enquête	33,0%	38,2%
Oui, dans les 7 jours	18,9%	20,6%
Non	4,9%	5,1%
Inconnu		
<hr/>		
Anti-infectieux		
Oui	28,8%	31,9%
Non	2,5%	2,7%
Inconnu	11,5%	23,1%
<hr/>		
Ensemble	6,9%	7,5%

Type	% acquise dans établissement	% acquise hors établissement	% total
CHU	8,9	1,1	10,0
CH/CHG	6,7	0,8	7,5

CHS/psy	2,3	0,3	2,6
Hôpital local	7,8	1,7	9,6
Clinique MCO	4,3	0,7	5,0
H. Armées	6,8	1,1	7,9
SSR/ELD	6,0	3,6	9,6
CAC	10,8	1,4	12,2
Autre	3,1	1,9	4,9

Activité	%	%	%
	acquise dans établissement	acquise hors établissement	total
CS,Médecine	5,4	1,0	6,4
CS, Chirurgie	6,3	0,8	7,1
CS,Réanimation	26,6	2,4	29,0
SSR	8,6	3,3	11,9
Long séjour	7,1	0,3	7,4
Psychiatrie	1,9	0,2	2,1

Au total, la participation des établissements a été massive et a permis de mieux connaître les taux nationaux. Mais c'est surtout l'aspect pédagogique qu'il faut souligner : il permet de rentrer dans le concept d'évaluation.

Deux remarques :

- si l'information d'une enquête de prévalence est faible et les comparaisons toujours difficiles en raison de la complexité et de l'hétérogénéité des facteurs de risques, les équipes peuvent bien entendu se lancer dans des enquêtes d'incidence...
- ces résultats aiguissent les appétits des... journalistes et déjà, M. Houdart, du journal *Le Point*, a démarché les C.CLIN et les relais régionaux, en passant par la CADA (Commission d'Accès aux Documents Administratifs) pour disposer des noms des établissements ayant participé à l'enquête...

Bernard BRANGER, C.CLIN-Ouest, d'après les résultats du 5 mars 2002 présentés par A. LEPOUTRE, Institut de Veille Sanitaire.

L'HYGIENE DES MAINS AU CHU DE NANTES

Résultats d'un audit d'observance

La lutte contre les infections nosocomiales est une priorité de santé publique : chaque année, plusieurs milliers de journées d'hospitalisation supplémentaires sont imputées à ces infections qui touchent entre 5 et 10% des patients. De nombreuses études ont montré le rôle majeur du manuportage dans la transmission de ces infections (1). Pourtant, le lavage des mains, mesure simple mais essentielle, est peu ou mal appliqué avec une observance moyenne inférieure à 50% (2,3,4). L'antisepsie des mains constitue l'élément primordial de toute politique de prévention des infections nosocomiales, mais ce n'est qu'au prix d'efforts importants de mise en place de programmes récurrents de promotion de l'hygiène des mains, qu'une amélioration du comportement des professionnels a pu être observée. Plusieurs mois après la mise en place de ces dispositifs, un groupe de travail réuni sous l'égide du

CLIN a décidé de réaliser un audit ayant pour objectif d'évaluer l'observance des différentes opportunités de lavage des mains telles qu'elles ont été déclinées dans les modes opératoires.

Méthode

Il s'agit d'une observation directe réalisée un jour donné par 25 observateurs formés au remplissage de la grille d'évaluation et à l'audit. 25 unités d'hospitalisation ont été tirées au sort parmi les unités de soins après stratification par spécialité (Médecine, Chirurgie, Gynéco-Obstétrique, Pédiatrie, Réanimation, Psychiatrie, Soins de suite et Rééducation). Ont été enquêtés : médecins, infirmier(ère)s, aides-soignant(e)s, étudiants ou non, présents le jour de l'enquête, et acceptant d'être observés lors de soins divers tels que soins techniques (prélèvement sanguin, préparation d'injection, pose de KT court, changement de perfusion, pansement, acte invasif), examen clinique, soins de nursing, restauration, pose de bassin, change. Pour chaque professionnel audité, 4 soins ont été observés au maximum.

S'agissant d'une première étude d'observation au CHU, nous ne disposions pas de chiffres d'observance. Nous avons arbitrairement choisi l'étude de D. Pittet (4) qui fait référence dans ce domaine comme élément comparatif. Ainsi, en nous basant sur le pourcentage moyen d'observance de l'étude (48%), un risque d'erreur de 5% et une précision de 5%, nous avons estimé à 400 observations le nombre de soins nécessaires. Chacun des 25 enquêteurs devait donc observer 16 opportunités de soins, en évaluant 2 médecins, 6 aide(s) soignant(e)s et 8 infirmier(e)s afin de respecter la représentation des différents métiers dans le personnel du CHU.

Les critères d'observation d'opportunités ont été établis en fonction des recommandations déclinées dans la procédure générale et les 3 modes opératoires du CHU concernant le lavage simple, le traitement hygiénique et le lavage hygiénique des mains. L'observance a été définie par le rapport du nombre de lavages réalisés sur le nombre d'opportunités observées.

Résultats

1 - Description des soignants observés :

206 soignants ont été observés au cours de la journée d'audit. La moitié d'entre eux appartenaient au corps infirmier (52%), 29% étaient aides-soignant(e)s et 19% étaient médecins. Par rapport à la répartition attendue, nous avons observé significativement plus de médecins et moins d'aides-soignant(e)s ($p < 0.001$). 80% de l'échantillon était représenté par des femmes, mais celles-ci sont significativement minoritaires parmi les médecins (1/3 - $p < 0.001$).

2 - Description des opportunités de soin observées :

412 opportunités de lavage ou d'antisepsie des mains ont été auditées durant la période de l'étude. Dans 22% des cas, il s'agissait d'un soin par soignant, de 2 soins dans 27% des cas, de 3 soins dans 24% et de 4 soins consécutifs dans 27% des cas, ces opportunités de soins concernant 1 seul patient dans 63% des observations. 18 types de soins différents ont été observés. Les 5 soins les plus fréquents regroupant plus de la moitié des observations sont l'examen clinique, les soins de nursing, les

pansements, les préparations d'injection et les actes concernant la restauration. Si l'examen clinique est réalisé en majorité par les médecins, de même que les soins de nursing et la restauration sont le fait des aides-soignant(e)s, les infirmier(e)s, s'ils font spécifiquement les pansements et les préparations d'injection, réalisent cependant tous les types de soin.

3 - Observance :

L'observance moyenne **avant le soin a été de 55%** et de **65% après le soin**. Dans 45% des cas, un lavage simple a été réalisé avant le soin, alors qu'un traitement hygiénique n'a eu lieu que dans 6% des cas ; après le soin, il a été observé un lavage simple dans 52% des opportunités de soins, et un traitement hygiénique dans 9% des cas.

4 - Facteurs déterminants de l'observance :

- **la profession** : Le corps médical observé est significativement moins compliant avant la réalisation du soin que les autres soignants. Par contre, après le soin, il n'existe pas de différence significative selon la profession.

Tableau 1 : Observance moyenne selon la profession auditée

Profession	Observance moyenne	
	Avant le soin	Après le soin
Médecin(s)	24%	56%
Infirmier(e)s	66%	66%
Aide(s)-soignant(e)s	56%	65%
Echantillon	55%	65%

- **le sexe** : Avant le soin, les femmes sont significativement plus compliantes que les hommes (63% vs 21%). Une stratification selon la profession met en évidence un effet 'sexe' dans le corps infirmier ($p < 0.001$) mais pas dans le corps médical. Ces résultats sont non significatifs après le soin.
- **le type de soin** : L'observance est variable selon le soin réalisé. Ainsi, pour la réalisation d'un acte invasif, l'observance est de 80% quelle que soit la profession, alors que qu'un lavage des mains pour un examen clinique médical n'est réalisé que dans 17% des cas (et 57% après), dans 40% avant une pose de bassin (mais 80% après), et dans 35% avant une prise de constantes (25% après).
- **le secteur** : Les services les plus compliants sont ceux de chirurgie, de réanimation et de soins de suite. Les services de médecine et pédiatrie ont une observance inférieure à la moyenne de l'échantillon, mais ce sont ceux dans lesquels ont été audités un pourcentage de médecins important. L'effet secteur persiste après stratification sur la profession pour les unités de psychiatrie surtout (observance de 40%), et dans une moindre mesure pour les services de Gynéco-ostétrique (observance de 50%).

Tableau 2 : Observance moyenne selon le secteur de soins

Secteur	Observance	% médecins audités
	Moyenne avant le soin	
Médecine	44%	28%
Chirurgie	74%	14%
Gynéco-obstétrique	50%	11%
Pédiatrie	45%	25%
Réanimation	66%	11%
Soins de suite	69%	6%
Psychiatrie	40%	0%

Conclusion

Cette première étude a permis de mettre en évidence des taux d'observance comparables à ceux retrouvés dans la littérature (2,3), mais aussi différents facteurs déterminants sur lesquels une action prioritaire doit être menée. Ainsi, la promotion de la désinfection des mains à l'aide d'une solution hydro-alcoolique, notamment avant l'examen clinique, va être renforcée, spécialement auprès du corps médical ; une formation à l'hygiène semestrielle des nouveaux internes a débuté en 2001, et des sessions d'information afin de sensibiliser les secteurs pour lesquels l'observance est faible sont à mettre en place. Parallèlement, d'autres formes d'actions ont été menées : exposition itinérante concernant l'hygiène (décembre 2001), auto-évaluation de 1500 professionnels portant sur leur niveau de connaissances des différents aspects de l'hygiène des mains (octobre 2001, analyse en cours de réalisation). Cependant, nous sommes conscients du chemin qui reste à parcourir, et il est essentiel de poursuivre l'effort engagé car on sait que la pérennité de l'amélioration des comportements qui en résulte est difficile à obtenir.

*MORET L. *, TEQUI B. **, ROUSSELET G. **, FORTUN E. ***, LOMBRIL P. **

* Pôle d'Information Médicale, d'Evaluation et de Santé Publique, ** CLIN, *** Direction des Usagers, des Risques et de la Qualité

Références

- 1 - Larson E. Skin hygiene and infection prevention : more of the same or different approaches ? Clin. Infect. Dis. ;1999 ;29 :1287-1294.
- 2 - Farr BM. Reasons for noncompliance with infection control guidelines. Infect. Control Hosp. Epidemiol. 2000 ;21 :411-416.
- 3 - Bischoff et coll. Handwashing compliance by health care workers. Arch. Intern. Med. ; 2000 ;160 :1017-1020.
- 4 - Pittet D. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. The Lancet, 2000 ;356 :1307-1312.

SURVEILLANCE DES ISO AU CHU DE CAEN

Introduction

Une surveillance des infections du site opératoire est organisée dans 2 unités de chirurgie digestive du CHU de Caen depuis 1997. Jusqu'en 2000, cette surveillance était réalisée à raison de 3 mois par an, à partir du protocole de surveillance du CCLIN Ouest puis du RAISIN, basé sur le remplissage d'une

fiche par patient opéré¹. Un nouveau protocole a été testé en 2001 permettant une surveillance des infections du site opératoire en continu : une fiche est remplie uniquement en cas d'infection du site opératoire². Les données concernant l'ensemble des opérés sont récupérées grâce au DIM (Département d'Information Médicale).

Matériel et Méthode

La déclaration d'infection du site opératoire peut se faire à 3 niveaux :

- par l'intermédiaire d'une fiche blanche lorsque l'infection se déclare au cours du séjour hospitalier : numéro d'hospitalisation, date d'intervention, date de l'ISO, type, prélèvements et germes sont notifiés ;

- par l'intermédiaire d'une fiche jaune qui est placée dans le dossier de l'opéré au moment de son passage au bloc opératoire. Cette fiche sera sortie du dossier lors de la consultation post-opératoire et le chirurgien notifiera la survenue éventuelle d'une infection après la sortie du patient de l'hôpital. Numéro d'hospitalisation, date d'intervention, date de consultation, date de l'iso, type, prélèvements et germes sont notifiés ;

- par l'intermédiaire du laboratoire de microbiologie qui fournit la liste de tous les prélèvements positifs de pus, ce qui permet de recouper les déclarations et d'augmenter la sensibilité de la méthode. Une validation médicale est toujours demandée pour toutes les infections.

Le DIM fournit un fichier EXCEL où sont notées les variables suivantes : numéro d'hospitalisation (il s'agit d'une clé unique pour chaque séjour d'un patient), date de naissance, sexe, date d'entrée et de sortie, mode d'entrée, mode de sortie, actes réalisés pendant l'hospitalisation (5 actes sont prévus). La durée d'intervention, le score ASA et la classe de contamination ont été ajoutés sur les RUM (Résumés d'Unité Médicale) et sont codés par les anesthésistes du service et donc apparaissent également dans le fichier EXCEL.

Les codes utilisés par le DIM sont les codes du CDAM (Catalogue des Actes Médicaux). Une équivalence avec les codes de la surveillance ISO du CCLIN a été réalisée. Les logiciels utilisés sont ACCESS, EPI INFO version 6 et EXCEL.

Résultats

L'année 2001, année test, a permis de suivre 938 interventions de chirurgie digestive. L'âge moyen des patients est de 54,5 ans et le sex-ratio est de 1,1. 37 infections du site opératoire ont été signalées, réparties en 11 infections superficielles, 15 infections profondes et 11 infections organe espace. Le taux global des ISO est de 3,9 % [2,8 – 5,5]

Qualité des données

Le pourcentage de données manquantes pour les variables “ durée d'intervention, score ASA et classe de contamination ”, est de 15 %. L'exhaustivité est contrôlée par le Département d'Information Médicale. Le suivi en consultation post opératoire, pour le dernier trimestre 2001, est de 27 %. Le

pourcentage de patients revus correspond au nombre de fiches jaunes récupérées sur le nombre de patients opérés dans le mois qui précède

Discussion

Ce nouveau protocole de surveillance permet un gain de temps important par rapport à la surveillance qui était instituée auparavant (absence de saisie). De plus il est possible de suivre les infections du site opératoire en continu tout au long de l'année, ce qui augmente les effectifs de chaque type d'intervention. Le suivi des patients en consultation post opératoire est resté faible sur l'année, et ceci devra faire l'objet d'une évaluation spécifique et de mesures correctives, en collaboration avec les chirurgiens.

Les données manquantes sur le score ASA, la classe de contamination et la durée d'intervention sont relativement importantes car il est apparu que ces données n'ont pas été recueillies par un des anesthésistes pour les opérations faites en urgence (bloc des urgences chirurgicales). Il n'a pas été possible d'avoir la date d'intervention permettant de calculer le délai pré-opératoire, facteur de risque connu d'infection du site opératoire.

Le taux d'ISO est un peu plus faible que les autres années et 3 hypothèses peuvent être formulées : sous-déclaration , amélioration des pratiques d'hygiène, ou recrutement différent des patients

Conclusion

C'est un bilan globalement positif qui peut être fait à l'issue de cette année de surveillance et qui va permettre de poursuivre dans cette voie. La rétro information est un point essentiel permettant de motiver les équipes. Cette surveillance en continu peut également être une base pour de futures études sur les facteurs de risque d'ISO.

LESTEVEN C. , THIBON P.* , LELOUTRE E.* , LEFRANÇOIS C** , D'ALCHE-GAUTIER MJ*** ,
BOUTREUX S.* , BERNET C.* , LE COUTOUR X* .*

* Service d'Hygiène Hospitalière, CHU de Caen

** Service de Chirurgie Digestive, CHU de Caen

*** Département d'Information Médicale, CHU de Caen

RERERENCES

1. LEFRANCOIS C, DESHAYES JP, MAYO P, DUBUS L, BESSODES A, HAMEL-DUBUS F, LESTEVEN C, THIBON P, LE COUTOUR X. Surveillances des infections du site opératoire (ISO) en chirurgie digestive, 1997-2000. Annales Française d'Anesthésie Réanimation 2001 ; 20 supplément 1 : 2325
2. THIBON P, LESTEVEN C, LEFRANCOIS C, DESHAYES JP, LEMOINE D, LEPRINCE AM, D'ALCHE-GAUTIER MJ, HAMOND-POUPINEL V, BERNET C, LE COUTOUR X. Surveillance de l'incidence des infections du site opératoire : vers une nécessaire simplification. Poster. Congrès de la SFHH à Lille, Juin 2001

GELS OU SOLUTIONS HYDRO-ALCOOLIQUES ?

Un article du Lancet du 27 avril 2002 (Kramer A. Limited efficacy of alcohol-based hand gels. Lancet 2002 ;359 :1489-90) mettrait en évidence une moindre efficacité de gels pour la friction des mains par

rapport aux solutions. Les deux catégories de produits étaient comparées à une solution liquide de référence (2-propanolol à 60 %) par une méthode basée sur un temps de 30 secondes de friction (norme EN 1500). Le critère de jugement était la réduction du nombre de germes avant et après l'application (sur 8 volontaires pour les gels et 7 pour les solutions). A la suite d'un avis de R. Girard dans la liste de discussion de Nosobase®, on peut faire les remarques suivantes :

- cet article ne vaut que pour les gels en question,
- les gels diminuent la quantité de germes de 2.13 à 4.09 log, il est vrai de manière moins importante que les solutions (3.7 à 5.07 logs) et que la solution de référence (- 1 log en moyenne),
- les gels entraînent à une meilleure observance qu'une solution, selon certaines équipes, sont mieux tolérés et donc plus utilisés,
- les gels sont de toute manière plus efficaces que... rien et même que le lavage simple et que le lavage hygiénique (antiseptique) avec 3 ml de produit et 30 secondes de contact,
- les gels et les solutions réduisent les infections nosocomiales.

Même si la conclusion des auteurs est lapidaire pour les gels, dans l'état actuel des choses, les équipes d'hygiène ne peuvent que recommander la pratique de la friction et garder leur produit actuel même si c'est un gel. Les hygiénistes se déconsidéreraient eux-mêmes si les gels étaient remis en question après avoir eu tant de difficultés à les mettre en place. Une bibliographie des références qui ont servi à ces arguments est disponible auprès de Bernard Branger.

Bernard BRANGER, C.CLIN-Ouest, Rennes

NOUVELLES DU C.CLIN-OUEST

- Isabelle Laurent a le plaisir de vous signaler son changement de nom : elle devient **Isabelle Girot** par son mariage (à noter sa nouvelle adresse électronique : isabelle.girot@chu-rennes.fr). Par ailleurs, **Maryvonne Dixon** a pris ses fonctions début avril pour renforcer l'activité de documentation.
- **Groupes de travail en cours** : le groupe «*Hygiène des soins infirmiers en ambulatoire* » est en cours, de même que le groupe «*Hygiène et prévention du risque infectieux dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées* ». Un groupe «*Hygiène en urologie* » est en cours. Les relais régionaux organisent également des groupes de travail; les contacter pour plus de détails.
- **Deux documents parus** : le document «*Hygiène et prévention du risque infectieux dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées* » a été adressé à tous les présidents de CLIN. Le document «*Guide pour l'évaluation des pratiques d'hygiène au bloc opératoire* » est publié par les Editions ENSP (Ecole Nationale de la Santé Publique) sous forme de livre ; il sera adressé, dans l'inter-région Ouest, aux présidents de CLIN des établissements avec un bloc opératoire. Pour les autres régions, il sera disponible à l'ENSP à un prix avoisinant les 20 €. [Les grilles des questions d'évaluation sont disponibles sur le site du C.CLIN-Ouest <http://www.cclinouest.com>.](http://www.cclinouest.com)
- **Maladie de Creutzfeldt-Jakob** : des fiches techniques sont disponibles sur le site Web du C.CLIN-Ouest. En effet, les questions au sujet de cette circulaire ont été extrêmement nombreuses et certaines

restent encore en suspens. On trouvera également sur le site du C.CLIN Paris-Nord des fiches d'aide www.ccr.jussieu.fr/cclin/Welcome.html. Une liste de 170 questions/ réponses posées sur la MCJ est en préparation sur le site du ministère. Le C.CLIN-Sud-Est propose également en ligne des réponses validées par la DGS sur la circulaire n° 138 du 14 mars 2001 : <http://cclin-sudest.univ-Lyon1.fr/prevention/mcj.htm>.

- **Enquête au sujet des bronchoscopes OLYMPUS** : l'Institut de Veille sanitaire et le RAISIN ont diligenté une enquête auprès de 55 établissements de l'Ouest utilisateurs des bronchoscopes de cette marque. Il s'agissait d'une défection d'une pièce ayant été associée à une contamination possible des bronchoscopes et un risque d'infection nosocomiale broncho-pulmonaire. A ce jour, 32 réponses sont parvenues sur le suivi éventuel de patients contaminés depuis mars 2002.

- **Signalement des infections nosocomiales** : 54 signalements sont parvenus au C.CLIN-Ouest depuis août 2001. Un diaporama est disponible avec les résultats sur le site du C.CLIN-Ouest : il est actualisé tous les 15 jours. Une liste nationale sera discutée au CTIN en juin 2002.

- **NOSO-DOC n° 18 du 1^{ère} trimestre 2002 est paru** : il est disponible auprès des documentalistes

- **Le poste de pharmacien hygiéniste au C.CLIN-Ouest** va être pourvu à la suite des auditions des candidats.

Site web : <http://www.cclinouest.com>.

N'hésitez pas à le consulter et nous faire part de vos remarques. Les diapositives sur le signalement sont actualisées régulièrement. Un forum de discussion y est ouvert; s'inscrire auprès de B. Branger.

TEXTES REGLEMENTAIRES

- Décret n° 2001-1220 du 20 décembre 2001 relatif aux **eaux destinées** à la consommation humaine, à l'exclusion des eaux minérales naturelles.

- Arrêté du 18 janvier 2002 modifiant l'arrêté du 7 avril 1981 modifié fixant les dispositions techniques applicables aux **piscines**.

- Circulaire DGS/SD7A/SD5C-DHOS/E4 n° 2002/243 du 22 avril 2002 relative à la prévention du risque lié aux **légionelles** dans les établissements de santé.

- Arrêté du 3 mai 2002 portant nomination de **responsables de centres interrégionaux de coordination** de la lutte contre les infections nosocomiales. Pour le *C.CLIN-Ouest* : M. le professeur Jacques Chaperon assisté de M. le professeur Lejeune. Pour le *C.CLIN-Paris-Nord* : M. le docteur Pascal Astagneau, assisté de Mme le professeur Elisabeth Bouvet, M. le professeur Gilles Beaucaire, pour le *C.CLIN-Est* : M. le professeur Michel Bientz, assisté de M. le docteur Ludwig-Serge Aho, pour le *C.CLIN-Sud-Est* : M. le professeur Jacques Fabry, assisté de M. le professeur Olivier Jonquet, pour le *C.CLIN-Sud-Ouest* : M. le docteur Jean-Claude Labadie, assisté de M. le professeur Jean-Pierre Gachie.

- A paraître : circulaire sur le traitement manuel des **endoscopes** ; circulaire sur les contrôles **d'environnement**. Les textes sur les **laveurs-désinfecteurs** ne seront disponibles qu'en 2003... !

AGENDA

- **Journée régionale du RHC.** 11 juin à Saint Avertin (37170)
- **XIII^{ème} Congrès national de la Société française d'Hygiène Hospitalière.** 13 et 14 juin 2002 à Toulouse.
- **Journée de formation de l'APLEIN.** 18 juin à Nantes.
- **3^{èmes} Journées Hygiène en SSR.** 28 juin 2002 à Granville
- **13^{ème} journée du GERES.** 13 septembre 2002 à Paris
- **5^{ème} journée du RRH.** 17 septembre 2002 à Caen
- **3^{ème} Journée C.CLIN-Ouest :** Hygiène en maternité et surveillance ; hygiène des incubateurs. 3 octobre à Rennes
- **Journée d'Hygiène Hospitalière de Brest.** 22-23 novembre à Brest.
- **Journées Hygiène en UROLOGIE.** 27 novembre 2002 à Paris
- **4^{ème} Journée C.CLIN-Ouest :** Hygiène dans les établissements de personnes âgées. 12 décembre à Rennes.

NOSO-NEWS : Bulletin du C.CLIN-Ouest. Trimestriel.

Directeur de la publication : Pr J. Chaperon.

Secrétaire de Rédaction : B. Branger

C.CLIN-Ouest - Service d'Epidémiologie et d'Hygiène Hospitalière - CHU Pontchaillou - 2, rue Henri Le Guilloux - 35033 Rennes cedex 9 - Tel 02 99 28 43 62 – Fax 02 99 28 43 65. E-mail : bernard.branger@chu-rennes.fr. Site web : <http://www.cclinouest.com>

Dépôt légal : 2^{ème} trimestre 2002