



Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales

CCLIN Sud-Est, Villa Alice
Hôpital Henry Gabrielle
20 route de Vourles—BP 57
69565 SAINT GENIS LAVAL Cedex

Téléphone : 04 78 86 49 49
Télécopie : 04 78 86 49 48
cclinse@chu-lyon.fr
http://cclin-sudest.chu-lyon.fr

Infections nosocomiales : ouverture d'un nouvel espace de dialogue pour les usagers du système de santé

L Ricour, Directeur Mission IDMIN
Haute Autorité de la Santé

Les infections nosocomiales représentent souvent pour les usagers une défaillance de notre système de santé. Conscient que le risque zéro n'existe pas, l'usager du système de santé exige le mépris zéro. Il exige plus d'écoute, d'information, de transparence et souhaite prendre part aux débats qui concernent sa sécurité. L'absence de transparence peut être vécue par le patient ou sa famille comme quelque chose de plus grave que l'événement lui-même. Seule la transparence peut donner la confiance et faire évoluer les mentalités.

Pour répondre à ces exigences le ministre de la Santé et des Solidarités a souhaité l'ouverture d'un nouvel espace de dialogue où les usagers puissent s'exprimer, être écoutés, entendus et conseillés. C'est le rôle de la **Mission nationale « Information et Développement de la Médiation sur les Infections Nosocomiales » (IDMIN)**. Afin de fonctionner en toute indépendance, celle-ci est rattachée à la Haute Autorité de santé (HAS), organisme public indépendant, placé en dehors des structures administratives traditionnelles.

Dans sa lettre de mission, le ministre a défini 4 objectifs : 1) informer les usagers sur les infections nosocomiales, les mesures de prévention appliquées par les autorités sanitaires et les conseils simples d'hygiène ; 2) recueillir, expliquer, orienter et assurer le suivi des demandes, réclamations et inquiétudes des usagers ; 3) contribuer au développement de la médiation au plan local ; 4) alerter, le cas échéant, les autorités sanitaires compétentes d'un risque infectieux pas encore identifié ou mal maîtrisé pouvant représenter un danger pour les usagers.

Le dispositif opérationnel

Le dispositif repose sur une structure opérationnelle constituée d'une équipe restreinte et s'appuie sur une cellule d'écoute composée de 10 professionnels de santé et un réseau externe de médecins en exercice, tous spécialistes dans leur domaine, et qui peuvent être consultés sur des dossiers nécessitant un avis médical.

Un **service d'information en ligne** permet de délivrer aux usagers des informations utiles, compréhensibles et transparentes sur le risque nosocomial, les réponses qui y sont apportées ainsi que les mesures de prévention appliquées, tant par les autorités sanitaires que par les professionnels de santé. Un dispositif unique d'écoute permet de cerner au plus près la nature de la demande des usagers et d'ap-

porter une réponse adaptée à chaque situation. Les usagers sont orientés, le cas échéant, vers des services spécialisés susceptibles d'apporter une réponse plus appropriée. Ce dispositif interactif et accessible à tous (centre d'appels avec un numéro de téléphone azur unique dédié s'appuie sur une écoute de proximité alliant compétence et empathie. Plus qu'un simple centre d'appels téléphoniques, ce dispositif est animé par une équipe expérimentée en liaison permanente avec l'ensemble des acteurs concernés (associations, établissements de santé, DDASS, CCLIN, CRCI, ONIAM, agences sanitaires, ministère,...) permettant d'assurer, en aval du premier contact, un suivi personnalisé.

Enfin, la Mission est amenée à tenter de **restaurer le dialogue dans les conflits susceptibles de survenir du fait ou à l'occasion d'une infection nosocomiale** en assurant la médiation entre les patients, les établissements de santé et les pouvoirs publics. Ce rôle de « facilitation » est assuré par une cellule rodée à la pratique de la médiation et à la gestion des conflits. La cellule intervient à la demande des patients et/ou des proches ainsi que des professionnels de santé.

Toute situation comportant un risque critique inhabituel et susceptible d'avoir un impact sanitaire important, dont la Mission aura eu connaissance au travers de témoignages d'usagers fait l'objet d'une information auprès des autorités compétentes.

L'année 2006 en chiffres et perspectives de développement

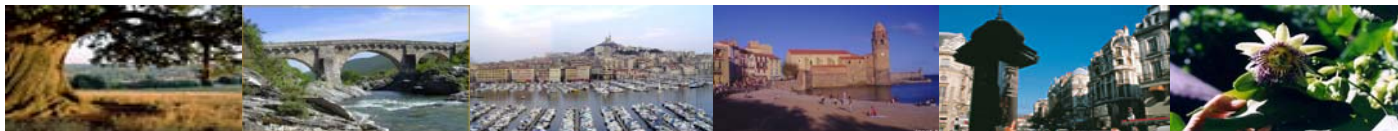
Après 10 mois de fonctionnement, la Mission IDMIN a permis de mieux écouter et d'accompagner plus de 5000 personnes et d'assurer le suivi personnalisé de leur cas, tout en limitant le recours au contentieux systématique et ce au bénéfice évident des établissements de soins et professionnels de santé. Plus de 60% des dossiers ont nécessité un niveau d'expertise assuré par les médecins de la Mission. Ces dossiers concernent dans 65% des cas la chirurgie orthopédique et dans 20% des cas la réanimation (syndromes septiques graves pour la moitié des cas)

La médiation en chiffres pour l'année 2006 :

- Après analyse, 450 usagers (patients ou familles) ont été orientés vers des structures de médiations locales : pour plus de 70% d'entre eux vers les Commissions des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) et pour 30 % vers les Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI) compétentes ;

Dans ce numéro :

- Infections nosocomiales : ouverture d'un nouvel espace de dialogue pour les usagers 1-2
- Résultats de l'audit national 2006 sur l'hygiène des mains dans l'inter-région 2
- Revue de pertinence des soins (RPS) et amélioration des pratiques cliniques 3
- Etude de la pertinence des demandes d'ECBU, des diagnostics d'infections urinaires et des traitements (prescription d'antibiotiques) 4
- Signalement des décès liés à une infection nosocomiale—algorithme d'aide à la décision –CTINILS 5
- Actualisation des définitions : des infections nosocomiales aux infections associées aux soins 6



Actualités

- 86 dossiers ont été considérés comme sensibles et ont fait l'objet ou sont en cours d'analyse approfondie par les médecins de la Mission et pourront à terme nécessiter une « médiation assistée » (l'opportunité de renouer le dialogue par une rencontre entre l'utilisateur (patient ou famille) et les professionnels de santé de l'établissement concerné en présence d'un membre de la cellule médiation de la Mission.
- 27 « médiations assistées » ont été réalisées par la mission dont dix-neuf ont permis d'éviter un contentieux inutile.

Près de 15% des dossiers traités par la Mission n'ont pas concerné directement une infection nosocomiale mais d'autres événements indésirables graves survenus au cours de l'hospitalisation. Certains de ces événements dépourvus individuellement de sens, ont pu être croisés avec les autres informations disponibles pour constituer une approche sérielle de situations

susceptibles d'impacter la sécurité des patients. C'est pourquoi le ministre de la santé et des solidarités, a demandé que **le périmètre d'activité de la mission d'information et de développement de la médiation sur les infections nosocomiales soit élargi à l'ensemble des événements indésirables liés aux soins.**

Tout en renforçant son rôle dans l'aide au développement de la médiation, la nouvelle mission sera en mesure de dispenser des informations sur l'ensemble des risques liés aux soins et à leur prévention. Elle travaillera en collaboration avec l'Institut de Veille sanitaire (InVS), l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS). Cette évolution se fera progressivement, en limitant dans un premiers temps le champ de son activité aux établissements de santé publics et privés. La mission sera opérationnelle en septembre prochain et s'accompagnera d'une campagne de communication grand public pour la faire connaître au plus grand nombre.

Résultats de l'audit national 2006 sur l'observance de l'hygiène des mains dans les établissements de Santé de l'inter-région Sud-Est

A Vincent ¹, S Arsac ², A Savey ³, B Tressière ⁴

¹, ³ médecins coordonnateurs CCLIN Sud-Est

² infirmière hygiéniste CCLIN Sud-Est

⁴ attaché scientifique CCLIN Sud-Est

Introduction

Suite à la circulaire ministérielle du 11 août 2005 relative à la stratégie nationale d'audit des pratiques en hygiène hospitalière, le CCLIN Sud-Est a proposé début 2006 à l'ensemble des établissements de l'inter-région un audit « clé en main » s'intitulant « Observance de l'hygiène des mains dans les établissements de santé ». Cet audit devait permettre aux établissements de développer un plan d'amélioration de l'hygiène des mains.

Méthodologie

Il s'agissait d'un audit par observation directe des pratiques, le repérage des opportunités d'hygiène des mains et l'observation des gestes d'hygiène des mains se faisaient dans la chambre du patient ou dans les salles de soins. Un minimum de 70 opportunités était demandé à chaque établissement participant. Les techniques d'hygiène de mains incluses étaient le lavage simple, le lavage hygiénique et la friction avec un produit hydro-alcoolique (PHA). Le lavage chirurgical des mains et la désinfection chirurgicale des mains par friction étaient exclus de cet audit. La saisie des observations a été réalisée grâce à une application Epi-Info fournie par le CCLIN en même temps que le protocole d'étude et les grilles de recueil. L'audit s'est déroulé entre le 1^{er} mars et le 31 décembre 2006.

Résultats

Sur les 922 établissements de l'inter-région, 312 se sont inscrits pour participer à cet audit et ont renvoyé des données. Au cours de cet audit 77167 opportunités d'hygiène des mains ont été observées : 35019 avant l'acte et 42148 après l'acte. Les catégories professionnelles les plus fréquemment observées lors de cet audit étaient les infirmières (42% des actes audités soit 20960 actes) et les aide-soignantes (27,3% des actes audités soit 13580 actes). Huit pour cent des actes audités (3946 actes) étaient réalisés par des médecins. La majorité des actes observés (37,7% des actes - 18727 actes) concernait des soins de contact avec la peau saine. Les actes présentant le risque le plus élevé d'infection croisée ou de contamination de l'environnement (« Acte technique potentiellement contaminant », « Manipulation de dispositif invasif » et « Geste invasif ») représentaient 26% des actes audités.

Pour l'ensemble des opportunités observées, l'observance de l'hygiène des mains est de 70,4% (54344/77167), la conformité est de 97,6% (53024/54344) et le pourcentage d'utilisation des PHA est de 52,9% (28758/54344).

Avant l'acte, l'observance de l'hygiène des mains est de 65,9% (23083/35019), la conformité est de 95,8% (22111/23083), et le pourcentage d'utilisation des PHA est de 49,50% (11426/23083). **Après l'acte**, l'observance de l'hygiène des mains est de 74,2% (31261/42148), la conformité est de 98,9% (30913/31261), le pourcentage d'utilisation des PHA est de 55,4% (17331/31261).

C'est parmi les infirmières que l'on note le taux d'observance le plus élevé (78,1%), viennent ensuite les aide-soignantes et les sages-femmes (respectivement 72,1% et 69,4%). Le taux d'observance des médecins se situe parmi les plus faibles relevés (58,94%). L'utilisation des PHA est faible chez les infirmières et les sages-femmes, n'excédant pas 52% dans ces deux catégories professionnelles. Les médecins semblent s'être mieux appropriés cette technique avec un taux d'utilisation de 66%.

Parmi les opportunités d'hygiène de mains réalisées avant l'acte, on note un pourcentage important d'hygiène insuffisante (lavage simple au lieu d'un lavage hygiénique) pour les gestes invasifs et les manipulations de dispositifs invasifs (respectivement 51,4% et 60,7%). On note aussi pour les actes techniques potentiellement contaminants et les préparations/distributions de médicament, un pourcentage non négligeable (respectivement 21,3% et 16,4%) d'hygiène des mains en excès avec un lavage antiseptique à la place d'un lavage simple.

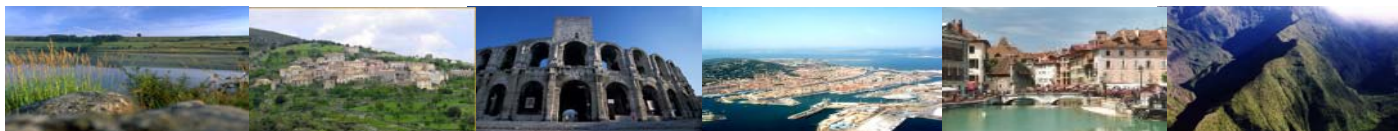
Lors de la prise en charge de patients en isolement septique, l'observance est plus élevée mais la conformité plus faible que lors d'actes réalisés auprès de patients non isolés. Dix-huit pour cent (257/1410) des opportunités observées lors de la prise en charge de patients placés en isolement septique n'ont été suivies d'aucune hygiène des mains et 24,7% (348/1410) ont été suivies d'un lavage simple au lieu d'un lavage hygiénique.

Conclusion

L'observance de l'hygiène des mains mise en évidence grâce à cet audit semble bonne dans les établissements du Sud-Est, proche des données publiées par d'autres études à la méthodologie similaire. Par contre, la conformité pourrait être améliorée lors des actes invasifs, lors de la manipulation de dispositifs invasifs et lors de la prise en charge de patients placés en isolement septique. L'utilisation plus systématique de produits hydro-alcooliques permettrait certainement, tout en améliorant l'observance dans les services à forte densité de soins, d'augmenter le taux de conformité d'hygiène des mains dans ces situations où le risque de transmission croisée est important.

La méthodologie de cet audit ainsi que des résultats détaillés sont consultables sur le site du CCLIN Sud-Est :

<http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/>



Evaluation des pratiques professionnelles : fiche méthodologique

Revue de Pertinence des Soins (RPS) et amélioration des pratiques cliniques

H Favre, praticien hospitalier, Pôle Information Médicale Evaluation et Recherche, Hôpitaux de Lyon

Cette méthode évalue l'adéquation des soins administrés aux besoins des patients, c'est-à-dire leur caractère approprié. Il s'agit de **vérifier si l'acte de soins est pertinent (ou à défaut, justifié) pour un patient au regard des indications de cet acte**. L'intérêt porté aux variations inexplicables des pratiques cliniques s'est développé aux USA à partir des années 80 et en France, dès le début des années 90. Ces variations ont des conséquences directes sur la qualité de la prise en charge des patients.

La 2ème procédure de certification des établissements de santé met l'accent sur la nécessité d'évaluer la pertinence des pratiques cliniques. La RPS répond à la référence 44 du manuel de certification V2, qui a trait à l'efficacité et conduit les établissements de santé à évaluer la pertinence des actes et des soins réalisés. Cette évaluation de l'adéquation de l'utilisation de ressources (hospitalisations, durée de séjours, actes et prescriptions) aux besoins des patients est un élément important d'évaluation de la qualité des soins, notamment sur les plans sécurité et coût.

Comme l'Audit Clinique, la RPS est une **approche par comparaison d'une pratique à un ensemble de critères objectifs**, prédéterminés, standardisés et validés, présentés sous forme d'une **grille**. Initialement, la RPS a été développée pour évaluer la pertinence des admissions à l'hôpital et celle des journées d'hospitalisation mais elle peut aussi concerner une prescription médicamenteuse (ex : prescription d'une fluoroquinolone), un acte à risque (ex : réalisation d'une césarienne, coloscopie, endoscopie bronchique) ou un examen de laboratoire et d'imagerie (biopsie ostéomédullaire, examens cardiologiques, troponine, entorse de la cheville)... Elle peut porter sur l'indication, l'initiation ou la poursuite des soins.

La RPS en pratique

Trois documents initiaux sont à réaliser : 1) Le **protocole** de la RPS décrit la méthode et les modalités pratiques 2) La **grille de critères** de la RPS, les modalités de réponse sont de type binaire «Oui/Non» 3) Le **guide d'utilisation de la grille** précise les modalités de réponse à chaque critère. Un **rapport final** rend compte de l'ensemble de la démarche. Le thème est choisi en fonction de la fréquence de la pratique, du risque pour le patient et du potentiel d'amélioration. Il faut également tenir compte de l'existence de référentiels sur le sujet.

Exemples de thèmes : Pertinence des biopsies ostéo-médullaires en gériatrie, de la coloscopie, des bilans biologiques prescrits aux urgences, d'examens d'imagerie en cas de traumatisme crânio-cervical...

Des grilles génériques AEPf (Appropriateness Evaluation Protocol, avec *f* pour français) de critères objectifs ont été développées pour évaluer la pertinence de l'admission d'un patient à l'hôpital ou son hospitalisation. Cet outil est une évaluation de processus purement technique, défini du seul point de vue des professionnels de santé. Pour évaluer la pertinence d'actions thérapeutiques ou diagnostiques, des grilles spécifiques devront être développées à partir des données de la littérature. Pour certaines spécialités, les sociétés savantes proposent sur Internet des grilles à disposition des professionnels.

Les **modalités de la RPS** sont décrites dans le protocole de la RPS, qui spécifie : les services concernés, les critères d'inclusion et d'exclusion décrivant la **population concernée** et l'acte de soin étudié, le **type d'étude** : approche prospective ou approche rétrospective, les **sources de données** : habituellement le dossier

du patient, mais aussi l'entretien avec le personnel médical et soignant, la **taille de l'échantillon** : en pratique, **un minimum de 30 patients** est requis - on comprend ainsi qu'avec 30 dossiers, seules de grandes améliorations (ou altérations) de pratiques peuvent être mises en évidence - la **période d'évaluation** : il faut définir la période la plus favorable et la chronologie du recueil en tenant compte de l'impact de la taille de l'échantillon sur la durée de l'évaluation et le **mode de sélection** : chronologique à partir d'une date donnée, tirage au sort, pseudo-tirage au sort (ex : un dossier sur deux)...

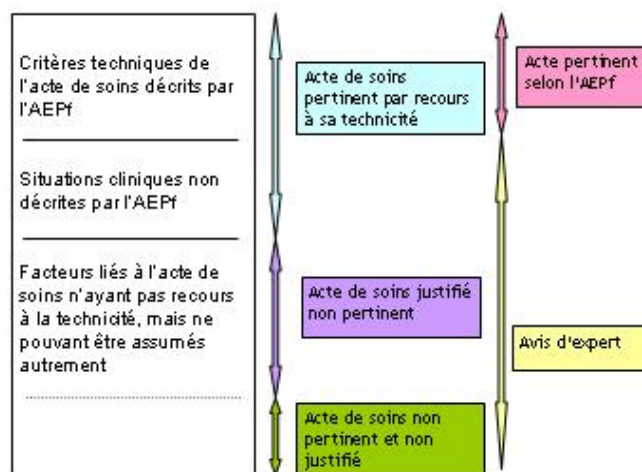
Le **recueil des données** peut se faire par l'équipe elle-même (auto-évaluation) ou par un évaluateur externe.

L'analyse des réponses à la grille de critères de RPS conclut à :

- 1) **L'acte de soin est « pertinent »** (au moins un critère de pertinence est présent) : le dossier est alors classé.
- 2) **L'acte de soin est « non pertinent »** : dans ce cas, il est possible d'avoir recours à un avis d'expert pour classer ou non l'acte de soin. Si l'acte de soin reste « non pertinent » après avis d'expert, alors la démarche est poursuivie par la recherche de causes de dysfonctionnement. Les causes de non pertinence sont à hiérarchiser, notamment en ce qui concerne la fréquence et le coût. Il est vivement déconseillé d'utiliser les résultats sous forme de palmarès en classant les services ou les établissements. En effet, l'outil utilisé ne repose sur aucune valeur de référence.

Les **mesures correctives** mises en place tendent vers une amélioration de la qualité des soins délivrés aux patients, une utilisation optimale des ressources et une efficacité de la prise en charge. De la même façon que pour l'audit, une **réévaluation** doit être envisagée, en fonction des résultats. Cette réévaluation peut être faite en utilisant la même méthode ou une autre méthode d'Evaluation des Pratiques Professionnelles et porter sur tout ou une partie des critères de pertinence.

Typologie des actes de soins, selon l'AEPf et selon l'expert



Conclusion et Limites de la RPS

Il faut être prévenu de la complexité relative de l'élaboration des grilles et de leur remplissage (longueur, subjectivité des critères, formation des enquêteurs...). C'est une méthode d'évaluation de seconde intention. Sa mise en œuvre nécessite une « culture qualité » préexistante.

Pour en savoir plus : HAS: Revue de pertinence des soins - Nov 2004, 91 p. Téléchargeable sur le site de l'HAS : <http://www.has-sante.fr>



Evaluation des pratiques professionnelles : exemple d'application RPS

Étude de la pertinence des demandes d'examens cyto bactériologiques des urines (ECBU), des diagnostics d'infections urinaires (IU) et des traitements (prescription des antibiotiques)

J Grando ¹, F Vandenesch ²,

Groupe Hospitalier Est (GHE), Hospices Civils de Lyon

¹ praticien hospitalier, unité d'hygiène et d'épidémiologie,

² professeur de bactériologie, laboratoire de bactériologie

Introduction

Choix du thème : Le thème de l'infection urinaire est retenu car (1) il s'agit de l'infection nosocomiale la plus fréquente et son traitement est le principal motif de prescription antibiotique ; (2) les ECBU sont les examens bactériologiques les plus fréquemment demandés et (3) une conférence de consensus portant sur les critères diagnostiques d'infection urinaire et les indications de traitement a été publiée en 2002.

Référentiels : Les recommandations concernant le diagnostic clinique et microbiologique des infections urinaires et leur traitement sont énoncées dans la conférence de Consensus du 27 novembre 2002.

Contexte hospitalier : Le laboratoire de microbiologie du groupe hospitalier réalise environ 600 ECBU par mois dont 30% environ sont positives en raison de contaminations, de colonisations ou d'infections urinaires (cystite ou pyélonéphrite). Aucune évaluation des demandes de ces examens et de l'interprétation des résultats n'a jamais été réalisée. De nombreux patients hospitalisés au GHE ont un "contrôle d'urine" systématique en l'absence de signe clinique d'infection urinaire. Ce « contrôle » consiste en un dépistage à l'aide d'une bandelette urinaire suivi, en cas de positivité, par un ECBU. Si l'ECBU donne lieu à un résultat positif avec identification d'une bactérie et antibiogramme, une antibiothérapie est souvent prescrite même en l'absence de signe clinique d'infection. Ce large dépistage des infections urinaires n'est pas conforme aux recommandations de la conférence de consensus et conduit à diagnostiquer une majorité de colonisations urinaires avec un risque de prescription antibiotique par excès et une augmentation de la pression de sélection de résistances bactériennes.

Objectifs

L'objectif principal est de réduire le nombre d'antibiotiques prescrits pour des colonisations urinaires diagnostiquées en raison du dépistage systématique de l'infection urinaire.

Matériel et méthode

Pour chaque ECBU reçu au laboratoire une enquête est réalisée dans le service le lendemain de la réception du résultat bactériologique. Une étude du dossier du patient permet d'évaluer la prescription médicale d'ECBU, le motif de cette demande, l'interprétation du résultat, la prescription d'une antibiothérapie, le choix de l'antibiothérapie (molécule, posologie et durée).

Les données sont recueillies sur une grille (ci jointe) et interprétées suivant un logigramme construit à partir de la conférence de consensus.

Résultats et discussion

Sur les 48 dossiers étudiés, 23% des demandes sont conformes à la conférence de consensus et 56 % sont conformes aux recommandations présentes dans l'établissement depuis de nombreuses années et qui préconisent un large dépistage par l'usage de la bandelette urinaire. Dans 35% des cas l'examen est réalisé sans prescription médicale probablement en raison d'habitudes de service. Quatre-vingt-cinq pour cent des ECBU sont stériles et correspondent aux patients ne présentant aucun signe clinique. Seul un cas d'infection urinaire est diagnostiqué cliniquement et micro-

biologiquement ; le traitement antibiotique est conforme aux recommandations du Comité des Anti-Infectieux.

Il est décidé de recommander la prescription d'ECBU en fonction du contexte clinique du patient (signes infectieux, immunodépression, grossesse, ...) et d'abandonner les nombreux contrôles systématiques (patients diabétiques, après traitement d'une infection urinaire, après ablation de sonde urinaire à demeure, à l'entrée du patient à l'hôpital).

Plan d'amélioration

Une large information des résultats de cette première enquête et des recommandations de la Conférence de Consensus du 27 novembre 2002 a été faite sur l'établissement (réunion de CLIN et réunion des cadres infirmiers, diffusion de courriel à l'ensemble du personnel médical par Intranet). Le suivi du nombre d'ECBU reçus au laboratoire de bactériologie permet d'évaluer l'efficacité de cette action et montre une diminution de 30% des examens reçus. Ce suivi doit se poursuivre afin de décider, si besoin, de mener de nouvelles actions d'information.

L'évaluation des traitements antibiotiques à visée urinaire n'a pas pu être menée lors de cette première évaluation en raison du faible nombre d'examens positifs. Cette étude pourra être menée en 2007 à partir des résultats de laboratoire mais en sélectionnant au préalable les ECBU positives. La méthodologie sera la même : visite dans le service pour évaluer l'interprétation d'un ECBU positif et l'éventuel traitement antibiotique.

Grille de critères de la RPS

→ PRESCRIPTION ECBU

- Prescription médicale O/N
- Motif
 - Signes cliniques
 - Neutropénie/immunod.
 - Pré-opératoire
 - Porteur de prothèse
 - grossesse
 - Epidémie de BMR
 - Autre
 - systématique à l'entrée
 - Bandelette U positive
 - Contrôle après retrait SAD
 - Diabète
 - Préciser

Conclusion : pertinence de la demande ECBU

- Conforme consensus
- Conforme service
- Non conforme

Résultat ECBU

- Stérile
- Contaminée
- Positive
 - Germe :
 - colonisation
 - IU
 - Cystite
 - pyélonéphrite
 - IU nosocomiale
 - IU sur SAD

→ SI IU sur SAD

- Retrait SAD
- Changement SAD
- Pas de modification

Conclusion : SAD

- Conforme consensus
- Conforme service
- Non conforme

→ DECISION DE TRAITEMENT ATB

- Prescription ATB O/N
- Prescription médicale O/N
- Motif
 - Signes cliniques (donc infection)
 - Pas de signe clinique mais :
 - Neutropénie/immunod.
 - Pré-opératoire
 - Porteur de prothèse
 - grossesse
 - Epidémie de BMR
 - Serratia mar ou Klebsiella pne
 - Autre

Conclusion : pertinence de la décision de traitement ATB

- Conforme consensus
- Conforme service
- Non conforme

→ TRAITEMENT ATB

- Nbre ATB
- Molécule
- Posologie
- Durée

Conclusion : pertinence du choix du traitement ATB

- Conforme consensus
- Conforme service
- Non conforme

Signalement des décès liés à une infection nosocomiale algorithme d'aide à la décision—CTINILS, janvier 2007

C Bernet, médecin coordonnateur CCLIN Sud-Est,
A Sotto, Professeur service des Maladies Infectieuses et Tropicales CHU Nîmes

Les infections nosocomiales (IN) les plus graves peuvent avoir pour conséquence un impact sur le décès des patients, toutefois on connaît la difficulté d'imputabilité des « IAS » (infections associées aux soins) à la mortalité, des difficultés d'évaluation qui peuvent être liées à un état préalable déjà péjoratif du patient. Plusieurs scores sont calculés pour l'évaluer, score pronostic de Mac Cabe, score de comorbidité de Charlson ou encore un score de gravité de la pathologie sous-jacente. De plus, le codage PMSI des infections nosocomiales, Y95 en CIM 10, n'est encore que rarement réalisé et cette cause est peu mentionnée sur les certificats de décès pour être exploitée.

La littérature nous rapporte de nombreuses études établissant un lien entre les IN et la mortalité. Ces études, cas-témoins pour la plupart, portent sur la mortalité associée à divers sites infectieux (pneumopathies sous ventilation, bactériémies, infections de site opératoire). La **mortalité attribuable à la survenue de l'infection**, quand elle a été mesurée était **> 25%**. Les études concernent très souvent les réanimations. Les mortalités rapportées sont souvent liées à des dispositifs invasifs (ventilation mécanique responsable de pneumopathies à pyocyanique, cathéters veineux centraux porte d'entrée de bactériémies). Les agents infectieux les plus souvent identifiés dans les bactériémies sont les entérocoques, les pyocyaniques ou encore des candidémies nosocomiales. Certaines études cas-témoins incluant une centaine de patients par bras, ont évalué la mortalité attribuable pour les germes sus cités respectivement à 15.1%, 31% et 49%. Mais ces études de mortalité à visée épidémiologique renseignent sur les facteurs de risque sans pouvoir donner une mesure globale et continue de la mortalité attribuable aux IN. Dans leur ensemble, les quelques études françaises publiées basées sur des méthodologies non univoques, annoncent des taux imputables variables : 6 à 15.7% des décès hospitaliers observés.

En extrapolant les données d'études, le nombre de décès annuels « imputables à », ou « en lien avec » l'IN, pourrait se situer entre 20 000, étude plus ancienne avec méthodologie simple, à 4 000, étude plus récente de méthodologie plus robuste (CCLIN Paris - Nord, 2002). Ces études ne prennent pas en compte les décès survenant après la sortie des patients de l'établissement, évalué à 24% des décès imputables aux IN.

Le signalement du critère 2 « décès », quel bilan?

En se référant à la base nationale de déclaration des signalements d'IN de l'Institut de Veille Sanitaire, données du 26 juillet 2001 au 31 décembre 2004, le critère « 2 » décès représentait 23% des motifs de signalement en France. Toutefois, il a été constaté une grande variabilité de son utilisation selon les cinq inter-régions (11 à 32%), par région (0 à 71%) et par établissement (un signalement systématique des décès survenus en réanimation représentant 92% des critères de déclaration dans certains établissements).

Devant ce constat et à la demande du CTINILS, un groupe de travail a été constitué en 2006 et coordonné par le Dr D. Talon. L'objectif de ce groupe était d'élaborer un outil d'aide décisionnel au signalement d'un décès et plus précisément : 1) d'explicitier la notion de décès imputable à une IN 2) de proposer une conduite à tenir devant le décès d'une personne ayant une IN 3) de préciser les consignes de remplissage de la fiche de signalement. L'outil d'aide à la décision du signalement après décès est finalement retenu après différents tests auprès des professionnels a été un algorithme.

L'algorithme d'aide à la décision du signalement après décès

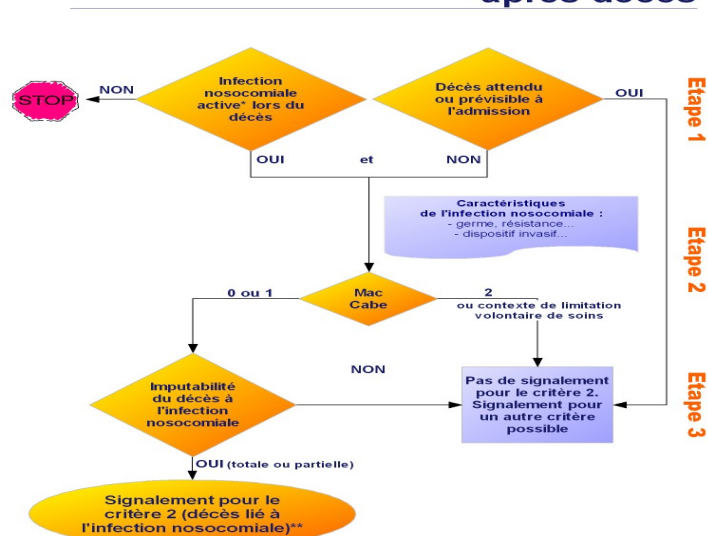
Le **critère « 2 » ne doit être coché que si l'IN a contribué de façon décisive au décès**. Le décès lors de la survenue de l'IN ne fera donc pas l'objet d'une déclaration pour un patient au score de Mac Cabe à 2, pour un patient relevant des soins palliatifs, ou lorsque le décès était déjà attendu à l'admission. En revanche, si un autre critère de signalement est présent, le décès fera l'objet d'une déclaration mais relevant d'un autre critère (ex :

critère 1.a. : présence d'un agent pathogène rare et inhabituel par son profil de résistance). **Il est rappelé que tous les éléments évoqués sont à valider par le clinicien senior en charge du patient, voire de façon collégiale avec les médecins du service.**

Le processus décisionnel de signalement après décès se fait donc en 3 étapes : **1e étape** : Le décès était-il attendu ou prévisible à l'admission? L'infection était-elle active au moment du décès?

2e étape : Quelle est la gravité de l'infection? Quelle est la plausibilité physiopathologique de l'infection par rapport au décès? Quel est le contexte de survenue du décès: score de Mac Cabe, contexte de limitation volontaire de soins...? **3e étape** : Evaluer l'imputabilité du décès à l'IN : l'imputabilité partielle ou totale valide le signalement externe.

Processus décisionnel de signalement après décès



* Infection active = Infection dont le traitement anti-infectieux par voie générale n'est soit pas encore instauré, soit toujours en cours.

** Un autre critère peut également apparaître sur la fiche de signalement

Quelques cas cliniques : à votre avis, déclaration ou non ?

Cas 1 : Homme âgé de 65 ans, décédé brutalement dans un contexte de bactériémie à *S. aureus* métiS, compliquant une ISO après pose de prothèse totale de hanche.

- Décès attendu ou prévisible à l'admission : non
- Infection nosocomiale active lors du décès : oui
- Caractéristiques de l'infection : micro-organisme banal, localisation rare
- Mc Cabe : 0
- Imputabilité du décès à l'infection : oui, directement

Signalement externe? **OUI**, pour critère 2

Cas 2 : Patiente de 50 ans, hospitalisée pour une fracture du fémur et décédée dans un contexte d'infection urinaire à *E. coli* sensible; embolie graisseuse à l'autopsie.

- Décès attendu ou prévisible à l'admission : non
- Infection nosocomiale active lors du décès : oui
- Caractéristiques de l'infection : micro-organisme banal, localisation fréquente
- Mc Cabe : 0

Signalement externe? **NON**

Conclusion

Lors de la décision d'une déclaration de décès, la conduite d'une analyse plus approfondie du dossier s'impose dans une démarche globale de gestion des risques. Plusieurs outils existent et sont proposés aux professionnels (ex : revue de mortalité-morbidité) que l'on peut retrouver sur le site de l'HAS° (<http://www.anaes.fr/anaes/>).

Pour en savoir plus : guide méthodologique et algorithme d'aide à la décision—CTINILS, janvier 2007. Téléchargeable sur http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/CTINILS/guide_methodo_decès.pdf



Actualisation des définitions : des infections nosocomiales aux infections associées aux soins

B Tran, médecin, Cellule Infections Nosocomiales, Direction Générale de la Santé

En mars 2005, le Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins (CTINILS) a créé un groupe de travail chargé de proposer une actualisation des définitions des infections nosocomiales. De nombreux arguments, certains techniques, d'autres résultant de l'évolution des pratiques de soins, d'autres enfin inhérents à la place croissante dévolue récemment dans la politique nationale relative aux infections nosocomiales, aux préoccupations des usagers de soins et aux questions d'ordre juridique et assurantiel, ont amené cette actualisation.

Ce groupe de travail était composé de membres titulaires du CTINILS et d'experts extérieurs dont un représentant de la SFHH et de trois représentants, à titre d'observateurs, de la commission nationale des accidents médicaux, qui avait conduit une réflexion sur la terminologie relative aux procédures d'indemnisation des accidents médicaux.

La référence utilisée en France était constituée par le guide du CTIN " [100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales](#) ", édité en 1999. Ce guide, destiné en priorité aux présidents de CLIN et aux équipes opérationnelles d'hygiène pour les aider à mettre en place un programme cohérent d'actions au sein des établissements de santé, abordait les définitions dans un objectif de surveillance épidémiologique. Cependant, faute d'autre référence disponible, les mêmes définitions ont jusqu'ici été utilisées pour d'autres domaines, comme celui des expertises judiciaires.

Ce travail était aussi devenu nécessaire pour prendre en compte les infections contractées au cours de soins délivrés hors des établissements de santé. En effet, les durées de séjours hospitaliers se sont réduites, de plus en plus d'actes très techniques sont réalisés en milieu ambulatoire et la prise en charge de certains patients, atteints de pathologies chroniques, fait alterner hospitalisations et soins coordonnés à domicile. La frontière entre soins communautaires et soins hospitaliers étant moins précise, cette évolution a été prise en compte par le CTINILS, avec l'élaboration d'une définition globale et pour chacune des définitions relatives aux principaux sites anatomiques.

La **définition globale** introduit la notion d'infection associée aux soins, rassemblant dans un même cadre l'ensemble des infections survenues à l'occasion de prises en charges de soins, qu'elles soient hospitalières ou de ville. Ainsi : **Une infection est dite associée aux soins si elle survient au cours ou au décours d'une**

prise en charge (diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive ou éducative) d'un patient, et si elle n'était ni présente, ni en incubation au début de la prise en charge.

Le CTINILS a toutefois souhaité conserver les termes « infection nosocomiale » pour désigner les infections associées aux soins acquises dans un établissement de santé, car cette dénomination conserve encore un sens fort dans les médias et pour le public.

La définition de 1999 est assouplie en élargissant la notion de prise en charge au sens large du soin, en faisant prendre en compte le délai d'incubation de l'infection et en insistant sur le caractère plausible ou non du lien entre la prise en charge et l'infection. Patients, professionnels et visiteurs sont concernés. Tout lieu de délivrance de soins, y compris le domicile du patient, est inclus.

En revanche, tout critère d'évitabilité est exclu de la définition et renvoyé à une détermination a posteriori, de façon individuelle, qui devra tenir compte notamment de l'état de santé préalable. Un groupe de travail de la SFHH conduit une réflexion complémentaire sur cet aspect.

Les définitions épidémiologiques de 1999 non plus n'étaient plus adaptées, en partie du fait de l'important développement de la surveillance en réseau, notamment au niveau national et européen. Le groupe de travail a fait des propositions visant à améliorer la spécificité et la reproductibilité de ces définitions.

En particulier, les colonisations sont exclues, ainsi que les pneumopathies d'inhalation favorisées par des troubles de conscience initiaux.

La mise à jour des définitions s'appuie sur la littérature scientifique, les travaux des sociétés savantes et a bénéficié, pour ses différents aspects, de la contribution de nombreux experts des spécialités abordées. Les sociétés savantes, les ordres des professions médicales, l'académie de médecine et la commission nationale des accidents médicaux ont été officiellement consultés sur ces propositions en mars 2006.

Une consultation publique sur le site du ministère de la santé a été organisée en entre avril et juillet 2006 et de nombreux praticiens de l'hygiène y ont répondu.

Le document définitif, issu de ces réflexions, ces travaux et ces consultations successives, est en ligne sur le site du ministère.

<http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/nosoco/nosoco4.html>

Présentation d'un kit de formation : "pose et surveillance d'un cathéter veineux périphérique"

A Mage, cadre infirmière hygiéniste, Antenne CCLIN languedoc - Roussillon

A partir des recommandations SFHH/HAS "Prévention des infections liées aux cathéters veineux périphériques", les antennes régionales CCLIN Sud-Est ont élaboré un outil de formation des professionnels "Pose et surveillance d'un CVP".

Afin de diffuser cet outil, les antennes régionales CCLIN Sud Est proposeront aux EOH des établissements de santé de leur région

une formation d'une ½ journée pour s'approprier le "kit formation pose et surveillance d'un CVP". Ces formations auront lieu au cours du 4^e trimestre 2007 dans les différentes régions du CCLIN Sud-Est, un courrier annonçant les dates et les lieux de ces formations sera adressé aux EOH très prochainement.