

EN BREF

*Nouvelles du C.CLIN Sud-Est
août 1998*

n°11



Rédaction Drs A. SAVEY et Ph. VANHEMS

Des projets régionaux pour 1998

Les discussions du dernier Conseil Scientifique du C.CLIN Sud-Est nous ont orientés vers le développement d'actions inter-régionales gérées de façon décentralisée par les partenaires régionaux du C.CLIN. Parallèlement, le Ministère de la Santé comme le CTIN, a souhaité un renforcement de la régionalisation dans le fonctionnement des C.CLIN et depuis cette année, une enveloppe budgétaire spécifique a été allouée pour le renforcement de l'action des C.CLIN en général, et pour le développement de pôles de coopération entre le C.CLIN et différentes régions.

Dans cette optique, six projets nouveaux vont être mis en place dès 1998 et implantés dans 4 régions :

- **PACA / NICE**

Mise en place d'un réseau inter-régional de surveillance et prévention des Bactéries Multirésistantes aux antibiotiques dans le Sud Est.

Responsable : Dr T. FOSSE

- **Rhône-Alpes / GRENOBLE**

Renforcement du réseau de surveillance des Bactériémies nosocomiales dans le Sud Est.

Responsable : Dr A. IFFENECKER

- **Rhône-Alpes / St ETIENNE**

Prévention de la diffusion des infections à *Rotavirus* en pédiatrie : évaluation des pratiques dans le Sud Est

Responsable : Pr B. POZZETTO

- **Auvergne / CLERMONT-FERRAND**

Animation d'un réseau pour la mise en place du bon usage des antibiotiques

Responsable : Pr. J. BEYTOUT

- **PACA / FREJUS-St RAPHAËL**

Création d'un manuel « Assurance qualité » pour le fonctionnement des CLIN et équipes d'hygiène hospitalière.

Responsable : Dr M. TROADEC

- **Réunion - ST DENIS DE LA REUNION**

Action régionale Formation/Prévalence (Fédération d'hygiène Hospitalière de l'Île)

Responsable : Dr N. LUGAGNE-DELPON

Ces projets vous seront présentés lors de l'Assemblée Annuelle des CLIN et chaque année, de nouveaux projets pourront ainsi voir le jour après sélection par un Comité d'Evaluation à créer (voir Appel d'Offres ci-après).

Appel d'offre 1999 C.CLIN SUD-EST

Dans le but d'étendre les activités de maîtrise des risques infectieux nosocomiaux et de renforcer la coopération entre le C.CLIN et ses partenaires de l'inter-région Sud-Est, un appel d'offre est lancé pour identifier des actions coopératives susceptibles de recevoir un soutien financier du C.CLIN Sud-Est en 1999.

Ces actions pourront concerner les domaines suivants : surveillance, prévention, formation, documentation et évaluation.

Elles seront basées sur la coopération de plusieurs établissements d'une ou plusieurs régions du Sud-Est.

Par ailleurs, elles devront présenter une valeur ajoutée réelle pour l'ensemble des établissements du Sud-Est (méthodologie, résultats, documentation).

Les projets seront annuels avec possibilité de poursuite après évaluation.

Les projets soumis avant le 31 octobre 1998 seront sélectionnés par le Conseil Scientifique (décembre 1998) et par un Comité d'Evaluation indépendant.

Un dossier de dépôt de projet sera disponible au 1er septembre 1998.

Contact : Dr Ph. VANHEMS
C.CLIN Sud-Est

Une santé vraiment publique ?

Depuis plusieurs mois, les C.CLIN font l'objet de demandes d'organes de presse (VSD et Sciences et Avenir). Ceux-ci cherchent à obtenir de notre part des renseignements concernant l'activité et le fonctionnement des établissements de santé, les actions de prévention, de surveillance et d'investigation des CLIN et des équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière.

L'histoire a commencé avec l'enquête nationale de prévalence de juin 1996... Nous avons été sollicités à plusieurs reprises pour fournir les résultats par établissement (que nous avons conservés sous la forme anonyme que vous avez reçue) mais aussi les résultats par service : nous ne possédions pas ces derniers dont l'interprétation est d'ailleurs impossible du fait de la petite taille des effectifs.

N'ayant pas répondu à leur demande, la revue Sciences et Avenir a sollicité la Commission d'Accès aux Documents Administratifs (CADA), organisme para-juridique placé auprès du Premier Ministre.

La CADA a pour mission de faire respecter la Loi n°78-753 du 17 juillet 1978 relative à la liberté d'accès aux documents administratifs (portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal). En cas d'avis favorable à la communication d'un document et si le détenteur du document refuse, le demandeur a la possibilité d'avoir recours au tribunal administratif.

La CADA a donné un avis favorable à la communication des résultats en notre possession, "dans l'état où nous les détenions", malgré notre argumentation concernant les objectifs mais surtout les limites d'une telle enquête et notamment le manque de pertinence de telles données pour la réalisation de comparaisons entre établissements, pour des raisons que nous connaissons tous.

Nous nous étions engagés à l'égard des établissements à garantir l'anonymat des participants : suite à l'envoi des rapports par établissement et une fois le rapport inter-régional rédigé, les codes d'anonymat des établissements n'ont pas été conservés. Nous avons donc mis à la disposition de Sciences et Avenir le rapport global de l'enquête ainsi que les rapports spécifiques par établissement complètement anonymes, qu'ils n'ont d'ailleurs pas consultés. Depuis, cette revue nous a sollicité à nouveau pour obtenir d'autres documents.

Ce besoin d'information est légitime et la transparence correspond à une manière de valoriser nos actions et notre engagement à tous dans la démarche de maîtrise du risque infectieux, à condition :

- . que les indicateurs destinés à être publics soient pertinents et généralisés à l'ensemble des acteurs,
- . que ces indicateurs soient correctement interprétés (significativité, taille des effectifs, ajustement des taux, prise en compte des facteurs de risque...)

- . que les établissements qui surveillent leurs risques infectieux ne soient pas pénalisés par rapport à ceux qui ne le font pas

- . que ceux qui surveillent bien leurs infections (avec des données de qualité) ne soient pas pénalisés vis-à-vis de ceux qui "sous-estiment" leurs taux (c.f. Editorial *Hygiènes*, 1998, 1)

A ce jour, dans un réel souci de transparence, des rapports que nous estimons communicables ont également été transmis à la presse : rapports d'activité du C.CLIN Sud-Est 1996 et 1997, rapports globaux des réseaux de surveillance.

Aucun rapport de surveillance par établissement n'a été communiqué, conformément à notre engagement d'anonymat et de confidentialité consigné dans les protocoles des réseaux et repris dans notre déclaration à la CNIL. La même confidentialité est garantie en ce qui concerne les rapports d'audits et d'investigation réalisés dans les établissements à la demande de ceux-ci ou de la tutelle.

Enfin, la dernière saisine de la CADA concerne les rapports d'activité des CLIN des établissements du Sud-Est de 1996 et 1997. Selon la circulaire n° 450 du 27 juin 1997, il est précisé qu'il est "souhaitable que les établissements envoient eux-mêmes une copie de ces documents au C.CLIN dont ils dépendent". Nous avons argumenté qu'une copie est ainsi adressée de façon non systématique aux C.CLIN, à titre d'information, les destinataires de ces rapports étant les DDASS de chaque département. Une fois encore, la CADA a répondu que les rapports des CLIN étaient des documents publics, et nous demande de communiquer les tableaux synthétiques remplis selon le modèle établi par les DDASS. Les circonstances citées sont sans incidence sur l'obligation de les transmettre dès lors que nous en sommes détenteurs.

Ainsi, par des épisodes successifs, se trouve posée la question de la publicité qui doit être donnée aux informations disponibles au niveau des établissements (ex : rapports des CLIN demandés aux établissements), au niveau des organismes de tutelle (dossiers d'inspection des caisses, base nationale du PMSI obtenus par les journalistes de Sciences & Avenir) ou au niveau d'organismes techniques comme les C.CLIN.

Dans un premier temps, nous sommes tenus de suivre l'avis de la CADA pour ce qui concerne les tableaux de synthèse d'activité des CLIN (qui sont des documents publics consultables dans les DDASS et au Ministère). Mais pour l'avenir, il nous semble indispensable que nous discussions une attitude commune consensuelle en la matière.

Pour cette raison, ce sujet fera l'objet de la table ronde du 6 novembre 1998 lors de l'Assemblée Annuelle des CLIN du Sud-Est.

A cette occasion, il nous faudra définir une démarche équilibrée qui ne soit ni le refus d'information (générateur de critiques de principe) ni la diffusion d'information critiquables. Par ailleurs, nous avons à discuter du rôle des uns et des autres dans la communication des informations.

J. Fabry / A. Savey



LIVRES et GUIDES

Guideline for Infection Control in Health Care Personnel, 1998. E.A. Boylard, O.C. Tablan, W.W. Williams, et al. Hospital Infection Control Practices Advisory Committee/Centers for Disease Control and Prevention.

publié simultanément dans deux revues :

American Journal of Infection Control 1998, 26:289-354 et Infection Control and Hospital Epidemiology, 1998, 19: 407-463.

Draft Guideline for the prevention of Surgical Site Infection. Department of Health and Human Services / Centers for Disease Control and Prevention. Federal Register 1998, 63 (116): 33167-33192.

Guide pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales en maternité. Société Française d'Hygiène Hospitalière, mai 1998, 103 pages.

OFFICIEL

Loi n° 98-535 du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme.

Lettre-circulaire DH/EM1 n° 987262 du 15 juillet 1998 relative à la sécurité des dispositifs médicaux : Recommandations relatives à l'acquisition et à l'utilisation de machines à laver et à désinfecter les endoscopes.

Note d'information DGS/VS2 - DH/EM1/EO1/98 n° 226 du 23 mars 1998 concernant la circulaire DGS/DH n°97-672 du 20 octobre 1997 relative à la stérilisation des dispositifs médicaux dans les établissements de santé.

Arrêté du 13 mai 1998 portant nomination des responsables des centres inter-régionaux de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales.

Pour le Sud-Est, le professeur J. FABRY est renouvelé dans ses fonctions de responsable du C.CLIN, assisté du professeur O. JONQUET (Montpellier)..

Infos...

**Assemblée Annuelle des CLIN du Sud-Est
6 novembre 1998
Parc floral Phoenix à Nice**

Cette journée est ouverte à tous. Inscrivez-vous au plus tôt grâce à la fiche d'inscription ci-jointe. Le programme de cette journée comme la fiche d'inscription sont également disponibles sur demande au C.CLIN Sud-Est.
Participation : 180 F

**5e Journée Scientifique
de l'Association Semmelweis
Vendredi 9 octobre 1998
au centre des Pensières à Veyrier-du-lac (74)**

*Thèmes : Infections nosocomiales et aspects juridiques /
Actualités en hygiène hospitalière*

Contact et inscriptions

*Association Semmelweis / C.CLIN Sud-Est,
Pav. 1M, CH Lyon-Sud, 69495 Pierre-Bénite cedex
Participation : 200 F*

Enquête Redons

C.CLIN Sud-Est - Rapport final

L'étude "Redon" a été initiée en 1996 dans 6 services d'orthopédie volontaires de la région (Giens, St Etienne, Villefranche sur Saône, Belley, Fréjus et Moutiers) afin: 1) d'évaluer l'utilité de l'analyse bactériologique des extrémités et des liquides de redon dans le diagnostic précoce des infections de plaies opératoires et dans la prédiction de survenue d'une infection de plaie opératoire ultérieure (jusqu'à un an en cas de mise en place de prothèse), 2) d'optimiser les techniques microbiologiques.

Il s'agissait d'une étude prospective incluant successivement les patients opérés dans ces services pour une des interventions suivantes : prothèse totale de hanche (PTH), prothèse intermédiaire de hanche, prothèse totale du genou (PTG) et prothèse uni-compartmentale de genou. Les reprises septiques ont été exclues.

Les examens suivants devaient être réalisés selon un protocole identique dans tous les hôpitaux pour cette étude: culture semi-quantitative de l'extrémité du dernier redon enlevé (redon profond), et examen direct avec décompte des polynucléaires et mise en culture du liquide de redon.

Un total de 733 patients a été inclus dans l'étude, se répartissant en 460 femmes et 273 hommes. Le score ASA allait de 1 à 4 (226 : 1, 351 : 2, 138 : 3 et 18 : 4). Un traitement immunosuppresseur a été noté chez 12 patients, une polyarthrite rhumatoïde chez 18 patients et la présence d'autres facteurs de risque chez 66 patients. Les interventions ont été liées à une fracture dans plus de la moitié des cas : 104 patients (51,5%).

Un nombre inégal de patients ont été inclus selon les établissements (de 30 à 461).

Les types d'intervention pratiqués ont été les suivants: 520 PTH, 59 prothèses intermédiaires de hanche, 126 PTG, 28 prothèses unicompartmentale de genou.

La répartition des patients selon le score NNIS a été la suivante: score 0 pour 523 (71,3%) patients, score 1 pour 195 (21,6%) patients et score 2 pour 16 (2,2%) patients. L'intervention était une reprise aseptique dans 76 cas (37,6%). Une antibioprofylaxie a été utilisée chez 732 patients. Pendant le suivi 7 patients sont décédés et 4 ont été perdus de vue. Un des patients est décédé après son infection, il a donc été inclus. Au total, l'analyse du suivi a concerné 723 patients.

• **Les infections observées**

6 cas d'infection ont été observés (0,8%). 4 sont survenus après PTH (2 en classe propre et 2 en classe propre-contaminée) et 2 après PTG (toutes les deux en classe propre-contaminée).

On note significativement plus d'infections dans les classes 1 (3 infections) et 2 (2 infections) du NNIS, (p < 10-6). Le délai moyen d'apparition de l'infection a été de 28,2 jours (11 à 71 jours, médiane à 19). Le tableau suivant résume les résultats pour les patients suivis.

Extrémité du redon	effectif	infection
Culture		
inconnu/ non cultivé	680	6
négative (<10)	27	0
positive	15	0
Liquide de redon	effectif	infection
Examen direct		
inconnu	6	0
pas de germe et PN < 10	710	6
rare germs et PN +	7	0
Liquide de redon	effectif	infection
culture		
inconnu	6	0
< 10 UFC/ml	711	6
10 à 10 ³ UFC/ml	6	0

Ce tableau permet de constater qu'aucun des examens faits dans un but de prédiction des infections n'était positif dans les 6 cas d'infection.

La réponse à la question posée au début de l'étude est la suivante : nous n'avons pas mis en évidence, pour aucun des examens testés, d'intérêt prédictif de l'infection. Il est impossible de donner le risque pris en donnant cette réponse en raison de l'absence d'examen positif.

Cette étude longue nous conduit à faire les remarques suivantes :

Les services qui ont participé à ce travail ont eu l'occasion de réaliser une période de surveillance des infections du site opératoire qui leur permet de comparer leurs résultats avec ceux d'autres sources, comme le réseau ISO Sud Est. Les chiffres obtenus sont comparables à ceux des autres sources et le gradient associé au gradient de risque y est bien retrouvé.

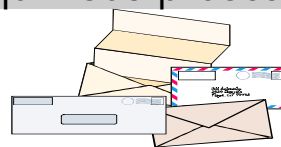
Il est possible, au terme de ce travail, de proposer l'abandon des examens systématiques sur les redons (extrémités ou liquides), réalisés "au cas où...", et de préférer pour ce suivi d'autres examens cliniques ou para cliniques.

Bien que cette étude ait été très lourde pour ces participants, elle a permis de répondre à la question posée et a offert à quelques équipes l'occasion de réaliser une surveillance épidémiologique qui pourra être continuée dans un autre cadre.

Le rapport détaillé de cette enquête est disponible sur simple demande au C.CLIN Sud-Est.

R. Girard / P. Berthelot

Ce qui vous préoccupe...



Comment réaliser les soins quotidiens de cordon aux nouveau-nés ?

Propositions de recommandations

Textes de référence :

- Guide pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales en maternité. Société Française d'Hygiène Hospitalière, mai 1998, 103 p.
- Guide pratique de l'antisepsie et de la désinfection. Fleurette J, Freney J. Reverdy M.E., Tissot-Guerraz F. Ed. ESKA, 1997, 220 p.

• **Avec quelle fréquence ?**

Ce soin doit être accompli au moins une fois par jour (au mieux 3 fois par jour), de préférence après le bain. Ces soins seront poursuivis jusqu'à la chute du cordon.

• **Comment se préparer ?**

Une antisepsie rapide des mains propres ou un lavage antiseptique des mains est nécessaire avant (et après) le soin.
Gants non stériles

• **Comment réaliser le soin ?**

- . des compresses stériles
- . eau du réseau et savon
- . une ampoule unidose de l'antiseptique choisi.

Le soin est réalisé en 4 temps : lavage, rinçage, séchage, antisepsie.

Le "non-pansement" après le soin est la technique retenue depuis longtemps par de nombreuses maternités afin de favoriser l'assèchement du cordon.

• **Quel antiseptique choisir ?**

Le choix du produit est réalisé en accord avec les services et le CLIN de l'établissement pour l'antisepsie du cordon. Il est orienté par :

- . son pouvoir antiseptique
- . son pouvoir desséchant pour le cordon
- . son innocuité : tenir compte des contre-indications, mises en garde ou précautions d'emploi pour des muqueuses et chez le nouveau-né.
- . le conditionnement de celui-ci (utiliser des monodoses que l'on jette juste après afin d'éviter la contamination et le risque de transmission croisée).

En pratique, deux produits d'efficacité prouvée ont été validés par un usage de longue date :

- . l'éosine alcoolique
- . l'alcool à 70 °

Attention ! l'éosine aqueuse n'est pas un antiseptique et doit être proscrite

A. Savey / F. Tissot-Guerraz