



DIRECTION REGIONALE
DES AFFAIRES SANITAIRES ET
SOCIALES DE HAUTE-NORMANDIE

**SYNTHESE DES BILANS STANDARDISES DES ACTIVITES
DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES**

ETABLISSEMENTS DE SANTE DE HAUTE NORMANDIE

ANNEES 2000 à 2002

Rédaction du document : J-M. Germain et S. Maugat (C.CLIN Paris-Nord)

Janvier 2004

Introduction	p 2
Synthèse des résultats	p 3
Détail des résultats	p 6

INTRODUCTION

Selon le décret n°99-1034 du 6 décembre 1999, article R.711-1-2 : « Le comité de lutte contre les infections nosocomiales (...) élabore le rapport annuel d'activité de la lutte contre les infections nosocomiales ; (...) ; il comporte le bilan des activités établi selon un modèle défini par arrêté du ministre chargé de la santé ; ce bilan est transmis annuellement, (...) à la direction départementale des affaires sanitaires et sociales et au centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales ».

Depuis l'année 2000, les bilans d'activité des CLIN de tous les établissements de soins (publics et privés) font l'objet d'un traitement informatique.

Une synthèse nationale pour les années 2000 et 2001 a également été réalisée par le ministère à partir des bases régionales constituées dans les DRASS.

Au niveau régional, quelques comparaisons des résultats ont pu également être faits avec ceux de l'enquête régionale menée en 1999 qui avait fait un premier état des lieux en matière d'hygiène hospitalière et de lutte contre les infections nosocomiales.

Dans l'analyse nationale du bilan 2001, 9 traceurs (répartis en 3 groupes de critères) ont été retenus :

- Critères d'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales
 - existence d'un CLIN
 - CLIN se réunissant au moins 3 fois par an
 - existence d'un programme d'action
- Critères de moyens de lutte contre les infections nosocomiales
 - existence d'une équipe opérationnelle en hygiène
 - existence de correspondants en hygiène
- Critères de procédures
 - existence d'un protocole sur l'hygiène des mains
 - existence d'un protocole sur l'élimination des déchets
 - existence d'un protocole sur les escarres
 - existence d'un protocole sur la prescription des antibiotiques en première intention dans les principales infections

Si quelques éléments semblent se dégager de l'analyse de ces données, il est important de préciser que l'évolution des outils, des modalités de recueil et de traitement des données a engendré un certain nombre de difficultés. Il convient donc d'interpréter les résultats présentés dans ce rapport avec prudence car même si des mesures destinées à améliorer la qualité du recueil ont été apportées après la première année d'utilisation de ce document et de l'outil informatique, les données restent déclaratives sans validation externe possible. Cette analyse ne doit donc pas être comprise comme un diagnostic exhaustif de la situation mais doit permettre de dégager de grandes tendances.

Ce document présente les résultats des 3 premières années (2000, 2001, 2002) d'exploitation de ce nouveau format du bilan standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales pour les établissements de santé de la région Haute Normandie.

SYNTHESE DES RESULTATS

Sauf indications contraires, les % figurant dans le texte suivant se rapportent aux 68 établissements ayant retourné un bilan standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales pour l'année 2002.

- Retour des bilans standardisés (cf. tableau p 7)

Parmi les 71 établissements de santé de Haute Normandie (comportant des lits de MCO, psychiatrie, SSR ou SLD), 68 ont rempli et retourné le bilan standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales pour l'année 2002. Cette participation correspond à la couverture d'environ 97% des lits de la région. Elle est plus importante que pour l'ensemble de la France en 2001 (87% des lits d'hospitalisation couverts).

- Le CLIN (cf. graphiques p 8)

En 2002, 4 établissements n'avaient pas mis en place de CLIN. Il s'agissait de 3 hôpitaux locaux et d'un établissement SSR. Un de ces établissements a mis en place un CLIN en 2003. Pratiquement tous les CLIN ayant retourné leur bilan (n=61 soit 90%) adhéraient à un réseau formalisé (en particulier C.CLIN et réseau local). Deux CLIN n'ont organisé ni réunion plénière ni réunion de travail. Un seul établissement a déclaré avoir un budget de fonctionnement pour le CLIN.

- Ressources de l'établissement (cf. graphiques p 9)

Depuis l'année 2000, on note une augmentation du nombre d'établissements disposant d'une équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) (38 établissements en 2002 soit 56%). Plus de la moitié de ces équipes (n=25 soit 66%) sont des équipes communes à plusieurs établissements. Cependant, une convention entre établissements fonctionnant avec une EOH commune n'a été signée que par 15 établissements. Les ratios de praticiens en hygiène (1/800 lits) et de personnels infirmiers en hygiène (1/400 lits) recommandés dans la circulaire de décembre 2000 ne sont pas encore atteints dans notre région : 0,51 praticiens pour 800 lits et 0,58 personnel infirmier pour 400 lits en 2002. Deux ETP d'infirmiers en hygiène étaient encore non pourvus en 2002.

Des correspondants en hygiène dans les services de soins étaient mis en place dans 38 établissements pour les correspondants médicaux (56%) et dans 55 établissements pour les correspondants infirmiers (81%).

- Objectifs et stratégie de lutte contre les IN (cf. graphiques p 11)

En 2002, les objectifs de lutte contre les infections nosocomiales figuraient dans le :

- projet d'établissement pour 47 établissements (soit 80% des établissements ayant adopté un projet)
- contrat d'objectifs et de moyens pour 28 établissements (soit 85% des établissements ayant signé un contrat d'objectifs et de moyens)
- livret d'accueil pour 41 établissements (soit 65% des établissements ayant rédigé un livret)

Cinquante quatre établissements (79% des établissements ayant retourné leur bilan) avaient élaboré un programme d'actions en matière de lutte contre les infections nosocomiales. Ce taux est équivalent à celui observé au niveau national pour l'année 2001. Ce programme d'actions a été présenté en 2002 :

- au CA par 21 établissements (soit par 39% des établissements ayant élaboré un programme)
- à la CME par 42 établissements (soit par 78% des établissements ayant élaboré un programme)
- au CHSCT par 24 établissements (soit par 44% des établissements ayant élaboré un programme)
- à la CSSI par 13 établissements (soit par 50% des établissements publics ayant élaboré un programme)

Cinquante établissements (74%) avaient réalisé un rapport sur les activités de l'année précédente. Ce rapport d'activités a été présenté en 2002 :

- au CA par 12 établissements (soit par 24% des établissements ayant réalisé un rapport d'activités)
- à la CME par 37 établissements (soit par 74% des établissements ayant réalisé un rapport)
- au CHSCT par 19 établissements (soit par 38% des établissements ayant réalisé un rapport)
- à la CSSI par 8 établissements (soit par 32% des établissements publics ayant réalisé un rapport)

- Prévention des risques infectieux (cf. graphiques p 16)

En 2002, 42 établissements (62%) avaient défini un programme de maîtrise de la diffusion des BMR. Parmi ces 42 programmes :

- 6 ont été mis en place au cours de l'année 2002
- 18 ont été réactualisés en 2002
- 11 ont fait l'objet d'une évaluation en 2002

Un comité du médicament existait dans 53 établissements (soit 78% des établissements ayant retourné leur bilan). Le CLIN y était pratiquement toujours représenté.

Des protocoles de bon usage des antibiotiques élaborés conjointement par le CLIN et le comité du médicament étaient disponibles uniquement dans 24 établissements (35%).

Des protocoles d'antibiothérapie de 1^{ère} intention pour les principales infections ont été élaborés par 13 établissements (19%). Parmi ces 13 établissements, 2 avaient réalisé une évaluation de ces protocoles en 2002.

Par contre, des protocoles d'antibioprophylaxie chirurgicale étaient disponibles dans 25 établissements (soit 81% des établissements ayant une activité de chirurgie). Parmi ces 25 établissements, 5 avaient réalisé une évaluation en 2002.

Dans la plupart des établissements, il existait :

- un système de signalement des AES (n=59 soit 87%)
- un protocole de prise en charge en urgence des AES (n=62 soit 91%).

Une surveillance de l'eau chaude sanitaire était effectuée dans 60 établissements (88%). Pour la majorité des surveillances, un seuil d'alerte avait été défini. Pour cet item, il faut noter l'augmentation du nombre d'établissements réalisant cette surveillance depuis l'année 2000 et l'augmentation du nombre d'établissements ayant défini un seuil d'alerte.

L'existence de protocoles de prévention est d'importance variable selon les thèmes : le thème du lavage des mains est quasiment généralisé. On note globalement une augmentation du nombre protocoles existants entre les années 2000 et 2002, ainsi qu'une augmentation du nombre de protocoles ayant fait l'objet d'une évaluation (62 en 2000 soit 11% des protocoles et 149 en 2002 soit 21% des protocoles).

De même, d'avantage d'établissements avaient réalisé au moins un protocole dans le cadre d'un réseau en 2002 (n=26 soit 53%) qu'en 2000 (n=13 soit 18%).

- Surveillance épidémiologique (cf. graphiques p 23)

En 2002, 9 établissements (13%) ont réalisé une enquête de prévalence. Le nombre plus important d'établissements ayant réalisé une enquête de prévalence en 2001 correspond à la participation à l'enquête nationale de prévalence.

Vingt et un établissements (31%) ont réalisé au moins une enquête d'incidence des infections nosocomiales en 2002.

Parmi les 30 établissements ayant une activité de chirurgie, 6 (20%) ont réalisé une surveillance des infections du site opératoire en 2002.

Une surveillance des BMR était effectuée par 42 établissements (62%). Les autres germes étaient surveillés dans 37 établissements (54%).

Parmi les 49 établissements réalisant une surveillance (des infections ou des germes), 36 (soit 73%) ont diffusé les résultats de cette surveillance aux services concernés.

- Situations d'alerte ou épidémiques (cf. graphiques p 25)

Quinze établissements (22%) ont été confronté à une situation d'alerte ou épidémique en 2002. Ces situations correspondaient à 31 épisodes dont 8 ont fait l'objet d'un signalement externe et 8 ont nécessité le recours à un expert.

- Formation en hygiène (cf. graphiques et tableau p 26)

En 2002, la formation en hygiène faisait partie du programme de formation continue de 56 établissements (82%). Le CLIN a été consulté pour l'élaboration du programme dans 50 établissements. Une formation en hygiène était organisée en 2002 pour les nouveaux personnels recrutés dans 30 établissements (44%). Depuis 2000, on note une forte augmentation du nombre de personnes (quelle que soit la catégorie professionnelle) ayant suivi une formation en hygiène ainsi qu'une forte augmentation du nombre d'heures de formation.

- Evaluation (cf. graphiques p 26)

Des actions d'évaluation (en dehors des évaluations des protocoles déjà signalées), ont été menées par 22 établissements (32%).

- Comparaison des résultats nationaux et régionaux pour les 9 traceurs retenus dans l'analyse nationale

Critères	France 2001 n = 2 121	Haute Normandie 2001 n = 64	Haute Normandie 2002 n = 68
Critères d'organisation - existence d'un CLIN - CLIN se réunissant au moins 3 fois par an - existence d'un programme d'actions	92% 64% 75%	93% 55% 77%	94% 63% 79%
Critères de moyens - existence d'une équipe opérationnelle en hygiène - existence de correspondants en hygiène	55% 69%	56% 78%	56% 84%
Critères de procédures - protocole sur l'hygiène des mains - protocole sur l'élimination des déchets - protocole sur les escarres - protocole sur la prescription des antibiotiques en première intention dans les principales infections	93% 78% 44% 27%	98% 81% 45% 19%	96% 79% 52% 19%

DETAIL DES RESULTATS

I.	<u>Retour des bilans standardisés</u>	p 7
II.	<u>Le CLIN</u>	p 8
III.	<u>Ressources de l'établissement</u>	p 9
	III.1 L'équipe opérationnelle d'hygiène	
	III.2 Les correspondants en hygiène	
IV.	<u>Objectifs et stratégie de lutte contre les IN</u>	p 11
	IV.1 Définition des objectifs et de la stratégie	
	IV.2 Programme d'actions	
	IV.3 Rapport d'activités	
V.	<u>Prévention des risques infectieux</u>	p 16
	V.1 Prévention de la diffusion des BMR	
	V.2 Bon usage des antibiotiques	
	V.3 Accidents d'exposition au sang	
	V.4 Prévention des risques infectieux liés à l'environnement	
	V.5 Protocoles de prévention des risques infectieux	
VI.	<u>Surveillance épidémiologique</u>	p 23
	VI.1 Enquêtes de prévalence des infections nosocomiales	
	VI.2 Enquêtes d'incidence des infections nosocomiales	
	VI.3 Surveillance à partir du laboratoire de microbiologie	
	VI.4 Diffusion des résultats de la surveillance	
VII.	<u>Situations d'alerte ou épidémiques</u>	p 25
VIII.	<u>Formation en hygiène</u>	p 26
IX.	<u>Evaluation</u>	p 26

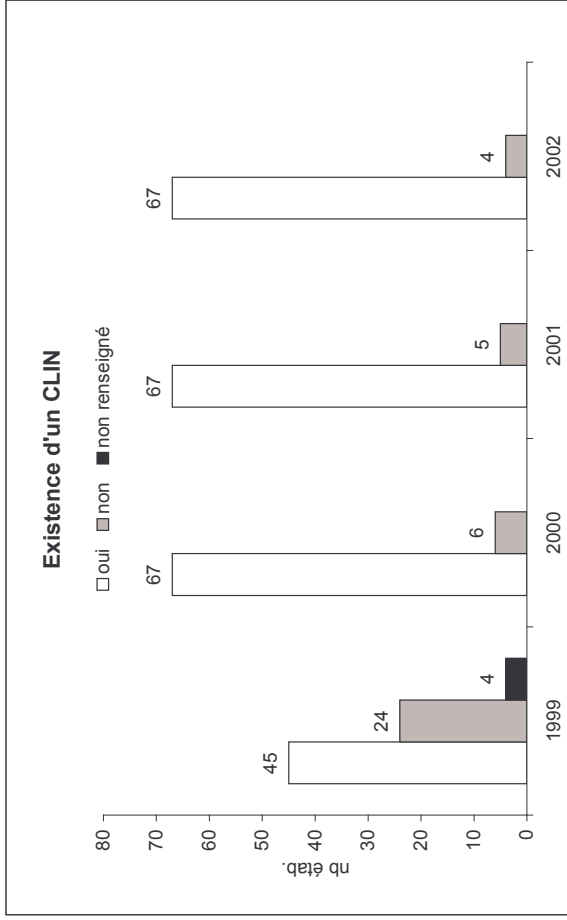
I. Retour des bilans standardisés

	2000	2001	2002
Etablissements concernés - publics - PSPH ¹ - privés ² - Seine Maritime - Eure	73 36 8 29 47 26	72 36 8 28 47 25	71 36 9 26 46 25
Etablissements ayant répondu	71 soit 97%	64 soit 89%	68 soit 96%
Etablissements n'ayant pas répondu	2 soit 3% - 1 clinique MCO - 1 SSR	8 soit 11% - 5 cliniques MCO, dont 3 ayant fusionné en 2001 - 2 hôpitaux locaux - 1 SSR	3 soit 4% - 1 hôpital local - 1 SSR - 1 CH
Nombre de lits et places d'hospitalisation couverts par l'enquête	13 303	13 139	13 111
Estimation du taux de couverture pour la région	99%	95%	97%

¹ En 2000 et 2001, un établissement PSPH (hôpital de jour de psychiatrie) n'avait pas été sollicité pour répondre à cette enquête.

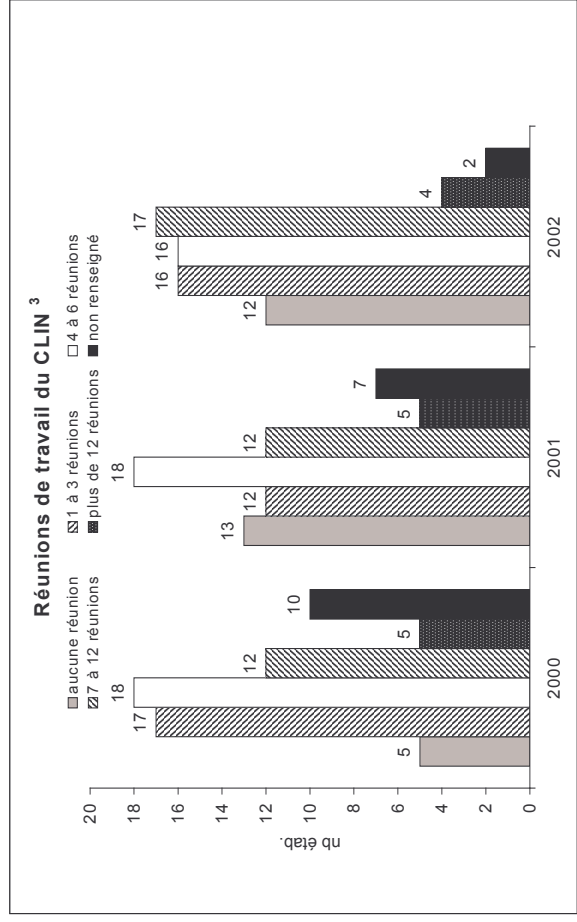
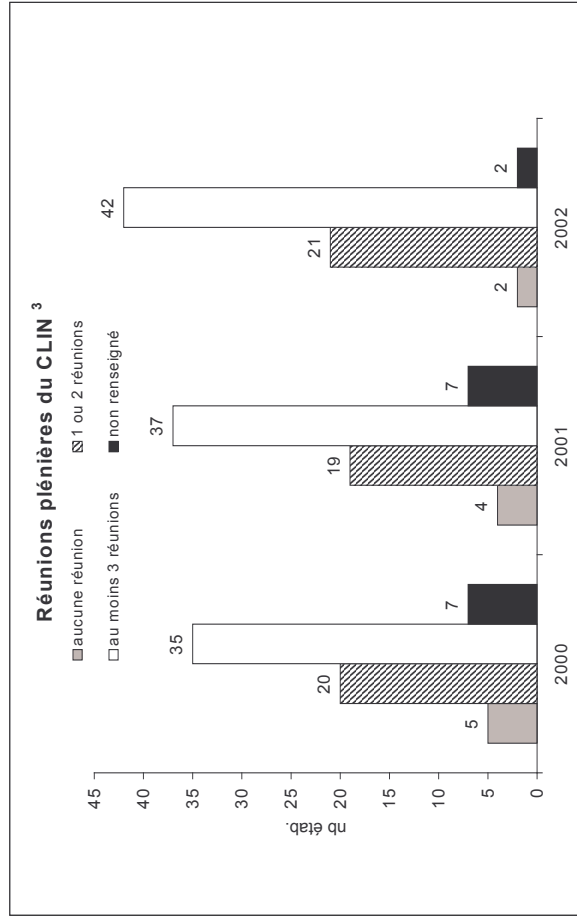
² Un établissement privé a fermé en 2000 et 3 établissements privés se sont regroupés en 2001 pour fusionner.

II. Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales



A noter :

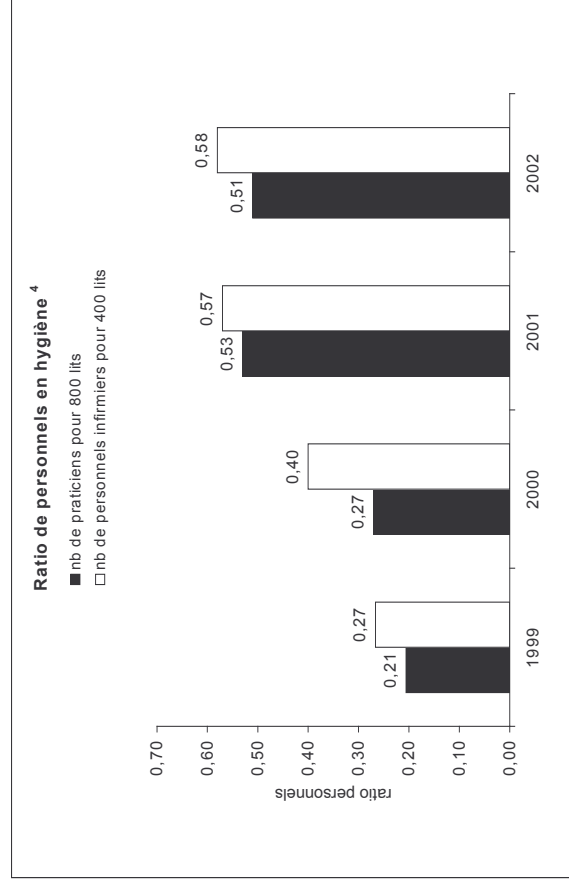
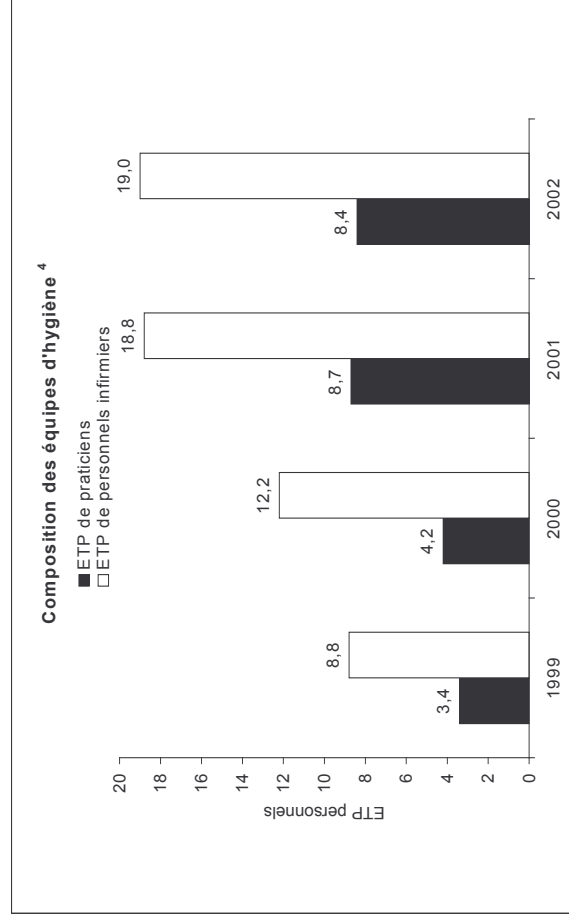
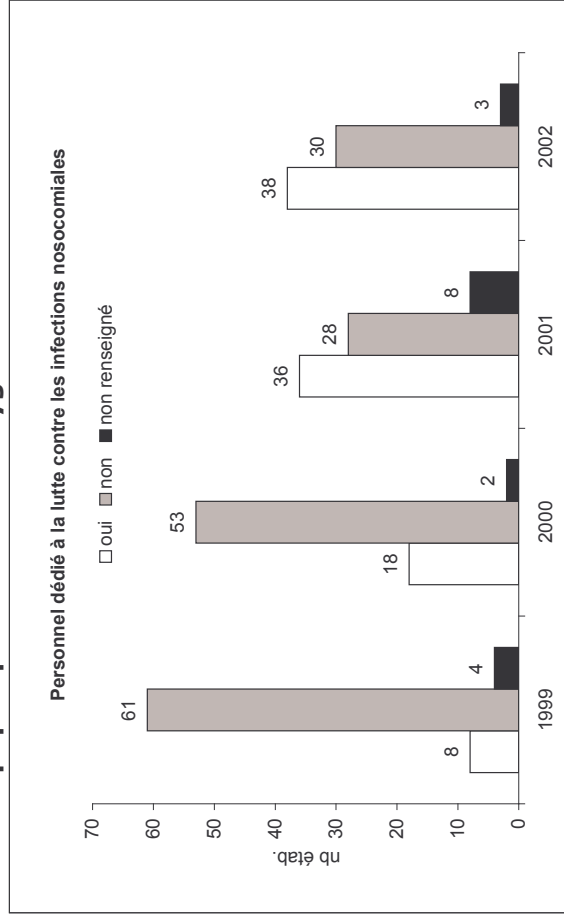
L'item "réunions de travail du CLIN" n'a pas été interprété de la même façon par tous les établissements. Certains y ont inclus les réunions de l'équipe d'hygiène et d'autres uniquement les réunions initiées par le CLIN.



³ Pour les établissements disposant d'un CLIN

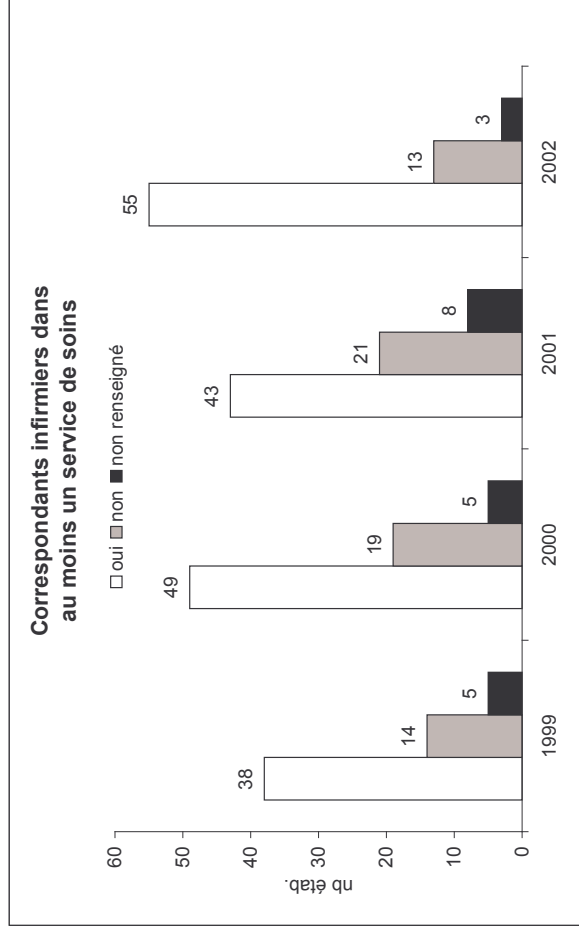
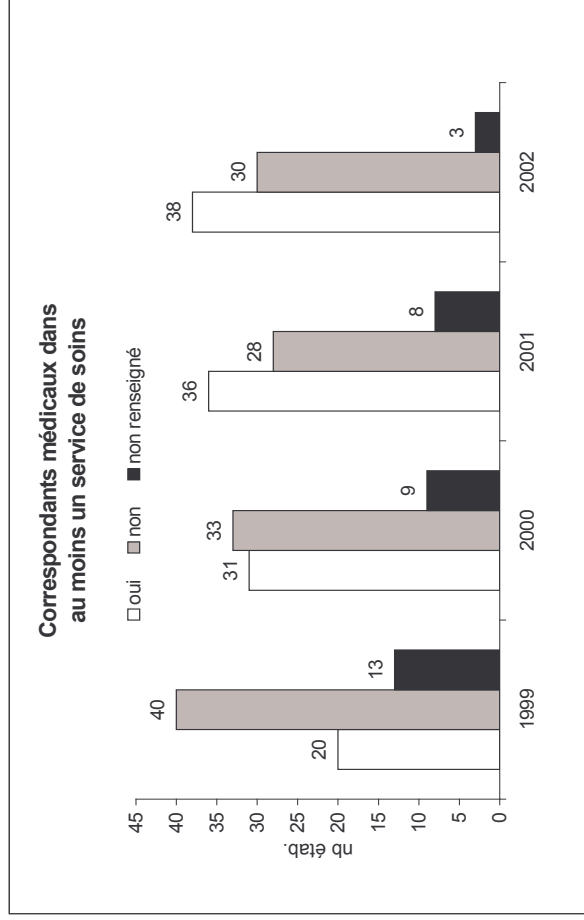
III. Ressources de l'établissement pour la lutte contre les infections nosocomiales

III.1 L'équipe opérationnelle d'hygiène



⁴ Pour les établissements ayant renvoyé le questionnaire, soit : 69 en 1999, 71 en 2000, 64 en 2001 et 68 en 2002.

III.2 Les correspondants en hygiène dans les services de soins

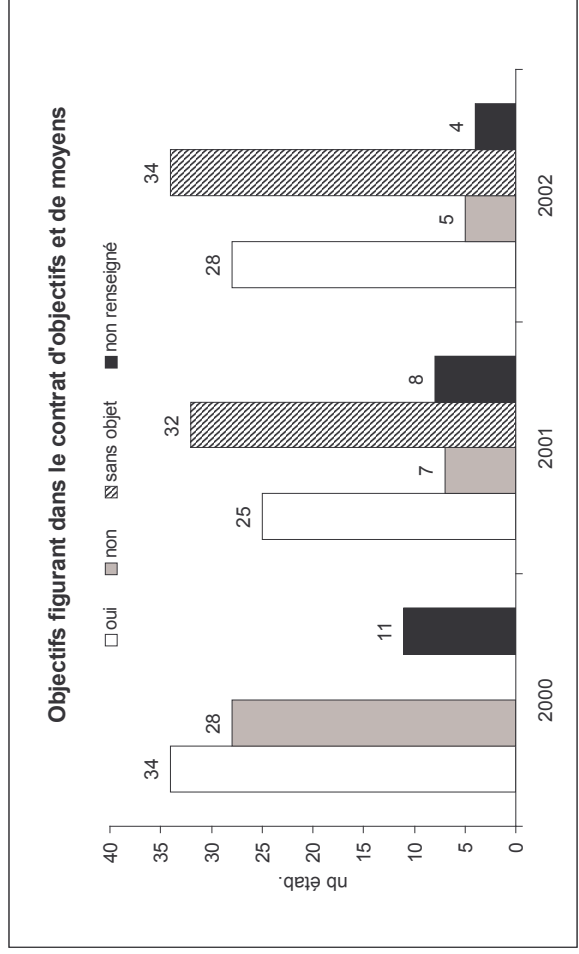
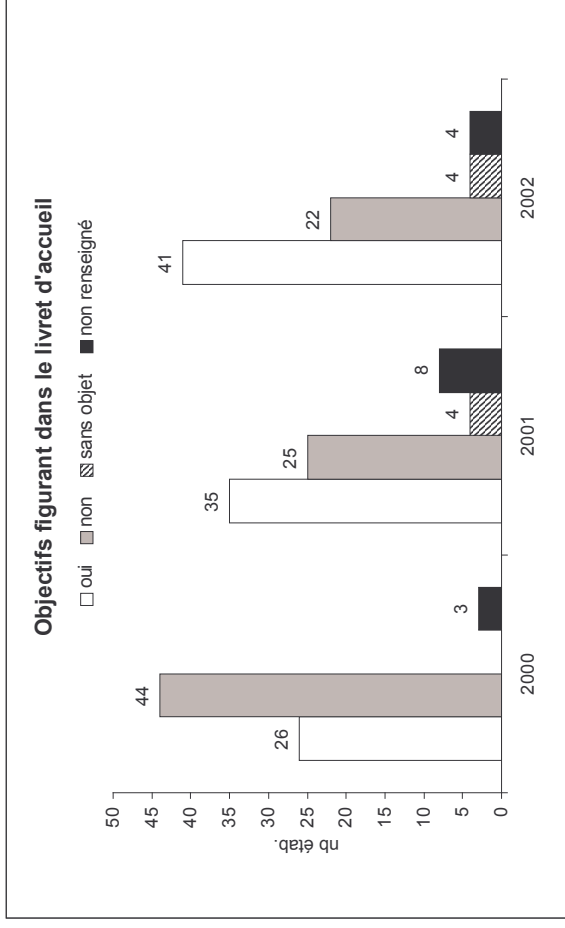
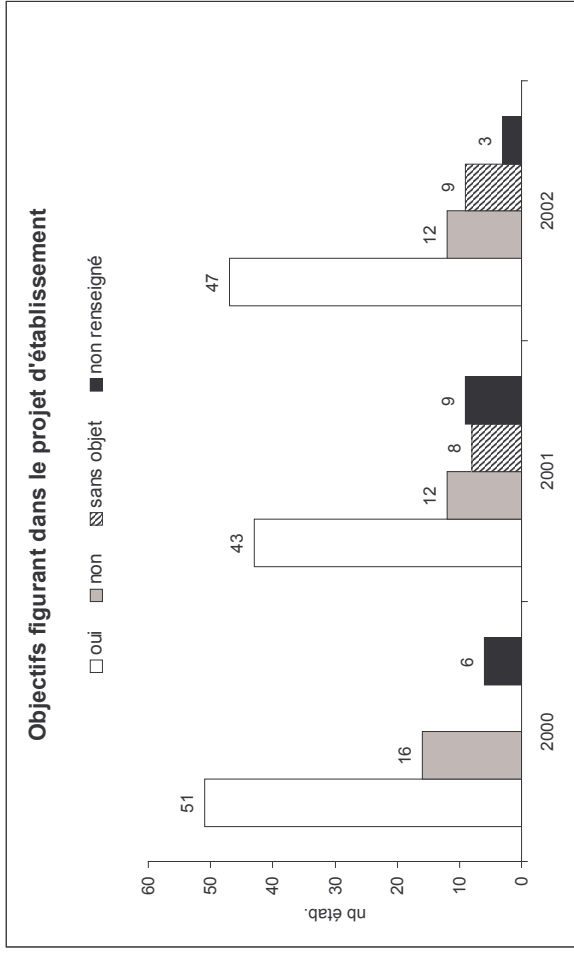


A noter :

Pour certains établissements ne disposant pas d'une équipe d'hygiène propre mais bénéficiant de l'intervention d'une équipe sectorielle, il a parfois été difficile de déterminer le temps consacré par cette équipe spécifiquement pour l'établissement. Ces données ne reflètent vraisemblablement pas complètement la réalité des effectifs en ETP disponibles dans la région mais il est intéressant de noter la progression de ces effectifs depuis 1999.

IV. Objectifs et stratégie de lutte contre les infections nosocomiales

IV.1 Définition des objectifs et de la stratégie de l'établissement en matière de lutte contre les infections nosocomiales



A noter :

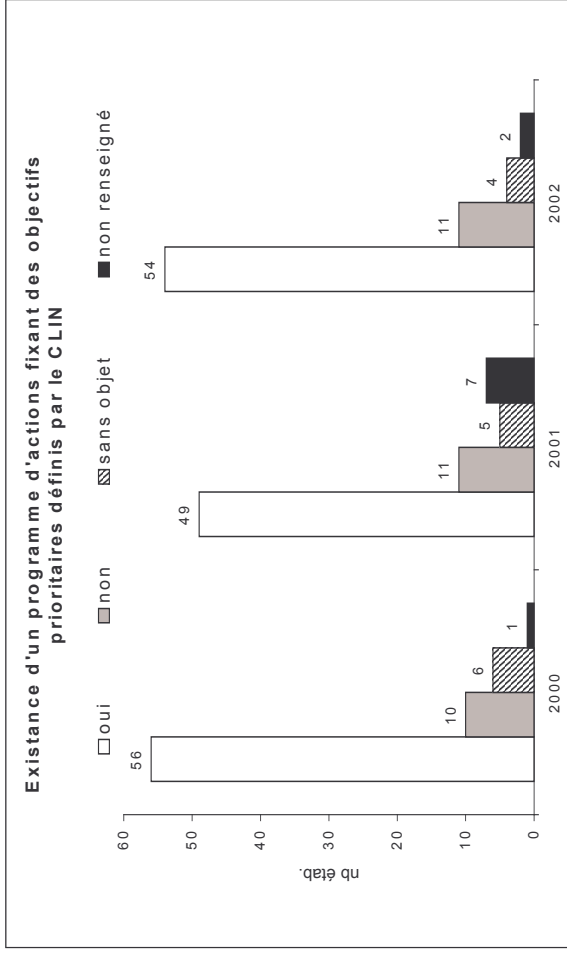
Pour ces graphiques, la catégorie "sans objet" correspond aux établissements n'ayant pas adopté de projet d'établissement, n'ayant pas signé de contrat d'objectifs et de moyens ou n'ayant pas publié de livret d'accueil (sauf pour l'année 2000).

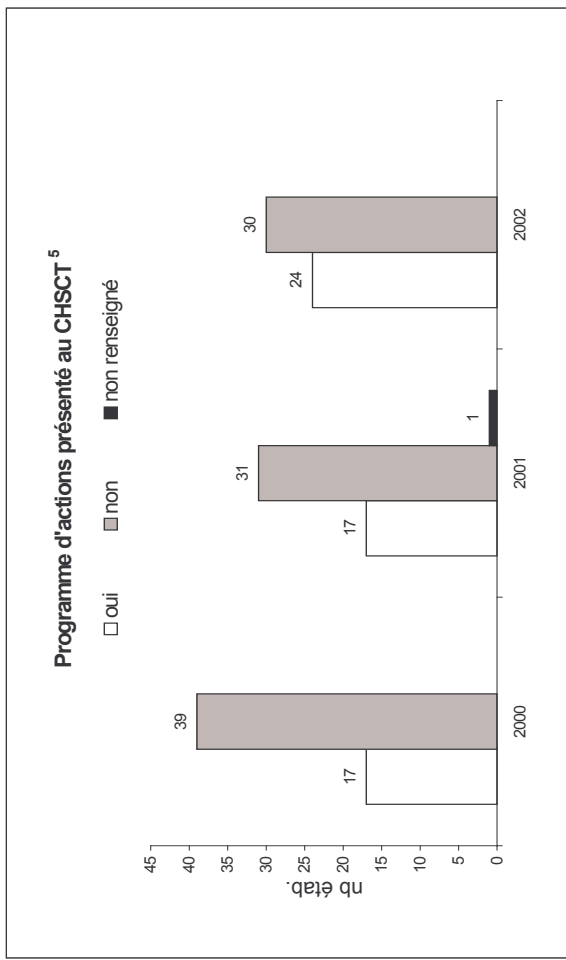
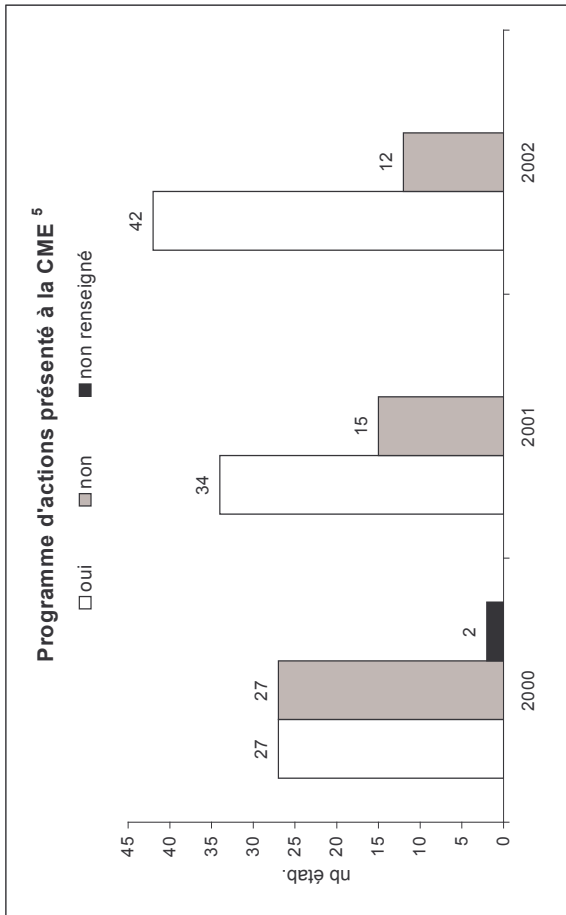
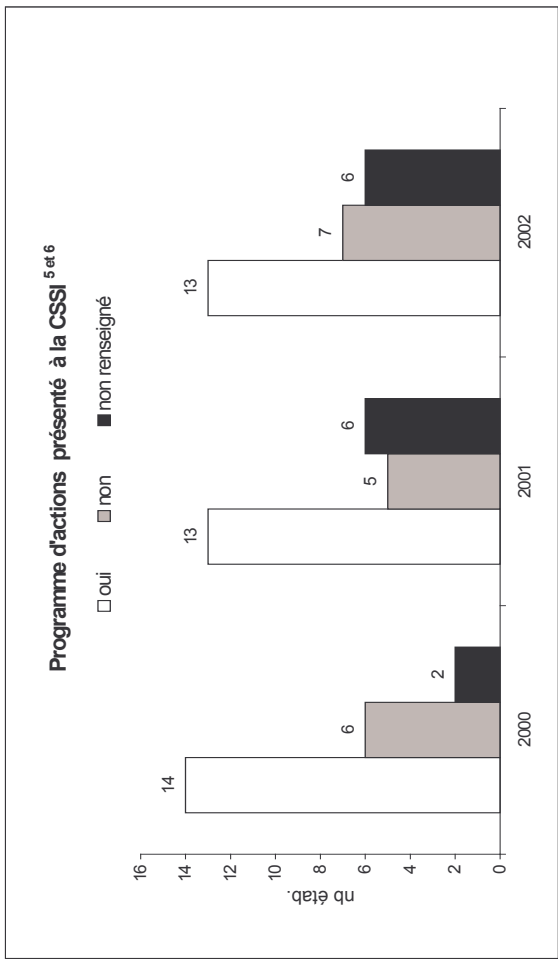
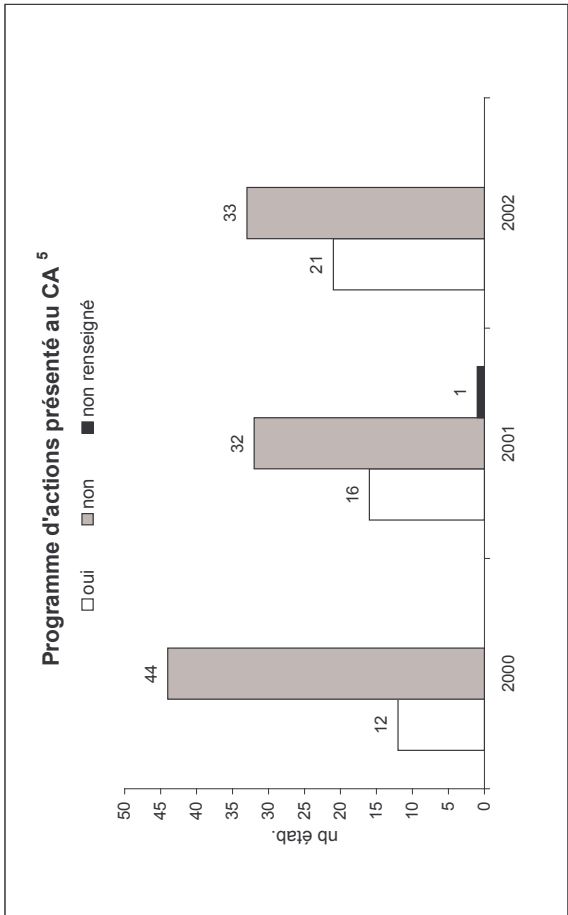
Pour l'année 2000, il n'est pas possible de distinguer les catégories "sans objet" et "non renseigné".

IV.2 Programme d'actions en matière de lutte contre les infections nosocomiales

A noter :

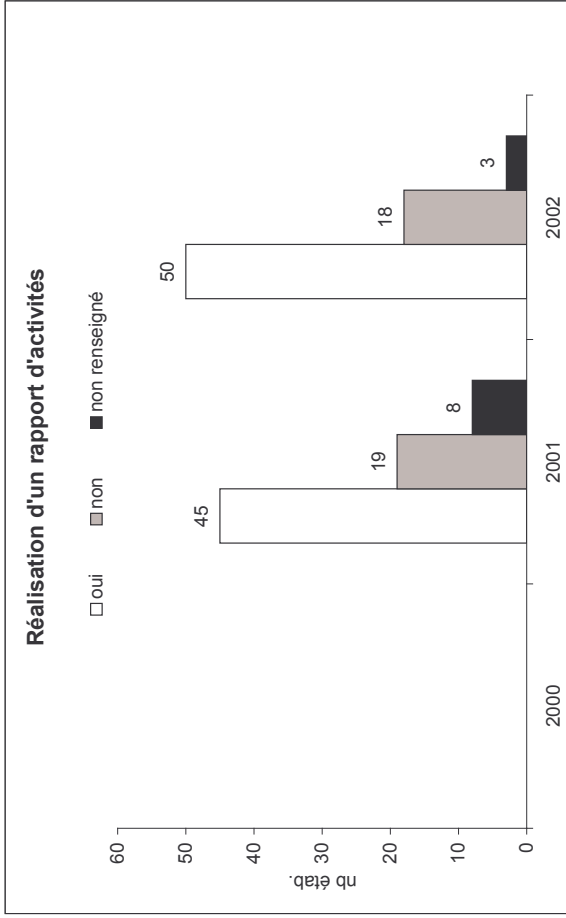
Pour ces graphiques, la catégorie "sans objet" correspond aux établissements n'ayant pas de CLIN.





⁵ uniquement pour les établissements ayant un programme d'actions élaboré par le CLIN
⁶ uniquement pour les établissements publics

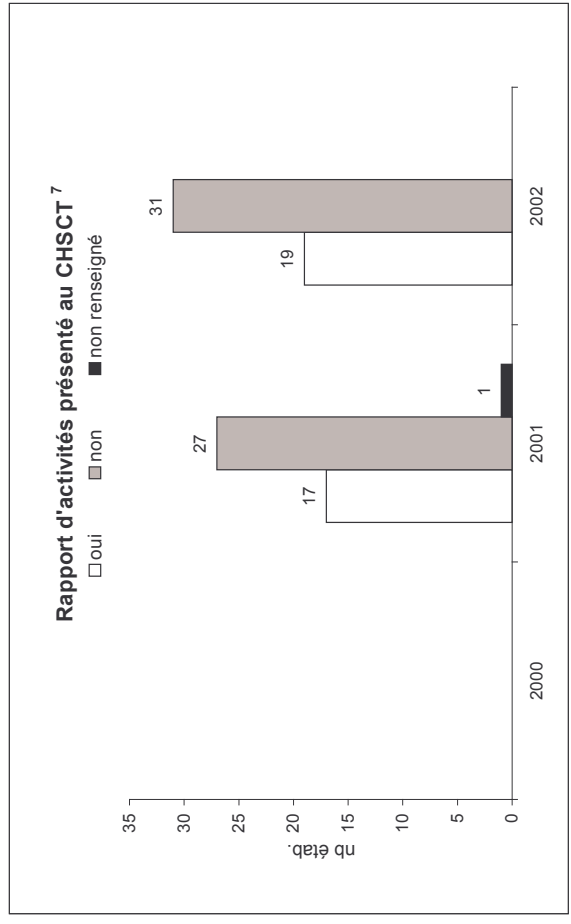
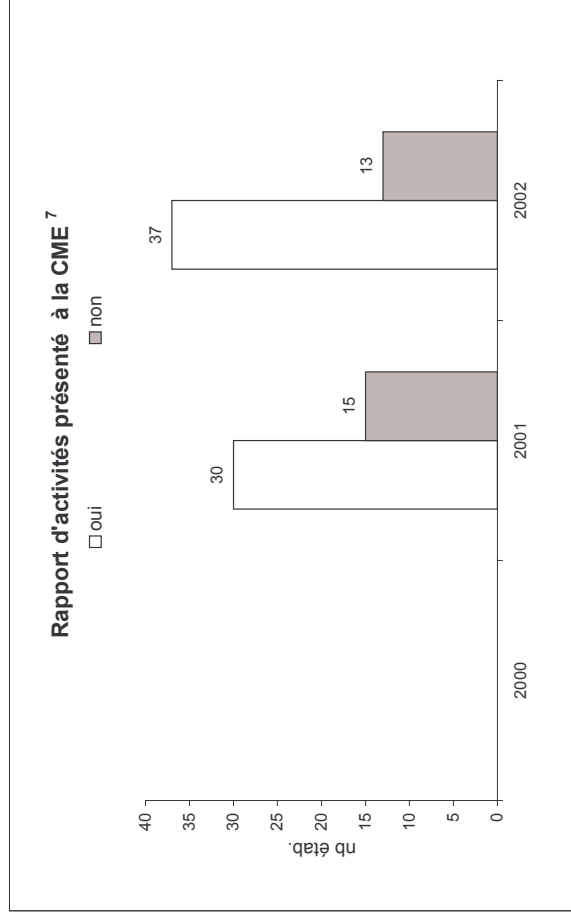
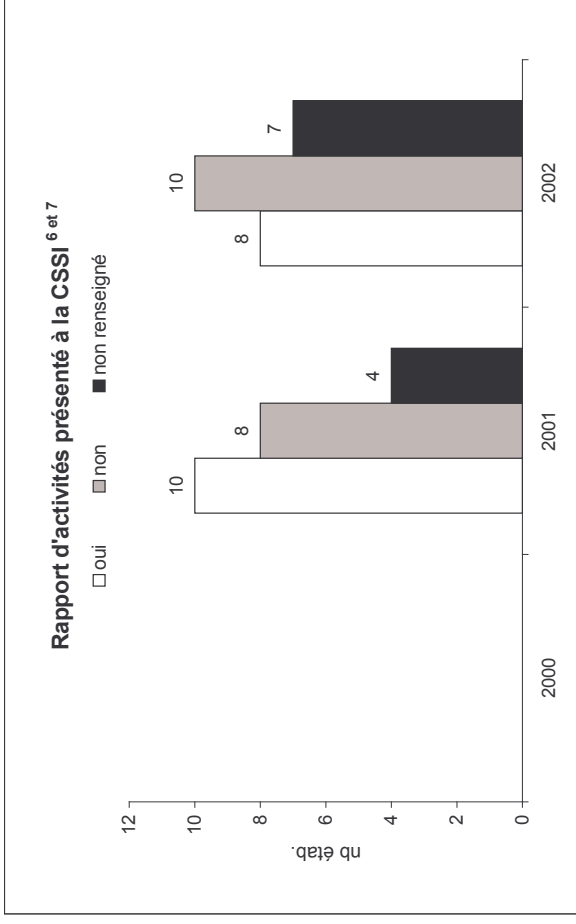
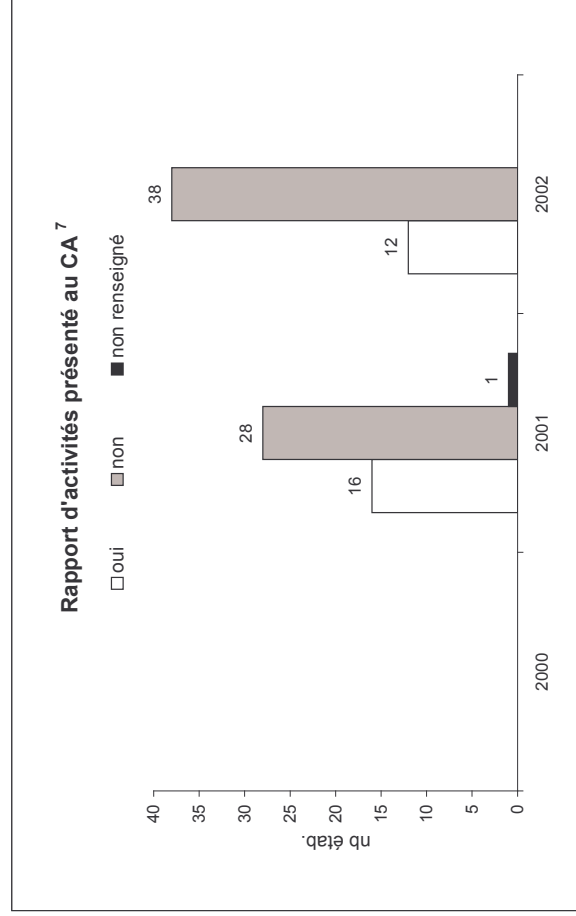
IV.3 Rapport d'activités



A noter :

Pour ces graphiques, la catégorie "sans objet" correspond aux établissements n'ayant pas de CLIN.

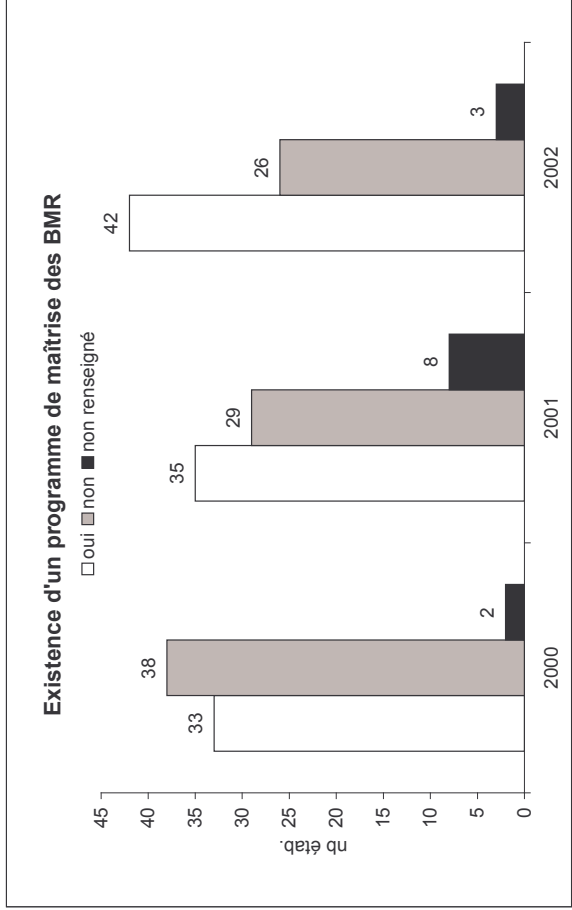
Dans les graphiques suivants, les données 2000 ne sont pas disponibles.



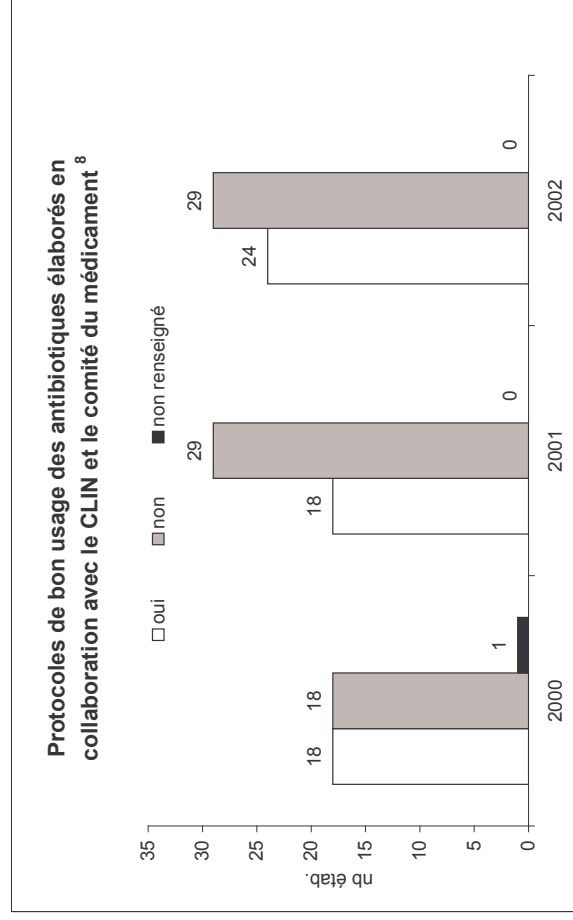
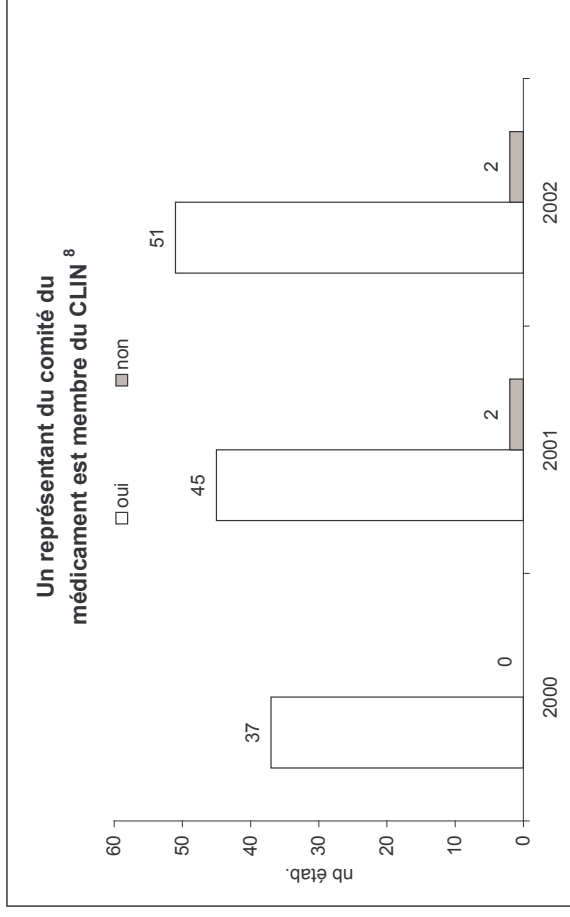
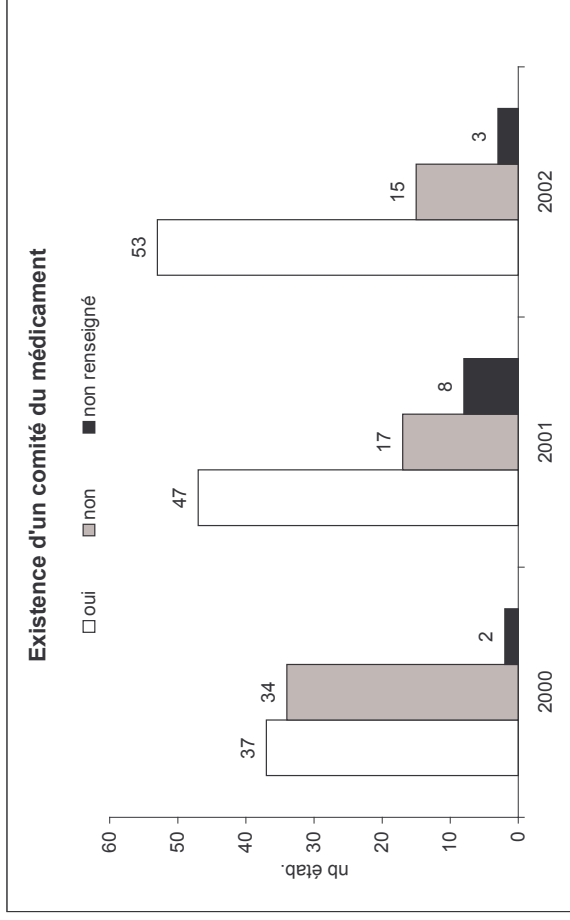
⁷ uniquement pour les établissements dont le CLIN a réalisé un rapport d'activité
⁶ uniquement pour les établissements publics

V. Prévention des risques infectieux

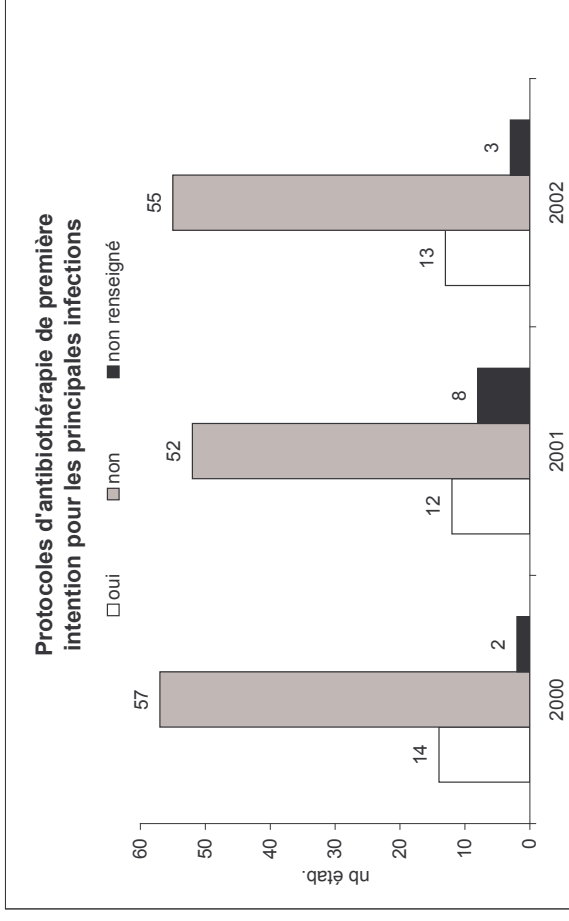
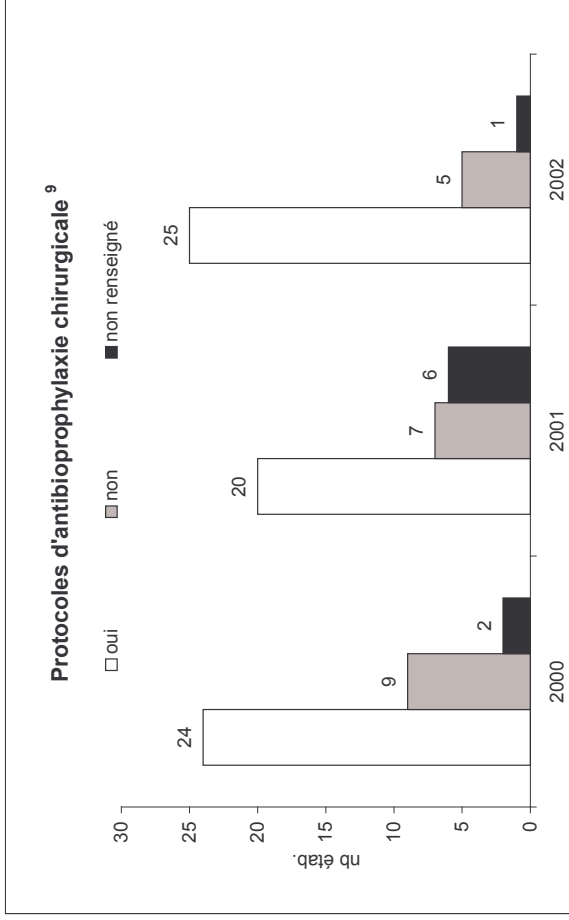
V.1 Prévention de la diffusion des BMR



V.2 Bon usage des antibiotiques

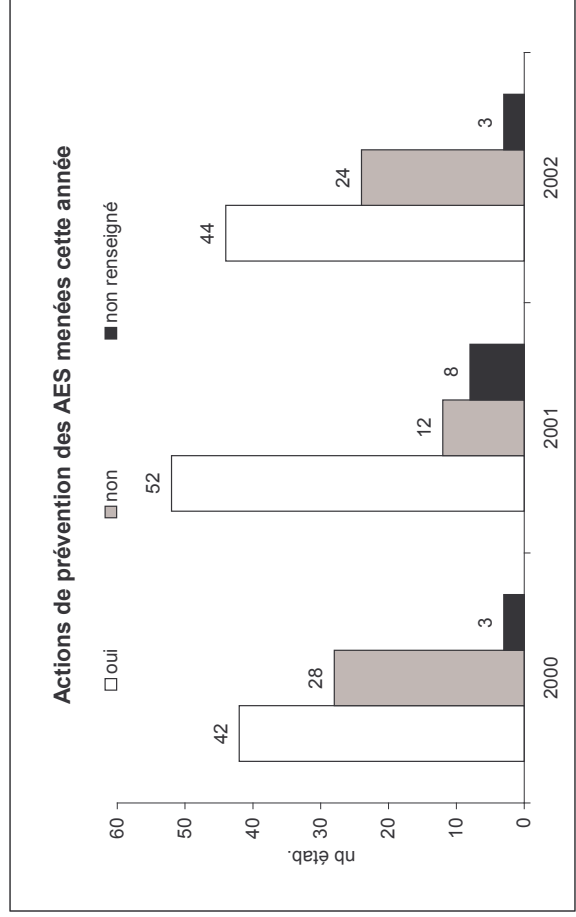
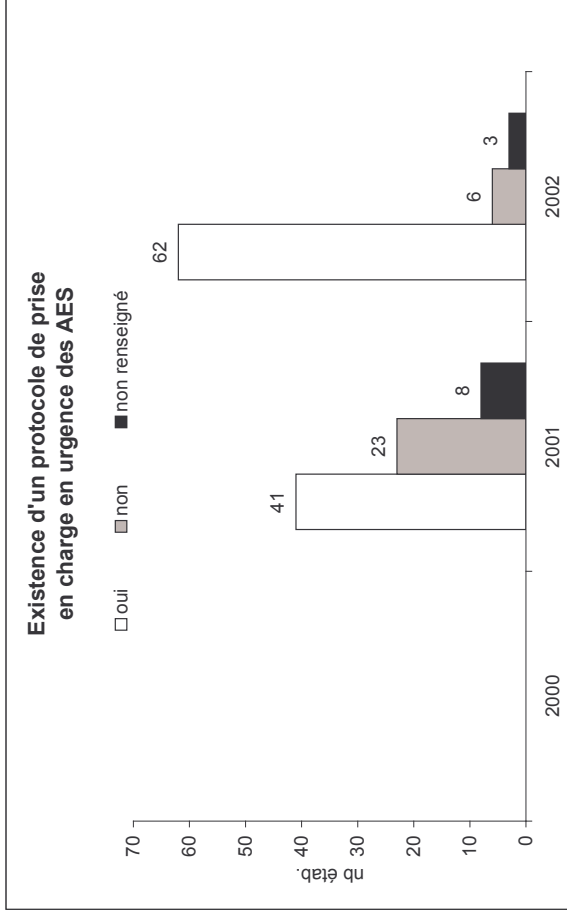
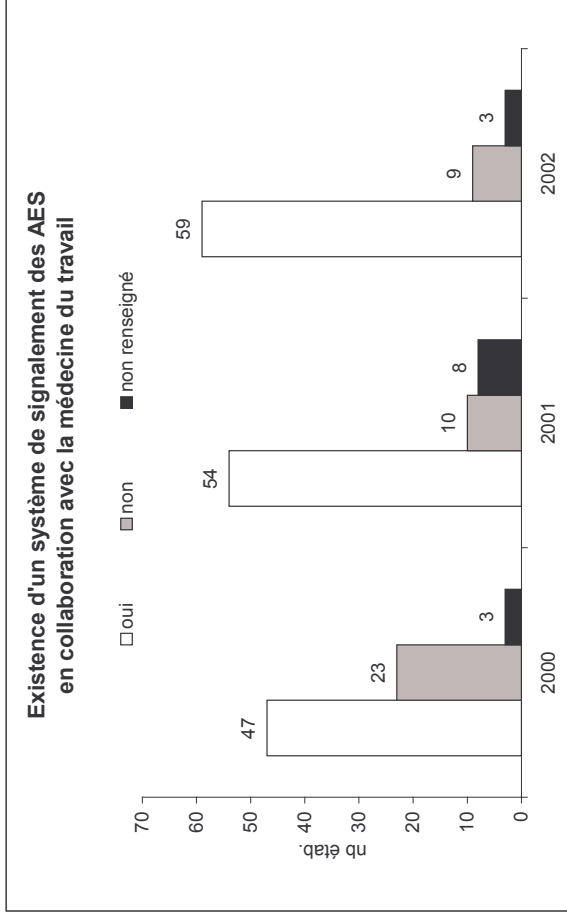


⁸ pour les établissements ayant un comité du médicament

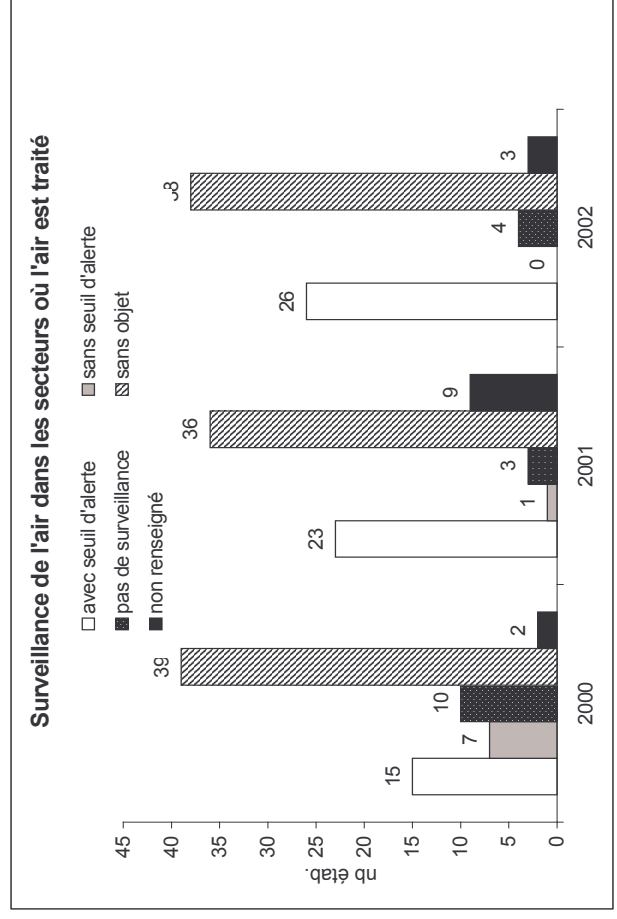
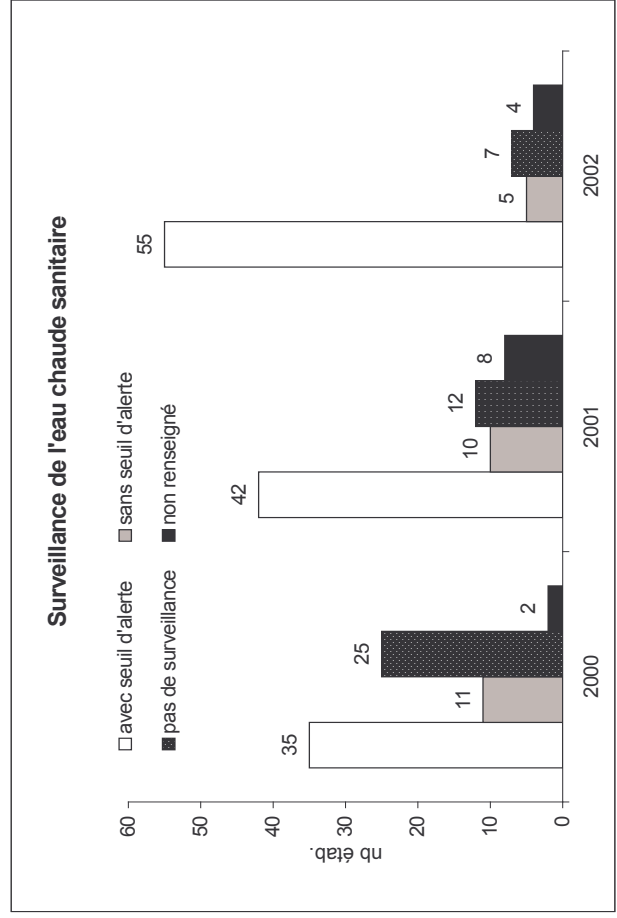
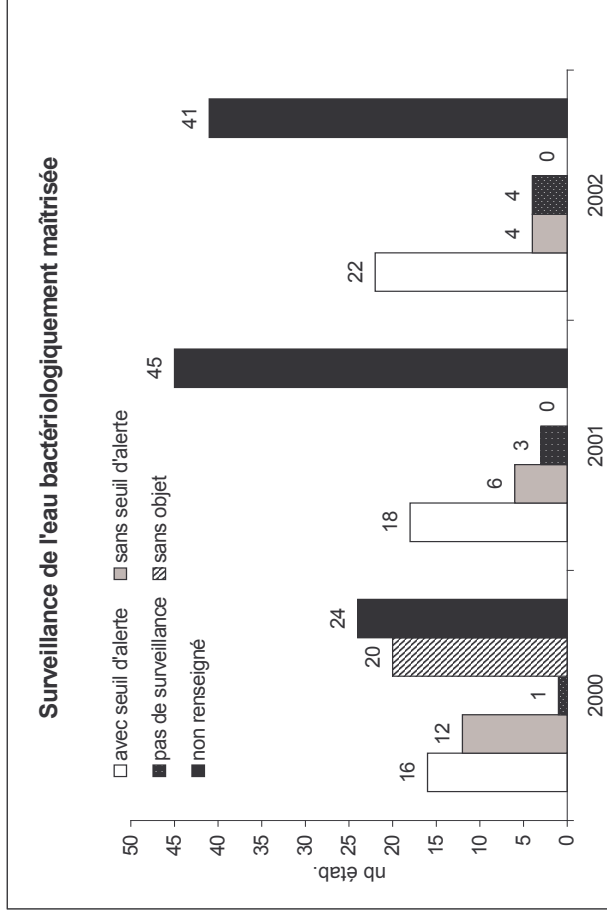
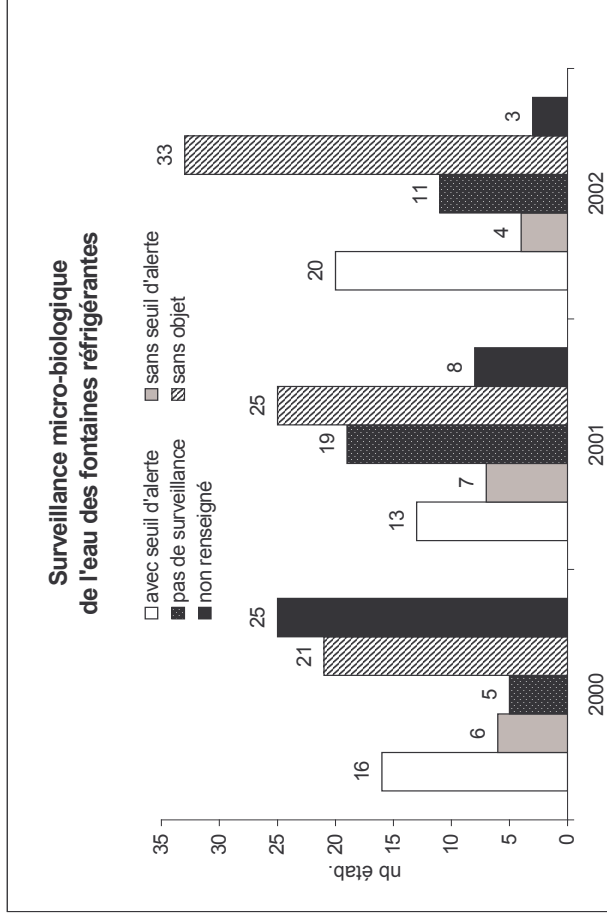


⁹ pour les établissements ayant des lits de chirurgie

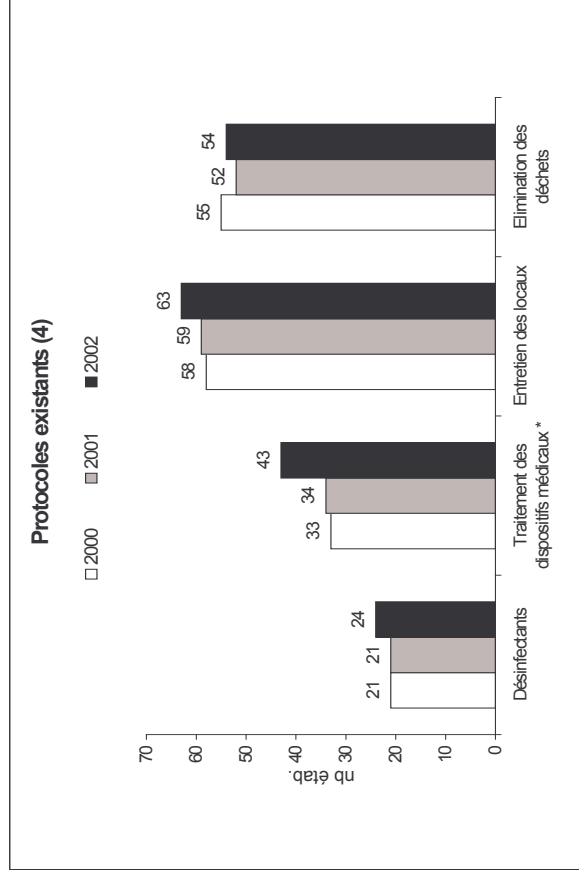
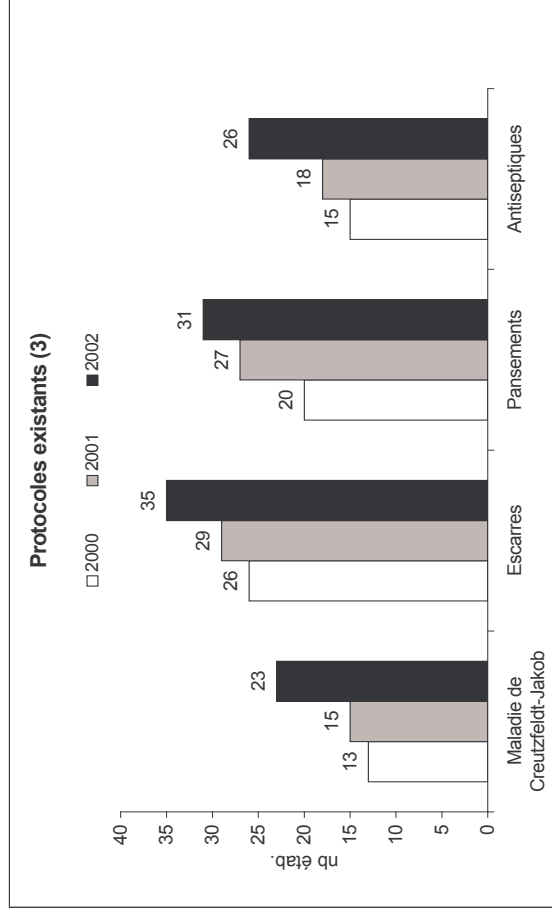
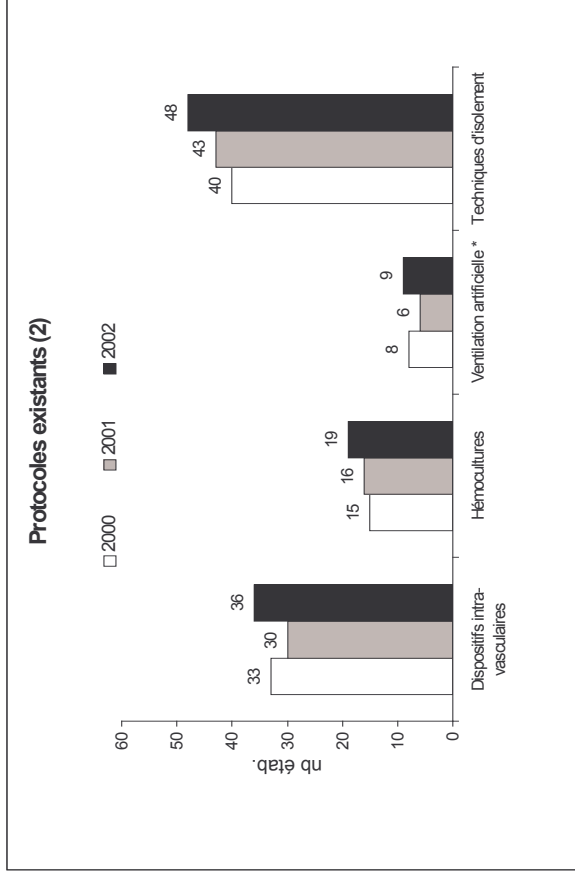
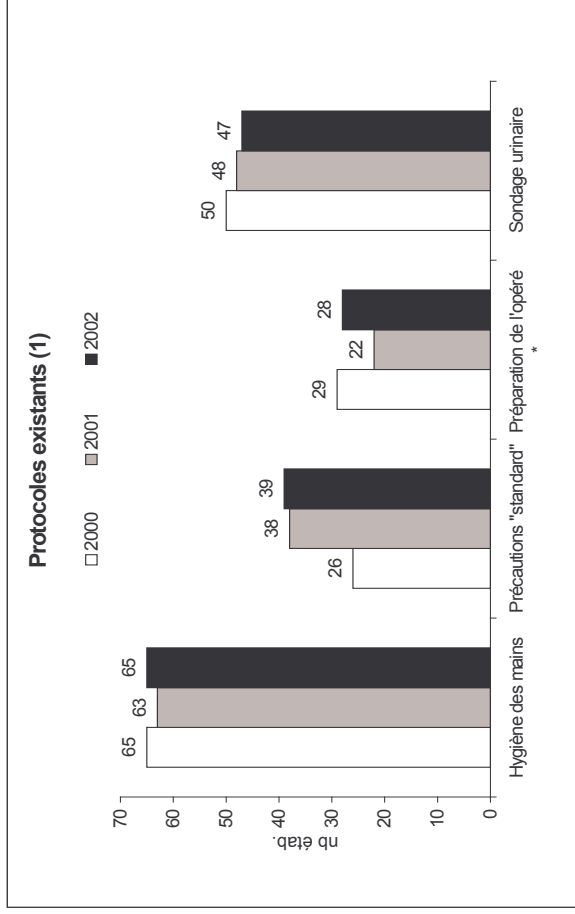
V.3 Accidents d'exposition au sang



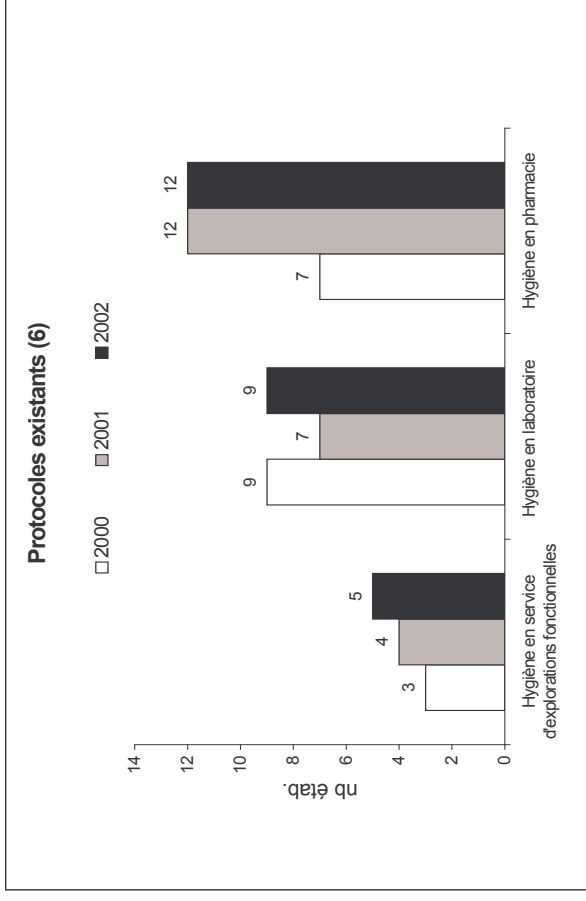
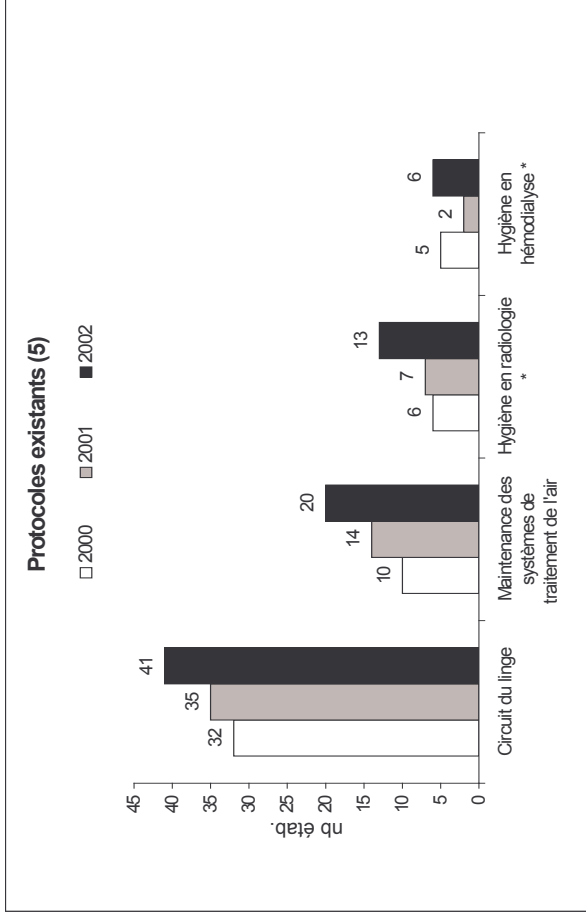
V.4 Prévention des risques infectieux liés à l'environnement



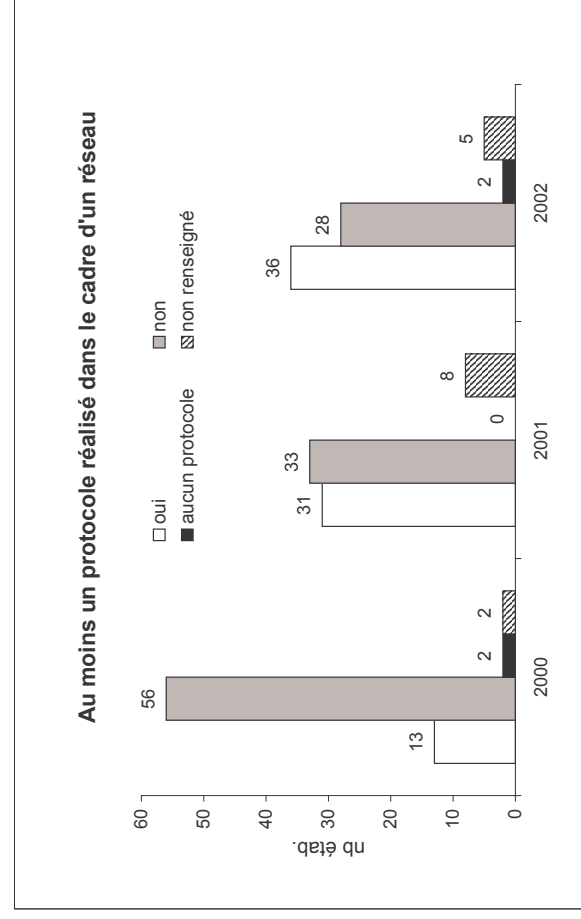
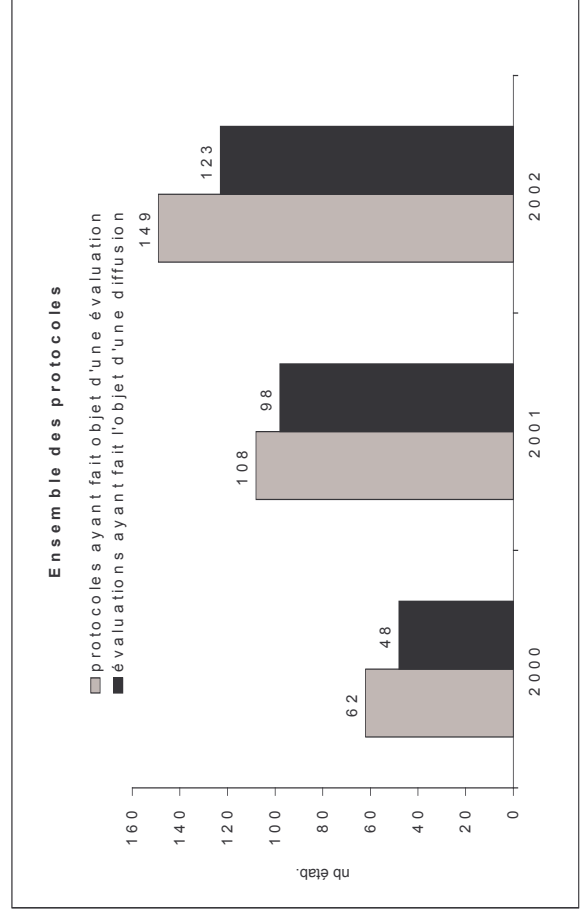
V.6 Protocoles de prévention des risques infectieux



* Tous les établissements ne sont pas concernés par cette activité.

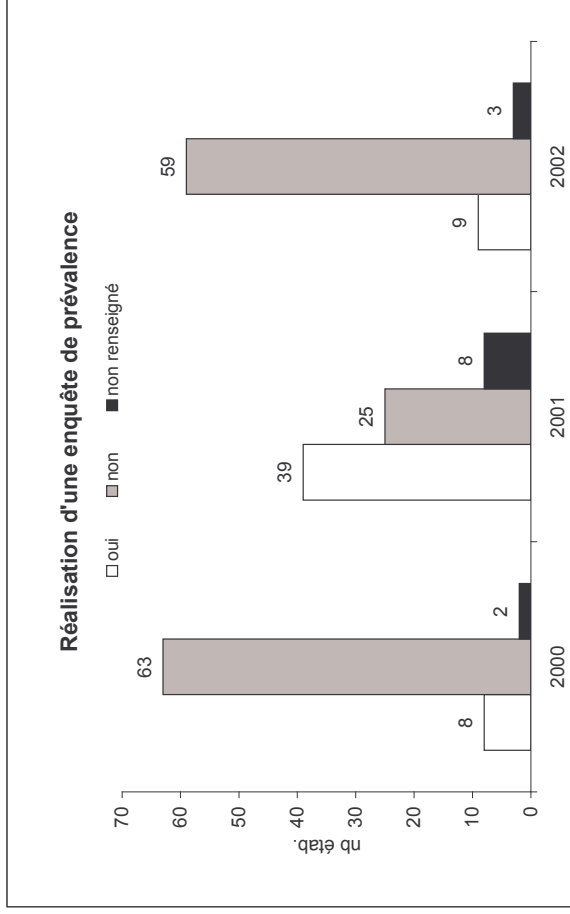


* Tous les établissements ne sont pas concernés par cette activité.

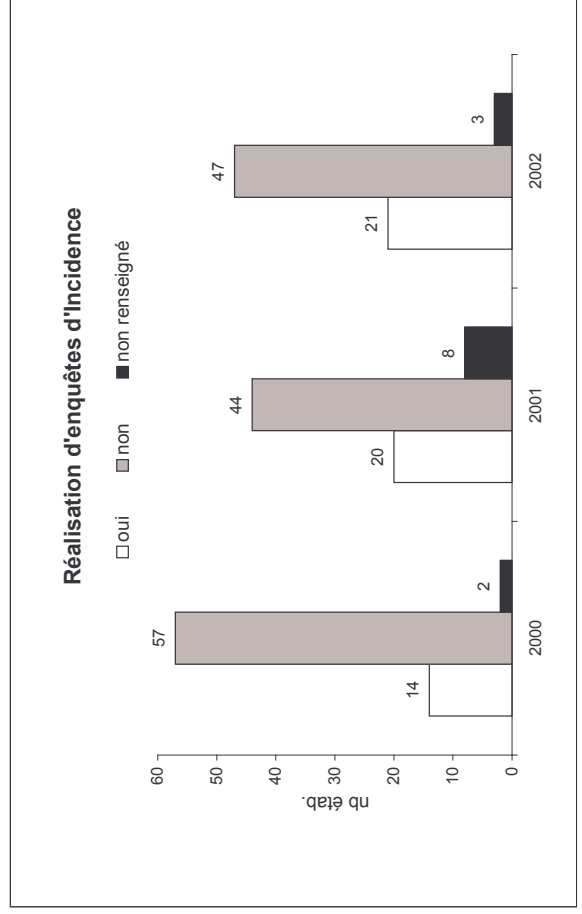


VI. Surveillance épidémiologique

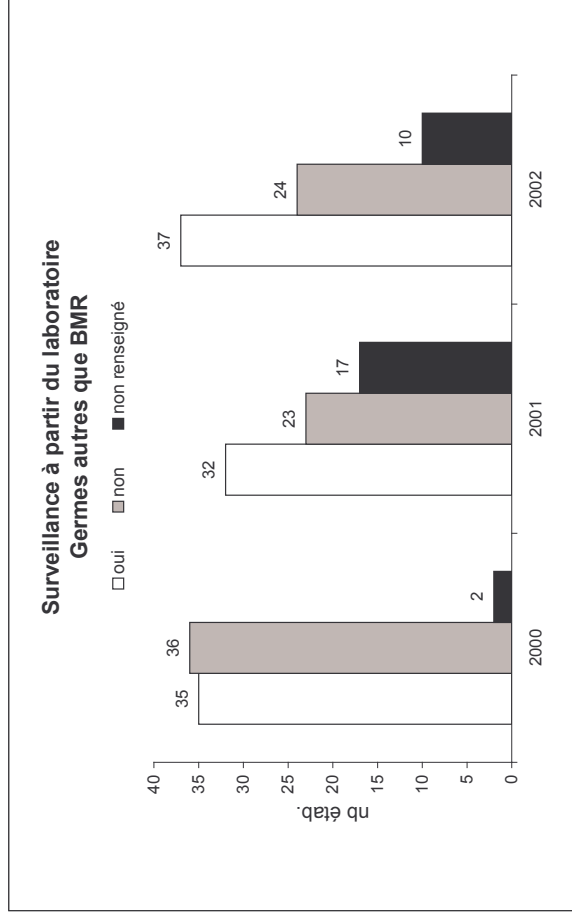
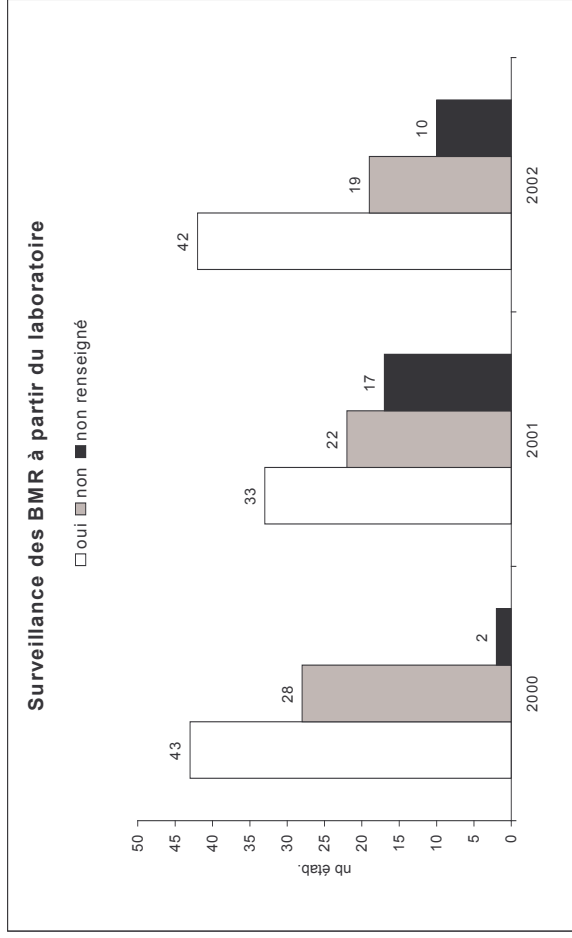
VI.1 Enquête de prévalence des infections nosocomiales



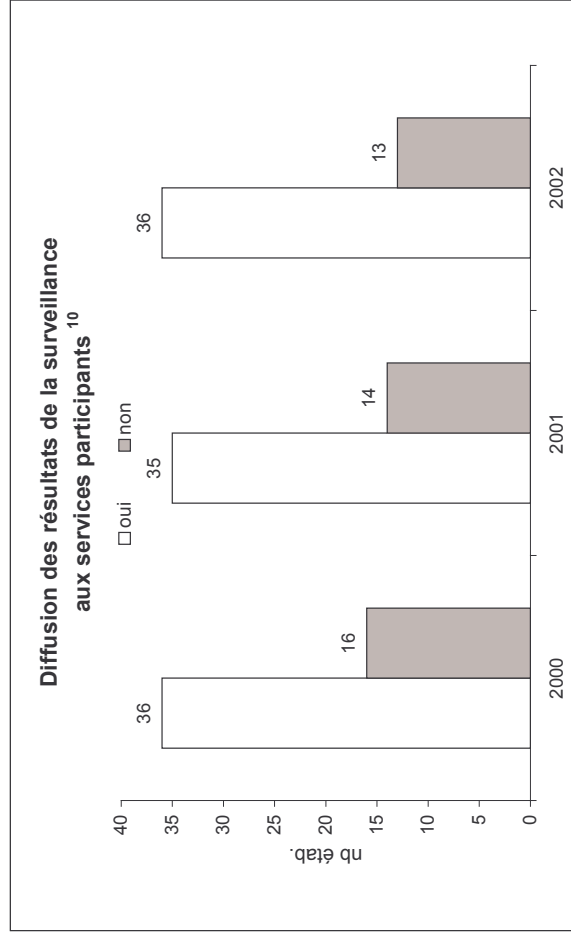
VI.2 Enquête d'incidence des infections nosocomiales



VI.3 Surveillance à partir du laboratoire de microbiologie

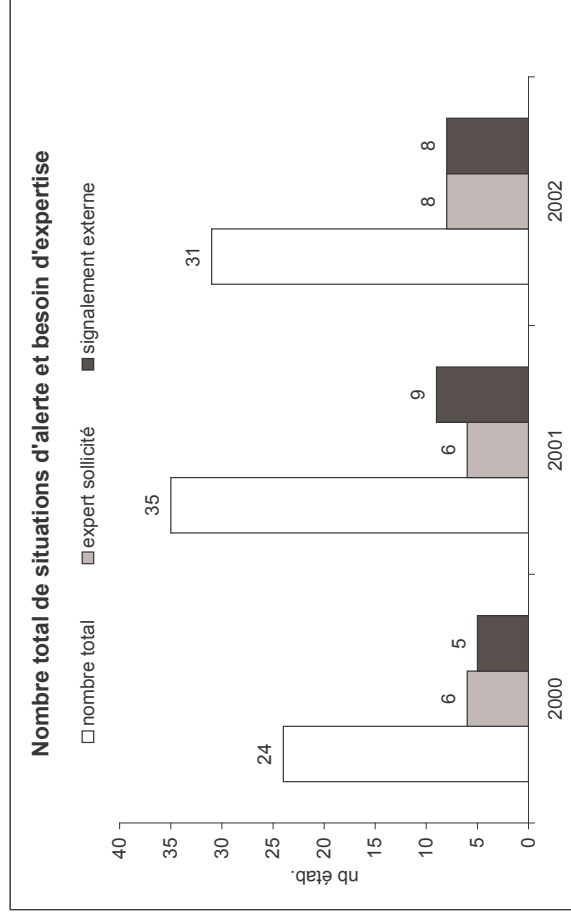
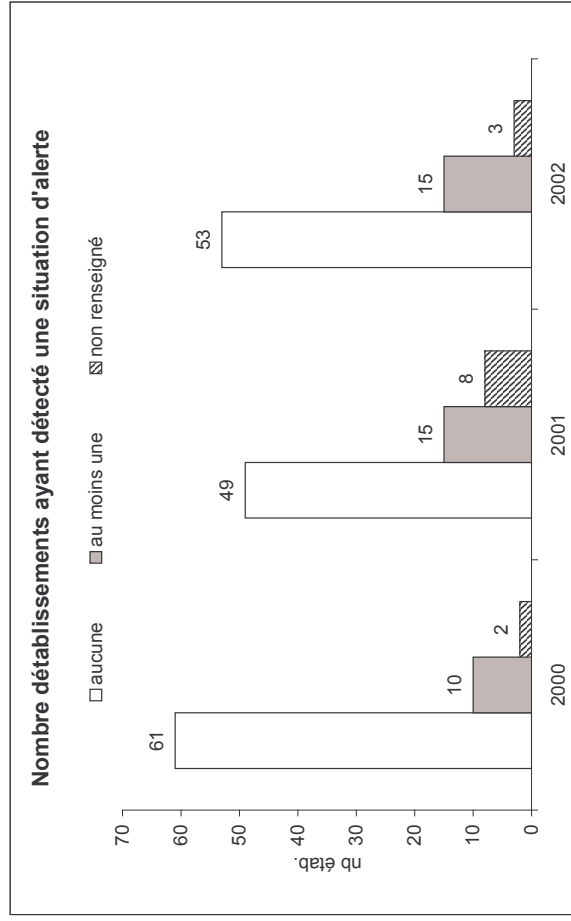


VI.4 Diffusion des résultats de la surveillance

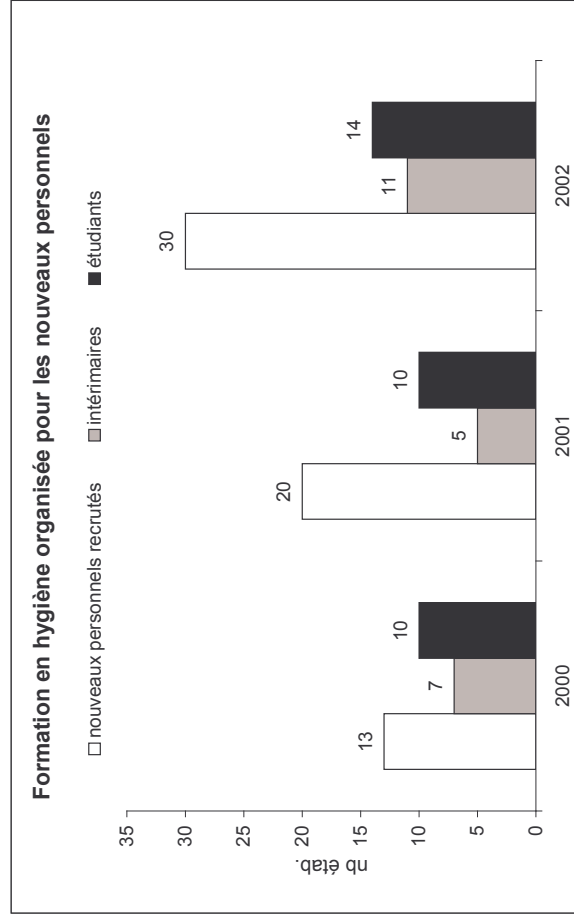
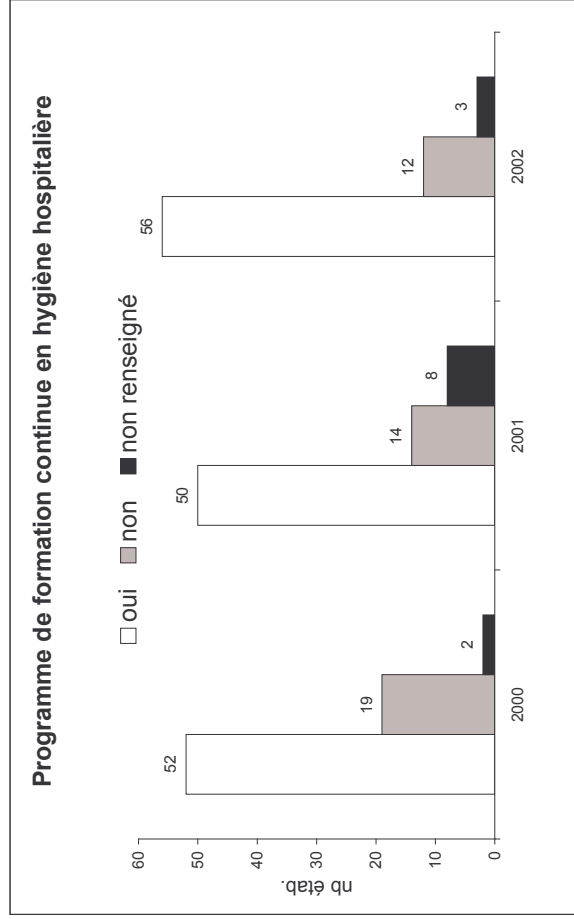


¹⁰ pour les établissements réalisant une surveillance (enquête de prévalence, d'incidence ou surveillance à partir du laboratoire)

VII. Situations d'alerte ou épidémiques



VIII. Formation en hygiène



IX. Evaluation

