

ACTUALITÉS DU CCLIN EST ET DE SES 5 ANTENNES RÉGIONALES



Octobre 2013

COMMUNICATION SOIGNANT-SOIGNÉ SUR L'HYGIÈNE DES MAINS : UNE NOUVELLE DÉMARCHE DU RÉSEAU CCLIN/ARLIN EN COURS DE DÉPLOIEMENT

Cette année encore, comme en 2012, la semaine de sécurité des patients (SSP) associe les patients et le personnel de santé pour une meilleure communication autour de thèmes liés à la sécurité des soins. C'est dans ce contexte qu'une démarche de communication sur l'hygiène des mains (HDM) a été élaborée en 2012 par le GRHYM, groupe de travail du réseau CCLin/Arclin. Cette démarche consiste à impliquer le personnel dans la mise en œuvre de trois actions au moment de l'accueil du patient ou en début de prise en charge : 1- transmettre cinq messages sur l'HDM, 2- faire une friction hydro-alcoolique devant le patient et 3- remettre au patient une plaquette d'information sur l'HDM. Elle vise à impliquer les soignants dans une démarche valorisante et engageante de communication, susceptible de faire évoluer les comportements à la fois des soignants et des patients en matière d'hygiène des mains.

La démarche a été proposée pour la première fois aux EOH en amont de la SSP 2012. Une dizaine d'établissements a participé à une expérimentation qui a permis de démontrer sa faisabilité dans de nombreux services (médecine, chirurgie, maternité/obstétrique, SSR, psychiatrie et plateau technique de kinésithérapie). Différents professionnels ont été impliqués : infirmiers, aides-soignants et kinésithérapeutes principalement, avec une forte participation des étudiants (environ 50% des participants), ce qui leur a donné l'occasion d'être sensibilisés à l'hygiène des mains au travers d'une communication au patient (patient au cœur du soin). Des bénéficiaires ont été identifiés à la fois pour les patients et les soignants, que ce soit en termes de communication, de connaissances ou d'amélioration des pratiques d'hygiène des mains (cf. diaporama présenté au congrès de la SF2H en mai 2013). La mise en place de la démarche nécessite préalablement l'obtention de l'accord de la direction des soins et l'accompagnement des services dans la démarche avec rappel des principes de l'hygiène des mains par l'équipe opérationnelle d'hygiène ou le correspondant.

Une évaluation des bénéficiaires et difficultés est proposée en complément pour les établissements qui souhaitent aller plus loin.

Les outils fournis en accompagnement de cette démarche ont été actualisés en 2013 suite à l'expérimentation : ils consistent en :

- un protocole (dont l'annexe est constituée de conseils pratiques pour la mise en place),
- un diaporama de formation,
- deux grilles d'évaluation : une pour les patients informés et l'autre pour les soignants impliqués.

Suite page 8

Dans ce numéro :

GRHYM	1
A l'agenda	2
<i>Clostridium difficile</i>	3
Réseau MATERLIEN	4
Evènements indésirables	5
Recommandations ANSM	6
Bronchiolite	7
GRHYM	8

Chaque bulletin contient des points de :

- Formations
- Surveillances
- Signalements
- Réglementation

Calendrier des événements

OCTOBRE 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	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

Retour des données :

Surveillance BMR 2013 : date limite de saisie et validation des données le **1er novembre dernier délai**

COLLOQUES-JOURNEES- CONGRES

Journée CCLin Est/ARLIN Franche-Comté : Besançon le 08 octobre 2013 sur « Prévention du risque infectieux en HAD » - accéder aux communications : <http://www.cclin-est.org/spip.php?rubrique25>

Colloque Direction générale de la santé (DGS) et Direction générale de l'alimentation (DGAI), Paris jeudi 14 novembre 2013, Le concept « une seule santé » appliqué à l'antibiorésistance en médecine humaine et vétérinaire ? amphithéâtre de l'OIE (Organisation Mondiale de la Santé Animale), 12, rue de Prony 75017 Paris, Contacts DGS : Jean-Michel.AZANOWSKY@sante.gouv.fr et luc.peyrebrune@sante.gouv.fr

26èmes Journées Régionales d'Hygiène Hospitalière et de Prévention des Infections Nosocomiales les jeudi 12 et vendredi 13 décembre 2013 à Strasbourg – Programme <http://www.jrhh.org/> ou http://www.cclin-est.org/UserFiles/File/congres/2013/depliant_JRHH2013_20130403_web.pdf

Journée ARLIN Champagne-Ardenne : Reims le 24 janvier 2014 sur «Les indicateurs et l'amélioration de la sécurité des soins» - programme et bulletin d'inscription à venir

2ème Colloque National sur « les bactéries multirésistantes émergentes » Paris le vendredi 07 février 2014 Programme—<http://www.le-clef.fr/Evenements-2014,40.html>

9ème congrès "Biologie et Hygiène Hospitalière", Paris le mardi 8 avril 2014 au Lycée Pierre-Gilles de Gennes - ENCPB - Paris 13ème—programme et bulletin d'inscription à venir

INFECTION PAR *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* : QUELLE EST VRAIMENT LA PART D'ORIGINE NOSOCOMIALE?

Seule une minorité des cas d'infection par *Clostridium difficile* serait d'origine nosocomiale, contrairement à ce qu'on pensait, selon une étude britannique publiée dans le New England Journal of Medicine (NEJM).

Actuellement, "on considère que la plupart des épisodes d'infection à *Clostridium difficile* résultent d'acquisitions récentes au sein d'une structure de soins". Pourtant, des études montraient qu'on ne pouvait relier des nouveaux cas à des contacts avec une autre personne infectée au sein d'un hôpital que pour certains cas, et donc l'hypothèse d'autres sources d'infection étaient régulièrement soulevée.

Pour en savoir plus, les chercheurs anglais ont conduit une analyse génétique de 1.223 isolats de *C. difficile*, pour tenter de relier les cas les uns aux autres.

Ils n'ont trouvé un lien génétique entre des nouveaux cas et des cas antérieurs que dans 35% des cas. Et parmi ces cas présentant un lien avec un cas antérieur, seuls 38% (soit 13% du total) étaient reliés à un contact hospitalier infecté, la proportion montant à 54% (19% du total) quand on inclut des modes plus indirects de contamination au sein d'un établissement.

Il y avait quelques cas de liens génétiques entre des souches de patients ayant eu des contacts communautaires. Mais ils constatèrent que pour plus d'un tiers des cas qui avaient un lien génétique avec un cas antérieur, aucun contact -ni hospitalier ni communautaire- entre eux n'était trouvé. Par ailleurs, sur l'ensemble des infections à *C. difficile*, 45%

d'entre elles étaient causées par une souche génétiquement éloignée de tous les cas antérieurs. Ils représentent "des transmissions venant de sources autres que les cas symptomatiques inclus dans l'étude".

Il y a donc probablement des infections via des personnes porteuses de la bactérie de façon asymptomatique.

Mais il existe aussi probablement d'autres sources de contamination, qui pourraient être des animaux, de la nourriture, l'eau de boisson, mais ne sont actuellement pas déterminées.

Ces résultats impliquent que les mesures de Précautions Complémentaires de type Contact (PCC) des patients infectés dans les hôpitaux, si elles restent indispensables, particulièrement en cas d'épidémie, ne permettront pas de réduire massivement les cas.

Les auteurs estiment qu'il faut aussi agir au niveau des patients à risque en réduisant leur risque d'infection, notamment en limitant l'utilisation de certains antibiotiques qui favorisent l'infection par *C. difficile*.

A cet égard, ils notent que durant la période de leur étude (2007 à 2011), il y a eu une diminution de l'incidence des infections à *C. difficile*, qui était parallèle à la baisse significative de prescription des fluoroquinolones et des céphalosporines dans les hôpitaux.

Ces résultats ouvrent la voie à des recherches pour identifier les autres sources possibles de transmission de cette bactérie.

Pour en savoir plus : [articles à votre disposition sur simple demande au CCLin Est](#)

Diverse Sources of *C. difficile* Infection Identified on Whole-Genome Sequencing, David W. Eyre, Madeleine L. Cule, Daniel J. Wilson, NEJM, 26 septembre, vol.369, n°13, p1195-1205

Clostridium difficile — Beyond the Usual Suspects, Curtis J. Donskey, NEJM, 26 septembre, vol.369, n°13, p1263-1264

EPIDÉMIE À *C. DIFFICILE* 027 EN RÉGION PACA

L'ARS a lancé une procédure d'alerte et de sensibilisation en PACA, auprès des établissements de santé et des médecins libéraux autour d'une souche mutante de la bactérie *Clostridium difficile* 027. Quatre personnes sont encore hospitalisées. Depuis le mois de mars, une épidémie de cas de patients atteints de diarrhées sévères pouvant causer la mort, s'est déclarée dans les établissements sanitaires et médico sociaux des Bouches du Rhône. C'est la première fois à Marseille que l'on voit apparaître cette souche mutante de la bactérie *Clostridium difficile* 027, qui a touché 41 personnes principalement des personnes de plus de 75 ans.

Grâce à la procédure d'alerte lancée dès l'apparition des premiers cas, cette épidémie est pour l'instant circonscrite sur Marseille. Depuis mars 2013, 80 cas ont été recensés dont 41 touchées par une infection à *Clostridium difficile* 027 dans les Bouches-du-Rhône. *Et cette infection a été identifiée dans 6 établissements sanitaires et médico-sociaux de ce département dont l'APHM.*

Si *Clostridium difficile* est connu depuis plus de 10 ans aux Etats-Unis et au Canada dans sa version virulente sous la forme 027, il n'a été repéré en France qu'en 2005-2006, à la suite d'une épidémie dans la région Nord Pas de Calais. *Cette souche est dangereuse car très contagieuse.* Elle peut entraîner le décès de 30% des personnes concernées. L'ARS annonce pour sa part des chiffres moindres. Sur 20 personnes hospitalisées depuis le mois de mars, 6 sont décédées.

Les personnes, porteuses du *Clostridium difficile* 027, doivent être isolées et soumises à des mesures d'hygiène très strictes, pour elles mais aussi le personnel et les familles. « Effectivement, cette bactérie est résistante aux solutés hydro-alcoolique utilisés par le personnel soignant pour se désinfecter les mains de même qu'aux produits de nettoyage couramment utilisés dans les hôpitaux » confirme le Dr Jean-Christophe Delarozière de l'Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales (ARLIN). Il convient donc de revenir à l'utilisation de l'eau de javel ou du savon doux pour lutter contre ces germes résistants et d'adapter le traitement, réhydratation, antibiothérapie et quelquefois traitement chirurgical pour les patients les plus atteints.

<http://pourquoi-docteur.nouvelobs.com/Marseille--le-Clostridium-difficile-a-un-fort-potentiel-pandemique-3849.html>

RÉSEAU CCLIN/ARLIN : VIDÉO DE PEDAGOGIE

Vous trouverez ci joint un lien You Tube vers une production CClin/ARLIN conçue pour la semaine sécurité des patients. Ce film consacré à l'**aide à la douche préopératoire** a été soumis au concours organisé par la DGOS.

Merci à notre producteur Sophie et aux nombreux contributeurs à ce beau projet :

<http://m.youtube.com/watch?v=Ne3WbLGNqXA>

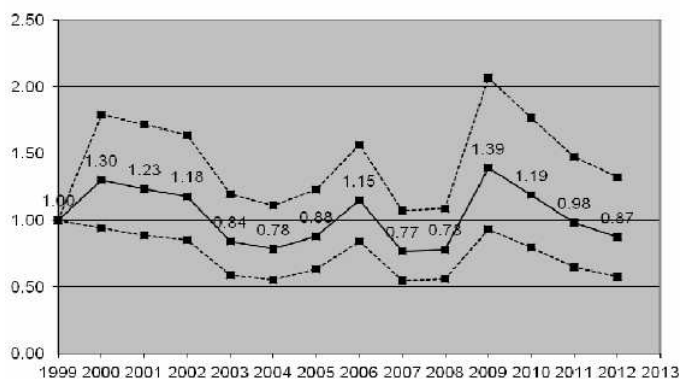


LES INFECTIONS URINAIRES LORS DES ACCOUCHEMENTS

Le réseau de surveillance des infections nosocomiales en maternité (réseau Mater) du CCLIN) Sud-Est estime que les infections urinaires nosocomiales lors des accouchements dans les structures volontaires du réseau ne sont toujours pas maîtrisées, notamment pour ceux par voie basse (odds ratio ajustés des infections acquises à 0,87 en 2012). Au contraire, les infections du site opératoire lors des accouchements par césarienne et les endométrites chez les accouchées par voie basse le sont, mais elles ne sont pas totalement contrôlées.

Dans son bulletin d'information du mois d'octobre, le réseau Mater fournit les données de surveillance de 63 maternités volontaires pour 53 878 accouchements (et 51 540 bébés) entre le 1er janvier et le 31 janvier 2012. Parmi les 42 956 accouchées par voie basse (79,7%), 313 (soit 0,7%) ont développé au moins une infection nosocomiale, la plus fréquente étant l'infection urinaire (41%) devant l'endométrite (20%). Et parmi les 10 922 accouchées par césarienne (20,3%), 213 (2%) ont contracté au moins une infection nosocomiale : infection du site opératoire (43%) et infection urinaire (33%).

Infections urinaires chez les accouchées par voie basse :



Les odds ratios ajustés des infections urinaires acquises lors des accouchements par voie basse ne passent jamais significativement en dessous de 1. Pire, même, ils bondissent à 1.39 en 2009, sans doute suite à une modification du recueil des péridurales, pour redescendre doucement à 0.87 en 2012. Mais il n'y a donc toujours pas de maîtrise des infections urinaires nosocomiales pour les accouchements voies basses dans le réseau.

Les bébés eux aussi ne sont pas exempts. Sur les 51 540 enfants surveillés en 2012, 69 ont présenté une infection (0,13%), prioritairement oculaire mais aussi cutanée. Cinq infections graves (infections ostéoarticulaires, méningites ou septicémies) sont également recensées. Et d'informer que 64% des femmes allaitaient leur enfant à la sortie de la maternité.

Pour en savoir plus :

Bulletin d'information du mois d'octobre

http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/Reseaux/MATER/Information/Materlien/Materlien_27.pdf

ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES : LA RESPONSABILITÉ DES ÉTABLISSEMENTS DE PLUS EN PLUS RECHERCHÉE

En cas d'événement indésirable grave, les établissements sont de plus en plus poursuivis en justice, selon le premier assureur des professionnels de santé, la MACSF, au regard du millier de cas portés à sa connaissance sur un parc de 250 structures privées.

En 2012, 57 % des condamnations judiciaires effectives à la suite d'événements indésirables concernent des infections associées aux soins et 36 % un défaut d'organisation (mauvaise coordination, sorties prématurées, maltraitance, pertes de dossiers...) ou la faute d'un salarié. Les accidents par produit ou matériel ne représentent que 4 % des condamnations, les accidents d'exploitation (comme des chutes), 3 %. La pratique médicale ou chirurgicale n'est pas condamnée.

Les infections nosocomiales au premier rang

La comparaison avec le tableau des événements déclarés est parlante : si

les infections nosocomiales arrivent toujours au premier rang (32 %), la pratique médicale ou chirurgicale est incriminée dans 48 % des cas, tandis que le défaut d'organisation est peu relevé (4 %). Les accidents par produit ou matériel représentent 9 % des événements indésirables déclarés, les accidents d'exploitation, 7 %.

Dans une affaire sur deux, la responsabilité de l'événement indésirable incombe à la fois à la clinique et aux praticiens. Les spécialités à l'origine de la mise en cause des cliniques sont l'orthopédie (38 %), la neurochirurgie et la chirurgie viscérale (8 %), l'obstétrique (6 %), l'urologie, la chirurgie esthétique et l'ophtalmologie.

Un dossier sur quatre classé sans suite

En 2012, 38 % des dossiers ont été classés sans suite, 7 % ont fait l'objet d'une transaction à l'amiable et 20 % ont bénéficié d'un avis favorable en commission de conciliation et d'indem-

nisation (CCI).

Les instances judiciaires qui statuent sur 28 % des dossiers se montrent sévères à l'égard des cliniques puisque leur taux de condamnation est de 75 % (contre 27 % en CCI). En justice, le taux de condamnation des médecins est de 63 % (17 % en CCI).

L'indemnisation moyenne par dossier pour les cliniques revient à 55 000 euros en CCI et à 180 000 euros en justice. Pour les infections associées aux soins, l'indemnisation moyenne s'élève à 170 000 euros.

Les cliniques assument seules la charge indemnitaire dans la moitié des affaires d'événements indésirables.

La MACSF a donc mis en place des visites de risques dans les établissements. Plus de 82 cliniques ont été visitées ces trois dernières années (soit 14 % du parc) afin d'évaluer les risques et de sensibiliser la direction et les CME à leur contrôle.

A LIRE

- **Numéro spécial « Les carbapénémases »** La Lettre de l'Infectiologue N° 4 - Août 2013 ([articles à votre disposition sur simple demande au CCLin Est](#))

Stratégie de lutte contre les entérobactéries productrices de carbapénémases : et demain?, S. Fournier

Epidémiologie des carbapénémases, L. Poirel, L. Dortet, P. Nordmann

Signalement et mesures d'hygiène en cas de mise en évidence d'entérobactéries productrices de carbapénémases, J. Gagnaire, C. Lassaie, B. Grandbastien, D. Lepelletier, P. Berthelot

Traitement systémique des infections à bacilles Gram négatif producteurs de carbapénémases, T. Ferry, JC. Richard

Diagnostic des carbapénémases : détection et caractérisation, L. Poirel, L. Dortet, P. Nordmann

- **Réactualisation de la conférence de consensus sur la gestion du risque infectieux préopératoire de 2004 (SF2H, 2013)**

Découvrez en avant-première les éléments clés du débat scientifique et les principales évolutions dans ce domaine.

<http://www.youtube.com/user/LaSF2H>

Le document final sera disponible dans quelques jours sur le site de la SF2H ou envoyé sous forme papier aux membres adhérents de la SF2H

- **Réglementation :**

Décret no 2013-841 du 20 septembre 2013 modifiant les dispositions relatives à la commission médicale d'établissement et aux transformations des établissements publics de santé et à la politique du médicament dans les établissements de santé

Ce nouveau décret sur les CME et la politique du médicament comporte un chapitre portant spécifiquement sur le bon usage des antibiotiques. Les antibiotiques sont d'ailleurs la seule classe médicamenteuse spécifiquement mentionnée dans ce texte traduisant ainsi leur importance et leur particularité. De plus, le texte indique que les établissements de santé doivent se doter d'un référent en antibiothérapie.

http://www.infectiologie.com/site/medias/_documents/ATB/2013-CME-refATB.pdf

RECOMMANDATION ANSM : DE L'EAU STÉRILE POUR LES APPAREILS D'ASSISTANCE RESPIRATOIRE À DOMICILE

L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) préconise d'utiliser de préférence de l'eau stérile ou de l'eau distillée à usage médical dans les dispositifs médicaux d'assistance respiratoire utilisés à domicile afin de réduire le risque infectieux, dans des recommandations diffusées le 23/09/2013.

Ces recommandations s'adressent aux patients qui utilisent les appareils intégrant un humidificateur, en particulier les dispositifs d'oxygénothérapie, les équipements à pression positive continue (PPC) et les ventilateurs d'assistance respiratoire.

Il s'agit d'améliorer les pratiques en matière d'hygiène et de maîtrise des contaminations pour limiter le risque d'infections respiratoires chez ces patients. Cependant, "aucun cas d'infection n'a été enregistré à ce jour en matériovigilance".

L'ANSM recommande d'utiliser d'abord de l'eau stérile ou de l'eau distillée à usage médical, puis en cas de difficulté d'approvisionnement, de l'eau froide du robinet ou de l'eau embouteillée (choisir une eau de source parmi les moins minéralisées) à faire bouillir (environ une minute) et à laisser refroidir.

Pour en savoir plus :

Dispositifs médicaux d'assistance respiratoire utilisés à domicile : Recommandations destinées aux patients

<http://www.ansm.sante.fr/S-informer/Actualite/Dispositifs-medicaux-d-assistance-respiratoire-utilises-a-domicile-Recommandations-destinees-aux-patients-Point-d-Information>

En revanche, il ne faut "en aucun cas" utiliser de l'eau déminéralisée destinée aux produits électroménagers car ce type d'eau ne fait pas l'objet d'un contrôle microbiologique.

En premier lieu, il convient de rappeler que les indications concernant la nature et la fréquence des opérations d'entretien nécessaires pour assurer le bon fonctionnement et la sécurité des appareils figurent dans la notice d'instruction fournie avec l'équipement.



L'ANSM formule aussi des recommandations sur l'entretien et le nettoyage des appareils, en plus des indications faites par les fabricants dans les notices d'instruction.

ANTIBIOPROPHYLAXIE AVANT CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

Réaliser l'antibioprophylaxie dans les 30 minutes avant une chirurgie orthopédique réduit les coûts hospitaliers et les infections du site opératoire, selon les résultats d'une étude américaine publiée en octobre par le Journal of Hospital Infection.

Les infections du site opératoire représentent près de 40% des infections nosocomiales aux Etats-Unis. Or, l'efficacité de l'antibiothérapie prophylactique, dispensée pour prévenir les infections du site opératoire, dépend du moment de son administration avant la chirurgie.

Pourtant, les recommandations en la matière varient selon les sociétés savantes. Pour les chirurgies orthopédiques, les recommandations européennes préconisent d'administrer l'antibiothérapie dans les 30 minutes avant l'incision, contre une heure pour les références américaines. Les auteurs de cette étude ont voulu déterminer la procédure optimale et évaluer la valeur économique des différentes stratégies.

En analysant la littérature consacrée à la chirurgie orthopédique, ils ont identifié quatre créneaux : dans les 30 minutes avant l'opération, entre 31 min et une heure, entre 61 min et 120 min et enfin plus de 120 min.

Ils ont analysé rétrospectivement les données d'hospitalisation de 167 patients pris en charge à l'hôpital universitaire de Pittsburgh pour une pose de prothèse de hanche ou totale du genou.

Selon la modélisation de ces données, administrer l'antibiothérapie entre 0 et une minute avant l'intervention correspond aux coûts les plus faibles (379 dollars par opération) et au risque le plus faible de contracter une infection du site opératoire (19/1.000 opérations).

Ces résultats devraient être utilisés par les hôpitaux pour améliorer leurs procédures d'antibiothérapie prophylactique. Selon l'équipe de recherche, en considérant le nombre de chirurgies orthopédiques réalisées chaque année aux Etats-Unis, les économies pourraient être substantielles si les établissements appliquaient cette stratégie.

[The economics and timing of pre-operative antibiotics for orthopaedic procedures, B.A. Norman, Journal of Hospital Infection, publication avancée en ligne du 2 octobre \(articles à votre disposition sur simple demande au CCLin Est\)](#)

VIRUS DE LA BRONCHIOLITE : SURVIE DE 6 HEURES SUR LES OBJETS

À l'approche des premiers froids, l'Inpes (Institut National de prévention et d'éducation pour la santé) rappelle les réflexes à avoir pour limiter les risques de propagation des virus. « *Le virus de la bronchiolite vit jusqu'à 6 heures sur les objets.* » Voilà une notion qui est mal connue du public comme des professionnels de la santé, et qui est utile à prendre en considération pour protéger les tout petits.

Selon une enquête menée par l'Institut en 2012, les Français ont plutôt conscience des gestes de prévention nécessaires : 79 % d'entre eux déclarent adopter au moins une précaution vis-à-vis des infections respiratoires de l'hiver.

Maintenant, ils vont être avertis que le virus de la bronchiolite peut persister jusqu'à 6 heures sur les surfaces inertes : jouets, tables, poignées de porte et sauront qu'il faut faire attention à ne pas échanger les effets personnels des enfants et à les laver soigneusement.

Les réflexes pour limiter les risques

Mais les gestes préventifs ne sont pas tous bien connus et mis en pratique par les Français. Si le lavage des mains arrive en tête des gestes de précaution, spontanément cité par 22 % des Français et 34 % des parents d'enfants de moins de 5 ans, il n'y a que 59 % des Français qui se lavent systématiquement les mains avant de s'occuper des nourrissons. Et 29 % des parents (37 % des Français) n'utilisent pas systématiquement le savon quand ils se lavent les mains. Les solutions hydro-alcooliques sont plutôt réservées à un usage extérieur au domicile.

Par ailleurs, si 67 % des parents d'enfants de moins de 5 ans n'embrassent jamais leur bébé sur le visage ou sur les mains en cas de rhume ou de toux (du parent), 8 % continuent à le faire souvent voire systématiquement.

Lors d'éternuement et de toux, quasiment toute la population se couvre la bouche avec un mouchoir jetable ou la main (48 %). Le réflexe de se couvrir la bouche avec le coude est plus fréquent chez les parents d'enfants de moins de 5 ans (19 %).

Enfin, peu de parents de jeunes enfants – 6 % - ont recours au masque pour éviter de contaminer leur entourage lorsqu'ils sont enrhumés ou grippés.

Pour en savoir plus : Livret sur les réflexes à avoir pour limiter les risques de transmission

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/613.pdf>

ANALYSES DES CAUSES

L'ARS Aquitaine a fait le choix de positionner une cellule d'appui appelée PRAGE (Plateforme Régionale d'Appui à la Gestion des Événements indésirables – Aquitain) auprès du CCECQA (Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine) dans le but de garantir aux établissements la confidentialité des travaux de la PRAGE ainsi que le partage des compétences / expériences des professionnels du CCECQA.

Des analyses approfondies de causes peuvent être partagées sur la plateforme PRAGE sur le site de l'ARS.

Exemple :

Analyse Approfondie de Cas 8 : Infection du site opératoire - Réintervention non programmée

A découvrir <http://www.ars.aquitaine.sante.fr/PRAGE-Retours-d-experience.159281.0.html>

Suite de la page 1

Deux autres fiches sont mises à disposition des participants : l'une pour tracer les actions menées et l'autre pour faire une synthèse de la démarche dans l'établissement.

Une saisie des données est désormais possible grâce à une application en ligne : les ES recevront en retour, sur demande au CCLin, un fichier et une synthèse de leurs résultats.

La démarche se poursuit en 2013 dans toutes les inter-régions : de nouveaux établissements ou des régions nous ont signalé l'utilisation des outils, certains établissements de l'étude pilote ont élargi cette année la démarche à un plus grand nombre de services.

Utilisable à toute période de l'année, cette démarche pourra également être mise en place dans les mois qui viennent, à l'occasion de deux types de manifestations : la SSP 2013 dont un des thèmes est la communication soignant-soigné et la MMP 2014 où elle bénéficiera d'un accompagnement du ministère en tant que démarche innovante de promotion de l'hygiène des mains.

Retrouvez tous les outils associés à cette démarche et les résultats de différentes expériences sur le site du réseau CCLin/Arclin (campagnes/mission mains propres/outils du réseau CCLin-Arclin).

Les cinq messages à transmettre au patient

L'engagement des professionnels

- 1- « Observance » : les professionnels de santé prenant en charge le patient effectuent entre chaque soin un geste d'hygiène des mains.
- 2- « Utilisation des PHA » : les professionnels réalisent l'hygiène des mains avec un produit hydro-alcoolique, très efficace contre les micro-organismes et bien toléré par la peau.
- 3- « Retrait des bijoux » : les professionnels réalisent l'hygiène des mains sans bijou au niveau des mains et poignets.

L'implication des patients

- 4- « Participation » : le patient réalise une hygiène des mains avant le repas et en sortant des toilettes, si besoin avant la réalisation d'un soin (à adapter aux spécificités du service).
- 5- « Communication » : le patient est invité à poser toute question sur l'hygiène des mains aux professionnels du service.

Auteurs de ce travail :

Delphine Verjat-Trannoy¹, Marie-Alix Ertzscheid², Sylvie Monier³, Nathalie Jouzeau⁴, Daniel Zaro-Goni⁵
du **GRHYM (Groupe de réflexion sur la promotion de l'hygiène des mains)** avec l'aide technique d'Anne Gauthier¹
1-CCLin Paris-Nord, 2-CCLin Ouest, 3-CCLin Sud-Est, 4-CCLin Est, 5-CCLin Sud-Ouest

En complément :

mis en ligne d'une page « Sécurité des patients » sur le site CCLin-Arclin :

http://www.cclin-arlin.fr/Campagnes/securete_patient.html

Adresse CCLin Est :
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/>