

ACTUALITÉS DU CCLIN EST ET DE SES 5 ANTENNES RÉGIONALES



Avril 2013

PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION CROISÉE PAR VOIE RESPIRATOIRE : AIR OU GOUTTELETTES

Dans ce numéro :

Précautions respiratoires	1
A l'agenda	2
Prions	3
Enquêtes	4
Grippe H7N9	5
Check -ist bronchique	6
Escarres	7
Précautions respiratoires	8

Synthèse des « Recommandations pour la prévention de la transmission croisée par voie respiratoire : Air ou Gouttelettes »

Recommandations générales pour toute personne qui tousse

R0 :

- Couvrir le nez et la bouche avec un mouchoir à usage unique, lors de toux, éternuement, écoulement, mouchage
- Jeter immédiatement les mouchoirs après usage
- En l'absence de mouchoir, tousser ou éternuer au niveau du coude plutôt que dans les mains
- Réaliser une hygiène des mains après contact avec des sécrétions respiratoires ou des objets contaminés
- Ne pas toucher les muqueuses (yeux, nez, bouche) avec des mains contaminées
- En milieu de soins (visites, consultation...), porter un masque chirurgical

Recommandations « Air »

R1 : « Le personnel et le visiteur en contact avec un patient suspect ou atteint de pathologie à transmission respiratoire « Air » portent un appareil de protection respiratoire (**avant l'entrée dans la chambre**). **A** »

R2 : « Le patient suspect ou atteint de pathologie à transmission respiratoire « Air » doit être en chambre individuelle porte fermée. **C** »

R3 : « Le patient suspect ou atteint de pathologie à transmission respiratoire « Air » porte un masque chirurgical (dès l'entrée à l'hôpital, au service des urgences, en consultation et lorsqu'il sort de sa chambre). **A** »

Recommandations « Gouttelettes »

R4 : « Le personnel et le visiteur en contact avec un patient suspect ou atteint de pathologie à transmission respiratoire « Gouttelettes » portent un masque chirurgical (**dès l'entrée dans la chambre**). **A** »

(suite page 8)

Chaque bulletin contient des points de :

- Formations
- Surveillances
- Signalements
- Réglementation

Calendrier des événements

AVRIL 2013

Pour toutes difficultés concernant les inscriptions ou la compréhension d'une surveillance (AES 2013, ATB 2012, ISO 2013, BMR 2013 et REA 2013) :

Prendre contact si nécessaire avec Olivier HOFF : 03-83-15-35-45

Les inscriptions se font en ligne sur le site du CCLIN Est à la rubrique surveillance. Vous trouverez également tous les outils nécessaires à la réalisation de ces surveillances (et audit) et les moyens de contacter les personnes responsables de chacune d'elles en cas de nécessité.

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

Rapport de la Surveillance inter-régionale des ISO 2012 : <http://cclin-est.fr/UserFiles/File/Surveillance/ISO/RapportISO2012.pdf>

Rapport de la Surveillance des infections nosocomiales en réanimation adulte inter-régionale Est – 1^{er} semestre 2012 : <http://www.cclin-est.org/UserFiles/File/Surveillance/REA/Rapport%20REA%20RAISIN%202012%20CCLIN%20Est.pdf>

Surveillance des bactéries multirésistantes dans les établissements de santé en France, Réseau BMR-Raisin – Résultats 2011 :

<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2013/Surveillance-des-bacteries-multiresistantes-dans-les-etablissements-de-sante-en-France>

ATB 2012 : la date limite pour le retour du fichier de données est le 30 avril 2013

AES 2012 : La deadline définitive pour la saisie ET la validation des données est fixée au 19 avril 2013.

COLLOQUES-JOURNEES- CONGRES

21^{èmes} Journées régionales d'hygiène et de lutte contre les Infections Nosocomiales de Lorraine :

Nancy les 16 et 17 mai 2013 - accéder au programme

<http://arlin-lorraine.chu-nancy.fr/congres-manifestations/journees-regionales-d-hygiene/2013-21emes-j-r-h/>

XXIV Congrès de la SF2H Paris les 29, 30 et 31 mai 2013 - accéder au programme et inscriptions

<http://www.sf2h.net/congres-sf2h.html>

> les sciences humaines et sociales et la gestion du risque infectieux.

> risque infectieux hors établissements de santé.

> l'ennemi public n°1 : les entérobactéries BLSE. Comme nt les gérer, l'importance du contrôle des antibiotiques, les spécificités de l'épidémiologie.

> risque infectieux et activités ambulatoires.

Journée CCLin Est/ARLIN : Besançon le 08 octobre 2013 sur « Prévention du risque infectieux en HAD » - programme et bulletin d'inscription à venir

INSTRUCTION PRION

Peu d'établissements semblent avoir opté pour l'inactivation systématique en application de l'instruction prion, selon une enquête menée auprès d'équipes de stérilisation et présentée aux Journées nationales d'études sur la stérilisation dans les établissements de santé, organisées à Marseille la semaine dernière par le Centre d'études et de formation hospitalières (CEFH).

Parue fin 2011, l'instruction n°449 relative aux recommandations visant à réduire le risque de transmission d'agents transmissibles non conventionnels (ATNC) lors d'actes invasifs a actualisé les préconisations pour tenir compte de l'évolution des données épidémiologiques sur le variant de la maladie de Creutzfeldt-Jacob (vMCJ) et de la meilleure connaissance de l'infectiosité des tissus vis-à-vis des ATNC.

Ce nouveau texte a suscité de nombreuses questions à sa mise en œuvre. La direction générale de la santé (DGS) a publié courant 2012 des réponses aux questions fréquemment posées et l'Association française de stérilisation (AFS) a émis des commentaires pour ses adhérents.

L'instruction renforce le niveau de traitement des dispositifs médicaux utilisés pour des actes à risque, ce qui peut poser des problèmes de tolérance pour le matériel. Il est notamment possible de réaliser une étape d'inactivation systématique avec un produit à concentration « prionicide » pour tous les instruments ou seulement pour ceux présentant un risque.

Un peu plus d'un an après, l'AFS a voulu savoir comment se passait l'application de l'instruction sur le terrain. Elle a réalisé une enquête auprès de ses adhérents et a obtenu 54 réponses.

Selon les résultats présentés par Françoise Rochefort des Hospices civils de Lyon (HCL), lors d'un atelier sur ce sujet, 48 établissements (89% des réponses) avaient revu leur procédure pour appliquer la nouvelle instruction, un gros établissement ne l'avait pas encore fait n'ayant pas encore réussi à définir la meilleure attitude et n'avait donc pas encore changé sa façon de faire.

Parmi les établissements répondants, 11% ne pratiquaient pas les spécialités à risque (neurochirurgie, ophtalmologie et ORL touchant la muqueuse olfactive) mais avaient défini une procédure.

Ils étaient 17% à faire un lavage avec inactivation systématique en stérilisation et 83% un lavage avec inactivation seulement si nécessaire (selon le risque). Un établissement ayant commencé en systématique était passé au "si nécessaire" du fait de problèmes rencontrés. Cette inactivation totale était réalisée au bloc opératoire pour 19% et/ou en stérilisation pour 79% (certains faisaient les deux).

En cas de procédure systématique, huit établissements le faisaient depuis 10-12 mois et un depuis huit mois. Trois établissements ont rencontré des problèmes avec les laveurs (tubulures à changer, eau non adoucie) et trois avec les dispositifs médicaux (augmentation du taux de panne sur des accessoires d'orthopédie, moteurs, ancillaires de stéréotaxie ne supportant pas le traitement).

Pour ceux qui faisaient un lavage avec inactivation si nécessaire, il était manuel pour la moitié et en laveur-désinfecteur pour l'autre moitié. Neuf établissements ont indiqué avoir dédié des laveurs à ce traitement. Les problèmes rencontrés étaient des dépôts irisés sur les parois et embases ou encore une coloration des parois internes des laveurs.

Globalement, on relève peu de problèmes mais la procédure a encore été peu ou pas appliquée dans les établissements interrogés car le cas [par exemple d'un patient suspect ou atteint d'encéphalopathie spongiforme transmissible ou EST] ne s'est pas encore présenté et cela ne reflète donc peut-être pas la réalité selon les auteurs.

Dans les établissements, où le choix du prionicide systématique a été faite, une augmentation du coût annuel en détergent de 215% a été constaté (car la concentration du détergent utilisé est beaucoup plus élevée pour être prionicide). Il faut aussi compter la qualification des laveurs, la nécessité de changer des tubulures, d'ajouter une troisième pompe sur certaines machines et d'assurer la maintenance.

Dans une autre étude faite au CH de Bourg-en-Bresse, les auteurs ont rapporté que le passage au systématique avait induit un surcoût de 157%, tandis qu'au CHU de Montpellier l'impact économique de l'application de l'instruction et le changement de détergent pour l'inactivation totale a multiplié par 2,9 le budget détergent.

Il reste par ailleurs des problématiques non résolues pour certains dispositifs médicaux non lavables en laveur et/ou ne supportant pas le détergent inactivant et d'une manière générale, les équipes de stérilisation signalent des difficultés à obtenir la fiche de dépistage MCJ qui doit être remplie au bloc opératoire et permet de classer le patient en "ni suspect, ni atteint" ou en "suspect" ou "atteint" ainsi que l'acte à risque ou non à risque.

L'idée de l'inclure à la "check-list" a été proposée, de même que l'utilisation du code CCAM (classification commune des actes médicaux) de l'acte pour déterminer automatiquement s'il s'agit d'un acte à risque ou non.

Pour en savoir plus :

Association Française de stérilisation : <http://afs.asso.fr/cms/index.php>

E-SIN : VOTRE AVIS NOUS INTÉRESSE

Vous êtes inscrit à l'annuaire des utilisateurs de l'application web de télésignalement des infections nosocomiales e-SIN. Déployée fin 2011, son utilisation est obligatoire depuis le 1er mars 2012 pour effectuer un signalement d'infection nosocomiale.

Plus d'un an après son déploiement, l'Institut de veille sanitaire (InVS) et le réseau CCLin/Arlin souhaitent connaître votre opinion et vos attentes concernant cet outil. A ce titre, nous vous serions reconnaissants de répondre à **partir du 19 avril** à un questionnaire en ligne (temps nécessaire estimé à moins de 10 mn), que vous ayez ou non déjà utilisé e-SIN pour effectuer un signalement. L'anonymat de vos réponses est garanti.

Pour accéder à l'enquête, cliquez sur ce lien :

<https://voozanoo.invs.sante.fr//178447646/scripts/aindex.php>

En bonus, la lettre du signalement n°7 avril 2013 :

http://www.invs.sante.fr/lettre_invs/e-SIN/lettreSIN/ESIN_290313.pdf

Les résultats de cette enquête, que nous souhaitons la plus large possible, nous aideront à améliorer les fonctions de l'application e-SIN. Ils vous seront communiqués à la rentrée 2013, notamment via la Lettre du signalement.

Si vous exercez vos fonctions dans plusieurs établissements de santé, vous avez pu recevoir plusieurs sollicitations : ne répondez à cette enquête qu'une seule fois. Enfin, si vos fonctions ont changé et que vous n'êtes plus en charge du signalement dans votre établissement de santé, ne répondez pas à l'enquête mais prenez contact avec l'InVS (esin-annuaire@invs.sante.fr) pour mettre à jour notre annuaire.

ENQUÊTE DE SATISFACTION DES SURVEILLANCES AGRÉGÉE ET PRIORITAIRE ISO 2012

Vous étiez référent de votre établissement pour la surveillance des ISO en 2012. Dans le cadre de la révision du protocole national de la surveillance des ISO, vous trouverez ci-dessous un lien pour vous connecter à un **questionnaire d'évaluation** à remplir **avant le 30 avril 2013**.

Cette étude a plusieurs objectifs :

- Faire un état des lieux de la mise en place de la surveillance agrégée
- Décrire l'utilisation des résultats issus de cette surveillance et de la surveillance prioritaire
- Evaluer la satisfaction des professionnels

Proposer des recommandations pour la suite à donner à la surveillance agrégée des ISO.

Vous devez vous connecter à l'aide de vos identifiant et mot de passe habituels que vous utilisez pour la saisie en ligne des ISO. Si vous avez oublié ou égaré votre mot de passe, cliquez sur le bouton "Mot de passe oublié" accessible à partir du lien ci-dessus.

Pour accéder à l'enquête, cliquez sur le lien suivant : <https://webpub.chu-rennes.fr/cclin/Agreee/index.php>

MISSION MAINS PROPRES 2013

La réception des outils (affiches, flyers) s'effectuera entre le 15 et le 22 avril 2013.

Nous vous rappelons que cette journée est l'occasion d'instaurer une culture de la sécurité dans laquelle les patients, leur famille, les visiteurs et les professionnels de santé œuvrent pour prévenir plus efficacement les infections et promouvoir les meilleures pratiques en matière d'hygiène des mains.

Pour les établissements qui n'auraient pas passé commande, le CCLIN sera dépositaire d'affiches et de flyers.

NOUVELLE SOUCHE DE GRIPPE AVIAIRE (H7N9)

Les autorités sanitaires américaines ont indiqué suivre de près la situation sur les cas de grippe aviaire provoqués par le nouveau virus A(H7N9) en Chine, tout comme l'OMS et le Centre européen de surveillance des maladies. « *Les centres fédéraux de contrôle et de prévention des maladies (CDC) suivent de près la situation et se coordonnent au niveau national et avec leurs partenaires internationaux dans de nombreux domaines dont la collecte d'un plus grand nombre d'informations pour bien évaluer le risque sanitaire et développer un vaccin candidat contre ce virus* », indiquent-ils sur leur site internet.

Les chercheurs étudient notamment le génome du virus H7N9 afin d'évaluer les conséquences possibles quant à sa capacité de

se transmettre et la sévérité de l'infection qu'il provoque. De même, ils cherchent à déterminer si les tests de diagnostic existants peuvent être utilisés ou s'il faut en développer de nouveaux.

Risque de diffusion en Europe faible

Les CDC précisent que « *toutes ces préparations sont des mesures de routine prises chaque fois qu'un nouveau virus de la grippe est détecté chez des humains* ». Selon le Centre européen de contrôle et de prévention des maladies (ECDC), « *Le risque de diffusion du virus en Europe peut être considéré comme faible* ».

Le virus A (H7N9) n'avait jamais auparavant contaminé l'homme, contrairement au virus H5N1. Au

4 avril, le bilan était de 38 personnes touchées dont 10 décès. Plus de 760 personnes contact étaient sous surveillance. Aucune n'avait développé de symptômes. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) avait écarté mercredi le risque d'une pandémie en l'absence de transmission d'homme à homme.

Les autorités sanitaires françaises suivent la situation avec attention en lien avec leurs homologues européens et internationaux, l'OMS, la Commission européenne et l'ECDC.

Une 1^{ère} version de recommandations françaises vient d'être émise. Attention elles sont susceptibles d'être revues et corrigées.

Pour en savoir plus :

Recommandations (1^{ère} version) :

<http://www.invs.sante.fr/Actualites/Actualites/Surveillance-des-infections-liees-au-nouveau-virus-aviaire-A-H7N9-.Point-au-5-avril-2013>

Agences et institutions :

<http://www.cdc.gov/flu/avianflu/h7n9-virus.htm>

http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Forms/ECDC_DispForm.aspx?ID=1087

<http://www.who.int/csr/don/en/>

A LIRE

Les SAS : de la conception à l'exploitation. Salles propres, environnements maîtrisés et zone de confinement. ASPEC, avril 2013

http://www.aspec.fr/espace_technique/documentation.php

Avis relatif à la prise en charge des patients suspects d'infections dues au nouveau Coronavirus (HCoV-EMC)

http://www.hcsp.fr/explore.cgi/telecharger/hcspa20130319_nouveaucoronavirus.pdf

Le signalement externe des infections nosocomiales en 2013

B. Coignard, InVS, mars 2013, 94 diapositives

http://www.cclin-est.org/UserFiles/File/signalement/130319_bcoignard_signalement_v2.pdf

Intérêt potentiel d'une approche métagénomique pour identifier les bactéries responsables d'épidémies. A Culture-Independent Sequence-Based Metagenomics Approach to the Investigation of an Outbreak of Shiga-Toxigenic Escherichia coli O104:H4, Journal of the American Medical Association, 10 avril, vol.309, n°14, p1502-1510 ([article à votre disposition sur simple demande au CCLin Est](#))

MISE À JOUR DE LA "CHECK-LIST" POUR L'ENDOSCOPIE BRONCHIQUE

La Haute autorité de santé (HAS) a diffusé jeudi une mise à jour de la "check-list" destinée à améliorer la sécurité des patients qui doivent subir une endoscopie bronchique, de manière à prendre en compte les recommandations sur le risque de transmission d'agents transmissibles non conventionnels (ATNC).

Cet outil a été la première fois mis à disposition en février 2011 et l'instruction "prion" a été publiée à la fin de la même année.

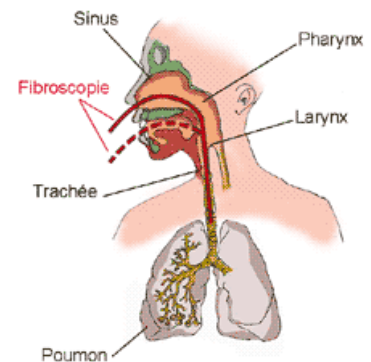
Selon ces dernières recommandations, l'endoscopie bronchique n'est pas considérée comme un acte à risque de transmission d'ATNC pour tous les patients, mais seulement pour les patients suspects ou atteints d'encéphalopathie spongiforme transmissible (EST), notamment pour le variant de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (vMCJ).

Un critère est ajouté dans la "check-list" visant à vérifier que le patient est suspect ou atteint d'EST ou non.

Il est évident qu'une réponse positive amènerait en cas de réalisation de l'endoscopie, une prise en charge des matériels selon les protocoles de l'établissement en lien avec l'Instruction DGS/R13 n°2011-449 du 1er décembre 2011.

Le "nouveau format 2013", élaboré par la HAS et la Fédération française de pneumologie (FFP), a été aussi validé par la Société française d'hygiène hospitalière (SF2H).

CHECK-LIST « SÉCURITÉ DU PATIENT EN ENDOSCOPIE BRONCHIQUE » Version 2013	
Identification du patient Étiquette du patient ou Nom, prénom, date de naissance	Établissement : Date endoscopie : Heure (début) : Pneumologue : Anesthésiste / IADE : Coordinateur check-list :
La check-list a pour but de vérifier, de manière croisée au sein de l'équipe, que les différents points critiques ont été pris en compte et que les mesures adéquates ont été prises. Le coordinateur check-list est celui qui en vérifie les items – le plus souvent, un personnel infirmier en coordination avec le pneumologue et l'anesthésiste responsable de l'intervention.	
AVANT L'ENDOSCOPIE (avec ou sans anesthésie)	APRÈS L'ENDOSCOPIE
1. Identité du patient : « le patient a déclaré son identité, son nom, par étiquette, autre moyen de vérification de son identité » <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	7. Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe, « de l'étiquetage des prélèvements, prises opératoires, etc... » <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA
2. Patient à jeun <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	8. Les prescriptions pour les suites immédiates de l'endoscopie sont faites de manière conjointe <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
3. Vérification croisée de situations spécifiques entre les membres de l'équipe médico-soignante concernant notamment la gestion des antiseptiques plaquettaires et/ou des anticoagulants. <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA	En cas d'écart avec la check-list, précisez la décision choisie :
4. Le matériel nécessaire pour l'intervention est opérationnel « pour la partie endoscopique » <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non « pour la partie anesthésique » <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> NA	
5. Vérification croisée par l'équipe des points critiques et des mesures adéquates à prendre : « Allergie du patient » <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non « risque de saignement important » <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
6. Patient suspect ou atteint d'EST <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non (en cas de réponse positive, l'endoscopie doit être considérée comme un acte à risque de transmission d'ATNC et il convient de se référer aux procédures en cours dans l'établissement en lien avec l'Instruction n° DGS/R13/2011/449).	
HAS HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	FFP Fédération Française de Pneumologie
La check-list a pour but de vérifier que les différents points critiques ont été pris en compte et que les mesures adéquates ont été prises. La réponse « Oui » à un item valide sa vérification croisée au sein de l'équipe. Si cette vérification n'a pu être réalisée, la réponse « Non » doit être cochée. L'item NA correspond aux situations où le critère n'est pas applicable.	



Pour en savoir plus : Check-list "sécurité du patient en endoscopie bronchique"

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1518984/fr/check-list-securite-du-patient-en-endoscopie-bronchique (adresse à copier dans votre navigateur)

CONCOURS PHOTO

L'ARLIN Bourgogne organise un concours photo à l'attention des personnels des EHPAD de Bourgogne sur le thème de l'implication commune des soignants et des résidents pour l'hygiène des mains ; le tout dans le cadre de la campagne nationale Mission Mains Propres 2013 (journée mondiale le 6 mai 2013).

Pour en savoir plus

- appel à concours,
- règlement du concours,
- bulletin de participation.

<http://cclin-est.fr/spip.php?article160>

LE FINANCEMENT CORRECT DES ESCARRES

Les établissements doivent inciter les équipes à faire des descriptions précises et de qualité pour obtenir une valorisation juste et un financement correct de la prise en charge des escarres, a expliqué un médecin lors d'une réunion organisée jeudi par l'association Perse (Prévention, éducation, recherche, soins, escarres).

Dans le cadre de sa journée de formation annuelle, l'association s'est penchée sur la question du coût humain et économique des escarres. "On sait que le coût est important mais il nous manque un chiffre", a souligné le Dr Jean-Marc Michel du centre hospitalier de Colmar, membre du bureau de Perse, qui animait la réunion.

Les données de la littérature sont imprécises mais indiquent notamment que les escarres sont associées à un allongement de la durée des séjours et une consommation accrue des prestations hospitalières.

Pour les établissements de santé notamment, il est essentiel que les escarres soient prises en compte car elles représentent "un potentiel de financement", a indiqué le Dr Arnaud Etienne, chef du service des études et des applications de l'information médicale au CH de Mulhouse, exposant le mécanisme de valorisation des escarres dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A).

Il a rappelé qu'en MCO (médecine chirurgie obstétrique), il existe des groupements homogènes de malades (GHM) pour le traitement médical (racine 09M06, ulcères cutanés) et/ou chirurgical (racine 09CO2, greffes de peau et/ou parages de plaie pour ulcère cutané ou cellulite) des escarres, à la fois en diagnostic principal et en diagnostic associé. Les différents GHM, et leurs tarifs, tiennent compte notamment du niveau de sévérité de l'escarre. "Plus le stade est élevé, plus le niveau de GHM augmente et la valorisation aussi et meilleure est la reconnaissance des coûts engagés pour la prise en charge". Même pour les stades I/II, pour lesquels la prise en charge est moins lourde, une valorisation existe. Mais il ne faut pas raisonner séjour par séjour et avoir une appréciation globale car l'ensemble a un impact sur le budget de l'hôpital.

La qualité de la prise en charge peut aussi avoir un impact car le tarif est établi pour une durée moyenne de séjour mais il sera le même que le patient soit hospitalisé quelques jours seulement (borne basse) ou quelques semaines voire quelques mois (borne haute). Il vaut mieux être en dessous de la moyenne en termes de durée du séjour.

Lorsque l'escarre est le diagnostic principal, il est aussi important de prendre en compte les comorbidités qui sont fréquemment associées (par exemple, état grabataire, dénutrition, trouble cognitif, fibrillation auriculaire...) et ont un impact sur la sévérité afin d'avoir une meilleure valorisation de la prise en charge du patient.

Selon les données du PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information), les trois groupes de pathologie auxquels l'escarre apparaît le plus souvent en diagnostic associé chez les plus de 75 ans en hospitalisation complète d'au moins trois jours sont les soins palliatifs, l'insuffisance cardiaque et les pneumonies et pleurésies.

Si le GHM pour les soins palliatifs n'est pas segmenté et les comorbidités non valorisées, il est en revanche important de tenir compte des escarres pour les autres car "les comorbidités ont un impact sur le niveau de sévérité et donc le tarif".

Prenant en exemple sa région, l'Alsace, le Dr Etienne a indiqué qu'en 2011, la valorisation était de 67% pour les séjours pour insuffisance cardiaque lorsque les escarres étaient en diagnostic associé, pour une durée de séjour similaire.

La part attribuable de l'escarre dans l'ensemble des comorbidités est toutefois difficile à isoler.

L'escarre est une comorbidité majeure en MCO et elle doit faire l'objet d'une description précise pour être prise en compte dans le financement de l'hôpital, avec une adaptation au plus juste des tarifs.

Pour avoir une "reconnaissance financière" et une "juste valorisation", il revient à chaque établissement de déterminer le niveau de description nécessaire et ensuite veiller à ce que les équipes médicales codent la prise en charge, en particulier dans les dossiers médicaux, a-t-il expliqué, évoquant le recours à une "check-list" du risque d'escarre dans les services. L'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap) est venu rappeler qu'il existe un outil de modélisation du coût de l'escarre, développé en 2009 et disponible sur son site internet

<http://www.anap.fr/detail-dune-publication-ou-dun-outil/recherche/modeliser-le-cout-de-prise-en-charge-des-escarres/>

C'est une aide à la définition d'une stratégie opérationnelle de réduction des coûts dans le contexte propre à un établissement afin d'augmenter ses recettes et valoriser le travail des équipes. A terme, l'objectif est d'améliorer la prise en charge pour diminuer les dépenses pour l'assurance maladie. Concernant les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR), le Dr Etienne a rappelé qu'une modification des tarifs était entrée en application au 1er avril mais que les détails de la mise en œuvre étaient encore attendus. En SSR, seules les escarres de stade III et IV sont valorisées mais il existe un groupe spécial "ulcères de décubitus".

De manière plus globale, le Dr Michel a souligné le problème de reconnaissance de la prise en charge de l'escarre, s'interrogeant sur "un désintérêt général du corps médical". Il y a également "une sous-cotation d'actes longs et difficiles alors qu'ils demandent un niveau de compétence élevé". En outre, les actions de prévention, la formation et le temps soignant ne sont pas identifiés comme tels dans l'analyse des coûts. Par exemple, certains soins infirmiers, comme la détersion des plaies, ne sont pas codés.

PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION CROISÉE PAR VOIE RESPIRATOIRE : AIR OU GOUTTELETTES

(suite de la page 1)

R5 : « Le patient suspect ou atteint de pathologie à transmission respiratoire « Gouttelettes » doit être en chambre individuelle ou en secteur géographique dédié. **C** »

R6 : « Le patient suspect ou atteint de pathologie à transmission respiratoire « Gouttelettes » porte un masque chirurgical (dès l'entrée à l'hôpital, au service des urgences, en consultation et lorsqu'il sort de sa chambre). **A** »

Recommandations « Tuberculose pulmonaire »

RT1 : « Devant une suspicion de tuberculose pulmonaire, des précautions complémentaires « Air » doivent être mises en place dès l'entrée dans l'établissement. **A** »

RT2 : « Devant une suspicion de tuberculose pulmonaire, pour laquelle l'examen microscopique est négatif, il est possible de lever les précautions complémentaires « Air » ;

Sauf si :

la clinique et l'imagerie thoracique sont en faveur d'une tuberculose active
le patient est au contact d'un sujet immunodéprimé (essentiellement VIH+ ou sous immunomodulateurs).
il existe un risque de tuberculose multi-résistante aux antibiotiques (RT5). **C** »

RT3 : « Devant une suspicion de tuberculose pulmonaire, il faut attendre d'avoir les résultats négatifs de 3 examens microscopiques d'expectoration ou de tubage gastrique avant de réaliser une fibroscopie bronchique. **C** »

RT4 : « La durée de l'isolement en cas de tuberculose active contagieuse (examen microscopique positif ou conviction clinique) est **d'au moins 15 jours** à partir de la mise en route du traitement, en fonction de l'amélioration clinique.

On prendra en compte pour lever les précautions « Air » :

- l'absence de facteurs de risque de multi-résistance aux antibiotiques (primo-traitement, observance au traitement, bonne réponse clinique au traitement),
- la diminution de la toux,
- l'intensité de l'inoculum de départ (appréciée par l'examen microscopique) et son évolution sous traitement,
- l'environnement du patient et la présence ou non d'immunodéprimés dans le service d'hospitalisation. **C** »

RT5 : « En cas de forte suspicion ou de diagnostic de tuberculose multi-résistante aux antibiotiques, il faut immédiatement mettre en place les précautions complémentaires « Air », et s'assurer de leur maintien pendant toute la durée de l'hospitalisation. **C** »

Recommandations « Grippe saisonnière »

RG : « Devant une suspicion ou un diagnostic de grippe, les précautions complémentaires « Gouttelettes » doivent être mises en place, quel que soit le statut vaccinal du patient et du soignant vis-à-vis la grippe. **A** »

Pour en savoir plus : guide SF2H sous forme papier (à commander <http://www.hygiens.net/>) ou en ligne très prochainement (<http://www.sf2h.net/>)

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/>