



**Centre de Coordination de la Lutte
contre les Infections Nosocomiales
de l'Interrégion Paris-Nord**



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

ETABLISSEMENTS DE SANTE DE HAUTE NORMANDIE

ANNEES 2001 à 2003

Rédaction du document : J-M. Germain

Décembre 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 de 3 années (2001, 2002, 2003) 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 67 établissements ayant retourné un bilan standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales pour l'année 2003.

- 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), **67 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 99% des lits et places d'hospitalisation de la région.**

- Le CLIN (cf. graphiques p 8)

En 2003, **3 établissements n'avaient pas mis en place de CLIN.** Il s'agissait de 3 hôpitaux locaux. Pratiquement tous les CLIN ayant retourné leur bilan (n=61 soit 91%) adhéraient à un réseau formalisé (en particulier C.CLIN et réseau local). **Trois CLIN n'ont organisé ni réunion plénière ni réunion de travail.** Six établissements (1 seul en 2002) ont 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) (46 établissements en 2003 soit 69%). Plus de la moitié de ces équipes (n=28 soit 61%) sont des équipes communes à plusieurs établissements. Cependant, une convention entre établissements fonctionnant avec une EOH commune n'a été signée que par 12 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** : 0,70 praticiens pour 800 lits et 0,80 personnel infirmier pour 400 lits en 2002. Deux ETP d'infirmiers en hygiène étaient encore non pourvus en 2003.

Des correspondants en hygiène dans les services de soins étaient mis en place dans 41 établissements pour les correspondants médicaux (61%) et dans 53 établissements pour les correspondants infirmiers (79%).

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

En 2003, les objectifs de lutte contre les infections nosocomiales figuraient dans le :

- projet d'établissement pour 44 établissements (soit 76% des établissements ayant adopté un projet)
- contrat d'objectifs et de moyens pour 23 établissements (soit 66% des établissements ayant signé un contrat d'objectifs et de moyens)
- livret d'accueil pour 47 établissements (soit 73% des établissements ayant rédigé un livret)

Cinquante six établissements (84% des établissements ayant retourné leur bilan) avaient élaboré un programme d'actions en matière de lutte contre les infections nosocomiales. Ce programme d'actions a été présenté en 2003 :

- au CA par 19 établissements (soit par 34% des établissements ayant élaboré un programme)
- à la CME par 41 établissements (soit par 73% des établissements ayant élaboré un programme)
- au CHSCT par 24 établissements (soit par 43% des établissements ayant élaboré un programme)
- à la CSSI par 15 établissements (soit par 50% des établissements publics ayant élaboré un programme)

Cinquante trois établissements (79%) avaient réalisé un rapport sur les activités de l'année précédente. Ce rapport d'activités a été présenté en 2003 :

- au CA par 20 établissements (soit par 38% des établissements ayant réalisé un rapport d'activités)
- à la CME par 35 établissements (soit par 66% des établissements ayant réalisé un rapport)
- au CHSCT par 18 établissements (soit par 34% des établissements ayant réalisé un rapport)
- à la CSSI par 10 établissements (soit par 38% des établissements publics ayant réalisé un rapport)

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

- Prévention de la diffusion des BMR

En 2003, 49 établissements (73%) avaient défini un programme de maîtrise de la diffusion des BMR. Parmi ces 49 programmes :

- 7 ont été mis en place au cours de l'année 2003
- 20 ont été réactualisés en 2003
- 16 ont fait l'objet d'une évaluation en 2003

- Bon usage des antibiotiques

Un comité du médicament existait dans 61 établissements (soit 91% des établissements ayant retourné leur bilan). Le CLIN y était pratiquement toujours représenté (59 établissements).

Des protocoles de bon usage des antibiotiques élaborés conjointement par le CLIN et le comité du médicament étaient disponibles uniquement dans 34 établissements (51%).

Des protocoles d'antibiothérapie de 1^{ère} intention pour les principales infections ont été élaborés par 20 établissements (30%). Parmi ces 20 établissements, 1 seul a réalisé une évaluation de ces protocoles en 2003.

Par contre, des protocoles d'antibioprophylaxie chirurgicale étaient disponibles dans 26 établissements (soit 84% des établissements ayant une activité de chirurgie). Parmi ces 26 établissements, 6 ont réalisé une évaluation de ces protocoles en 2003.

- Accident d'exposition au sang

Dans la plupart des établissements, il existait :

- un système de signalement des AES (n=63 soit 94%)
- un protocole de prise en charge en urgence des AES (n=63 soit 94%).

- Surveillance de l'environnement

Une surveillance de l'eau chaude sanitaire était effectuée dans 65 établissements (97%). 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.

- Protocoles de prévention des risques infectieux

L'existence de protocoles de prévention est d'importance variable selon les thèmes : le thème du lavage des mains est quasiment généralisé.

En 2003, 18% des protocoles ont fait l'objet d'une évaluation et 36 établissements (54%) ont réalisé au moins un protocole dans le cadre d'un réseau.

- Surveillance épidémiologique (cf. graphiques p 23)

En 2003, 6 établissements (9%) 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 deux établissements (33%) ont réalisé au moins une enquête d'incidence des infections nosocomiales en 2003.

Parmi les 30 établissements ayant une activité de chirurgie, 9 (30%) ont réalisé une surveillance des infections du site opératoire en 2003.

Une surveillance des BMR était effectuée par 46 établissements (69%). Les autres germes étaient surveillés dans 42 établissements (63%).

Parmi les 51 établissements réalisant une surveillance (des infections ou des germes), 40 (soit 78%) ont diffusé les résultats de cette surveillance aux services concernés.

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

Vingt établissements (30%) ont été confronté à une situation d'alerte ou épidémique en 2003. Ces situations correspondaient à 43 épisodes dont 19 ont fait l'objet d'un signalement externe et 9 ont nécessité le recours à un expert.

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

En 2003, la formation en hygiène faisait partie du programme de formation continue de 58 établissements (87%). Le CLIN a été consulté pour l'élaboration du programme dans 54 établissements. Une formation en hygiène était organisée en 2003 pour les nouveaux personnels recrutés dans 30 établissements (45%). 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 21 établissements (31%).

- 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	Haute Normandie 2003 n = 67
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%	96% 63% 84%
Critères de moyens - existence d'une équipe opérationnelle en hygiène - existence de correspondants en hygiène	55% 69%	56% 78%	56% 84%	69% 91%
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%	98% 81% 58% 30%

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

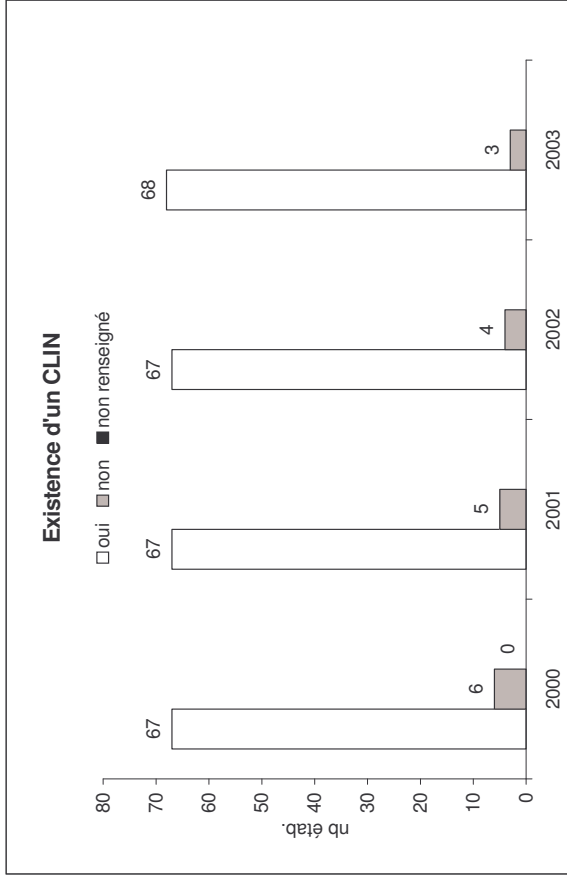
I. Retour des bilans standardisés

	2001	2002	2003
Etablissements concernés - publics - PSPH ¹ - privés ² - Seine Maritime - Eure	72 36 8 28 47 25	71 36 9 26 46 25	71 36 9 26 46 25
Etablissements ayant répondu	64 soit 89%	68 soit 96%	67 soit 94%
Etablissements n'ayant pas répondu	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	4 soit 6% - 1 hôpital local - 1 clinique MCO - 1 SSR - 1 centre spécialisé en alcoologie
Estimation du taux de couverture des lits de la région	95%	97%	99%

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

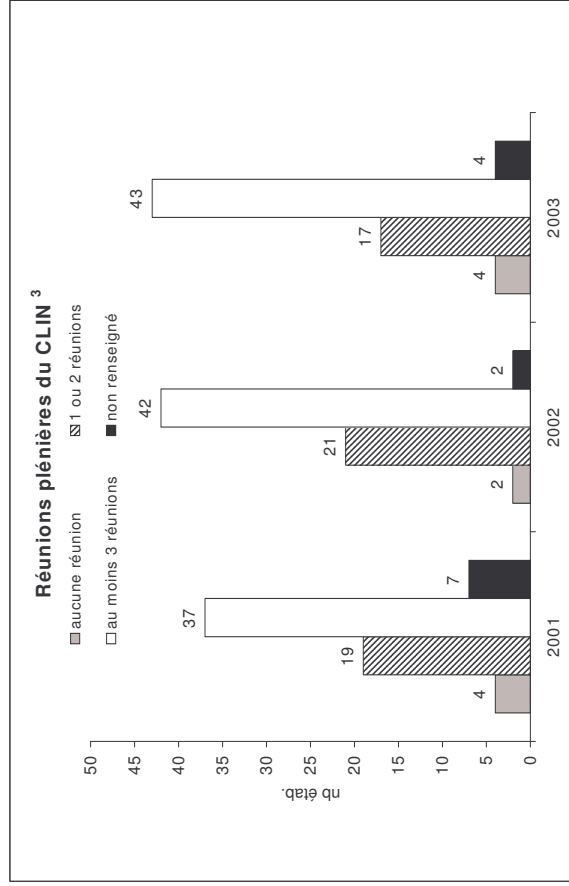
² Un établissement privé a fermé en 2000 et 3 établissements privés se sont regroupés en 2001 pour fusionner.

II. Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales

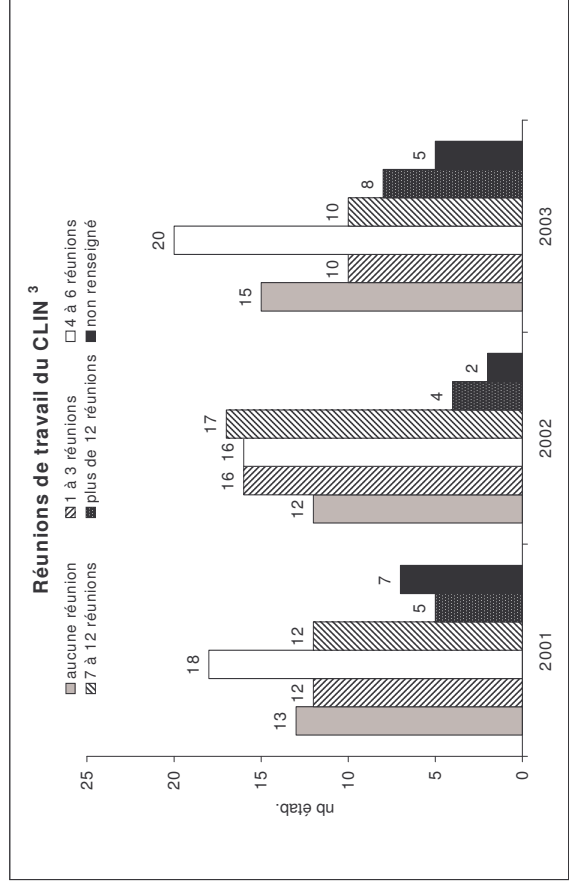


A noter :

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.

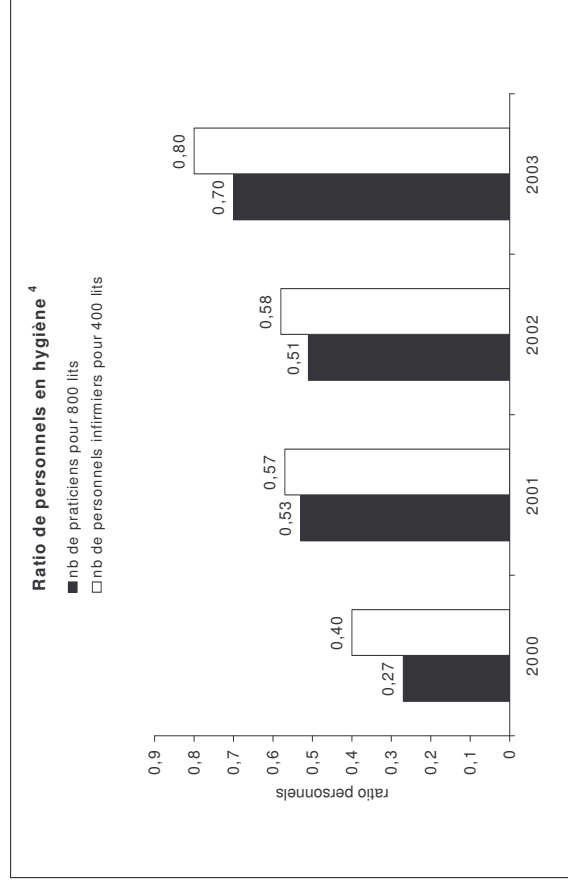
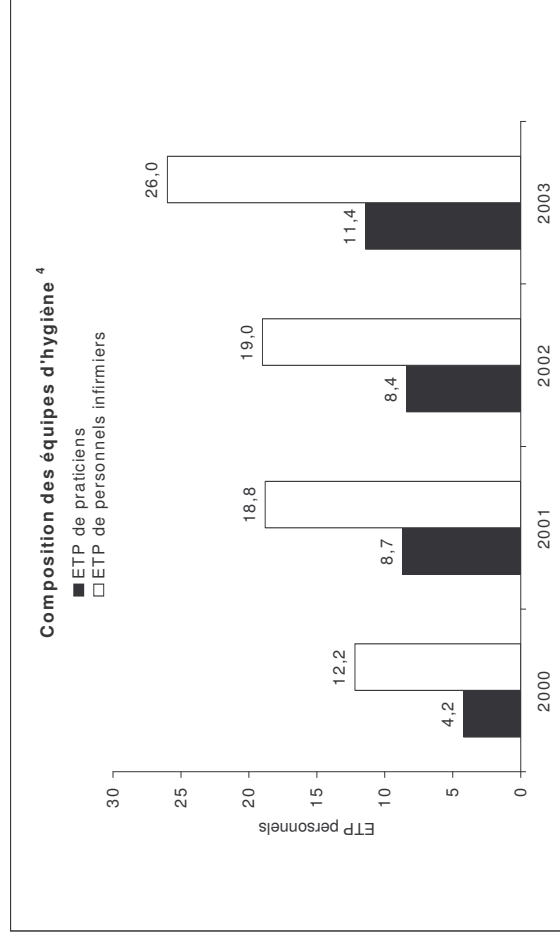
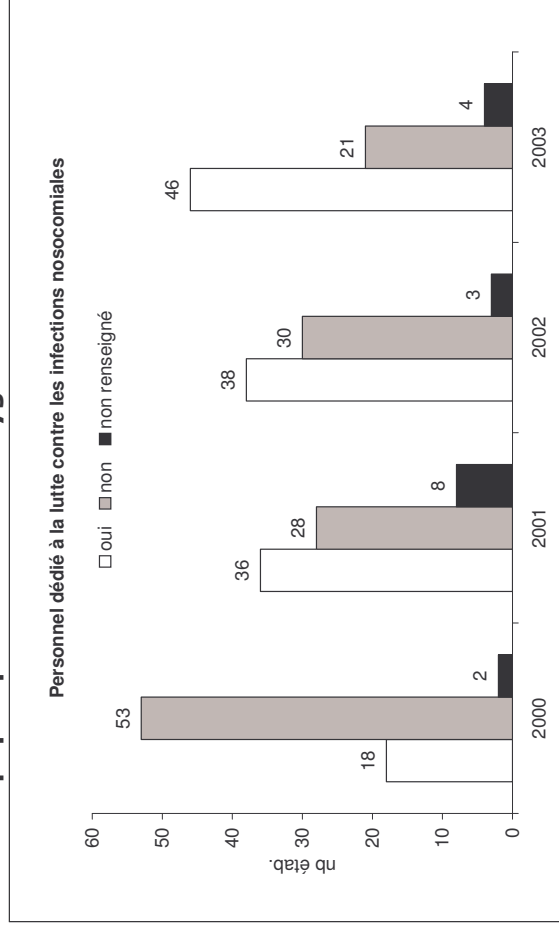


³ Pour les établissements disposant d'un CLIN



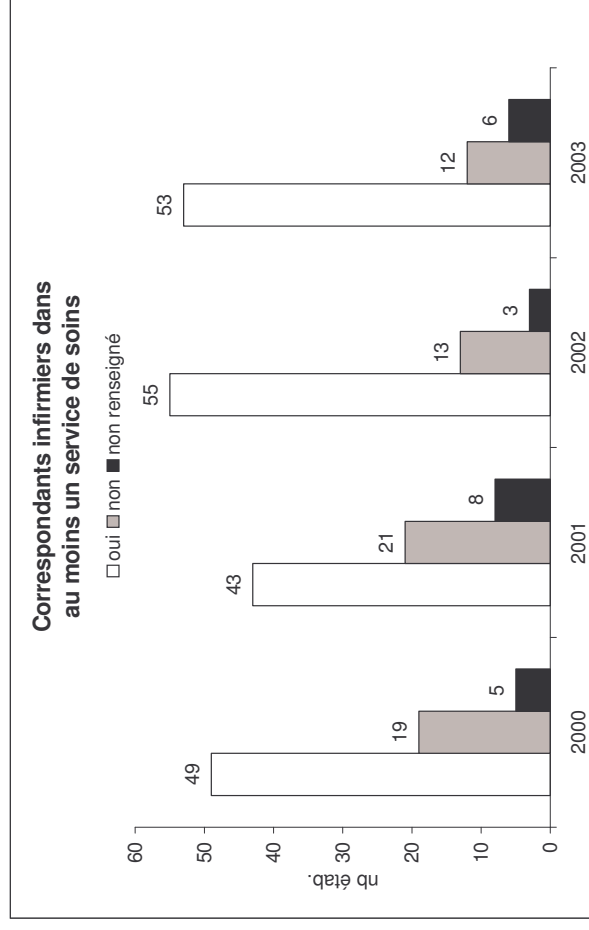
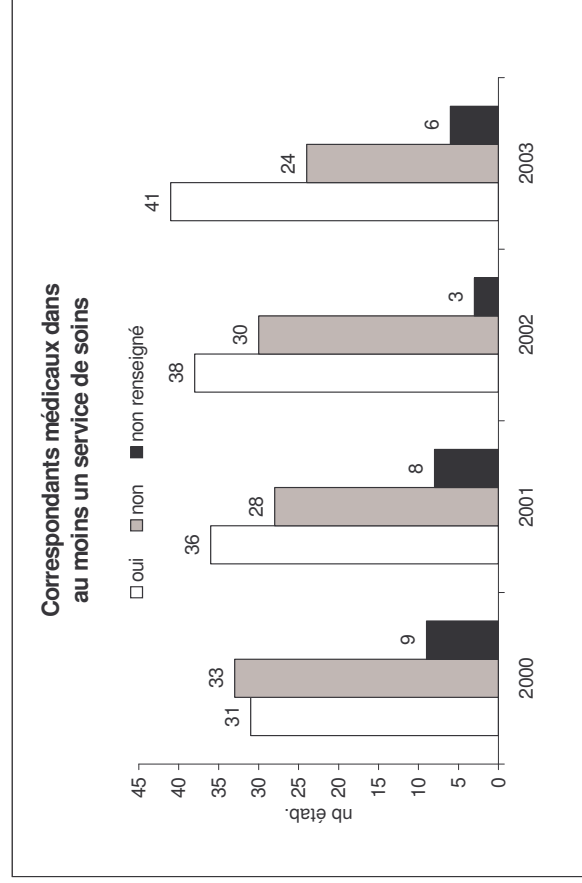
III. Ressources de l'établissement pour la lutte contre les infections nosocomiales

III.1 L'équipe opérationnelle d'hygiène



⁴ Pour les établissements ayant renvoyé le questionnaire, soit : 71 en 2000, 64 en 2001, 68 en 2002 et 67 en 2003.

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

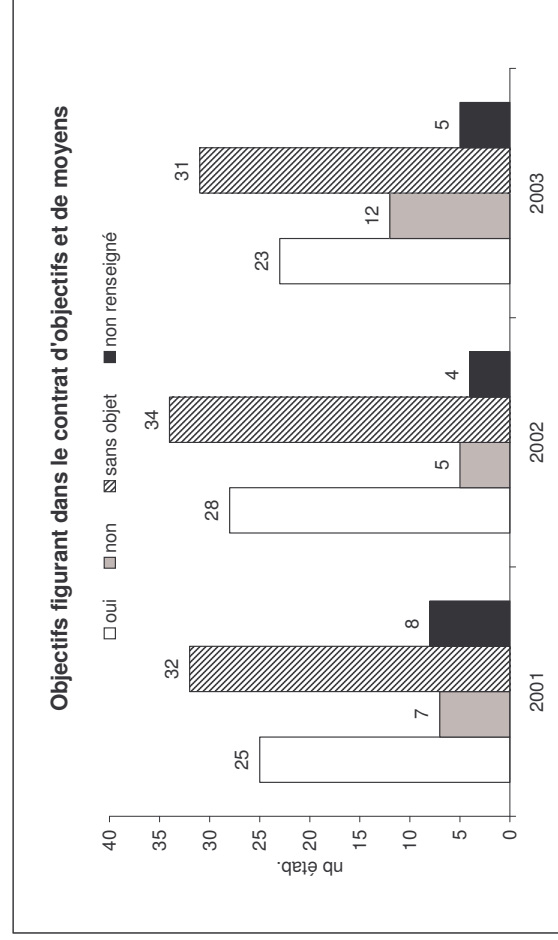
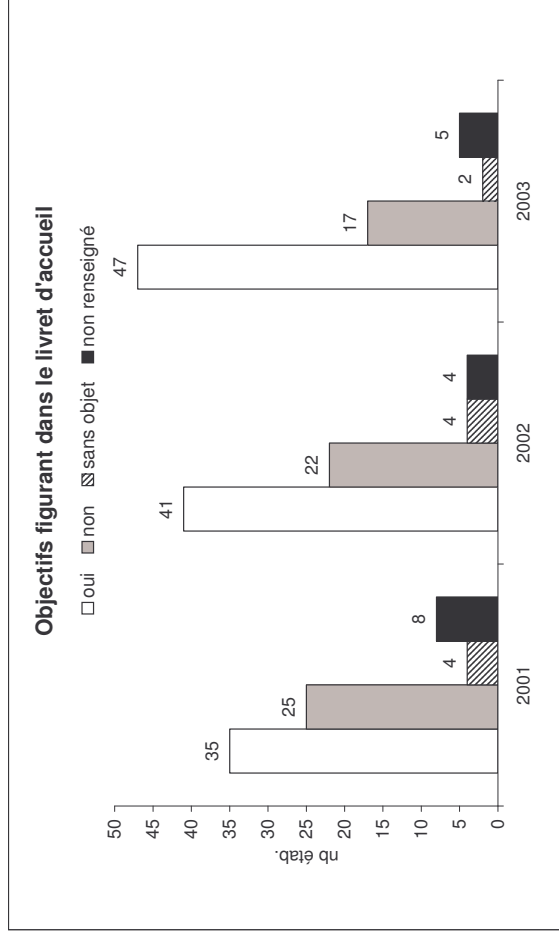
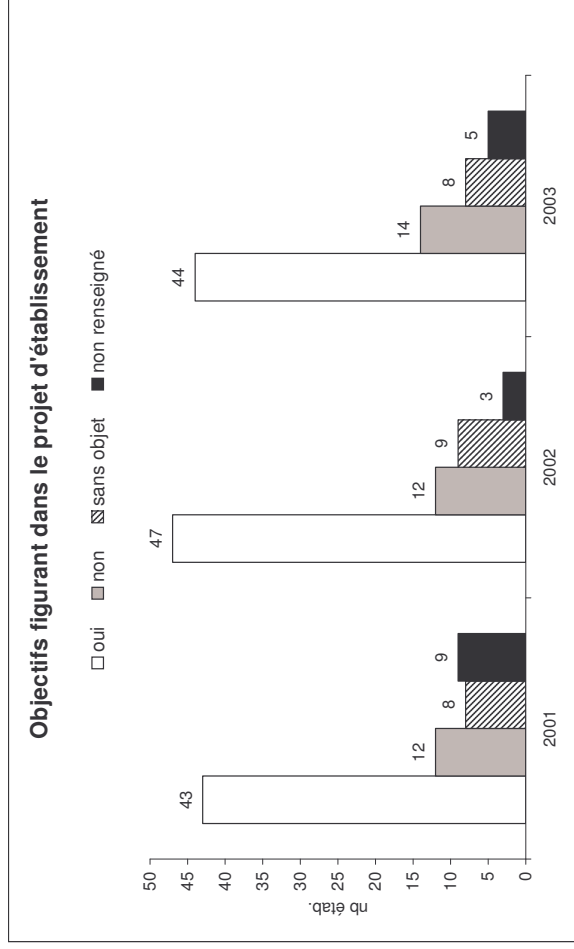


A noter :

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 2000.

IV. Objectifs et stratégie de lutte contre les infections nosocomiales

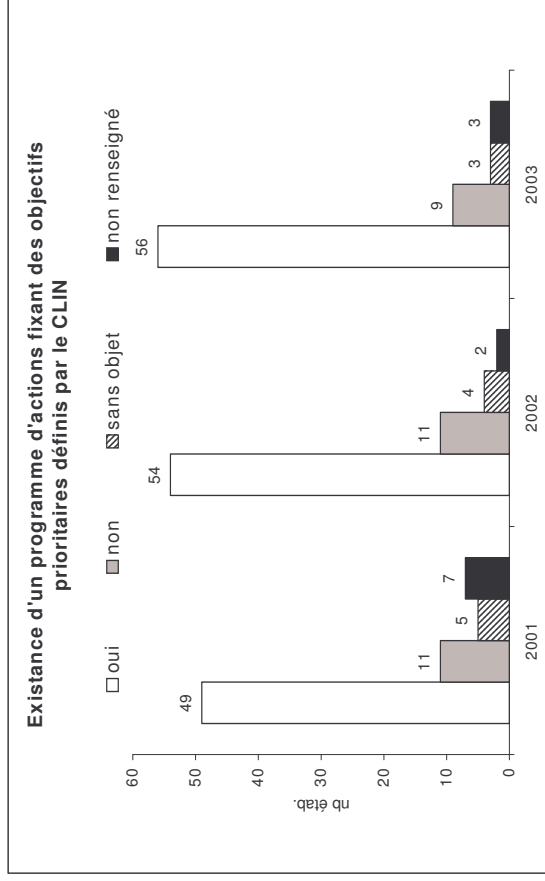
IV.1 Définition des objectifs et de la stratégie de l'établissement en matière de lutte contre les infections nosocomiales



A noter :

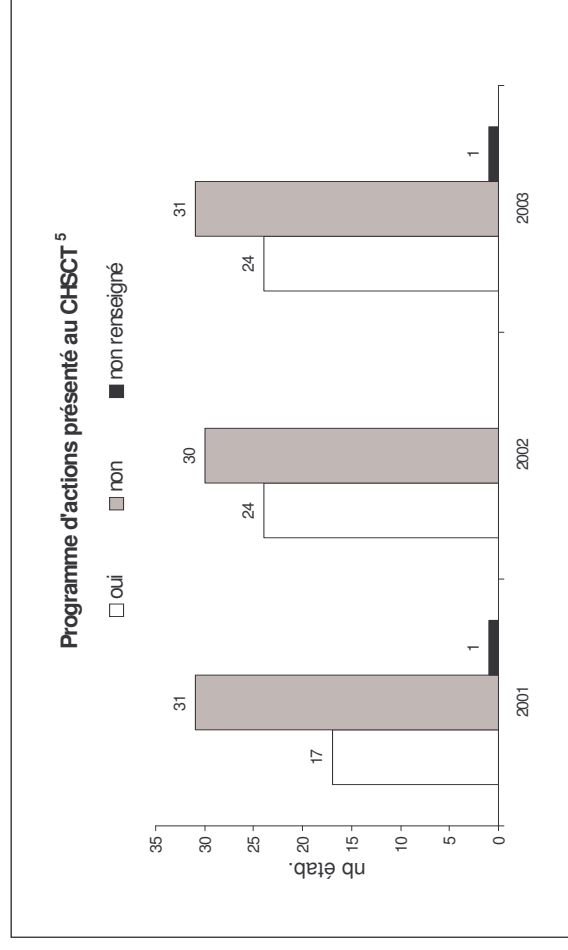
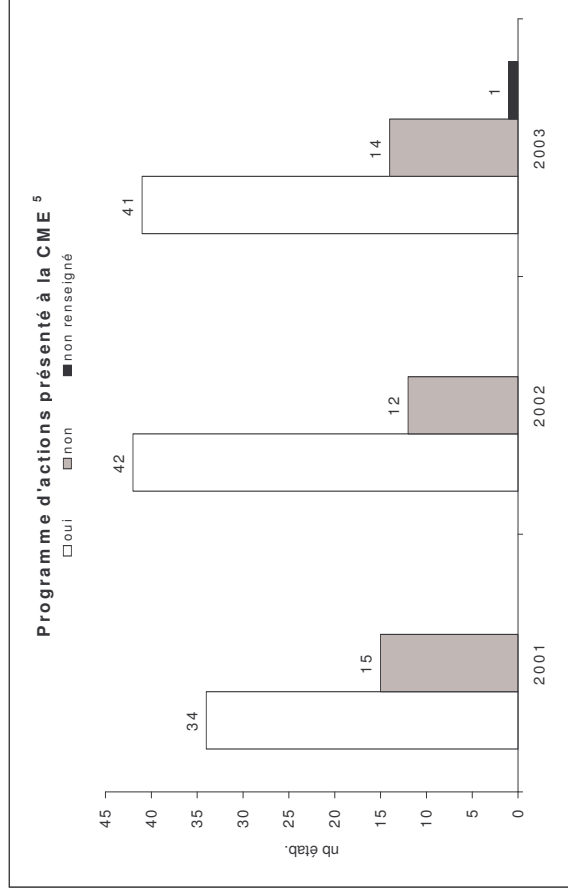
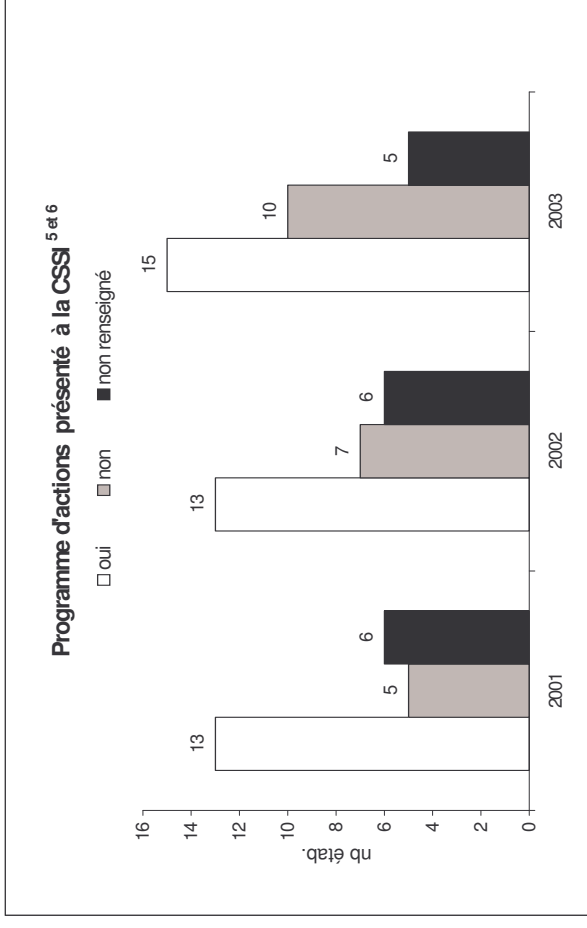
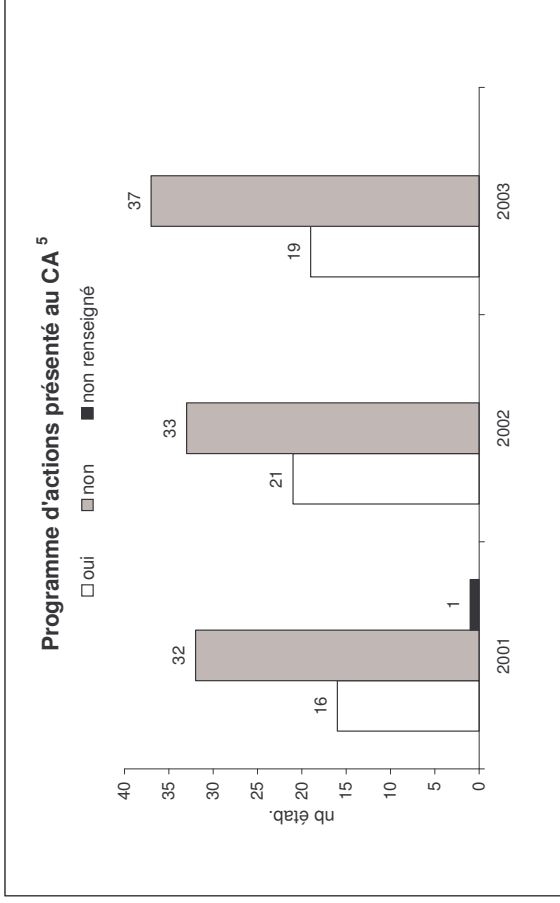
Pour ces graphiques, la catégorie "sans objet" correspond aux établissements n'ayant pas adopté de projet d'établissement, n'ayant pas signé de contrat d'objectifs et de moyens ou n'ayant pas publié de livret d'accueil.

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.



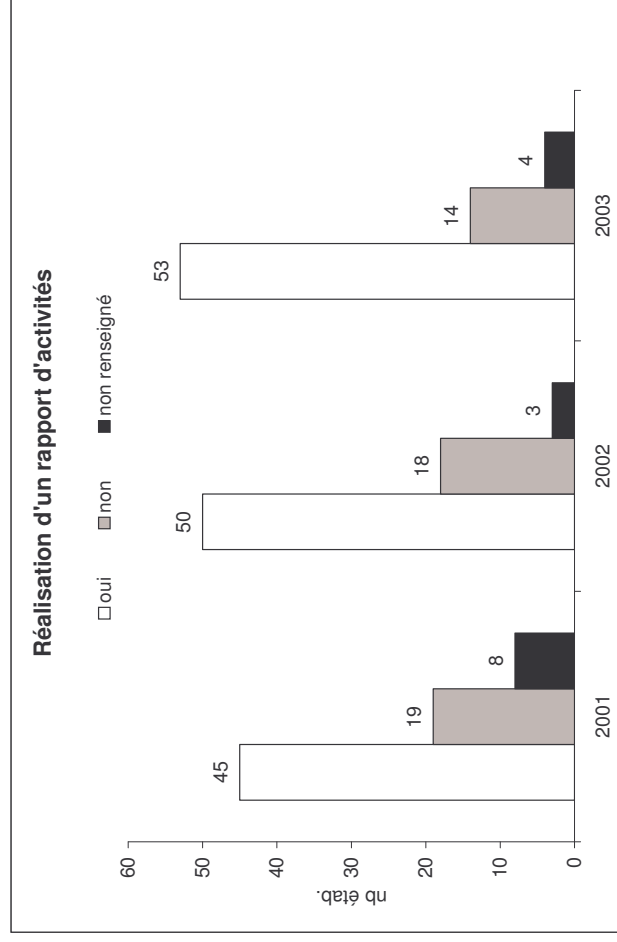
⁵ uniquement pour les établissements ayant un programme d'actions élaboré par le CLIN
⁶ uniquement pour les établissements publics

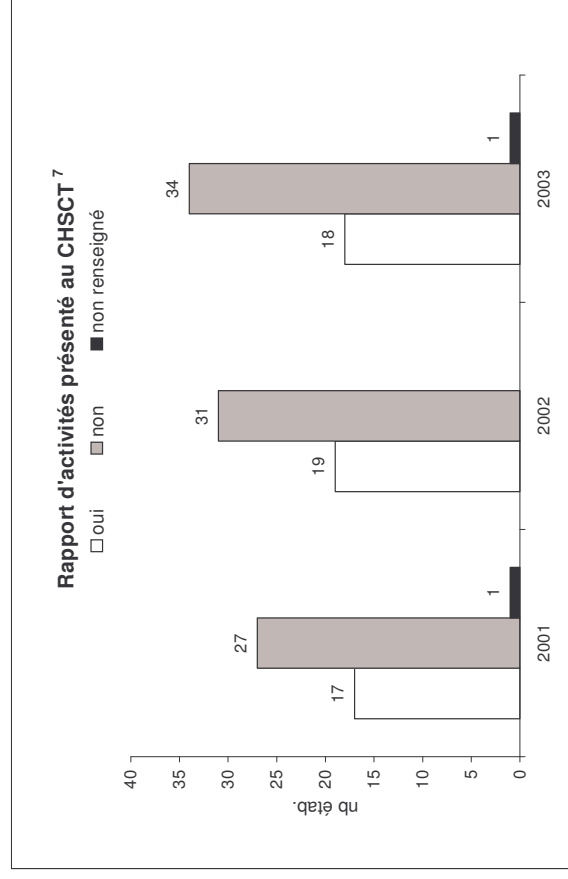
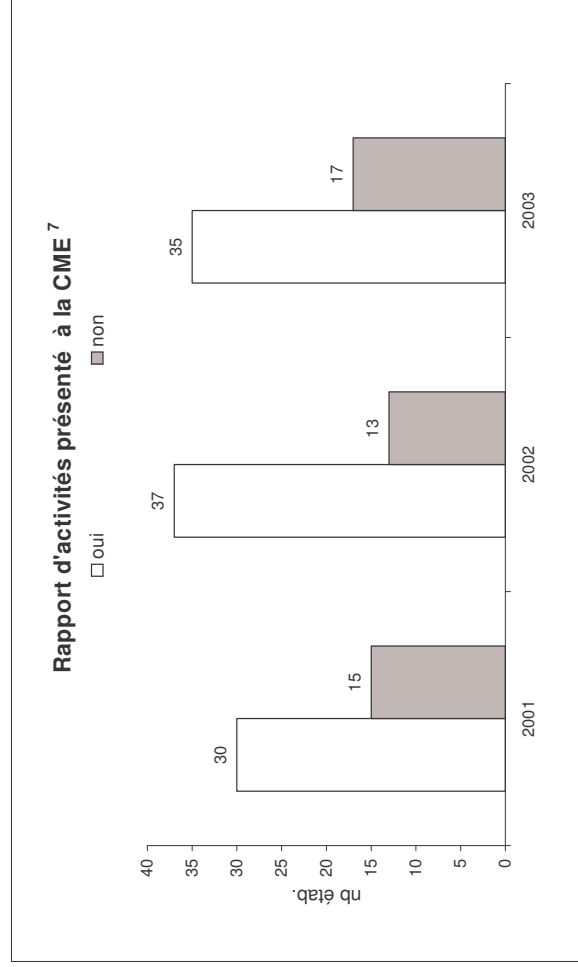
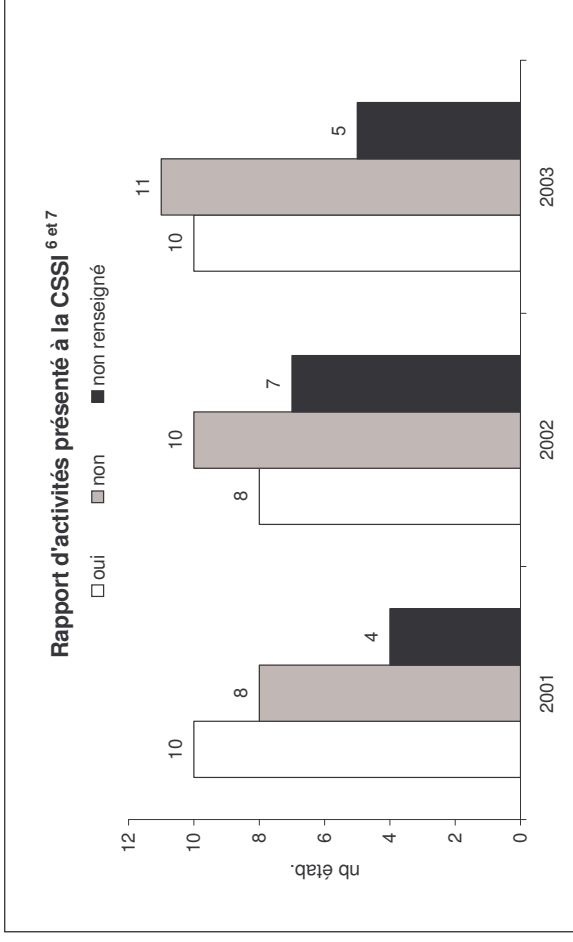
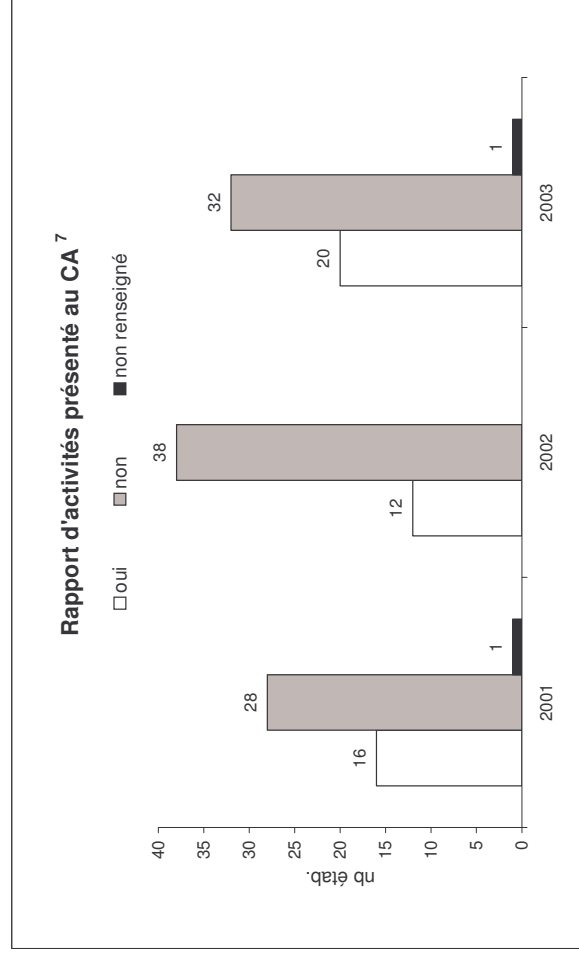
IV.3 Rapport d'activités

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.

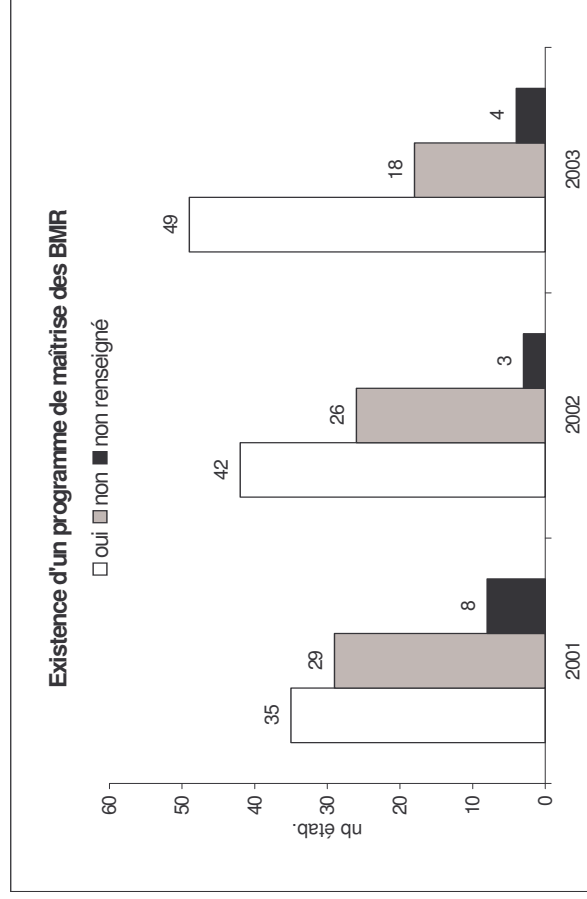




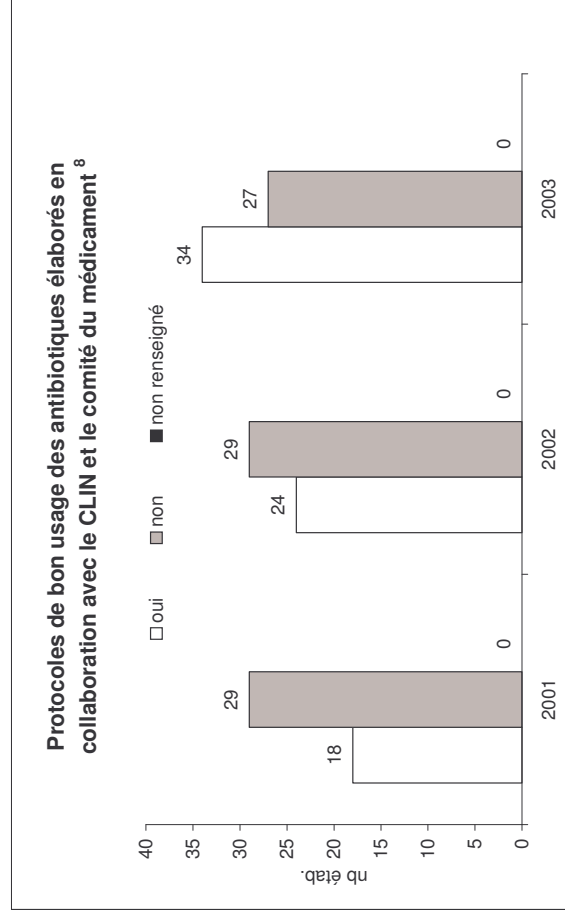
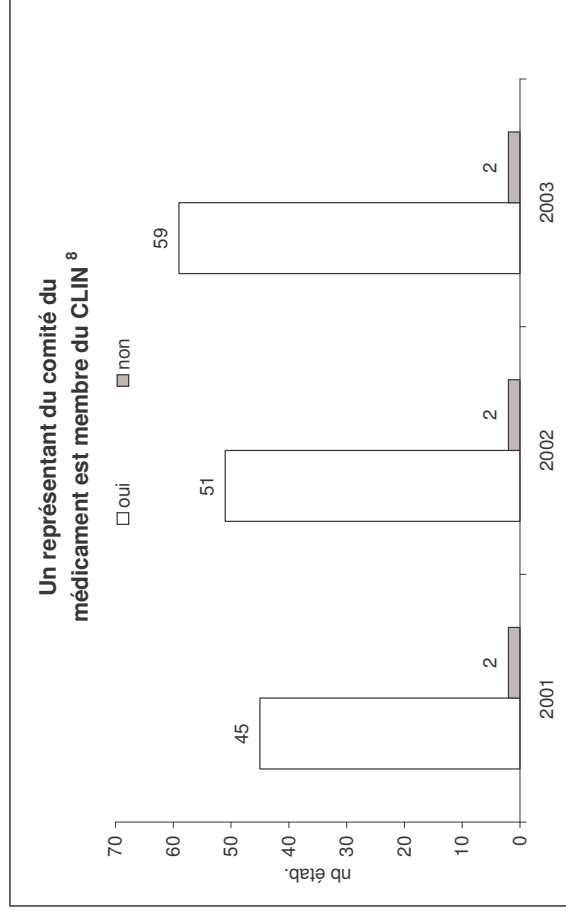
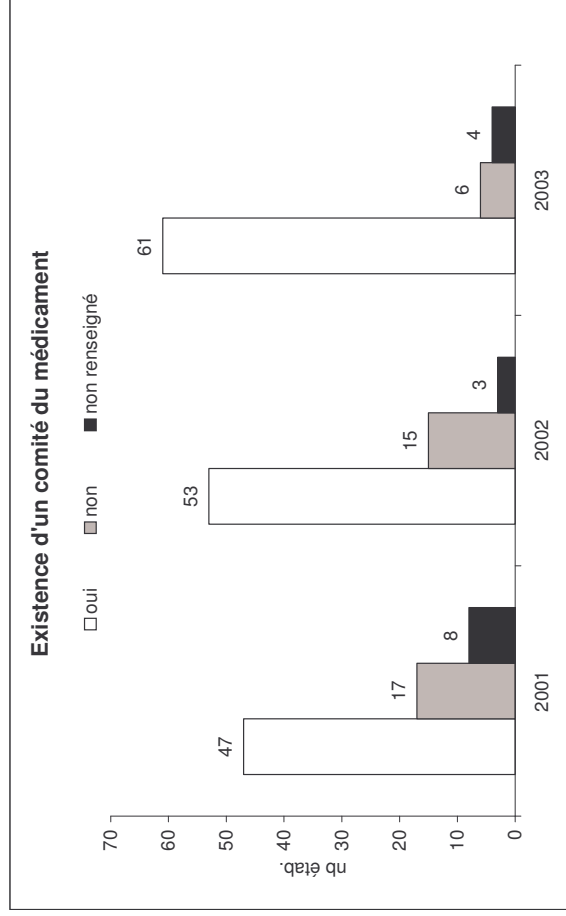
⁷ uniquement pour les établissements dont le CLIN a réalisé un rapport d'activité
⁶ uniquement pour les établissements publics

V. Prévention des risques infectieux

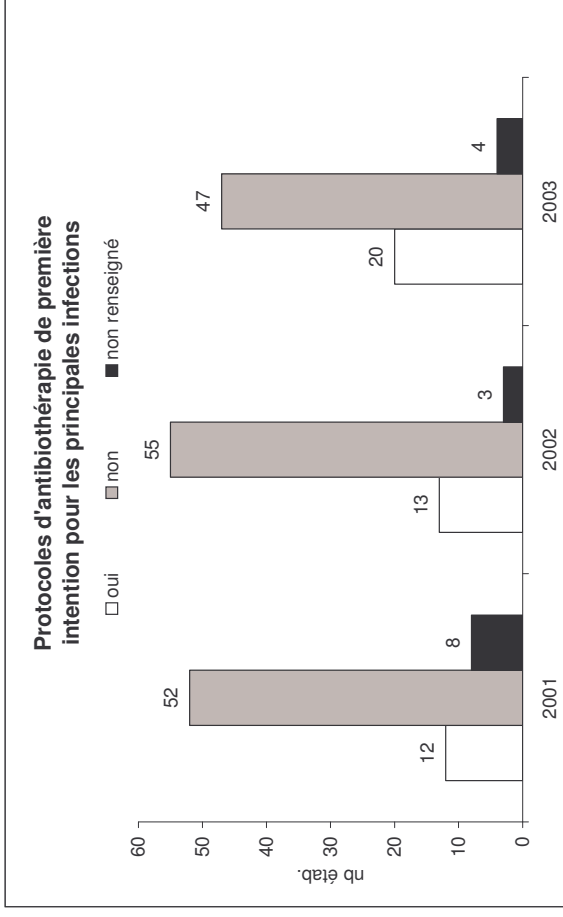
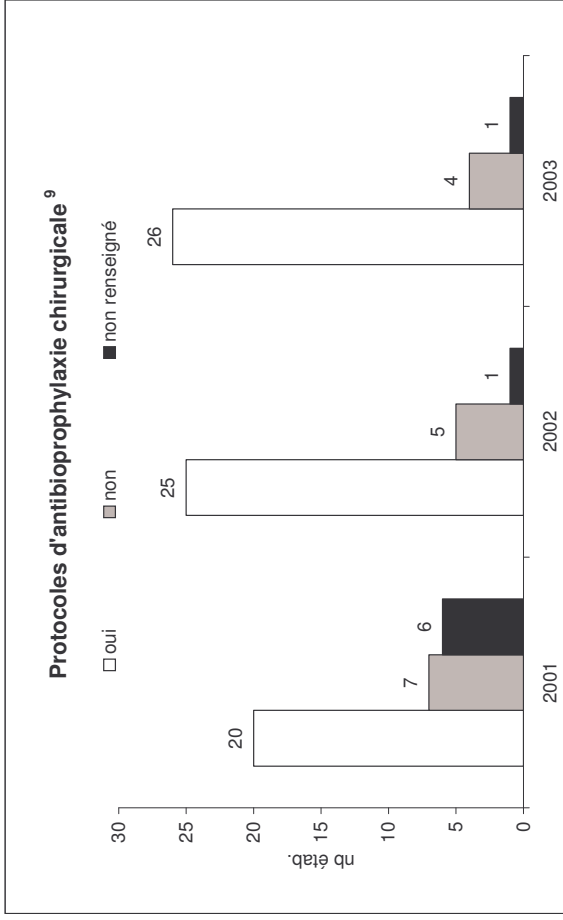
V.1 Prévention de la diffusion des BMR



V.2 Bon usage des antibiotiques

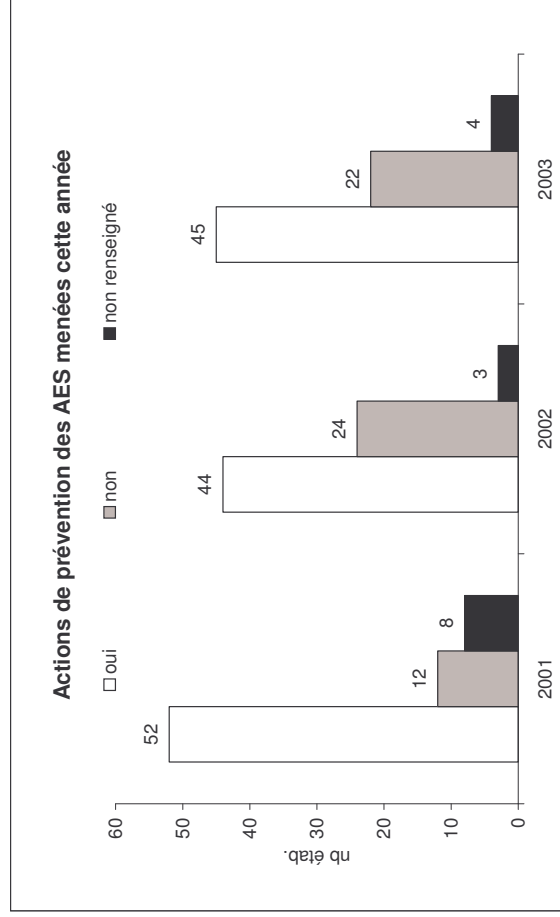
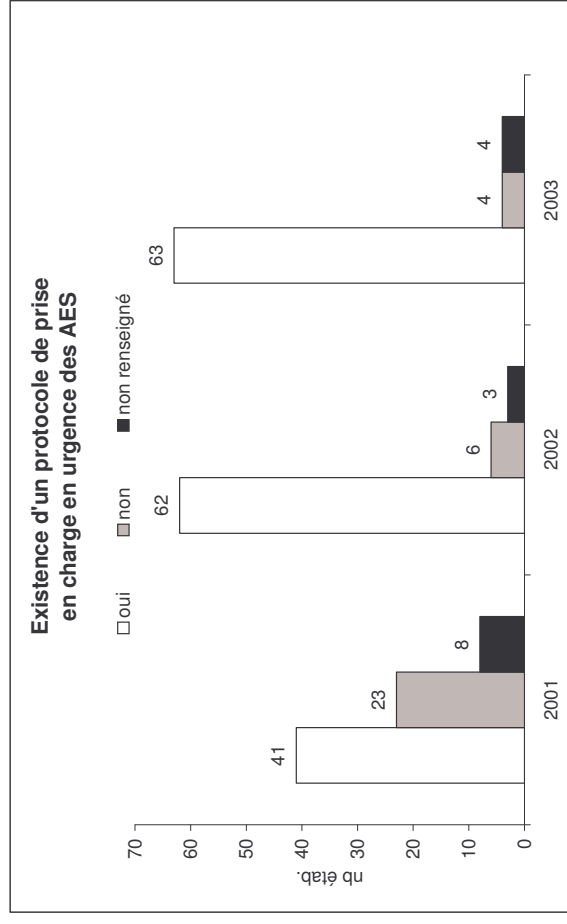
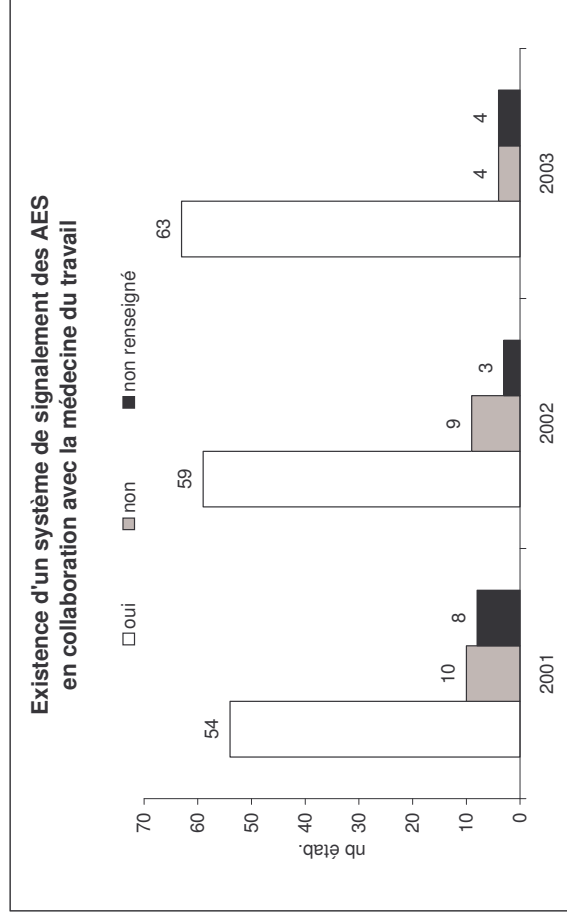


⁸ pour les établissements ayant un comité du médicament

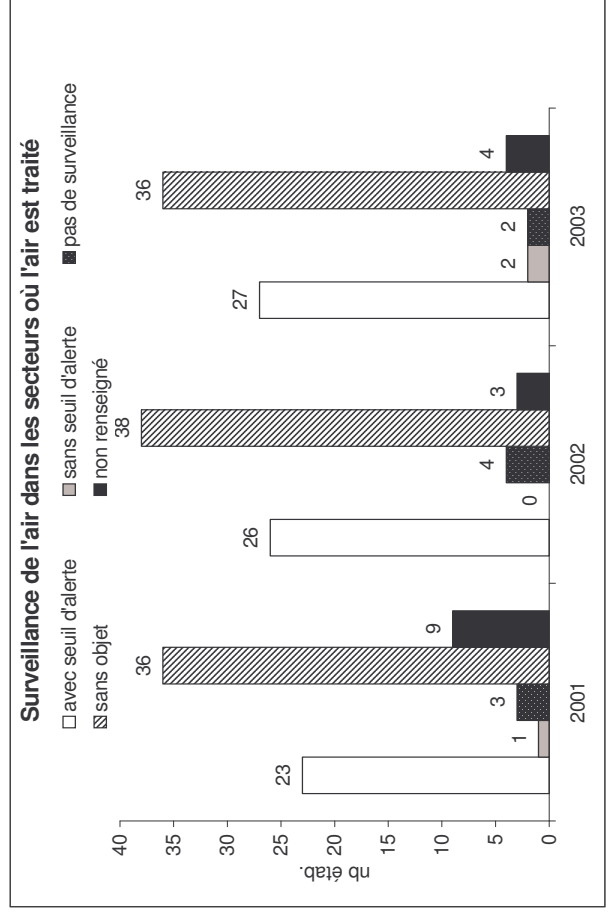
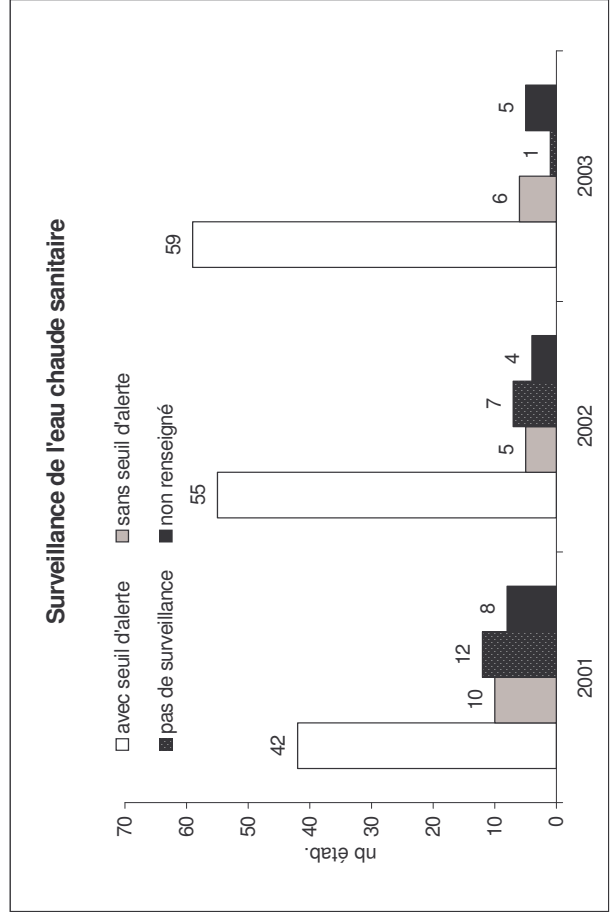
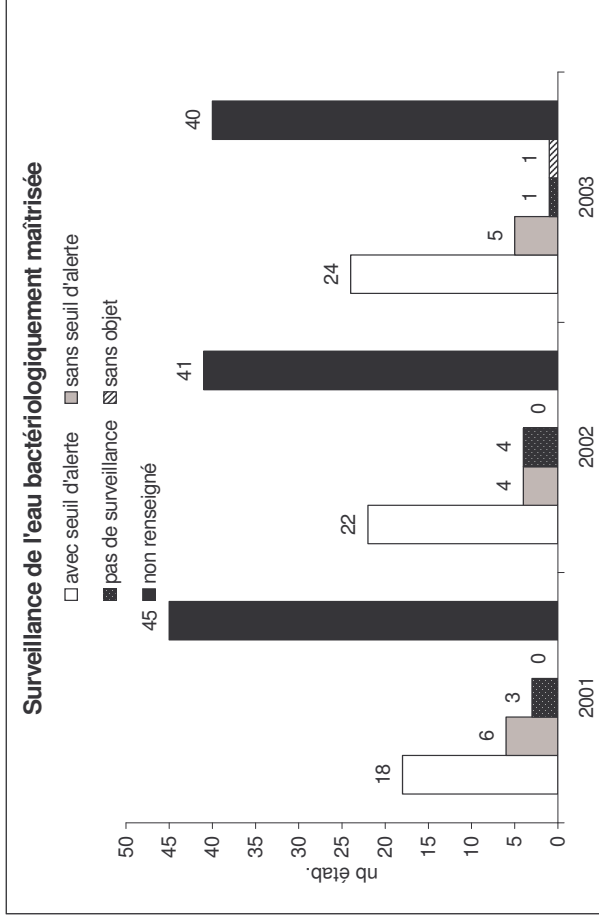
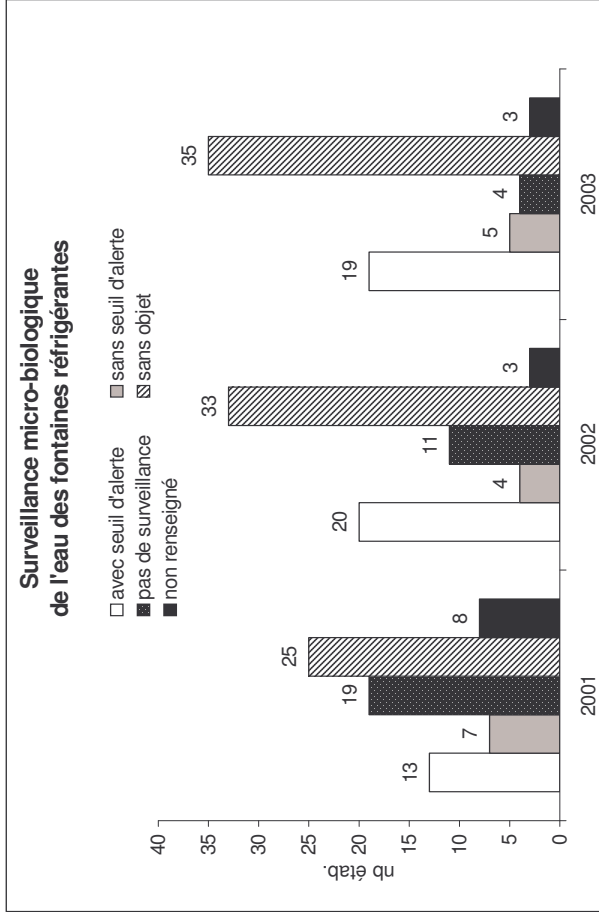


⁹ pour les établissements ayant des lits de chirurgie

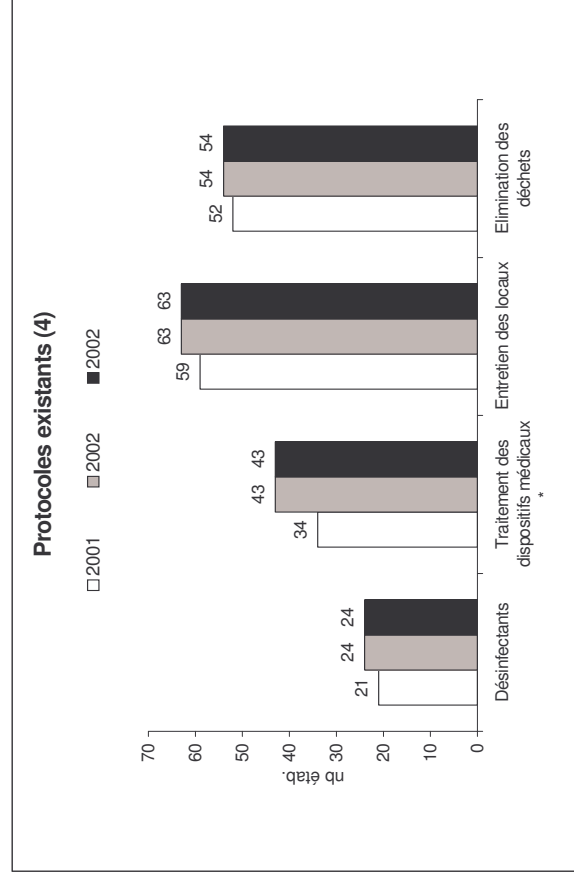
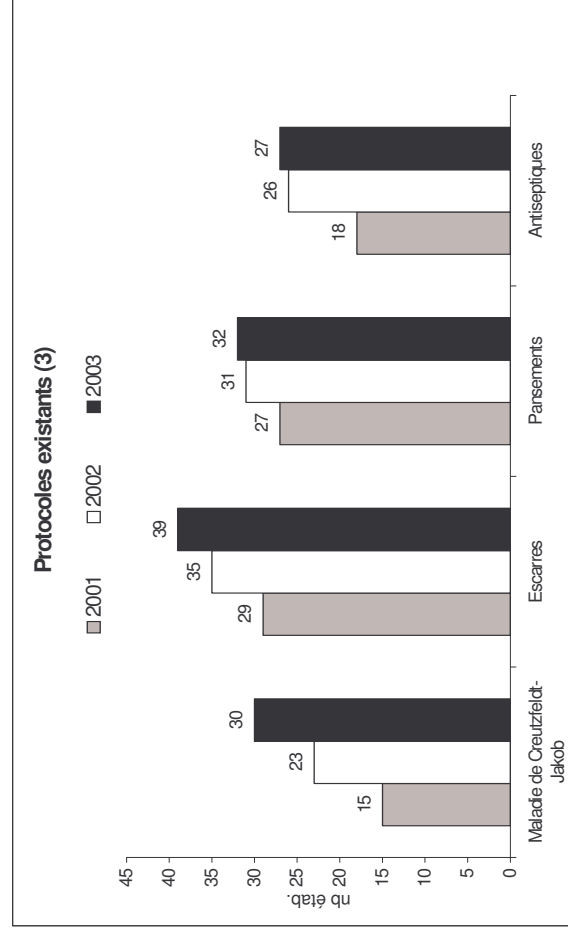
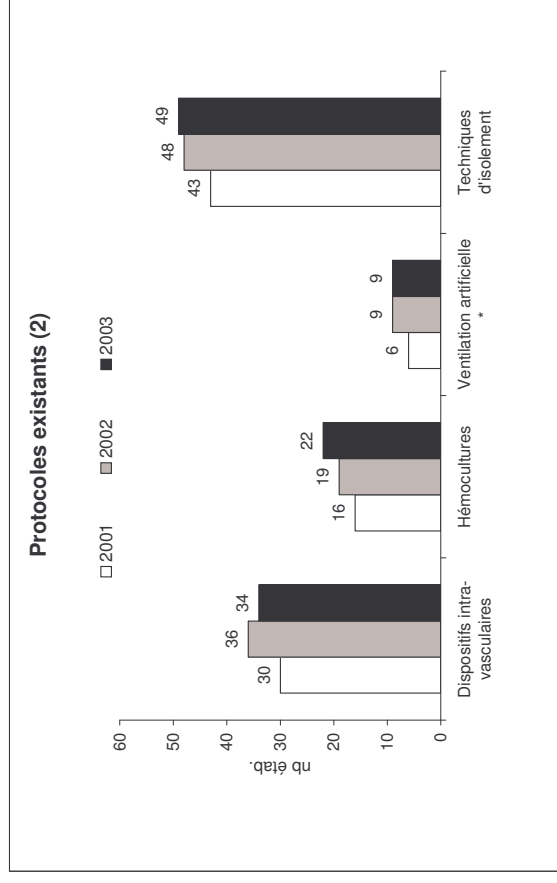
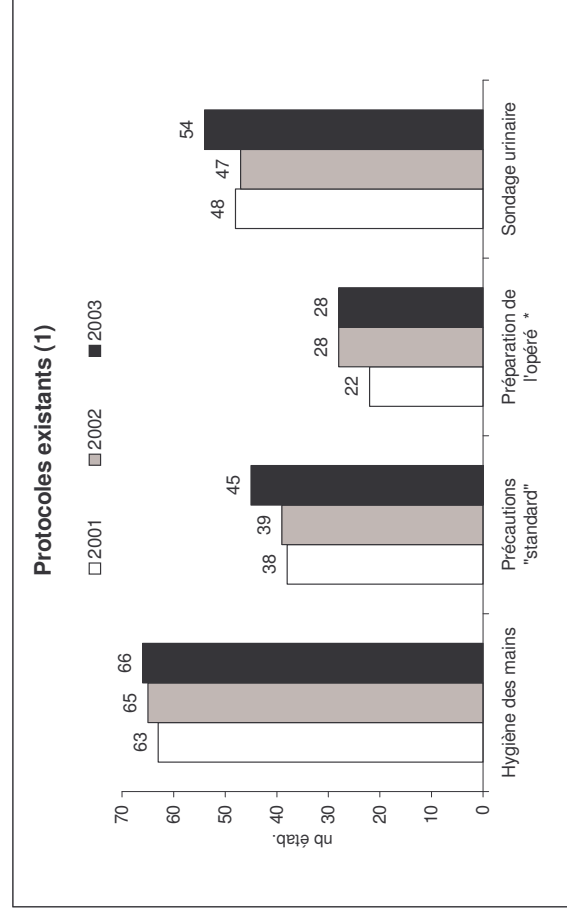
V.3 Accidents d'exposition au sang



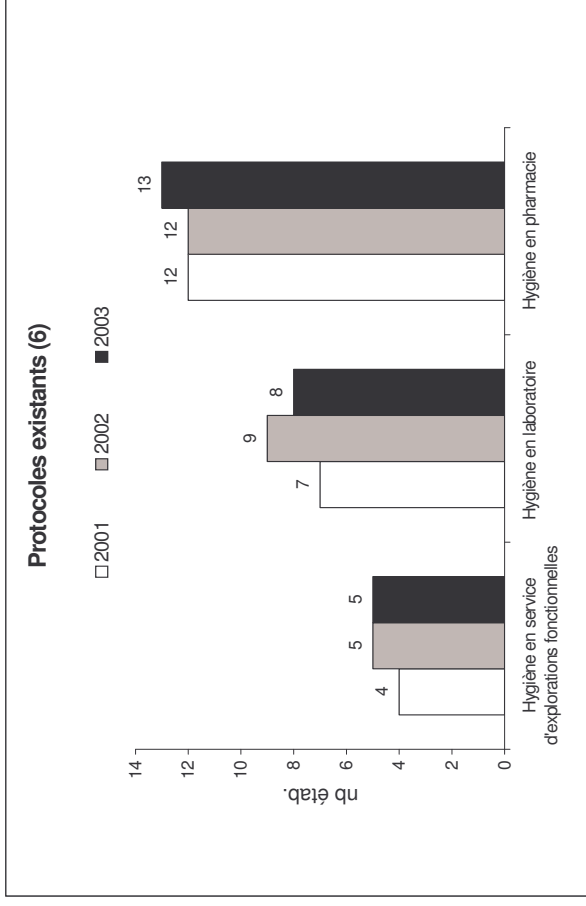
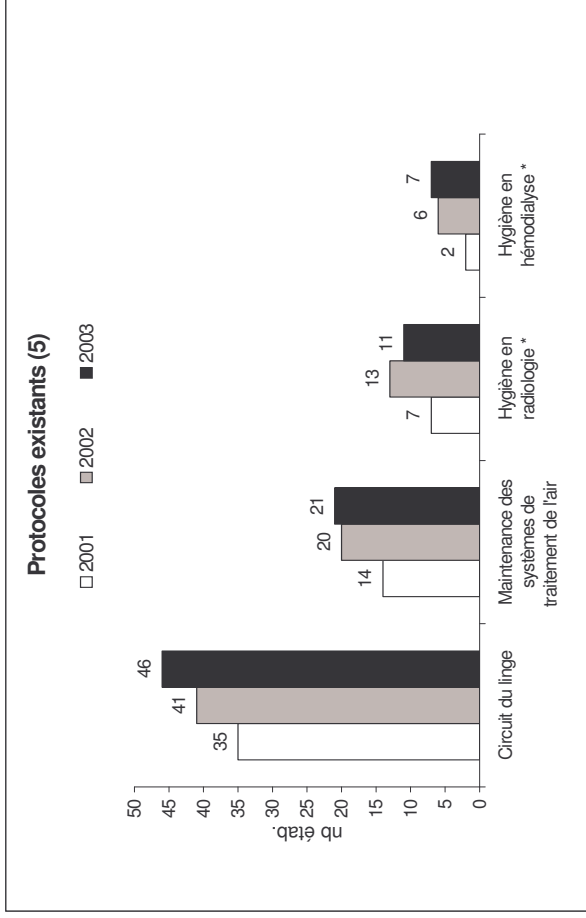
V.4 Prévention des risques infectieux liés à l'environnement



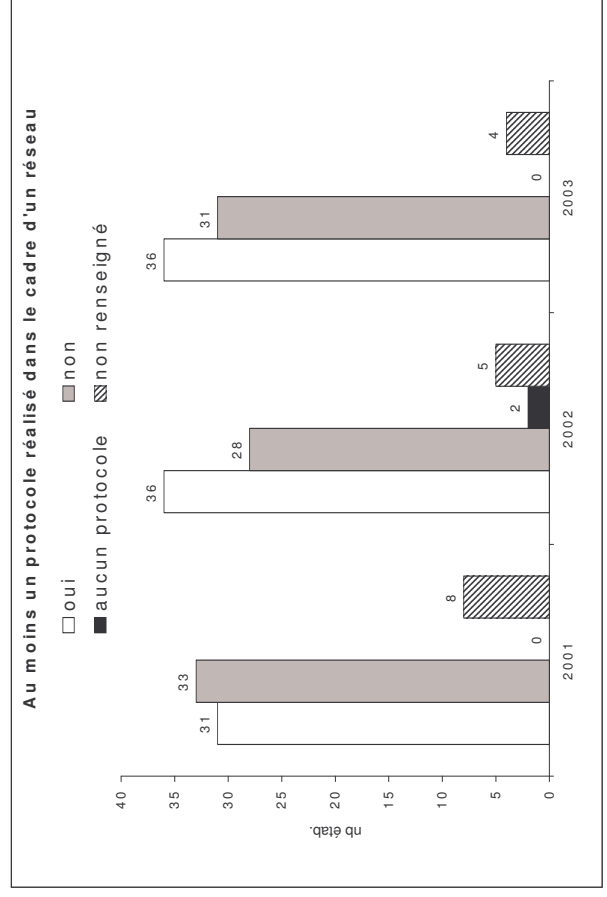
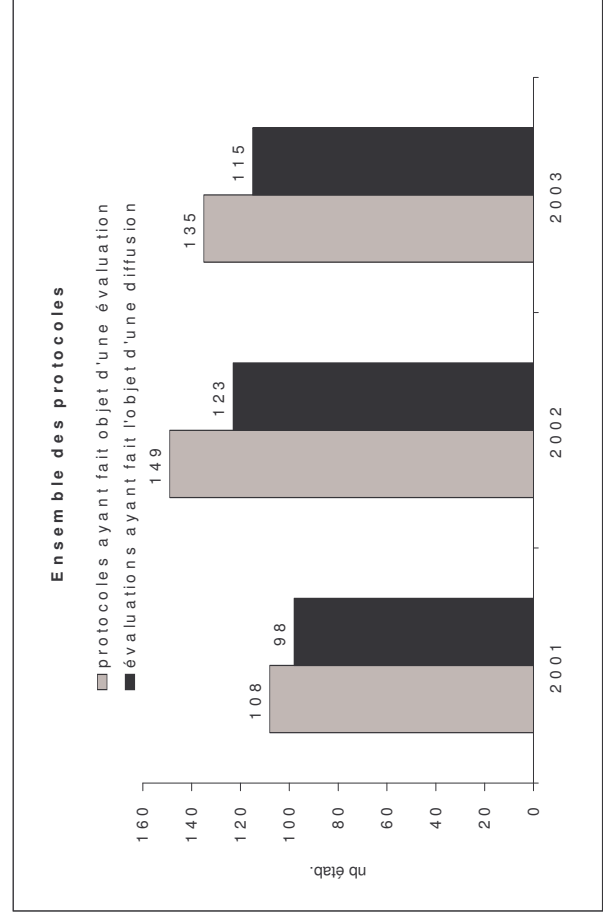
V.6 Protocoles de prévention des risques infectieux



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

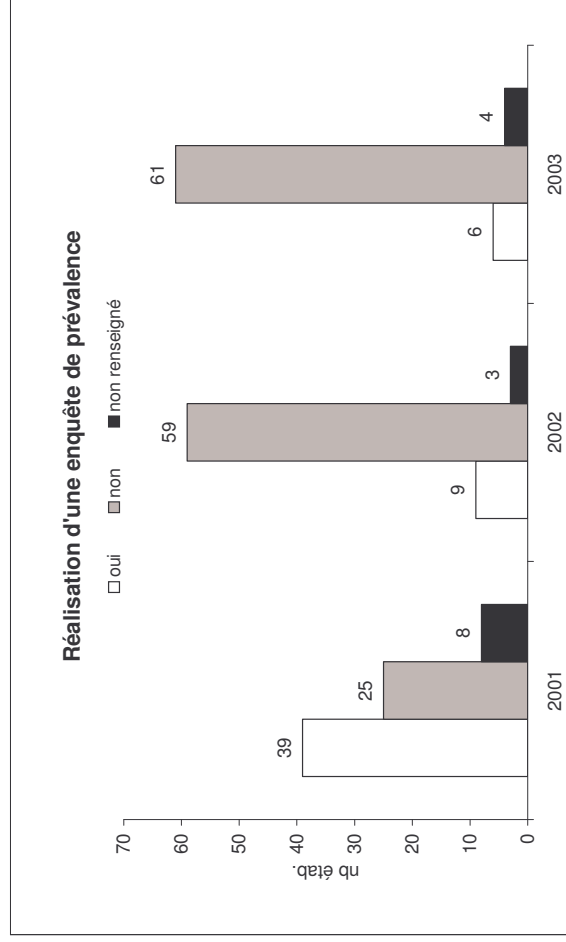


* Tous les établissements ne sont pas concernés par cette activité.

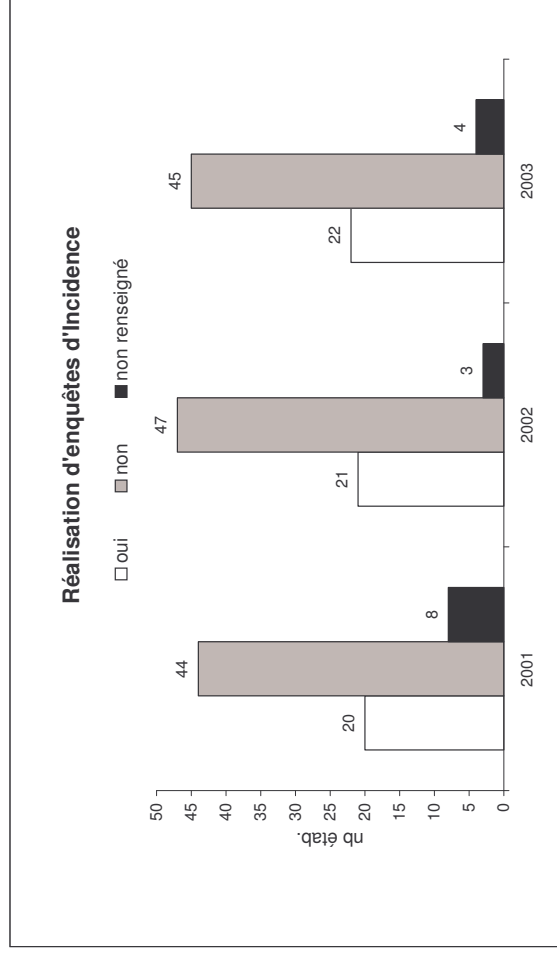


VI. Surveillance épidémiologique

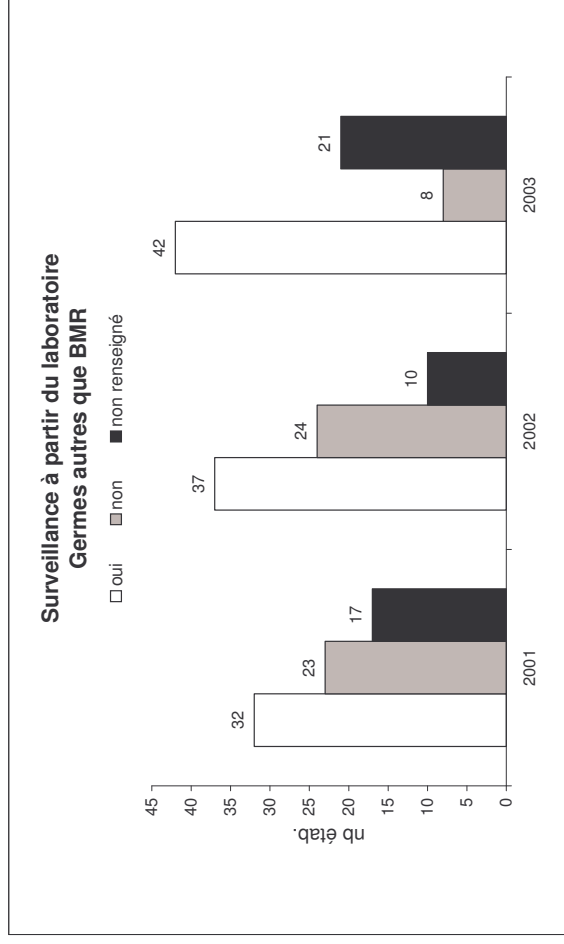
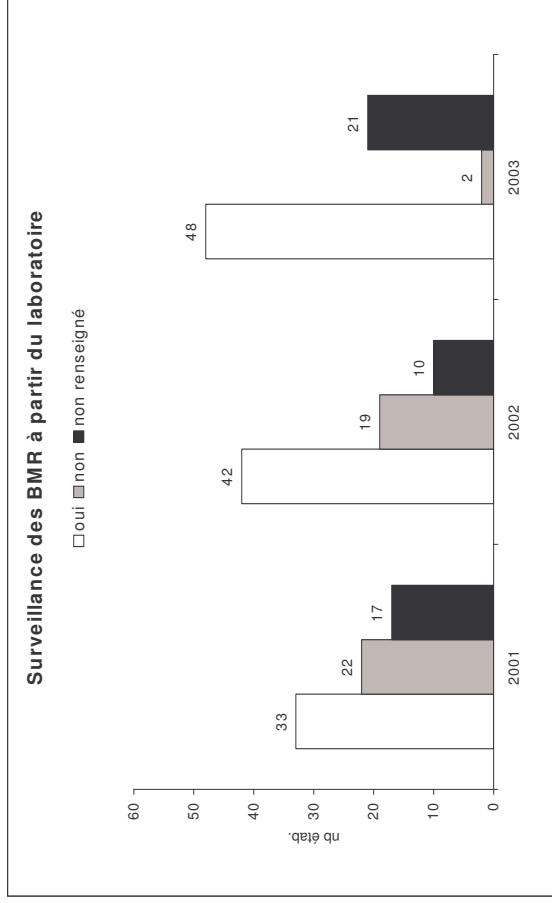
VI.1 Enquête de prévalence des infections nosocomiales



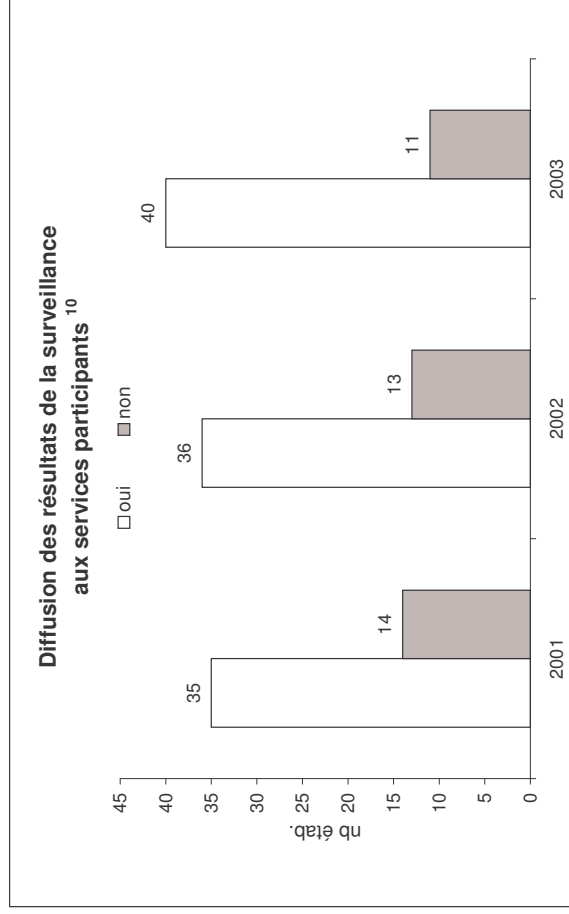
VI.2 Enquête d'incidence des infections nosocomiales



VI.3 Surveillance à partir du laboratoire de microbiologie

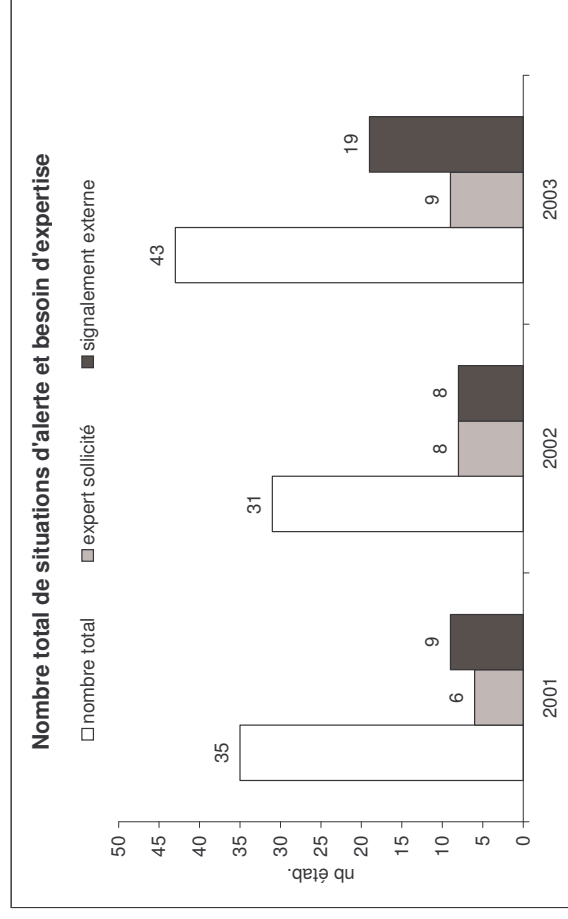
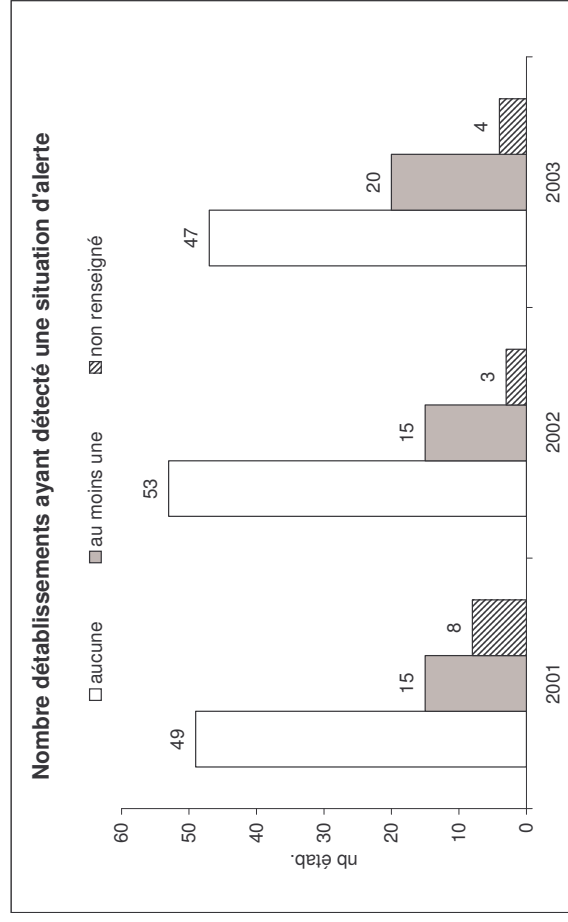


VI.4 Diffusion des résultats de la surveillance

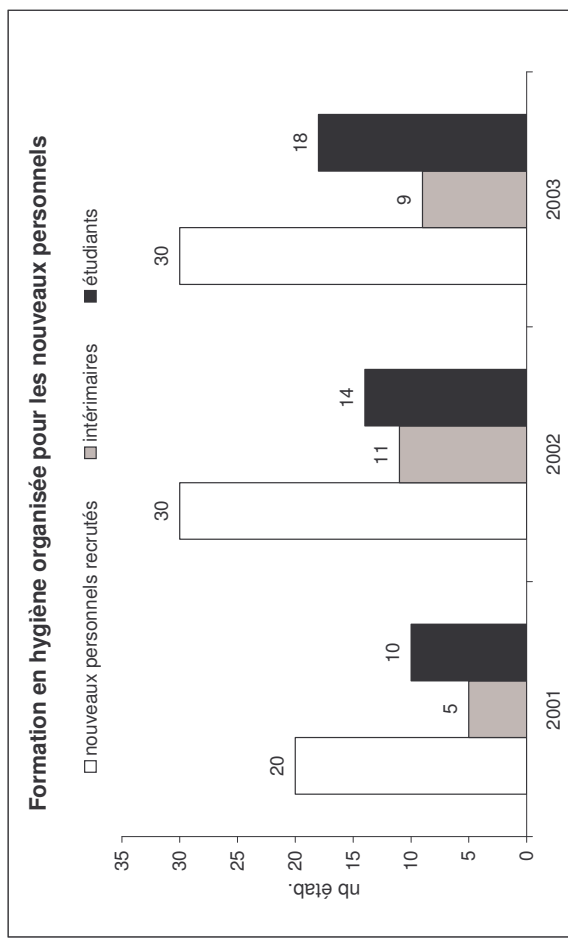
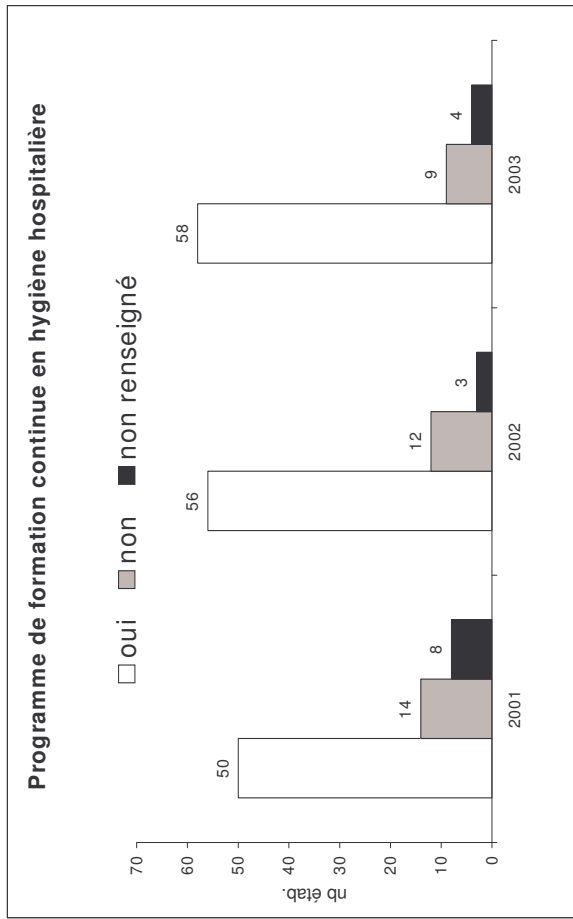


¹⁰ pour les établissements réalisant une surveillance (enquête de prévalence, d'incidence ou surveillance à partir du laboratoire)

VII. Situations d'alerte ou épidémiques



VIII. Formation en hygiène



IX. Evaluation

