

EVALUATION DES PRATIQUES EN HYGIENE

CL-13

LA CULTURE DE SECURITE DES SOINS, UN LEVIER POUR L'ACTION EN GESTION DES RISQUES INFECTIEUX ?

OCCELLI P.¹, QUENON J.L.¹, HUBERT B.¹, HOARAU H.², POUCHADON M.L.², AMALBERTI R.³, AUROY Y.³, MICHEL P.¹, SALMI R.L.⁴, SIBE M.⁴, PARNEIX P.⁵

1. Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA), Hopital Xavier Arnoz-Pessac, France; 2. Centre d'analyse et d'intervention sociologiques (CADIS), Université Victor Segalen, Bordeaux, France; 3. Institut de médecine aérospatiale du service de santé des armées (IMASSA), Brétigny-sur-Orge, France; 4. Institut de santé publique d'épidémiologie et de développement (ISPED), Université Victor Segalen Bordeaux 2, Bordeaux, France; 5. Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN) Sud-Ouest, Bordeaux, France

Introduction : La culture de sécurité est actuellement considérée comme un préalable indispensable à la gestion des risques et à la sécurisation des soins. Les systèmes de signalement des événements indésirables (SSEI) français, comme l'infectiovigilance, sont des systèmes passifs reposant sur la déclaration des acteurs médicaux qui seraient surtout utiles pour construire une culture de sécurité. A ce titre, l'évaluation de cette culture a été intégrée dans la méthode d'évaluation des SSEI développée par le CCECQA. Cette évaluation est une première en France.

Méthode : Une évaluation quantitative de la culture de sécurité a été réalisée grâce à un questionnaire mesurant 14 dimensions : perception globale de la sécurité (1), fréquence de signalement des événements indésirables (2), attentes et actions des supérieurs hiérarchiques concernant la sécurité des soins (3), organisation apprenante et amélioration continue (4), travail d'équipe dans le service (5), liberté d'expression (6), retour et communication sur les erreurs (7), réponse non punitive à l'erreur (8), ressources humaines (9), soutien du management pour la sécurité des soins (10), travail d'équipe entre les services (11), continuité des soins (12), niveau de sécurité des soins dans le service (13) et nombre d'événements indésirables signalés (14). Les réponses ont été agrégées au niveau de chaque service, de l'établissement et par catégorie professionnelle. Les résultats par item ont été calculés en pourcentage de réponses positives dont la moyenne donne les scores par dimension.

Résultats : Entre novembre et décembre 2007, 20 services de 6 établissements de santé aquitains ont participé à l'évaluation. Soixante-cinq pourcent (507/783) des professionnels ont répondu. Les dimensions 8, 9 et 10 ont eu les scores les plus bas. Les résultats montrent une variabilité entre services (figures 1 et 2), entre établissements et entre professions. Les infirmier(e)s ont eu les scores les plus bas pour la moitié des dimensions.

Discussion - Conclusion : Cette étude montre que l'évaluation quantitative de la culture de sécurité des soins est possible. La validité des résultats repose sur l'utilisation d'un outil multidimensionnel, déjà validé et largement utilisé aux Etats-Unis. Cette approche méthodologique témoigne d'une bonne faisabilité et acceptabilité. Elle a permis d'identifier des axes à développer pour renforcer une culture de sécurité dans les structures de soins. Voici un levier probablement intéressant pour la prévention des risques infectieux.

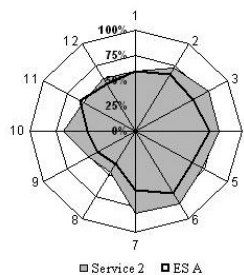


Figure 1. Dimensions de la culture de sécurité des soins et scores composites des réponses positives. Service de l'établissement A (ESA) avec plusieurs points forts ($\geq 75\%$).

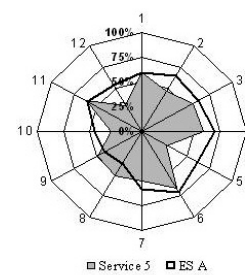


Figure 2. Dimensions de la culture de sécurité des soins et scores composites des réponses positives. Service de l'établissement A (ESA) avec plusieurs points faibles ($< 50\%$).

CL-14

APPORT DE L'EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES (EPP) EN HYGIENE DANS L'ANALYSE DES EVENEMENTS INDESIRABLES INFECTIEUX DANS LES SUITES OPERATOIRES DE LA CHIRURGIE MAMMAIRE

DEVIE I., WERNERT R., MESTRUDE C., DEMARLY C., BARTHELEMY B., DECAUDIN L., HERY M., NGUYEN T.D.
Institut Jean-Godinot, Reims Cedex, France

Problématique : L'établissement consacre la majorité de son activité chirurgicale à la sénologie.

Dans cette localisation, l'infection du site opératoire expose à plusieurs risques : reprise chirurgicale, dégradation du résultat esthétique, retard à la mise en place du traitement complémentaire. Grâce à un suivi « en continu » de toutes les interventions chirurgicales mammaires, l'équipe opérationnelle en hygiène a pu alerter l'équipe chirurgicale lors de l'apparition d'une augmentation sensible des événements indésirables infectieux.

Cette EPP a été formalisée dans le contexte de la certification V2 pilotée par la Haute Autorité de Santé.

Objectif : Réduire les événements indésirables infectieux dans les suites de chirurgie du sein.

Groupe de travail :

- Multi-professionnel, multisectoriel et multidisciplinaire
- Appui méthodologique des membres du service qualité-hygiène-gestion des risques

Méthode : Le groupe a décrit le processus de prise en charge des patients pour une chirurgie mammaire en identifiant chaque étape à risque infectieux.

Chaque dossier de malade infecté a été analysé rétrospectivement en utilisant une grille d'évaluation interne. Ainsi, le point critique a été rapidement identifié et analysé.

Mesure : Taux trimestriel des complications infectieuses des chirurgies mammaires.

Actions réalisées :

- Ecriture du processus : "Prise en charge d'un patient pour chirurgie mammaire"
- Création d'un questionnaire pour analyser les dossiers de patients présentant une complication post-opératoire
- Analyse des dossiers
- Détermination du point critique : la ponction de lymphocèle
- Mise en place des actions correctives : protocole de ponction de lymphocèle, formation des internes à ce type d'acte

– Communication autour de cette action auprès de l'ensemble des professionnels

Impact :

- Coût : diminution des frais d'hospitalisation liés aux complications, réorganisation des locaux
- Clinique : diminution immédiate des complications infectieuses
- Fonctionnel : optimisation de l'ergonomie de la salle de pansements
- Satisfaction : des patients et par conséquent des personnels

Résultats : Diminution significative des complications infectieuses suite aux actions mises en place

Retour d'expérience et conclusion : L'évaluation de l'efficacité de ces mesures repose maintenant sur le suivi de deux indicateurs :

- moyenne mobile trimestrielle
- nombre absolu d'évènements indésirables infectieux

L'impact positif de cette EPP se traduit par la volonté affichée des professionnels de prolonger la démarche continue d'amélioration de leurs pratiques.

CL-15

RELATION ENTRE LES INDICATEURS ICSHA ET ICALIN ET LES RESULTATS D'UN AUDIT OBSERVATIONNEL SUR L'HYGIENE DES MAINS

SITBON M., VERJAT-TRANNOY D., DANIEL F., MILIANI K., LANDRIU D., ASTAGNEAU P.

CCLIN Paris-Nord, Paris, France

Introduction : Depuis 2004, les établissements de santé (ETS) sont classés par le Ministère de la Santé via des indicateurs. L'ICALIN reflète leur activité globale de lutte contre les infections nosocomiales. L'ICSHA est calculé à partir des données de consommation des produits hydro-alcooliques (PHA) et d'un objectif personnalisé. A côté de ces données déclaratives, les ETS sont fortement incités à évaluer leurs pratiques. Ainsi, en 2006, un audit inter-régional sur l'hygiène des mains a été proposé par le CCLIN Paris-Nord.

Objectifs : Cette étude avait pour objectif de confronter les résultats 2006 de deux indicateurs (ICALIN et ICSHA) et de deux paramètres mesurés lors de l'audit : l'observance par friction hydro-alcoolique (frictions/opportunités) et la proportion d'utilisation des PHA (frictions/gestes d'hygiène des mains).

Méthode : Parmi les ETS ayant participé à l'audit, ont été sélectionnés ceux dont les résultats étaient les plus représentatifs (nombre minimum d'observations défini selon leur taille et pourcentage de services audités supérieur à 50 %). L'observance par friction et la proportion d'utilisation des PHA ont été classées en fonction de leur percentile 75, les indicateurs en fonction de la médiane des classes (AB versus CDE pour ICSHA et A versus BCDE pour ICALIN). Une analyse multivariée en régression logistique a permis de tester la corrélation entre les indicateurs et les paramètres d'audit.

Résultats : Sur les 225 ETS ayant participé à l'audit, 152 ont été sélectionnés : 55 % appartenaient au secteur public, 26 % au privé et 19 % au PSPH. 70 % étaient classés ICALIN A, 30 % B, C ou D. A l'inverse, pour ICSHA : 20 % étaient en classes A ou B et 80 % en classes C, D ou E. 25 % avaient une observance par friction supérieure à 47,2 % (p75). Le percentile 75 de la proportion d'utilisation des PHA se situait à 63,3 %. L'analyse multivariée a permis de mettre en évidence une relation significative entre les meilleures classes de l'ICSHA (A et B) et une proportion importante d'utilisation des PHA (> p75) : OR=3,6 [1,5-8,6]. En revanche, aucun lien n'a pu être démontré entre ICALIN ou ICSHA et l'observance par friction.

Conclusion : L'ICSHA semble être un bon reflet de la proportion d'utilisation des PHA mesurée par observation directe des pratiques, mais pas de l'observance par friction. Les indicateurs du tableau de bord mériteraient d'être évalués par d'autres études observationnelles.

CL-16

SOLUTION HYDRO ALCOOLIQUE (SHA) ET INCIDENCE DES STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTANT A LA METICILLINE (SARM) : EVOLUTION 2003-2007 DANS L'INTER-REGION NORD (ILE-DE-FRANCE, NORD-PAS-DE-CALAIS, PICARDIE ET HAUTE-NORMANDIE)

ARNAUD I., AGGOUNE M., CARBONNE A., POUR LE RESEAU DE SURVEILLANCE DES BMR DU C-

CCLIN Paris-Nord, Paris, France

Introduction : Dans le cadre de la surveillance des SARM dans l'inter-région Nord, une évaluation des moyens mis en œuvre pour l'isolement septique des patients porteurs de SARM est proposée depuis 2002 dans l'ensemble de l'inter-région.

Méthode : Le module optionnel «évaluation des moyens mis en œuvre pour l'isolement septique des patients porteurs de SARM» porte sur les ressources disponibles dans leurs chambres. Les données analysées dans cette étude concernent la proportion de chambres équipées de SHA. L'évolution de cette proportion depuis 2003 a été comparée à celle de l'incidence des SARM pour 1 000 jours d'hospitalisation en court séjour, réanimation et en soins de suites et réadaptation et long séjour (SSR-SLD) dans les mêmes établissements.

Résultats : Parmi les laboratoires participant chaque année à la surveillance Bactéries multirésistantes (BMR), 12 ont participé au module optionnel depuis 2003. Le pourcentage de chambre équipée de SHA, a augmenté de 73 % à 96 % en court séjour entre 2003 et 2007. De même, ce pourcentage dans les services de SSR-SLD est passé de 80 % en 2003 à 97 % en 2007. En réanimation les chambres équipées de SHA restent stables entre 95 et 100 % En parallèle, le taux d'incidence des SARM a diminué en court séjour de 0,93/1000 jours d'hospitalisation en 2003 à 0,77 en 2007, de 1,90 à 1,34 en réanimation, et de 0,63 à 0,41 en SSR-SLD.

Conclusion : Ces résultats montrent que dans ces établissements, participants depuis 5 ans, la généralisation de la mise à disposition de SHA dans les chambres s'accompagne d'une diminution des taux d'incidence des SARM, en court séjour et en SSR-SLD.

CL-17

DESINFECTION CHIRURGICALE DES MAINS – FRICTIONS OU LAVAGE : QUELLE QUALITE DE LA TECHNIQUE ?

LASHERAS A.¹, DIALLO A.¹, VENIER A.G.¹, BOULESTREAU H.², NUNES J.¹, ROGUES A.M.¹, GACHIE J.P.²

1. Chu bordeaux, Bordeaux Cedex, France ; 2. Unité INSERM 657, IFR Santé Publique Université Victor Ségalen, Bordeaux, France

Objectifs : Evaluer la qualité de la désinfection chirurgicale des mains par lavage et par frictions.

Matériel et méthode : Audit de l'ensemble des professionnels (médicaux et paramédicaux) dans les services où la désinfection chirurgicale des mains est réalisée régulièrement : blocs opératoires, services d'hémodynamiques et de radiologie interventionnelle. Chaque professionnel concerné était audité une fois entre juillet et septembre 2007.

Résultats : Au total, 389 observations de désinfection ont été réalisées (178 par lavage et 211 par frictions) réparties sur

27 secteurs (22 de blocs opératoires, 3 de radiologie interventionnelle et 2 d'hémodynamique). L'audit a concerné 236 professionnels médicaux comprenant 220 chirurgiens/radiologues (dont 93 internes), 16 anesthésistes (dont 2 internes) réalisant 112 lavages et 124 frictions et 151 paramédicaux comprenant 61 IDE, 76 IBODE et 14 manipulateurs de radiologie réalisant 64 lavages et 87 frictions. Pour la technique par lavage, la succession des différentes étapes est respectée à 93,6 % et la qualité de chacune est conforme au référentiel pour 80,2 % (71,8 % en tenant compte de la durée de l'antiseptie : 39,9 % et 75 % du 1^{er} et 2^e lavage durent moins de 2 minutes chacune). Les IBODE respectent mieux les temps de lavage que les IDE ($p < 10^{-2}$). Pour la technique par frictions, la succession des différentes étapes est respectée à 94,85 %. Cette technique est réalisée conformément au référentiel dans 90,6 % des cas, en dehors de la durée des frictions très insuffisantes (durée des frictions inférieures à 1,5 min : 65,4 % pour la première et 70,6 % pour la deuxième). Le personnel paramédical respecte mieux la technique par frictions que le personnel médical : fréquence de la deuxième friction ($p < 10^{-3}$), durée des frictions ($p < 10^{-2}$) et inclusion des coudes lors de la première friction ($p < 10^{-3}$).

Discussion - Conclusion : La technique par frictions récemment mise en place pour la désinfection chirurgicale des mains est dans l'ensemble bien réalisée et mieux réalisée que la technique par lavage. Un effort reste à faire sur la durée des étapes trop souvent non-conforme. L'installation de chronomètre dans tous ces secteurs devraient faciliter la mise en œuvre de ce critère (aujourd'hui, seuls 6 secteurs sont équipés). Enfin, la formation auprès du personnel médical devra être renforcée et élargie à l'ensemble du corps médical pratiquant la désinfection chirurgicale des mains, notamment dans les secteurs de réanimation afin de promouvoir la technique par frictions.

CL-18

EVALUATION DE LA DECOLONISATION NASALE DE SARM A LA POVIDONE IODEE CHEZ DES PATIENTS D'UN SERVICE DE MEDECINE GERIATRIQUE

MECHKOUR S., GAXATTE C., SIMOVIC B., VINCENT P., QUEVERUE M., GRANDBASTIEN B., BEUCAIRE G., PUISIEUX F., LOUKILI N.

CHRU Lille, Lille, France

L'incidence des colonisations par *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM) dans les services de gériatrie s'élève à 0,48/1000 jours d'hospitalisation (Surveillance BMR, CCLIN Paris Nord 2006). Par ailleurs, la décolonisation nasale par antibiotique des porteurs de SARM a été proposée dans la prévention de la transmission croisée de ce micro-organisme. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'efficacité de la décolonisation nasale de SARM par un antiseptique, la povidone iodée (PI), chez des patients porteurs hospitalisés dans un service de médecine gériatrique.

Patients et méthodes : Nous avons mené une étude prospective (patient pris comme son propre témoin) du 30/01/2006 au 02/04/2006 dans un service de médecine gériatrique. Tous les patients hospitalisés pendant cette période ont bénéficié d'un dépistage nasal systématique à la recherche de SARM à l'admis-

sion (J0), toutes les semaines (J7) et au moment de leur sortie du service. Le critère d'inclusion retenu était le portage nasal de SARM (SARM+). Le protocole de décolonisation mis en place consistait en l'application bi-quotidienne de PI 10 % en gel nasal et d'une toilette corporelle quotidienne à la PI 4 % pendant 5 jours consécutifs (cycle de traitement). Le critère de jugement était l'absence de SARM lors du dépistage nasal en fin de protocole (J7). Pour les patients non décolonisés, un deuxième cycle de traitement a été instauré. Les variables recueillies étaient : âge, sexe, ADL, durée de séjour, présence d'escarre, présence d'une sonde vésicale et résultats de dépistages. Les variables qualitatives ont été comparées par le test de Chi2. Les variables quantitatives et les pourcentages de décolonisation (avant/après) ont été comparés par un test de Student. Un risque alpha ≤ 0.05 a été retenu.

Résultats : Les résultats de cette étude sont résumés dans la figure et le tableau suivants :

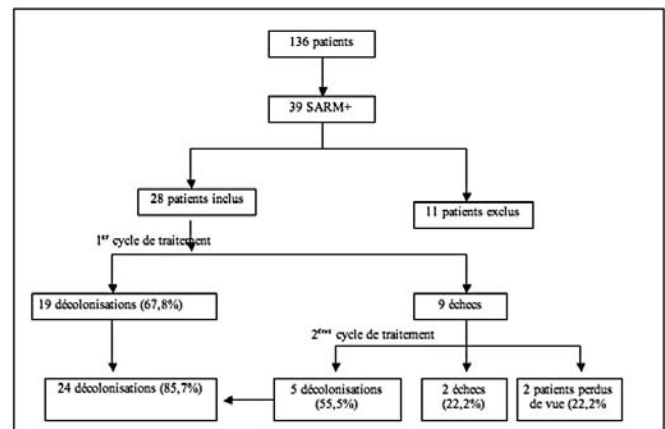


Figure 1 : Résultats du protocole de décolonisation de SARM à la Povidone iodée

	Ensemble des patients n = 136	SARM + décontaminés n = 28	p
Moyenne d'âge	83 ± 10	84 ± 7	0,44
Sexe ratio (♀/♂)	1,78	1,8	0,84
Temps médian de suivi (jours)	11	14	0,049
ADL médiane (0-6)	2	1	0,102
Lésions cutanées	31 (21%)	8 (28%)	0,70
Présence d'un cathéter à l'entrée	86 (58%)	12 (42%)	0,51

Tableau 1 : Caractéristiques des patients

Conclusion : Les résultats de cette étude suggèrent une efficacité de la PI dans la réduction du portage nasal de SARM. A ce jour, aucune résistance à la PI n'a été rapportée contrairement à la mupirocine. De plus, de part sa tolérance et son faible coût, la PI pourrait être proposée dans la décolonisation nasale du SARM et contribuer à la prévention de la résistance aux antibiotiques ainsi qu'à la diffusion du SARM dans les Hôpitaux Gériatriques. Toutefois, des études complémentaires, notamment randomisées en double aveugle, devront être envisagées afin de confirmer les résultats trouvés dans cette étude.