

ACTUALITÉS DU CCLIN EST ET DE SES 5 ANTENNES RÉGIONALES



Mars 2012

A PROPOS DE CONSORES...

Plusieurs bases de données nationales sont aujourd'hui consacrées au suivi de la consommation des antibiotiques (AFSSAPS, DRESS ...). Parce qu'elles sont surtout destinées à observer les conséquences des différentes politiques de bon usage des antibiotiques mises en place, ces bases rendent des résultats globaux avec des délais d'analyse et de mise à disposition souvent très importants. Elles sont de ce fait peu exploitables en interne par les établissements. Pour qu'un outil de surveillance présente - au-delà de son versant indicateur macroscopique- un intérêt pédagogique et un moteur de progrès (d'amélioration des pratiques de prescription) il faut que le prescripteur lui-même puisse accéder à ses données de consommations et qu'au travers de ces chiffres il ait une vision de l'impact écologique de sa prescription. Or, malgré les recommandations figurant déjà dans les deux plans pour préserver l'efficacité des antibiotiques, les informations sur les consommations d'antibiotiques et les résistances bactériennes ne font aujourd'hui l'objet que de quelques « rapprochements ». Il convient donc d'implanter sur le terrain un système de recueil au niveau local « au plus près du prescripteur » assurant la transmission et la synthèse des consommations d'antibiotiques et des résistances bactériennes auprès des différents acteurs de l'établissement de santé afin d'en permettre une analyse fine et sans délai. Pour répondre à cette exigence, le CCLIN EST a développé un outil en ligne nommé ConsoRes.

Les points forts de ConsoRes sont les suivants:

1. Réunir dans une même base de données les consommations d'antibiotiques et les résistances bactériennes permettant ainsi de les consulter en ligne sans délai.
2. Faciliter la collecte des données grâce à des systèmes d'importation évitant les saisies manuelles.
3. Visualiser les données à l'échelon de l'établissement mais aussi au niveau des unités médicales, des services, des pôles ou des types d'activités.
4. Etablir des comparaisons avec les autres établissements de même type ou de même dimension, ou au sein de même activité.
5. Alimenter automatiquement les bases nationales (ex: ATB RAISIN) sans nouvelles saisies.

Tous les acteurs de l'établissement peuvent accéder à leurs données qu'ils aient une activité transversale (pharmacien, bactériologiste, EOH, référent antibiotique, commission...) ou sectorisée (clinicien). Le prescripteur peut ainsi mesurer l'impact écologique de ses prescriptions.

Cet outil est déployé depuis janvier 2012. Des renseignements sont disponibles sur le site du CCLIN EST : <http://www.cclin-est.fr/spip.php?rubrique266>

Pour accéder à ConsoRes : <http://www.consores.net/>

Dans ce numéro :

ConsoRes	1
A l'agenda	2
C. difficile	3
Légionelloses	4
ENP 2012	5
A lire—réglementation	6
Endoscopes	7
Indicateurs	8

Sommaire :

- Formations
- Surveillances
- Signalements
- Réglementation

Calendrier des événements

MARS 2012

RAPPEL

La date limite de retour des données pour la **surveillance AES 2011** est le **31 mars 2012**..

Inscriptions encore possibles à **ATB 2011** et **ISO 2012**

Le protocole pour la surveillance **BMR 2012** sera mis en ligne prochainement. Cette surveillance se fera désormais par un outil Web comme pour ISO et AES.

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	AES 2011	31			

Consulter le calendrier des surveillances RAISIN :

<http://www.cclin-est.org/UserFiles/File/Surveillance/calendrier%202012.pdf>

Rapport surveillance inter-région Est BMR 2011 et national BMR 2010 :

<http://www.cclin-est.org/spip.php?article44>

Rapport surveillance national Réa 2010

http://www.cclin-est.fr/UserFiles/File/Surveillance/REA/web_rapport_rea_adulte_raisin2010.pdf

Statistiques sur les signalement en 2011

<http://www.cclin-est.fr/spip.php?rubrique37>

Fiche de mise à jour Clin et EOH — Annuaire

<http://www.cclin-est.org/UserFiles/File/signalement/FICHE%20MISE%20A%20JOUR%20ANNUAIRE%208nov11.doc>

COLLOQUES - JOURNEES - CONGRES - FORMATIONS

Journée CCLin Est/ARLIN : Nancy le **03 avril 2012** sur « **Prévention des infections associées aux soins à domicile** » - accéder au programme (**les inscriptions sont terminées**) :

<http://www.cclin-est.org/spip.php?rubrique25>

20^{ème} journée régionale d'hygiène et de lutte contre les Infections Nosocomiales de Lorraine : Nancy les **21 et 22 juin 2012** - accéder au pré-programme

<http://www.cclin-est.org/UserFiles/File/congres/2012/Pre-programme%2020JRH.pdf>

Journée 8ème congrès Biologie et Hygiène Hospitalière (organisée par l'Association des Biohygiénistes Européens) : Paris le **05 avril 2012** : gestion du risque IAS en services de réanimations, en - préprogramme et plaquette de présentation : <http://www.cclin-est.org/spip.php?rubrique135>

LE MODE DE TRANSMISSION DE *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* INEXPLIQUÉ DANS LES TROIS QUARTS DES INFECTIONS À L'HÔPITAL

Une étude britannique publiée dans PLoS Medicine a évalué la transmission de *C. difficile* à l'intérieur des différentes unités hospitalières, en subdivisant les épidémies en lignées distinctes définies par le séquençage moléculaire de la bactérie. Cette étude a été menée pendant deux ans et demi dans trois hôpitaux du National Health Service (NHS) situés à Oxford et ses environs (1.700 lits) alors que les infections à *C. difficile* étaient endémiques et qu'ils avaient mis en place des mesures de contrôle infectieux.

En deux ans et demi, presque 30.000 prélèvements de selles provenant de 15.000 patients ont été analysés, dont 4,4% se sont révélées positives vis-à-vis de la culture et du test enzymatique. Le séquençage moléculaire a été réalisé sur 1.276 prélèvements de *C. difficile* positifs (issus de 927 patients) parmi lesquels 69 types de séquences ont été identifiés.

Les chercheurs ont trouvé que près de 25% des cas d'infection à *C. difficile* pouvaient être liés à un autre cas symptomatique au sein de la même unité hospitalière, soit par contact direct de patient à patient soit par contact indirect à partir de spores bactériennes présentes dans l'environnement. Cette proportion pouvait varier de 37% dans les unités de néphrologie et de transplantation, à 29% dans les unités d'hématologie et d'oncologie, 28% dans les unités de gériatrie de court séjour et 6% dans les unités de chirurgie spécialisée.

Mais globalement, l'étude signifie surtout que le mode de transmission de *C. difficile* reste inexplicé dans 75% des infections. Ces résultats interrogent sur des modes de contamination non pris en compte.

Il pourrait s'agir de transmissions à partir de cas symptomatiques mais faussement négatifs vis-à-vis du test enzymatique, ou à partir de porteurs asymptomatiques (patients, famille ou personnel), ou à partir de cas communautaires (par l'alimentation ou les animaux) avec une importation dans les hôpitaux.

Il existe probablement des limites de cette étude, notamment l'absence de prise en compte d'une possible transmission entre les unités, et en particulier à partir de zones communes où sont réalisés certains examens, la faible sensibilité du test enzymatique et l'absence de prise en compte des données de consommation d'antibiotiques.

La plupart des transmissions probables (65%) sont survenues moins d'une semaine après le début des symptômes, avec une minorité (10%) survenues après huit semaines. La plupart des périodes d'incubation étaient de quatre semaines, mais elles étaient de plus de 12 semaines dans quelques cas (13%).

Enfin l'étude n'a pas trouvé de preuves de transmission accrue après le départ d'un patient infecté, suggérant l'efficacité des procédures de nettoyage.

PLoS Medicine, février, vol.9, n°2, e1001171

LA TRANSPLANTATION FÉCALE EFFICACE POUR LES DIARRHÉES RÉCIDIVANTES À *CLOSTRIDIUM DIFFICILE*

La transplantation fécale via la coloscopie apparaît efficace pour traiter les diarrhées récidivantes à *Clostridium difficile*, y compris pour la souche virulente et épidémique O27.

Toutes les modalités de traitement actuellement disponibles ont une efficacité limitée. La détection en Finlande en 2007 de la souche virulente et épidémique O27 a encouragé l'utilisation de la transplantation fécale chez certains patients.

Les patients ont reçu par coloscopie au niveau du caecum -la première partie du côlon- une suspension de 100 mL de selles fraîches (non congelées). Ces selles saines, qui ont pour but de renouveler la flore intestinale des patients, provenaient, dans les six heures précédant la transplantation, de donneurs (proches dans la plupart des cas) en bonne santé et sans symptôme intestinal. Ils n'avaient pas reçu de traitement antibiotique dans

les six mois précédents et ont été dépistés vis-à-vis de certains agents infectieux tant au niveau de leurs selles que de leur sang. Parmi les 70 patients traités et suivis pendant un an, 66, soit 94%, ont guéri, ce qui est un résultat remarquable dans un groupe de patients réfractaires à d'autres méthodes de traitement.

La transplantation fécale via un simple lavement de rétention au niveau du côlon ou via les voies gastro-intestinales hautes (avec un cathéter nasoduodénal) pourrait être plus facile à réaliser et pourrait provoquer moins d'inconfort et de morbidité que la transplantation intestinale par coloscopie. Mais un possible défaut de la voie nasoduodénale pourrait être le problème de la viabilité de la flore intestinale transmise en raison de la durée de transit jusqu'au côlon.

Gastroenterology, mars, vol.142, n°3, p490-496

LA DGS VEUT ENCADRER LES SYSTÈMES COLLECTIFS DE BRUMISATION D'EAU POUR PRÉVENIR TOUT RISQUE SANITAIRE DE LÉGIONELLOSE

La DGS rappelle que ces systèmes collectifs de brumisation d'eau avaient à l'origine une utilisation essentiellement professionnelle (cultures sous serre, élevages, industrie textile...). Ils ont été déployés, à la suite de la canicule de 2003, dans les établissements sanitaires et sociaux.

Un décret et un arrêté vont s'appuyer sur les recommandations que le Haut conseil de la santé publique (HCSP) vient de rendre publique suite à la saisine de la DGS. Mais les textes ne devraient probablement pas être signés avant 2013.

La brumisation d'eau pourrait présenter des risques sanitaires spécifiques compte tenu des conditions d'exploitation (stagnation de l'eau, ensoleillement...) et de la nature des expositions, notamment l'inhalation d'aérosols dont la dimension est de l'ordre du micromètre.

Le HCSP a estimé qu'il existait des arguments épidémiologiques pour penser que l'eau contaminée dispersée par les brumisateurs pouvait être à l'origine de la survenue de pathologies respiratoires.

Cependant, il est surprenant que le nombre d'épidémies de pneumonies à *Legionella pneumophila* rapportées aux brumisateurs soit aussi limité voire nul

pour la France, selon le HCSP. La DGS mentionne trois cas groupés de légionelloses communautaires identifiés en 2008 chez des personnes qui avaient fréquenté un site hospitalier où un bâtiment en construction était protégé par un dispositif de brumisation destiné à prévenir le risque d'aspergillose.

Ce faible nombre en France pourrait être lié à l'absence de l'item "brumisateurs" au niveau de la fiche de déclaration obligatoire. Cependant, on peut également penser que les enquêteurs ont pour habitude, en cas d'épidémies ou de cas groupés, d'explorer également les brumisateurs quand ils existent.

Le Haut conseil recommande une réglementation des dispositifs collectifs de brumisation, avec une obligation de déclaration au même titre que les tours aéroréfrigérantes de faible puissance, le risque étant similaire.

Il valide, en les complétant, les propositions de recommandations de la DGS sur l'installation ainsi que sur l'exploitation et la maintenance de ces équipements. Ces préconisations, très techniques, concernent notamment la température de l'eau, sa désinfection (par filtration ou rayonnement ultraviolet) et son analyse bactériologique (*Pseudomonas aeruginosa*, *Legionella* et *Legionella pneumophila*).

Rapport HCSP sur les risques sanitaires liés aux systèmes collectifs de brumisation d'eau :

http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20110629_risqueessanitbrumisationeau.pdf

UN DÉCÈS PAR LÉGIONELLOSE APRÈS DES SOINS DENTAIRES

Une patiente âgée de 82 ans est décédée d'une légionellose en Italie contractée lors de soins dentaires, selon une étude publiée dans *The Lancet*.

Durant la période d'incubation (2 à 10 jours), la patiente n'a été exposée à aucun risque évident d'exposition à des légionelles. Elle n'a quitté son domicile qu'à deux reprises pour deux rendez-vous chez son dentiste.

Aucune légionelle n'a été retrouvée dans les prélèvements d'eau de son domicile. En revanche, la bactérie a été détectée dans le cabinet dentaire à des taux de 1.500 unités formant colonie (UFC) par litre dans l'eau froide du robinet, à 4.000 UFC/L dans le réseau d'eau destinée aux soins dentaires et à 62.000 UFC/L dans la turbine faisant tourner les fraises dentaires et alimentée par de l'eau destinées aux soins dentaires.

Les souches isolées chez la patiente (*Legionella pneumophila* de sérotype 1) étaient du même type que celles trouvées dans le cabinet dentaire.

Aucun autre cas de légionellose ou de fièvre de Pontiac n'a été observé chez d'autres patients ou parmi le personnel du cabinet dentaire.

Les chercheurs concluent que l'eau contaminée aérosoyée à partir de la turbine dentaire a été la source la plus probable de l'infection. Il s'agit du premier cas de légionellose associé à cette source d'exposition décrit dans la littérature.

Après la découverte de ce cas, l'eau de soins du cabinet dentaire, qui était déjà désinfectée avec 12% de peroxyde d'hydrogène, a fait l'objet d'un traitement supplémentaire de choc avec du chlore, ce qui a permis de faire passer la concentration en légionelles en dessous de 100 UFC/L. Les chercheurs suggèrent plusieurs mesures de contrôle parmi lesquelles l'utilisation d'eau stérile pour les soins dentaires.

The Lancet, 18 février, vol.379, p684

ENQUÊTE NATIONALE DE PRÉVALENCE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES ET DES TRAITEMENTS ANTI-INFECTIEUX, 2012

Présentation

L'Enquête nationale de prévalence (ENP) 2012 s'adresse à tous les établissements de santé, y compris les établissements HAD (les EHPAD demeurent exclus de l'enquête).

Organisation

La méthodologie sera peu modifiée par rapport à l'ENP 2006. L'ENP comporte une partie sur la prévalence des IN et une autre sur la prévalence des traitements anti-infectieux : cette 2ème partie sera plus développée qu'auparavant.

Les données de la fiche ES seront pré-renseignées par l'InVS à l'aide des données du tableau de bord 2010, sauf pour de nouvelles données : le nombre total de chambres et le nombre total de chambres individuelles que vous devrez récupérer.

Le protocole sera disponible fin février et l'application informatique mi-mai.

La saisie des données se fera en ligne sur une application nationale gérée par l'InVS. La date limite de saisie des données est prévue pour le 14 septembre 2012.

La méthodologie sera compatible avec l'enquête européenne de prévalence des infections nosocomiales : un échantillon de 55 établissements français sera tiré au sort pour alimenter la base de données européenne. La participation de ces établissements tirés au sort sera volontaire. Pour ces établissements, la date limite de saisie des données sera le 15 juillet 2012 et non le 14 septembre 2012. Un contrôle qualité de leurs données sera effectué pour certains de

ces établissements dans les semaines qui suivent la réalisation de l'enquête dans l'établissement.

Inscription : **uniquement en ligne**

L'inscription à l'ENP est ouverte jusqu'à fin avril 2012. Il sera demandé à chaque établissement de nommer un référent ENP 2012, à qui seront envoyés les login et mot de passe nécessaires pour accéder à l'application nationale début mai 2012.

Calendrier :

- **Réception des login et mot de passe** nécessaires pour accéder à l'application nationale : début mai 2012,
- **Période d'enquête** : **lundi 14 mai au vendredi 29 juin 2012**,
- **Contrôle des données** de certains établissements participant à l'enquête européenne : dans la ou les semaines qui sui(ven)t la réalisation de l'enquête dans l'établissement,
- **Date limite de saisie des données** des établissements participant à l'enquête européenne : 15 juillet 2012,
- **Date limite de saisie des données** pour les autres établissements : 14 septembre 2012,
- **Production de rapports** établissements : dès la fin de la saisie,
- **Premiers résultats nationaux** : dernier trimestre 2012.

[Instruction DGOS du 10 février 2012](#) :

<http://www.cclin-est.org/UserFiles/File/Surveillance/ENP/ENP%202012/instruction%20dgos%2010022012.pdf>

[Inscription](https://docs.google.com/spreadsheets/viewform?formkey=dFIORTgtT2xMS3JQZG9jMkE1S0diMWc6MQ) : <https://docs.google.com/spreadsheets/viewform?formkey=dFIORTgtT2xMS3JQZG9jMkE1S0diMWc6MQ>

[Protocole](#) :

http://www.cclin-est.org/UserFiles/File/Surveillance/ENP/ENP%202012/ENP_2012_Protocole_Guide.pdf

[Fiche Patient](#) : (à ne pas utiliser par les établissements participants à l'enquête européenne)

http://www.cclin-est.org/UserFiles/File/Surveillance/ENP/ENP%202012/ENP%202012_%20Fiche_Patient.pdf

[Autres documents](#) : à venir

A LIRE OU A VOIR

Bistouri électrique – Cas d'inflammation et de brûlures après utilisation d'un antiseptique alcoolique et d'un bistouri électrique : rappel des mises en garde et précautions d'emploi (note Afssaps)

<http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Autres-mesures-de-securite/Alerte-de-materiovigilance-concernant-l-utilisation-concomitante-de-bistouris-electriques-en-presence-d-antiseptiques-alcooliques2>

Avis relatif à l'utilisation des antiviraux en période de circulation du virus grippal A(H3N2) pendant l'hiver 2011-2012 - http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspa20120305_antivirh3n2.pdf

Site Internet du GREPHH — Ce site a été rénové pour une meilleure lecture <http://www.grephh.fr>

INRS : Déchets infectieux. Élimination des DASRI et assimilés. Prévention et réglementation
Il s'agit de la 3^{ème} édition de ce document (2011).

<http://www.inrs.fr/accueil/produits/mediatheque/doc/publications.html?refINRS=ED%20918>

REGLEMENTATION

Signalement - 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

(précise en particulier que depuis le 1er mars 2012, le signalement des IN doit être réalisé EXCLUSIVEMENT au moyen de l'application e-SIN.)

<http://nosobase.chu-lyon.fr/Reglementation/2012/Instruction/13022012.pdf>

Usagers - Décret n°2012-298 du 2 mars 2012 modifiant le dispositif de règlement amiable des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales

<http://nosobase.chu-lyon.fr/Reglementation/2012/Decret/02032012.pdf>

Organisation de la lutte contre les infections nosocomiales - Instruction DGOS/PF2 n°2012-93 du 10 février 2012 relative à la participation des établissements de santé à l'enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales 2012, et informant des grandes actions programmées en 2012 sur la sécurité des soins :

- ENP 2012

- Organisation nationale de la Journée Mains Propres cette année en novembre 2012, pendant la deuxième édition de la Semaine de la sécurité des patients

- Autres grandes actions à venir en matière de sécurité des soins

<http://nosobase.chu-lyon.fr/Reglementation/2012/Instruction/10022012.pdf>

Risques incendie : Arrêté du 30 décembre 2011 portant règlement de sécurité pour la construction des immeubles de grande hauteur et leur protection contre les risques d'incendie et de panique

Les établissements sanitaires sont concernés (*chapitre V page 49*). Est évoqué le stockage des produits inflammables (*dont les PHA - page 52*)

<http://data.feraille.info/nouveligh.pdf>

Indicateurs du tableau de bord - Instruction DGOS/PF2/2012/101 du 1er mars 2012 relative à la simulation de calcul des trois nouveaux indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales

Il s'agit des 3 indicateurs de 2^{ème} génération : ICALIN2, ICA-LISO et ICA-BMR (cf page 8 les explications)

<http://nosobase.chu-lyon.fr/Reglementation/2012/Instruction/01032012.pdf>

MISE EN GARDE D'UN HÔPITAL AMÉRICAIN CONTRE LA MAINTENANCE DES ENDOSCOPES SANS PASSER PAR LE FOURNISSEUR

La mauvaise qualité de la maintenance des endoscopes par une autre société que le fournisseur a probablement conduit à une pseudo-épidémie dans un important hôpital américain.

L'établissement de santé concerné est un hôpital du Maryland, qui compte 925 lits et réalise environ 1.000 bronchoscopes par an. Il a déjà été victime en 2001 d'une épidémie d'infections respiratoires à *Pseudomonas aeruginosa* associée à des bronchoscopes contaminés.

Il s'agissait de nouveaux modèles d'Olympus, qui ont rencontré des problèmes de désolidarisation de la pièce de maintien de la partie fixe du canal à biopsie. Inaccessible à une désinfection correcte, l'espace créé pouvait contaminer le liquide recueilli lors des lavages broncho-alvéolaires suivants ainsi que les patients lors de la bronchoscopie. En France, une alerte sur ces matériels a été lancée en 2002 par le fabricant et par les autorités sanitaires.

Après cette épidémie d'infections respiratoires, l'hôpital du Maryland a mis en place un dispositif de surveillance pour détecter la présence inhabituelle de micro-organismes dans des prélèvements broncho-pulmonaires. Il a permis de trouver en 2008 sur une période de trois jours la bactérie *Pseudomonas putida* chez quatre patients.

Les deux bronchoscopes qui ont été utilisés chez ces quatre patients étaient des BF160 d'Olym-

pus, l'un des modèles mis en cause en 2001-02. Ils présentaient des orifices de biopsie qui pouvaient être facilement desserrés à la main et étaient contaminés par les mêmes types de *P. putida* que ceux retrouvés chez les patients, mais également par *P. aeruginosa* et par *Stenotrophomonas*.

Ces bactéries ont également été retrouvées dans les lavements broncho-alvéolaires de 12 autres patients qui avaient eu une bronchoscopie avec les mêmes appareils.

Ainsi, au total, 16 patients ont été touchés. Mais il s'agit d'une pseudo-épidémie puisqu'aucun des patients n'a développé de signes cliniques ni de symptômes d'infection. Cependant, sept patients ont dû recevoir un traitement antibiotique.

L'enquête n'a pas mis en évidence de déviation importante des pratiques dans le processus de nettoyage et de désinfection des endoscopes. Mais elle a montré que les deux endoscopes ainsi qu'un autre (modèle BFQ180 d'Olympus non impliqué en 2001-02), qui n'était pas contaminé mais qui avait des orifices de biopsie facilement desserrables avec le forceps d'hémostase, avaient été envoyés pour réparation à une société externe, différente du fournisseur d'endoscope Olympus.

Très probablement afin de réduire les coûts, le service de bronchoscopie de l'hôpital a commencé à la mi-2007 à faire appel à une société

externe pour la réparation et la maintenance des bronchoscopes, plutôt que de continuer à les envoyer au fabricant.

Ainsi, les canaux de biopsie des trois endoscopes concernés ont été remplacés par cette société 10 à 22 semaines avant la survenue des cas index. Un quatrième endoscope était en réparation au moment de l'enquête et les 15 autres n'avaient pas fait l'objet de réparations de la part de cette société tiers.

L'examen des trois endoscopes concernés par le fabricant Olympus a révélé des irrégularités dans les réparations et des remplacements non standard de pièces.

Le recours à des sociétés externes différentes des fabricants d'endoscopes à des fins de maintenance et de réparations peut conduire à un mauvais fonctionnement mécanique des appareils, puis à une contamination et à une désinfection incomplète, parce que ces sociétés n'ont pas accès aux données des fabricants.

Ils soulignent toutefois les limites de leur étude et notamment l'absence de connaissance du moment exact où les orifices de biopsie se sont desserrés et ont été contaminés, même s'ils estiment que ces événements sont probablement survenus lors de la réparation par la société tiers.

Infection Control and Hospital Epidemiology, mars, vol.33, n°3, p224-234

[Pour en savoir plus :](#)

Évaluation des prestataires de maintenance des endoscopes rigides, *Techniques hospitalières*, septembre-octobre 2011, n°729, p20-25.

JOURNÉE MONDIALE SUR L'HYGIÈNE DES MAINS MISSIONS MAINS PROPRES EN NOVEMBRE 2012

Compte tenu du déploiement en mai de l'*Enquête Nationale de Prévalence*, et de la « période de réserve » qu'imposent les échéances électorales, la *Journée Mains Propres* sera organisée, au plan national, en novembre 2012, c'est-à-dire durant la deuxième édition de la *Semaine de la sécurité des patients*.

Les établissements de santé qui le souhaitent pourront néanmoins participer à la campagne mondiale organisée par l'Organisation mondiale de la santé, proposée les 5 et 7 mai (au choix de chaque structure) avec, cette année, un plan d'actions et des outils web dédiés mis en ligne par l'OMS.

NOUVEAUX INDICATEURS DU TABLEAU DE BORD DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

INSTRUCTION N° DGOS/PF2/2012/101 du 1er mars 2012 relative à la simulation de calcul des trois nouveaux indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales.

- **ICALIN2** remplace ICALIN. Il prend en compte l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans l'établissement, les moyens qu'il a mobilisés et les actions qu'il a mises en œuvre. Les critères de ce nouvel indicateur ont été définis au regard des nouvelles exigences réglementaires.

Ainsi, ICALIN2 prend en compte le nouveau rôle des instances dans la politique de lutte contre les infections nosocomiales et l'organisation du travail entre l'équipe opérationnelle d'hygiène et le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins

Il privilégie une approche centrée sur le programme d'actions avec les aspects de prévention, surveillance et d'évaluation. La pondération des items est renforcée sur les moyens et les actions qui emportent 50% des points.

- **ICA-LISO** remplace SURVISO. Nouvel indicateur composite, il prend en compte l'organisation en place, les moyens qu'il a mobilisés et les actions qu'il a mises en œuvre pour la prévention des infections du site opératoire.

Les critères de ce nouvel indicateur renforcent la communication interne des résultats de la surveillance vers les professionnels impliqués dans la prise en charge des opérés. Des objectifs sont attendus sur l'utilisation d'outil d'aide à l'observance des mesures de prévention du risque péri-opératoire (type check-list), sur l'actualisation des protocoles et l'évaluation des pratiques. Cet indicateur privilégie l'élargissement de la surveillance à toutes les disciplines de chirurgie et l'intérêt de participer à un réseau national.

- **ICA-BMR** est un nouvel indicateur. Il est créé dans l'objectif de répondre aux enjeux de la situation épidémiologique actuelle et à la priorité nationale de maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes (BMR).

Les critères de ce nouvel indicateur prennent en compte l'organisation de la politique de maîtrise des BMR, les moyens d'information développés au sein des établissements de santé et les actions de prévention et de surveillance mises en œuvre. Son analyse, notamment au regard de l'indice SARM et de l'indicateur composite de bon usage des antibiotiques permettra à l'établissement de définir des actions pour la maîtrise de la diffusion des BMR.

Adresse:
Hôpitaux de Brabois
Rue du Morvan
54 511 Vandoeuvre les Nancy
Secrétariat central:
Tél. 03 83 15 34 73
Fax 03 83 15 39 73
Email. cclin.est@chu-nancy.fr

Retrouvez nous sur le
Web

<http://www.cclin-est.org/>

