

ACTUALITÉS DU CCLIN EST ET DE SES 5 ANTENNES RÉGIONALES



Septembre 2015

DÉPILATION PRÉ-OPÉRATOIRE ET RISQUE INFECTIEUX

La dépilation pré-opératoire est largement pratiquée pour éviter des infections du site opératoire ou pour des raisons techniques. Trois méthodes sont employées: le rasage, la dépilation chimique ou la tonte. En 2011, une revue Cochrane concluait à l'absence d'effet protecteur de la dépilation. La revue montrait qu'il y avait moins de risque infectieux avec la tonte qu'avec le rasage, mais à l'époque, aucune donnée comparative ne permettait de comparer la dépilation chimique et la tonte.

Ce travail a mis à jour les connaissances disponibles par le biais d'une méta-analyse en réseau, un outil statistique permettant de s'appuyer sur des comparaisons directes et indirectes. Les auteurs se sont basés sur 19 essais randomisés contrôlés, soit six études supplémentaires par rapport à la revue Cochrane.

Rasoir ou tondeuse ?



L'analyse confirme que **le rasage double quasiment le risque d'infection nosocomiale** par rapport à aucune dépilation. La tonte et la dépilation chimique étaient associées à un moindre risque par rapport au rasage (divisé par deux). En prenant l'absence de dépilation comme référence, les auteurs n'ont pas constaté de différence statistiquement significative entre cette stratégie, la tonte et la dépilation chimique. Le risque relatif d'infection du site opératoire était plus important lorsque la dépilation était réalisée la veille de l'intervention et non le jour même quelle que soit la méthode. Toutefois, les différences observées n'étaient pas significatives.

Les auteurs estiment que **la dépilation pré-opératoire ne devrait pas être réalisée, hormis lorsqu'elle est requise pour des raisons techniques**. A l'hôpital, les auteurs préconisent le recours préférentiel à la tonte plus rapide et moins susceptible d'induire des allergies que la dépilation chimique. Néanmoins, ils pointent le fait que la dépilation chimique peut être "plus commode pour certains patients" qui le font eux-même chez eux pour des raisons techniques la veille de l'intervention.

Fin 2013, la Société française d'hygiène hospitalière (SF2H) recommandait de ne pas pratiquer de dépilation en routine pour réduire le risque d'infection au site opératoire.

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

Preoperative hair removal and surgical site infections: network meta-analysis of randomized controlled trials, A. Lefebvre, P. Laliou, J.C. Lucet, O. Mimoz, O. Keita-Perse, B. Grandbastien, F. Bruyère, P. Boisrenoult, D. Lepelletier, L.S. Aho-Glélé, Journal of Hospital Infection, publication avancée en ligne du 4 août

SF2H: gestion pré-opératoire du risque infectieux (octobre 2013) :

http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/sfh/2013_gestion_preoperatoire_SF2H.pdf

Dans ce numéro :

Dépilation	1
A l'agenda	2
Gestion excréta	3
Portage BMR/BHRe	4
Hygiène des mains	5
Portables au bloc op	6
Suite Portables au bloc	7
Semaine sécurité patients	8

Chaque bulletin contient des points de :

- Formations
- Surveillances
- Signalements
- Réglementation


Calendrier des événements

SEPTEMBRE 2015

Pour toute difficulté concernant les inscriptions ou la compréhension d'une surveillance (AES, ATB, ISO, BMR et REA) :

Prendre contact si nécessaire avec le secrétariat : 03-83-15-34-73

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 audits) 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				

Date limite de saisie pour REA 2015 : les données du 1er semestre seront saisies au plus tard le **01 Octobre 2015**



Enquête hygiène des mains 2015 de l'OMS :

Il s'agit d'une deuxième enquête pour faire un suivi après celle de 2011 à laquelle 135 établissements français avaient participé.

http://www.who.int/gpsc/5may/hhsa_framework-2015/en/

L'OMS souhaiterait avoir encore des établissements français pour leur étude 2015, dont les résultats doivent être publiés en octobre prochain, et ce n'est pas le cas à ce jour. Le questionnaire d'enquête est le même et reste assez rapide à remplir : http://www.who.int/gpsc/5may/hhsa_framework/fr/

La procédure d'envoi consiste à remplir le questionnaire d'identification qui génère ensuite un accès à la saisie en ligne du questionnaire : <http://www.who.int/gpsc/5may/register/en/>

Le questionnaire rempli peut éventuellement être envoyé par mail directement en pdf à l'OMS via le mail suivant : info@whohandhygienesurvey.org

COLLOQUES-JOURNEES- CONGRES

Journée ARLIN Bourgogne, Chalon sur Saône le 15 septembre 2015 sur « Prévention et maîtrise du risque infectieux en EMS : quelle stratégie pour les décideurs ? » programme <http://www.cclin-est.org/spip.php?article160>

XXIème Journée "Hôpital propre en Franche-Comté", Besançon le 15 octobre 2015, Chambre de commerce et d'industrie du Doubs - 46, avenue Villarceau, programme : http://neptune.chu-besancon.fr/rfclin/congres/programme_hpfc_2015.pdf

Journée CCLin Est/ARLIN Bourgogne : Dijon le 27 octobre 2015 sur « Les infections urinaires nosocomiales – prévention et traitement. » - programme et bulletin d'inscription à venir

IIIème Journée «Hygiène et prévention des infections en EMS», Besançon le 3 novembre 2015, Chambre de commerce et d'industrie du Doubs - 46, avenue Villarceau, programme : http://neptune.chu-besancon.fr/rfclin/congres/programme_ems_2015.pdf

Journée CCLin Est/ARLIN Champagne-Ardenne : Reims le 13 novembre 2015 sur « Les indicateurs et les cibles du PROPIAS » - programme et bulletin d'inscription <http://www.cclin-est.org/spip.php?rubrique291>

Colloque concernant l'antibiorésistance : Paris le 17 novembre 2015 sur "La démarche « une seule santé » appliquée à l'antibiorésistance : le temps des actions" Lieu : Amphithéâtre Laroque - Ministère des Affaires sociales et de la santé - 14, Avenue Duquesne 75007 Paris - programme et bulletin d'inscription à venir

1ère Journée régionale antibiothérapie, Besançon le 18 novembre 2015, Centre Diocésain - 20 rue Mégevand - 25 000 Besançon, programme : à venir

10ème congrès « Biologie et Hygiène Hospitalière », Paris le jeudi 31 mars 2016 au Lycée Pierre-Gilles de Gennes - ENCPB 11 rue Pirandello 75013 Paris. Inscription gratuite par mail à l'adresse suivante : hygiene.hospitaliere@encpb.org

ENQUÊTE SUR LA GESTION DES EXCRETA À L'AP-HP

Les excreta constituent une source importante de diffusion d'entérobactéries résistantes aux antibiotiques.

L'augmentation de l'incidence des entérobactéries productrices de bêta-lactamase à spectre étendu (EBLSE) au sein des établissements Français dont l'AP-HP a conduit l'équipe opérationnelle d'hygiène à y évaluer la gestion des excreta. Une enquête par questionnaire a été réalisée entre janvier et avril 2012. Sur les 38 hôpitaux de l'AP-HP, 28 ont participé (16 de courts séjours et 12 de soins de suite de réadaptation-SSR), ce qui représente 62% des lits. Parmi les 13.230 patients inclus, **43% portait des couches** : 22% en courts séjours et 71% en SSR. Ce résultat n'était pas attendu par les investigateurs et illustre probablement la nécessité de promouvoir les bonnes pratiques auprès des professionnels de santé.

L'enquête a révélé qu'une majorité de toilettes étaient partagées entre plusieurs patients. De plus, **alors que l'utilisation des douchettes rince-bassin est à proscrire en raison du risque d'aérosolisation de matières fécales, 43% des toilettes en étaient équipées.**

Dans près de 40% des cas, les bassins n'étaient pas réservés à un seul patient pour la durée de son séjour. Par ailleurs, seulement 15% des bassins étaient équipés d'un couvercle.

Dans une large majorité des cas, les bassins étaient vidés et rincés avant d'être lavés dans les lave-bassins, la plupart du temps dans les chambres des patients. Au cours de l'enquête, les professionnels interrogés l'ont expliqué par la présence de

résidus de matières fécales après lavage au lave-bassin.

Ce problème était en partie lié à une **incompatibilité entre les bassins et les lave-bassins employés**. De plus, les professionnels craignaient de transporter les bassins pleins jusqu'à la salle du rince-bassin alors que les bassins ne disposaient pas de couvercles. Les auteurs soulignent l'intérêt des sacs de recueil des excreta à usage unique.

Par ailleurs, ils notent que les lave-bassins étaient régulièrement en panne, un problème moins courant lorsqu'une maintenance annuelle était assurée. De même, alors que les lave-bassins chimiques ne sont pas recommandés, l'enquête a montré l'emploi de 49 d'entre eux (contre 408 thermiques).

Selon ce sondage, 20% des lave-bassins étaient situés dans une salle dépourvue de tout équipement dédié au lavage des mains (distributeurs de solution hydro-alcoolique ou évier).

A la suite de cette enquête, l'équipe opérationnelle d'hygiène a mis en place des recommandations relatives à la gestion des excreta. Un programme de formation a été lancé et certaines recommandations ont bénéficié de mesures incitatives dans le cadre de l'évaluation des établissements.

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

Evaluation of excreta management in a large French multi-hospital institution, M. Lepainteur, S. Nérome, G. Bendjelloul, C. Monteil, B. Cottard-Boulle, M. Nion-Huang, V. Jarlier, S. Fournier, Journal of Hospital Infection, publication avancée en ligne du 17 août

FONTAINE RÉFRIGÉRANTE RESPONSABLE D'UNE ÉPIDÉMIE À *PSEUDOMONAS AERUGINOSA*

Une épidémie nosocomiale due à la contamination d'une fontaine à eau par *Pseudomonas aeruginosa* ou bacille Pyocyanique est rapportée par une équipe du CHU de Poitiers.



P. aeruginosa bactérie hydrique par excellence forme facilement des biofilms capables de persister longtemps dans les canalisations. Des épidémies de *P. aeruginosa* résistantes aux antibiotiques peuvent être associées à la contamination des canalisations. Néanmoins, l'épidémie nosocomiale à *P. aeruginosa* survenue au CHU de Poitiers en 2013 à partir d'une contamination d'une fontaine à eau est la première décrite dans la littérature.

Entre janvier et avril 2013, 10 patients atteints d'un cancer admis dans un service ORL de l'hôpital ont développé une infection à *P. aeruginosa*. Après enquête, il a été établi qu'au moins trois de ces épisodes étaient liés à la contamination d'une fontaine à eau. **L'eau de la fontaine était utilisée pour alimenter ces patients via une gastrostomie endoscopique percutanée.**

La fontaine a été mise hors service. Malgré trois procédures de désinfection de haut niveau, la fontaine restait lourdement colonisée par la bactérie incriminée. Une nouvelle fontaine à eau pourvue d'un système de contrôle et de traitement UV a été installée.

Avant cette épidémie, chaque fontaine à eau était contrôlée une fois par an au sein de l'établissement, une fréquence plus importante que les recommandations du ministère chargé de la santé qui préconise un test par an pour 100 lits.

Selon les auteurs, cette épidémie nosocomiale illustre la nécessité d'évaluer *P. aeruginosa* lors des évaluations de potabilité de l'eau dans les établissements de santé, tout au moins dans les services accueillant des populations à risque d'infections (immunodéprimés...).

Les auteurs estiment que les recommandations françaises sont insuffisantes. Ils prônent le recours à des fontaines à eau munies de traitement UV tout en maintenant les contrôles bactériologiques.

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

Nosocomial outbreak of *Pseudomonas aeruginosa* associated with a drinking water fountain, D. Costa, A. Bousseau, S. Thevenot, X. Dufour, C. Laland, C. Burucoa, O. Castel. Journal of Hospital Infection, publication avancée en ligne du 17 août

DURÉE DU PORTAGE BMR ET BHRE CHEZ LES PATIENTS

La résistance aux antibiotiques est un problème majeur qui ne fait que s'accroître dans les unités de soins intensifs et de réanimation. La persistance d'une colonisation avec des bactéries multirésistantes (BMR) chez les patients peut jouer un rôle important dans la diffusion de ces bactéries. La durée de colonisation à BMR est mal connue, en particulier après la sortie des patients de réanimation.

La connaissance de cette durée de portage chez les patients hospitalisés et chez ceux qui sont réadmis est néanmoins déterminante, car elle impacte la stratégie et les mesures de prévention à mettre en œuvre. Plusieurs facteurs influencent la durée de colonisation : le type de BMR, le traitement antibiotique, les hospitalisations répétées, la sensibilité des tests de dépistage utilisés (cultures, polymérase chain reaction [PCR]).

La plupart des études publiées ont été menées chez des patients hospitalisés, colonisés par des BMR et réadmis en réanimation. Ces études montrent la complexité des facteurs influençant la durée de colonisation et rapportent une médiane de temps de clairance des BMR mesurée à plusieurs mois. Des portages de longue durée sont

décrits dans plusieurs travaux pour différentes BMR : *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM) [un à quatre ans], entérobactéries productrices de bêta-lactamase à spectre étendu (EBLSE) [trois ans], entérocoques résistants aux glycopeptides (50 semaines), entérobactéries résistantes aux carbapénèmes (un an), *Acinetobacter baumannii* multirésistant (42 mois). Les antibiotiques jouent un rôle majeur, non seulement dans la sélection, mais également dans la persistance du portage des BMR.

BMR	Principaux sites colonisés et sites de dépistage	Situation en France	Persistance de colonisation
SARM	Cavités nasales	Endémique	1 à 4 ans
EBLSE	Tube digestif	Endémique (<i>E. coli</i>) Épidémique (espèces hospitalières)	3 à 8 mois (jusque 3 ans)
ERG	Tube digestif	BHRe Sporadique, quelques épidémies hospitalières	2 à 90 semaines
EPC	Tube digestif	BHRe Sporadique	1 an
PAR	Peau, oropharynx, tube digestif	Potentiellement épidémique en USI	Absence de données
ABR	Peau, oropharynx	Potentiellement épidémique en USI Émergent si résistant aux carbapénèmes	20 à 42 mois

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

Persistance du portage de bactéries multirésistantes après la réanimation. C. Cattoen. Réanimation (2015) 24:249-255

COÛT DES INFECTIONS À CLOSTRIDIUM DIFFICILE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ FRANÇAIS

Les prises en charge des infections à *Clostridium difficile* auraient représenté un surcoût de 163 millions d'euros en 2011 dans les établissements publics ayant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO).

Afin d'estimer le coût attribuable aux infections à *C. difficile* en France, l'équipe de F. Barbut du groupe hospitalier Paris-Saint-Antoine à Paris ont analysé les données relatives à 12 grands établissements de santé publics ayant une activité de MCO en 2011.

Les auteurs se sont basés sur 1.067 infections à *C. difficile* qui ont affecté 906 patients et sont survenues au cours de 979 séjours. Le taux de récurrences s'élevait à 12% et le séjour moyen durait 64 jours, contre 25 jours pour les séjours sans infection à *C. difficile*.

Les auteurs ont calculé le surcoût de l'infection nosocomiale à partir de l'étude nationale de coûts à méthodologie commune (ENCC). Pour certains cas où l'infection à *C. difficile* était identifiée comme le diagnostic primaire et non secondaire à une autre maladie, l'équipe a pris en compte la totalité du coût du séjour.

D'après ces données, **le surcoût médian d'une infection à *C. difficile* s'élevait à 7.514 euros**. Selon une extrapolation, le coût pour l'ensemble des établissements français publics de MCO a atteint 163 millions d'euros en 2011.

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

Hospital cost of Clostridium difficile infection including the contribution of recurrences in French acute-care Hospitals. A. Le Monnier and Coll, Journal of Hospital Infection, publication avancée en ligne du 22 juillet

EFFICACITÉ D'UNE INTERVENTION PAR INTERNET POUR ENCOURAGER LE LAVAGE DES MAINS

Le lavage des mains pour prévenir la transmission des infections des voies respiratoires a été préconisé par beaucoup, en particulier au cours de la pandémie de grippe H1N1. Cependant, le rôle du lavage des mains fait débat et aucune preuve randomisée solide n'existe chez les adultes dans un cadre domestique. Cette étude a cherché à évaluer si une intervention par Internet visant à modifier les habitudes de lavage des mains pourrait réduire le nombre d'infections des voies respiratoires chez les adultes et les membres du foyer.

Méthodes



Des individus vivant en famille ont été recrutés sur invitation postale adressée par l'intermédiaire de cabinets de médecine générale en Angleterre. Après avoir donné leur consentement, les participants ont été randomisés, pour avoir accès ou non à une intervention par Internet. Cette intervention automatisée sur mesure permettait de maximiser l'intention de lavage des mains, surveiller les comportements en matière de lavage des mains, fournir des observations personnalisées, renforcer les attitudes et les normes pertinentes, et répondre aux fausses croyances.

Le critère d'évaluation principal était le nombre d'épisodes d'infections des voies respiratoires chez les participants qui ont accompli le suivi pendant 16 semaines.

Résultats

Sur 3 hivers, entre le 17 janvier 2011 et le 31 mars 2013, 20 066 participants sont recrutés et randomisés en 2 groupes : intervention (n = 10 040) et absence d'intervention (n = 10 026). 16 908 (84 %) des participants ont été suivis avec le questionnaire à 16 semaines (8 241 participants de référence du groupe d'intervention et 8 667 du groupe témoin). Au bout de 16 semaines, 4 242 personnes (51 %) du

groupe d'intervention ont signalé un ou plusieurs épisodes d'infections des voies respiratoires contre 5 135 (59 %) dans le groupe témoin (risque relatif multivarié = 0,86 ; IC à 95 % : 0,83–0,89 ; p < 0,0001). L'intervention a permis de réduire les infections des voies respiratoires (signalées moins de 1 semaine après celle d'un autre membre du foyer), transmises à la personne de référence ou par cette dernière. Une légère augmentation des irritations mineures de la peau signalée par les participants (231 cas [4 %] sur 5 429 dans le groupe d'intervention contre 79 [1 %] sur 6 087 dans le groupe témoin) ; aucun événement indésirable grave n'a été signalé.

Interprétation

En l'absence de pandémie, une intervention par Internet efficace, conçue pour encourager le lavage des mains, pourrait avoir un effet important sur la réduction de la transmission des infections. Compte tenu des craintes plus vives lors d'une pandémie et du rôle probable de l'Internet dans l'accès aux conseils, l'intervention pourrait également être mise en œuvre efficacement en cas de pandémie.

Pour en savoir plus : Article à votre disposition sur simple demande au CCLin Est

An internet-delivered handwashing intervention to modify influenza-like illness and respiratory infection transmission (PRIMIT): a primary care randomised trial. P. Little, B. Stuart, F D R Hobbs and Coll, *The Lancet*, publication avancée en ligne du 7 août)

A LIRE - A VOIR - A DÉCOUVRIR

Sommes-nous préparés à faire face à la prochaine épidémie mondiale ? Jim Yong Kim, Président de la Banque mondiale <http://huff.to/1IPTcci>

La transplantation de microbiote fécal plus encadrée, Agence nationale de sécurité et des produits de santé. 15 juillet 2015 <http://ansm.sante.fr/S-informer/Actualite/La-transplantation-de-microbiote-fecal-et-son-encadrement-dans-les-essais-cliniques-Point-d-Information>

Résumé : L'Ansm vient de publier une actualisation de ses recommandations concernant la transplantation de microbiote fécal, dans laquelle elle renforce les mesures de sécurité autour de cette pratique et précise que les infections récurrentes à *Clostridium difficile* représentent l'indication la plus adaptée pour le moment.

Prise en charge médicale des personnes atteintes par le virus Zika : Recommandations du HCSP (avis 5 pages + rapport 25 pages) <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=517>

Résultats enquête sur l'information après pose de PICC en établissement de santé et en milieu libéral dans l'inter région Sud-Est : L'objectif était de faire un état des lieux des pratiques mises en place pour le suivi, la prise en charge du dispositif et d'identifier des axes d'amélioration : <http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/enquete/picc/index.html>

L'hôpital agit pour la planète : Guide 2015 du Comité pour le développement durable en santé (C2DS) des pratiques vertueuses en développement durable des établissements sanitaires et médico-sociaux <http://c2ds.eu/uploads/02-GuideC2DS2015-30juinNumerique.pdf>

Le coin vidéo : Clip vidéo « hygiène des mains » grand public de l'ECDC <https://www.youtube.com/watch?v=0-04p29OKBk>
Le nouveau VLOG » du CCLin Sud-Ouest : <https://goo.gl/ykHy1Y>

FAUT-IL BANNIR LES TÉLÉPHONES PORTABLES ET AUTRES TABLETTES DES SALLES D'OPÉRATION ?

Article publié sur Medscape France : <http://www.medscape.fr/voirarticle/3601667>

Aux Etats-Unis, la question se pose de plus en plus souvent après que des incidents aient été portés sur la place publique [1-3]. Certains hôpitaux et cliniques mettent en place des règlements concernant l'usage personnel des outils connectés et des sociétés savantes ont récemment mis en garde les praticiens sur le danger à laisser leur addiction à l'Internet envahir le champ professionnel, voire opératoire [4].

A l'hôpital, la distraction est source d'erreurs...parfois fatales



A l'hôpital, les progrès technologiques, via les smartphones et autres tablettes, ont permis nombre d'avancées médicales – plus d'informations sur le patient, sur les médicaments, plus d'alarmes, etc. –, susceptibles d'améliorer la prise en charge et dont personne ne discute l'intérêt.

Revers de la médaille, ils ont aussi, dans le même temps, augmenté les sources de distraction. Difficile de ne pas vérifier compulsivement ses e-mails, répondre dans la seconde aux textos, faire son shopping en ligne : le pouvoir addictif et distrayant de l'Internet est, on le sait tous, énorme et il n'y a pas de raison que les professionnels de santé y soient moins sensibles que les autres... Sauf qu'à l'hôpital, et en particulier dans le bloc opératoire, la distraction est source d'erreurs potentiellement graves (comme en avion, voir encadré). Cet aspect, qui n'avait pas été anticipé, émerge peu à peu au fil de récents incidents médicaux dont les médias, essentiellement américains, se sont faits l'écho depuis plusieurs années, avec parfois des conséquences qui peuvent être fatales. En témoigne un accident survenu en 2011 au Texas [5] où une femme de 61 ans est admise à l'hôpital pour une neutralisation (par ablation) du nœud auriculo-ventriculaire dans le cadre d'une fibrillation atriale. Lors de l'opération, la saturation sanguine en oxygène chute dangereusement pendant 15 à 20 mn sans que l'anesthésiste chargé de surveiller la patiente s'en inquiète, conduisant au décès de celle-ci. Poursuivi en justice par la famille, le chirurgien a affirmé que

l'anesthésiste était occupé à envoyer e-mails et textos ou à jouer depuis son téléphone ou sa tablette. Ce dernier a d'ailleurs reconnu se connecter pour lire des articles ou des livres pendant ses temps morts. Une occupation qui n'était, d'ailleurs selon lui, pas un problème puisqu'il « regardait le moniteur au moins toutes les 30 secondes et surveillait le patient au moins toutes les 30 minutes » peut-on lire dans sa déposition [5].

Le cas d'un patient resté partiellement paralysé après une opération pendant laquelle il a été prouvé que le neurochirurgien avait passé au moins 10 appels téléphoniques personnels a aussi défrayé la chronique [1-3].

Mauvaises vibrations après césarienne

Mais il y a plus surprenant (affligeant ?) encore. On a tous connaissance d'anecdotes rapportant l'oubli d'un outil chirurgical dans le corps d'un patient...mais dernièrement il a été relaté le cas d'une jordanienne chez laquelle une radiographie a révélé la présence d'un téléphone portable, pour ainsi dire « perdu » par le chirurgien dans l'abdomen de la jeune femme lors de la césarienne qu'elle avait subi quelques jours plus tôt. C'est une improbable vibration émanant du ventre de la femme qui l'avait amené à consulter [7]. Si l'histoire se finit bien et peut prêter à sourire, on imagine néanmoins le risque d'infections nosocomiales si l'appareil avait été à court de batterie et n'avait pu se « signaler ».

Car outre l'accident chirurgical survenu par manque d'attention, le risque bactérien lié aux portables constitue bien évidemment une autre source non négligeable de risque. D'ailleurs, preuve que le portable a envahi l'hôpital, y compris le bloc opératoire, des études s'intéressent désormais au portage bactérien des téléphones des médecins après avoir d'abord incriminé les téléphones des patients et de leurs proches. Une des plus récentes s'est ainsi penchée sur les germes retrouvés sur les téléphones de chirurgiens orthopédiques et d'internes à l'entrée et à la sortie de la salle d'opération [8]. Au début du test, 83% des appareils présentaient des germes pathogènes, ils étaient ensuite désinfectés et une semaine après, revérifiés. Le résultat est parlant : 75% d'entre eux étaient à nouveau contaminés. La conclusion l'est tout autant : pas question de recommander aux médecins de laisser leur portable au vestiaire, les auteurs préfèrent leur conseiller de nettoyer très souvent leur téléphone.

Paparazzi des blocs opératoires

Enfin, moins grave en termes de conséquences mais totalement inapproprié et inélégant (et illégal), est la prise de photos au bloc de patients ou de pièces opératoires postées ensuite sur Facebook, voire revendues au marché noir. Dernière affaire en date aux Etats-Unis, les photos de Joan Rivers réalisées par un anesthésiste au cours d'une opération de la gorge et des cordes vocales, laquelle actrice est par ailleurs, décédée une semaine après [9]. Si le lien de cause à effet n'est bien sûr pas établi entre les deux évènements, le procès intenté par la fille de l'animatrice a au moins mis à jour l'existence d'agissements, qui, s'ils sont rares, n'en sont pas moins glauques. Ce phénomène de paparazzi des blocs opératoires n'est d'ailleurs pas exclusif des célébrités, ni propre aux Etats-Unis. Même s'il est difficile de trouver des témoignages sur le Net, des images prises à l'hôpital (sur lesquelles figurent principalement des « selfies » d'internes mais aussi des photos de patients qui n'ont probablement pas donné leur accord) sont disponibles sur les réseaux sociaux, notamment sur Instagram (#urgences). L'anesthésiste évoqué précédemment a d'ailleurs reconnu avoir posté des photos de monitoring sur Facebook, sans que cela ne lui pose de problème, puisque « ce ne sont que des chiffres et que l'on ne voit pas le nom du patient ».

66% des chirurgiens utilisent leur téléphone à l'hôpital, y compris en salle d'opération

Si les interférences ont autrefois servi de prétexte pour interdire l'utilisation d'appareils électroniques dans l'enceinte de l'hôpital, le problème semble aujourd'hui se limiter aux seuls moniteurs cardiaques (et encore sur des distances relativement courtes) et les progrès technologiques qui ont accompagné la généralisation de l'utilisation des appareils connectés ont laissé champ libre aux mobiles, tablettes et autres assistants numériques personnels (PDA) qui ont pénétré la salle d'examen cliniques et bloc opératoire. Difficile pour autant de connaître l'étendue de l'envahissement numérique. On peut lire ça et là que nombre de chirurgiens se servent de ces appareils connectés pour diffuser de la musique en salle d'opération.

Une étude rapporte ainsi que 66% des chirurgiens utilisent leur téléphone à l'hôpital, y compris en salle d'opération et en unités de soins intensifs [10]. Une autre présentée lors d'un congrès d'anesthésiologie a trouvé que dans 54% des cas, les infirmières et les internes étaient distraits par autre chose (et souvent du surf sur le Net) que les soins à apporter aux patients, même en étant surveillés. De la même façon, 56% des infirmiers qui gèrent les appareils de circulation extracorporelle pendant une chirurgie cardiaque ont reconnu se servir de leur téléphone pendant la procédure. Beaucoup estimant que parler au téléphone (42%) ou envoyer des SMS (52%) n'était pas une pratique engendrant des risques pour le patient [11]. **Suite page suivante**

(SUITE) FAUT-IL BANNIR LES TÉLÉPHONES PORTABLES ET AUTRES TABLETTES DES SALLES D'OPÉRATION ?

Portables sous protection

Comment faire entrer les outils connectés au bloc en s'affranchissant des problèmes de stérilité ? Comme on imagine mal passer son portable à l'autoclave, des entreprises ont vite compris qu'il y avait là un marché et ont créé des pochettes qui leur sont spécifiquement destinées. L'accès tactile à l'écran et au clavier reste possible – même avec des gants chirurgicaux – pour visionner des radiographies ou jouer à Candy Crush [12]. On n'arrête pas le progrès....

Des bonnes pratiques pour un usage approprié du téléphone à l'hôpital

Les distractions à l'hôpital ne sont pas une totale nouveauté (papotage, bippers, alarmes, lecture...) mais la technologie avec les nouvelles formes de communication en a créé d'autres, bruyantes et compulsives. Celles liées aux smartphones et autres objets mobiles ont d'ailleurs été classées parmi les « **10 risques technologiques liés au domaine de la santé 2013** » ("The Top 10 Health Technology Hazards for 2013") par l'ECRI (Economic Cycle Research Institute), une organisation à but non lucratif dédiée à l'amélioration des soins [13].

Pas facile pour autant de réglementer leur usage tant il y a autant de bonnes raisons d'utiliser toute cette technologie - obtenir des infos sur les antécédents d'un patient, envoyer l'image d'une lésion pour obtenir l'avis d'un confrère, etc - que de « mauvaises ».

Dès 2008, conscient du problème, l'**American College of Surgeons (ACS)** avait publié un document officiel afin « d'encadrer » l'utilisation des téléphones portables au bloc, stipulant à l'époque, que « l'usage indiscipliné des portables et autres appareils connectés – appels, e-mails, envoi de données, et ce, aussi bien pour les chirurgiens que pour l'équipe chirurgicale — pouvaient être sources de distraction et compromettre les soins au patient » [14].

L'ACS n'avait pas banni l'utilisation du portable mais avait listé 10 bonnes pratiques pour un usage approprié comme : éviter les appels personnels, sonneries silencieuses, suivi d'appels et alarme distincte pour les appels urgents. [15].

En avril dernier, des médecins et autres professionnels de santé, notamment l'American College of Surgeons et l'American Society of Anesthesiologists (ASA), ont jugé bon de renouveler leurs recommandations sous forme d'une charte de bonne pratique de « réduction des bruits et de la distraction » durant les soins donnés aux patients [4].

Faudra-t-il tenir les smartphones à distance pour que le patient redevienne le principal sujet d'intérêt du médecin ?

Tout ce que vous tweetez pourra être retenu contre vous

Aux Etats-Unis, tout ce que vous tweetez ou postez sur Facebook, Instagram ou autres peut être retenu contre vous. Dans leurs recommandations, les Sociétés savantes rappellent donc aux médecins qu'ils peuvent être suivis à la trace sur le Net via le navigateur qu'ils utilisent. Tous les posts sur Facebook laissent leur empreinte. Il en va de même des SMS et autres textos. Toute tentative d'effacement numérique est donc inutile, voire illégale et, dans certains cas, passible de poursuites, car considéré comme destruction de preuves. Enfin, prendre des photos avec un smartphone peut être considéré comme une violation des droits d'un patient [16].

Bibliographie :

1. Richtel M. As Doctors Use More Devices , Potential for Distraction Grows, NewYorkTimes, 14 décembre 2011. http://www.nytimes.com/2011/12/15/health/as-doctors-use-more-devices-potential-for-distraction-grows.html?pagewanted=all&_r=1
2. Buckwalter-Poza R. Treat, Don't Tweet: The Dangerous Rise of Social Media in the Operating Room, Pacific Standard, Apr 16, 2014. <http://www.psmag.com/health-and-behavior/treat-dont-tweet-dangerous-rise-social-media-operating-room-79061>
3. Luthra S. Do Cell Phones Belong In The Operating Room? Washington post, 13 juillet 2015. http://www.washingtonpost.com/national/health-science/do-cell-phones-belong-in-the-operating-room/2015/07/13/f524e908-1e9e-11e5-aeb9-a411a84c9d55_story.html
4. Council on Surgical and Perioperative Safety (CSPS). CSPS Noise and Distraction Promotes Safe Perioperative Environment , avril 2015. <http://www.cspsteam.org/PressReleases/NoiseandDistractionPressReleaseMay2015.pdf>
5. Nicholson E. Dallas anesthesiologist being sued over deadly surgery admits to texting reading ipad during procedures, the Observer, 1/04/14. <http://www.dallasobserver.com/news/dallas-anesthesiologist-being-sued-over-deadly-surgery-admits-to-texting-reading-ipad-during-procedures-7134970>
6. Distractions in the Operating Room Threaten Patient Safety, AAOS Now, May 2012 Issue. <http://www.aaos.org/news/aaosnow/may12/clinical5.asp>
7. Matyszczuk C. Gynecologist accused of leaving phone inside patient's belly. May 13, 2015. <http://www.cnet.com/news/gynecologist-accused-of-leaving-phone-inside-patients-stomach/>
8. Shakir IA, MD; Patel NH, Chamberland RR et al. Investigation of Cell Phones as a Potential Source of Bacterial Contamination in the Operating Room. J Bone Joint Surg Am, 2015 Feb 04; 97 (3): 225 -231. <http://jbis.org/content/97/3/225>
9. Slattery D, Ross B. Doctor who denied taking photos of Joan Rivers in operating room actually did take snapshots, court docs reveal, NYDailyNews, 25 juillet 2015. <http://www.nydailynews.com/new-york/doctor-pics-joan-rivers-operating-room-court-doc-article-1.2292435>
10. Saraf S. Use of mobile phone in operating room, J Med Phys 2009, 34(2) : 101-2. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2805889/#_ffn_sectitle
11. Smith T, Darling E, Searles B. 2010 Survey on cell phone use while performing cardiopulmonary bypass, Perfusion, Perfusion 2011, vol. 26 no. 5 375-380. <http://prf.sagepub.com/content/26/5/375.abstract>
12. eShield Covers Let You Bring Phones , Cameras, Tablets Inside Operating Rooms. Medgadget, 18 août 2015. <http://www.medgadget.com/2014/08/eshield-covers-let-you-bring-phones-cameras-tablets-inside-operating-rooms.html>
13. ECRI Releases "The Top 10 Health Technology Hazards for 2013 " <http://www.healthcareitnews.com/press-release/ecri-releases-top-10-health-technology-hazards-2013>
14. College's Committee on Perioperative Care. Statement on use of cellphones in the operating room. Bull Am Coll Surg 2008 Sep;93(9):33-4. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19469355>
15. ACS Cell Phone Statement [ST-59] Statement on use of cell phones in the operating room [by the American College of Surgeons]. <https://echapter.nursingnetwork.com/page/2271-acs-cell-phone-statement>
16. American Society of Anesthesiologists. Technology: An Uninvited Guest in the O.R.? April 1, 2015, Volume 79, Number 1. <http://www.asahq.org/resources/publications/newsletter-articles/2015/april-2015/technology-an-uninvited-guest-in-the-or>

Edition 2015 de la semaine de la sécurité des patients : lancement du concours d'affiches !

Pour la 5^{ème} année consécutive, le ministère chargé de la santé organise fin novembre [une semaine dédiée à la qualité et à la sécurité des soins](#), vigilance constante des pouvoirs publics et de l'ensemble des acteurs de la santé.

Cette année, **en partenariat avec le collectif interassociatif sur la santé (CISS)**, le fil rouge de la semaine porte sur **la continuité des soins tout au long du parcours, à travers 3 exemples** : la conciliation médicamenteuse, la lettre de liaison et l'identité-vigilance.

Afin de promouvoir l'implication de tous, **un concours d'affiches est organisé**. Vous êtes invités à concourir sur le thème de cette édition, avec un impératif : « **un mot, une image** ».

Vos projets sont à adresser par courriel avant le 15 octobre minuit à l'adresse dgos-pf2@sante.gouv.fr, sur la base du cahier des charges consultable sur le [site internet du ministère](#).

La remise des prix aura lieu le **26 novembre** au ministère, où se tiendra également l'exposition des affiches lauréates durant toute la semaine de la sécurité des patients.

Vous aussi, participez au concours et faites-le connaître autour de vous !



Pour en savoir plus :

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/SSP_2015_Cahier_des_charges_concours_d_affiches_aout_2015.pdf

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/>