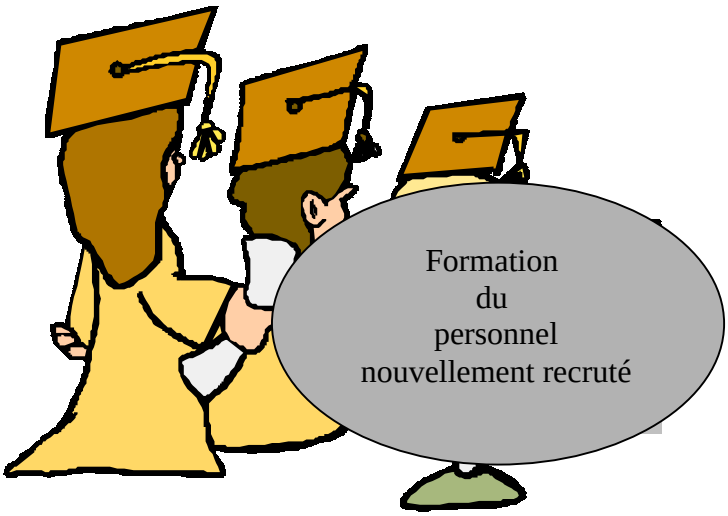
Guide à l'usage des formateurs



Lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de soins

CCLIN Sud-Ouest

NOTE DU GROUPE DE TRAVAIL

Ce document a été réalisé pour servir de guide pour l'élaboration de formations des nouveaux professionnels.

Une méthodologie pour son utilisation est proposée dans les pages suivantes.

METHODOLOGIE

La gestion du risque infectieux est une mission transversale qui implique chaque professionnel travaillant dans un établissement de santé.

Il est important que tout nouvel arrivant reçoive des informations précises sur l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans l'établissement, à savoir : existence d'un CLIN, fonctions de son Président, composition et missions de l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène et de Prévention des Infections Nosocomiales (EOH), identification du correspondant en hygiène de son service d'affectation, ainsi que les objectifs prioritaires de l'établissement dans ce domaine. De la même façon, cet enseignement doit porter sur les bonnes pratiques de soins actualisées. Une information sur la nature et l'accessibilité de tous les supports institutionnels de diffusion des protocoles (classeur du CLIN, plaquettes d'information…) complète dans tous les cas les enseignements.

Ce guide comporte 19 chapitres présentant les principaux domaines concernés par la gestion du risque infectieux. Son utilisation sera fonction de trois paramètres :

- le formateur,
- les participants,
- le contenu de la formation.

LE FORMATEUR :

1. Il exerce son activité au sein d'une EOH ou dans un secteur de soins et a suivi au minimum une formation de correspondant en hygiène hospitalière ;

2. Il a manifesté son investissement dans l'amélioration de la qualité des soins et particulièrement dans la Lutte contre les Infections Nosocomiales ;

3. Il possède des qualités relationnelles : il est à l'écoute des équipes et aime communiquer ;

4. Le temps de formation est inscrit dans ses missions.

LES PROFESSIONNELS FORMES :

1. Ce guide a été élaboré pour apporter une aide à la préparation de session de formation à l'intention de tout nouvel arrivant des catégories professionnelles médicales et para médicales.

2. Il peut également servir à l'enseignement de base ou à la réactualisation ponctuelle des connaissances.

LE CONTENU DE LA FORMATION :

Il revient à chaque professionnel responsable de cet enseignement d'utiliser ce guide pour composer un programme convenant :

- aux objectifs de la formation,
- aux types d'activités pratiquées,
- aux missions des personnels recrutés.

Cependant, l'objectif d'une telle formation est d'aider à l'acquisition d'une culture commune au sein d'un établissement.

Il est préférable que l'enseignement soit programmé par modules car la réalisation d'une formation intensive rendrait difficile l'assimilation du contenu par les participants.

Chaque chapitre présenté peut être complété par l'utilisation d'outils informatiques ou vidéo. Il existe de nombreux films concernant les thèmes suivants :

- l'hygiène des mains,
- le sondage urinaire,
- le cathétérisme veineux,
- la préparation cutanée de l'opéré,
- la prévention des accidents exposant au sang,
- la gestion du linge…

Ces documents sont référencés à chaque fin de chapitre.

Chaque partie traitée est suivie d'une rubrique intitulée « points importants à transmettre ».

Le guide peut également servir d'outil pour l'élaboration de fiches synthétiques (recommandations, protocoles…) qui pourront être construites en groupe de travail et tiendront compte des ressources matérielles et des organisations spécifiques à chaque établissement.

GROUPE DE TRAVAIL*

Animateur

Chantal LEGER CCLIN SO - CHU	Poitiers	05 49 44 42 05

Membres du groupe

Catherine ANDRE Clinique Ancienne Halle	Cognac	05 45 82 12 07
Anne Marie BEDUCHAUD Polycliniques de Poitiers	Poitiers	05 49 54 33 33
Marie Agnès CHARREAU Centre Hospitalier	Châtellerault	05 49 02 91 03
Catherine DUBOIS Clinique Pasteur	Royan	05 46 22 23 69
Florence FRUGIER Centre Hospitalier	Barbezieux	05 45 78 78 00
Nicole LANOT DUPLA CMCA	Puilboreau	05 46 00 40 40
Jocelyne LEOBET Centre Hospitalier	Montmorillon	05 49 83 83 83
Dominique MACHEFERT Centre Hospitalier	Saintes	05 46 92 76 76
Guy MATHIEU Formateur en Hygiène	Angoulême	05 45 61 21 44
Marie René MONNET Hôpital local	Saint Maixent l'école	05 49 76 49 76
Jean Paul MULLER Centre Hospitalier H. Laborit	Poitiers	05 49 44 57 73
Sabine de PEYRELONGUE Clinique Maison Blanche	Jarnac	05 45 36 62 00

*** Ce guide a été élaboré par un groupe régional du CCLIN dans le cadre des propositions d'actions définies en 2000 en matière de formation au niveau de la région Poitou-Charentes par la DRASS et le CCLIN.**

SOMMAIRE

- **INTRODUCTION** **10**

I / Les infections nosocomiales 11-19
- Définition 12
- Circonstances favorisantes 12
- Sujets réceptifs 12
- Réservoirs 13
- Germes responsables 13
- Bactéries Multi Résistantes 17
- Modes de transmission 17
- Voies d'introduction 17

II / Surveillance des infections nosocomiales 20-23
- Pourquoi surveiller ? 21
- Méthodes pour la surveillance 21
- L'incidence 21
- La prévalence 21
- Les chiffres nationaux 22
- Répartition des sites infectieux 22

III / Organisation de la lutte contre les infections nosocomiales en France 24-28
- Le CTIN 25
- Les CCLIN 25
- Les CLIN 25
- L'équipe opérationnelle d'hygiène 25
- Les correspondants en hygiène 26
- Organigramme des différentes structures..... 27

IV / Obligations et responsabilités des personnels et lutte contre les infections nosocomiales 29-34
- Responsabilité des professionnels 30
- Signalement des infections nosocomiales 32
- Information des patients 32

V / Les bases de la prévention 35-39
- Hygiène corporelle 36
- Tenue professionnelle 36
- Les précautions « standard » 37

VI / L'hygiène des mains 40-47
- La flore cutanée 41
- Objectifs et modalités de la désinfection des mains 41
- Différents types de lavage des mains 42
  - ☞ Le lavage simple 42
  - ☞ Le lavage hygiénique 42
  - ☞ Le lavage chirurgical 43
- Solutions hydro alcoolique 43
  - ☞ Le traitement hygiénique par frictions 44
  - ☞ La désinfection chirurgicale par frictions 45

VII / Les tenues de protection 48-55
- Les masques 49
  - ☞ Le personnel 49
  - ☞ Les visiteurs 50
  - ☞ Les patients 50
  - ☞ Les différents types de masques 50
  - ☞ Les recommandations pour l'utilisation des masques 50
- Les gants 51
  - ☞ Le port des gants est impératif 51
  - ☞ Les différents types de gants 52
  - ☞ Recommandations pour l'utilisation des gants 53
- Les surblouses 54
- Les coiffes 54
- Les sur chaussures 54

VIII / Les accidents exposants au sang (AES) 56-60
- Définition 57
- Risques liés aux AES 57
- Prévention des accidents 57
- Conduite à tenir en cas d'AES 58

IX / Les isolements 61-65
- L'isolement septique 62
- L'isolement protecteur 64

X / Les Produits utilisés pour la détergence, la désinfection et l'antisepsie 66-72
- Définitions 67
- Les détergents 68
- Critère de choix des produits détergents 69
- Les antiseptiques 69
- Critères de choix des produits antiseptiques et désinfectants 70
- Conseils et précautions d'emploi des produits 70

XI / L'entretien des locaux 73-85
- Classification des locaux selon le risque infectieux 74
- Principes généraux 75
- Techniques d'entretien 76
- Calendrier d'entretien 84

XII / PREVENTION DES INFECTIONS URINAIRES 86-89
- Précautions lors du sondage 87
- Prévention liée à l'entretien du système clos 87

XIII / PREVENTION DES INFECTIONS PULMONAIRES 90-96
- Les facteurs de risque 91
  - ☞ Liés au patient 91
  - ☞ Liés au matériel 91
  - ☞ Liés a l'environnement 91
- Mesures générales de prévention 91
- Mesures spécifiques 92
  - ☞ Liées à l'état du patient 92
  - ☞ Liées au matériel et aux pratiques 92
- Chez les patients opérés 95
  - ☞ En pré opératoire 95
  - ☞ En per opératoire 95
  - ☞ En post opératoire 95

XIV / PREVENTION DES INFECTIONS DU SITE OPERATOIRE 97-104
- L'hygiène corporelle 98
  - ☞ La veille 99
  - ☞ Le matin 99
  - ☞ Le linge 99
- La préparation cutanée 100
  - ☞ La dépilation 100
  - ☞ La préparation du champ opératoire 100

XV / PREVENTION DES INFECTIONS LIEES AUX CATHETERS VEINEUX 105-110
- Les facteurs favorisants 106
- Le cathétérisme 106
- La contamination des cathéters 107
- Les germes en cause 107
- La prévention des complications infectieuses 107
- Règles générales 107
- Choix du matériel 107
- La pose 108
- Le pansement 108
- Pour les cathéters périphériques 109
- Surveillance des signes d'infection 109
  - ☞ Observation du point de ponction 109
  - ☞ Surveillance des signes généraux 109
  - ☞ Signes bactériologiques 109

XVI / Le traitement des dispositifs médicaux 111-120
- Evaluation du risque 112
- Différentes étapes du traitement des D.M. 113
  - ☞ Pré traitement ou pré désinfection 114
  - ☞ Nettoyage 114
  - ☞ Rinçage 115
  - ☞ Séchage 115
  - ☞ Choix du conditionnement pour la stérilisation 115
  - ☞ Stérilisation 116
  - ☞ Traçabilité et stockage 116
  - ☞ Désinfection 117
  - ☞ Rinçage après désinfection 118
  - ☞ Cas particulier : Inactivation des ATNC 118
- Protection du personnel 118

XVII / Les circuits 121-131
- L'alimentation 122
  - ☞ Risques en restauration collective 122
  - ☞ Maîtrise du risque 122
  - ☞ Réglementation 122
  - ☞ Distribution du repas 123
- Le linge 125
  - ☞ Circuit du linge souillé 125
  - ☞ Circuit du linge propre 126
  - ☞ Stérilisation du linge 126
- Les déchets 128
  - ☞ Différents types de déchets 128
  - ☞ Elimination des déchets 129

XVIII / La démarche qualité 132-137
- Définition et objectifs 133
- Les outils de la qualité 134
  - ☞ Les procédures 134
  - ☞ Les protocoles 134
  - ☞ Les évaluations 135
  - ☞ L'audit 135
  - ☞ Le déroulement de la démarche qualité 135
  - ☞ L'évaluation des protocoles 136
  - ☞ La traçabilité..... 136

XIX / L'accréditation 138-143
- Les 8 étapes de la procédure d'accréditation 140

Lexique 144-147

INTRODUCTION

Elément fondamental de la politique d'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins, la lutte contre les infections nosocomiales connaît depuis plus de dix ans d'importants développements.

Elle est inscrite désormais, en vertu de l'article L.6111-1 du Code de santé publique, parmi les missions de tout établissement de santé, public et privé, dans sa fonction « hygiène hospitalière ».

Les infections nosocomiales sont responsables de l'allongement de la durée du séjour, de la surconsommation de traitements et notamment d'antibiotiques. Elles peuvent être responsables de graves séquelles qui handicapent la personne physiquement et également dans sa vie sociale. Elles touchent environ 5 à 6 % des patients hospitalisés, soit 500 000 à 600 000 cas par an.

L'hygiène n'est pas un dogme figé, mais une discipline, une maîtrise du geste, un contrôle constant de l'activité et du milieu où elle s'exerce.
Sa pratique n'est pas fondée sur l'habitude et la routine mais sur le raisonnement. Il n'est pas possible de parler de qualité d'un soin qui n'intègre pas la notion de gestion du risque infectieux.

Ce guide a été élaboré par des professionnels de l'hygiène hospitalière. Le travail effectué par le groupe s'intègre dans les objectifs fixés par le programme national de lutte contre les infections nosocomiales. Ce programme a été présenté par Jean CARLET le 05 mars 2002 au Comité Technique National des Infections Nosocomiales. Il comporte parmi les points cités pour l'amélioration des pratiques de soins :

- un programme d'audit des établissements en coopération avec l'ANAES, sur quatre thèmes prioritaires dont la formation des nouveaux personnels,

- l'incitation au développement d'un « kit » de formation du personnel nouvellement arrivé.

Son ambition est de contribuer à l'information des personnels de santé à cette discipline réfléchie et gestuelle que nécessitent les soins aux malades et toutes les activités qui s'y rattachent en les aidant à prendre conscience des problèmes très divers qu'ils vont rencontrer dans leur tâche et de la réalité nosocomiale.

I / LES INFECTIONS NOSOCOMIALES

🗁 DEFINITION

Une infection est dite nosocomiale si elle apparaît au cours ou à la suite d'une hospitalisation complète ou ambulatoire et si elle était absente à l'admission à l'hôpital. Ce critère est applicable à toute infection.

Lorsque la situation précise à l'admission n'est pas connue, un délai d'au moins 48 heures après l'admission (ou un délai supérieur à la période d'incubation lorsque celle-ci est connue) est communément accepté pour distinguer une infection d'acquisition nosocomiale d'une infection communautaire. Toutefois, il est recommandé d'apprécier, dans chaque cas douteux, la plausibilité du lien causal entre hospitalisation et infection.

Pour les infections du site opératoire, on considère comme nosocomiales les infections survenues dans les 30 jours suivant l'intervention, ou s'il y a mise en place d'une prothèse ou d'un implant, dans l'année qui suit l'intervention.

🗁 CIRCONSTANCES FAVORISANTES

Parmi les situations pouvant favoriser, participer et être mises en causes dans la transmission d'infections nosocomiales, on peut noter :

- l'architecture mal adaptée,
- l'entassement, la promiscuité,
- l'encombrement des services,
- le manque d'isolement,
- les circuits non conformes,
- l'entretien et la désinfection des locaux non respectés,
- le mauvais usage des produits,
- les gestes de soins non rigoureux,
- le non respect des protocoles et procédures,
- un manque d' hygiène corporelle des patients et du personnel,
- une désinfection des mains insuffisante,
- la contamination de l'environnement (air, eau…),
- une mauvaise organisation du travail,
- la pression thérapeutique (antibiotiques, corticoïdes…).

🗁 SUJETS RECEPTIFS

Tout malade est plus ou moins immunodéprimé et donc susceptible de développer une infection suite à une contamination hospitalière.
Le personnel est très souvent exposé à la contamination mais rarement victime d'infection.

Sont particulièrement réceptifs :

- les malades immunodéprimés, primitifs ou secondaires à un traitement (Cancer, Sida...),
- les malades au revêtement cutané lésé : brûlés, escarres, polytraumatisés…,
- les diabétiques,
- les insuffisants respiratoires,
- les personnes âgées, qui cumulent souvent plusieurs pathologies,
- les nouveaux-nés, surtout les prématurés, dont le système immunitaire est immature,
- les fumeurs…

🗁 RESERVOIRS

Il existe deux types d'infections liées aux différents réservoirs :

- *Infection endogène :*

A partir des propres germes du malade (peau, muqueuses, tube digestif) parfois facilitée par l'acte opératoire, une suture non étanche, les soins...

- *Infection exogène :*

A partir de l'environnement du malade :

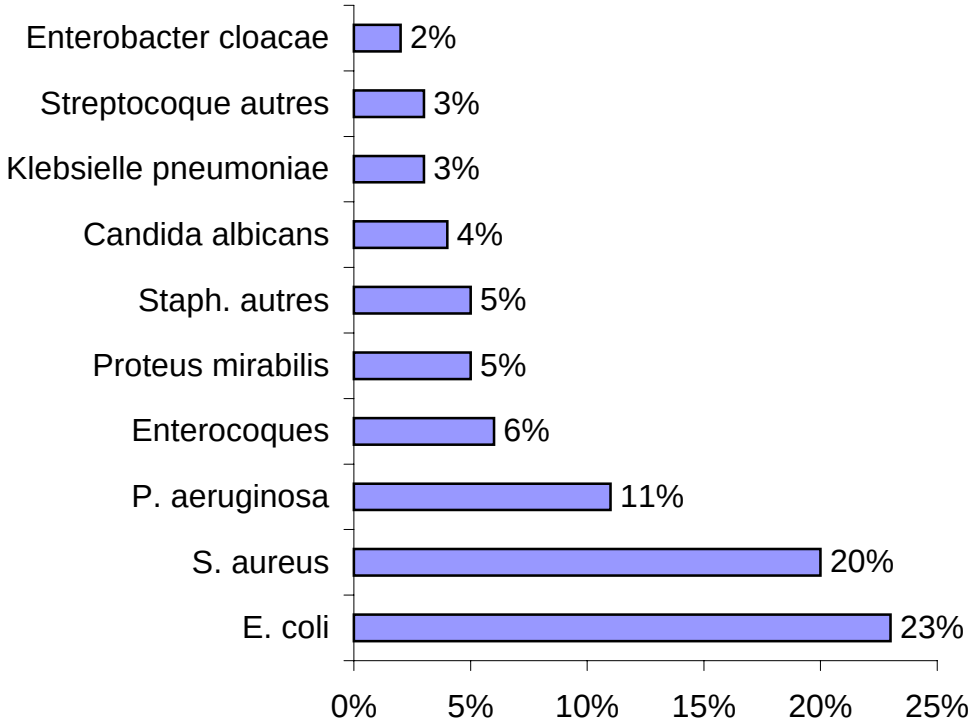
- infection croisée souvent manu portée par le personnel,
- flore extra-hospitalière importée par les malades, les visiteurs et le personnel,
- germes importés par accident (eau polluée, stérilisation défectueuse, filtre à air fracturé, climatisation,...),
- alimentation (toxi-infection alimentaire collective ou TIAC).

🗁 GERMES RESPONSABLES

D'après les résultats de l'enquête de prévalence nationale effectuée en 2001, les micro-organismes le plus fréquemment identifiés sont :

- *Escherichia coli* 23 %,
- *Staphylococcus aureus* 20 %,
- *Pseudomonas aeruginosa* 11 %.

D’autres micro-organismes, présentés dans la figure ci dessous, peuvent être identifiés :



Les principaux micro organismes responsables d’infections nosocomiales et leur réservoir principal ainsi que leur mode de transmission sont développés dans le tableau ci après.

COCCI GRAM POSITIF				
Micro-organisme	**Espèce**	**Réservoir principal**	**Mode de transmission**	**Porte d'entrée principale**
Staphylococcus	*epidermidis*	Humain et animal *peau et muqueuses* Environnement	Contact direct Contact indirect *dont manuportage*	Cutanéo-muqueux Percutanée
	aureus	Humain *naso-pharynx, peau* Environnement	Contact direct Contact indirect *dont manuportage*	Cutanéo muqueuse Percutanée Digestive Respiratoire
Streptococcus	A, B, C…	Humain	Contact direct *gouttelettes* Contact indirect *dont manuportage*	Cutanéo muqueuse Digestive Respiratoire Materno fœtale
Enterococcus	D	Humain et animal *tube digestif* Environnement	Contact indirect *dont manuportage*	Digestive
BACILLES GRAM POSITIF				
Bacillus cereus		Environnement : *germe du sol*	Contact indirect	Digestive
Listeria monocytogenes		Environnement	Contact direct : *rare* Contact indirect	Digestive Respiratoire Materno fœtale
BACILLES ACIDO ALCOOLO RESISTANTS				
Micro-organisme	**Espèce**	**Réservoir principal**	**Mode de transmission**	**Porte d'entrée principale**
Mycobacterium	*Tuberculosis*	Humain *:* *respiratoire*	Aéroporté	Respiratoire
CHAMPIGNONS				
Micro-organisme	**Espèce**	**Réservoir principal**	**Mode de transmission**	**Porte d'entrée principale**
Candida albicans		Humain Animal Environnement	Contact direct Contact indirect *dont manuportage*	Digestive
Aspergillus	*fumigatus*	Environnement : *végétaux, matières organiques en décomposition, sol, poussières*	Aéroporté	Respiratoire

BACILLES GRAM NEGATIF				
Micro-organisme	**Espèce**	**Réservoir principal**	**Mode de transmission**	**Porte d'entrée principale**
Acinetobacter	*baumanii*	Humain : *peau et muqueuses*	Contact indirect *dont manuportage*	Cutanéo muqueuse Digestive
Escherichia	*coli*	Humain et animal : tube digestif	Contact indirect *dont manuportage*	Digestive
Klebsielle	*pneumoniae*	Humain et animal : *tube digestif* Environnement : *sol, eaux, végétaux*	Contact indirect *dont manuportage*	Cutanéo muqueuse Digestive Respiratoire
Enterobacter		Humain et animal : *tube digestif* Environnement : *sol, eaux, végétaux*	Contact direct Contact indirect *dont manuportage*	Cutanéo muqueuse Digestive respiratoire
Serratia	marcescens	Humain et animal : *tube digestif* Environnement : *sol, eaux, végétaux*	Contact indirect *dont manuportage*	Cutanéo muqueuse Digestive
Proteus		Humain et animal : *tube digestif*	Contact indirect *dont manuportage*	Digestive
Legionella		Environnement : *eau essentiellement*	Aéroportée *gouttelettes*	Respiratoire
Pseudomonas aeruginosa		Humain : *tube digestif* Environnement : *sol, eaux, végétaux*	Contact indirect *dont manuportage*	Cutanéo muqueuse Digestive Respiratoire

BACTERIES ANAEROBIES STRICTES SPOROGENES				
Micro-organisme	**Espèce**	**Réservoir principal**	**Mode de transmission**	**Porte d'entrée principale**
Clostridium	*difficile*	Humain Animal Environnement	Contact indirect *dont manuportage*	Digestive
	perfringens	Humain Animal Environnement	Contact indirect *dont manuportage*	Cutanéo muqueuse Percutanée Digestive
	tetani	Animal Environnement : *sol, eau*	Contact indirect	Cutanéo muqueuse percutanée

VIRUS				
Micro-organisme	**Espèce**	**Réservoir principal**	**Mode de transmission**	**Porte d'entrée principale**
Virus des hépatites	A	Humain	Contact indirect *dont manuportage*	Digestive
	B	Humain	Contact direct *rare* Contact indirect	Percutanée Sexuelle Materno foetale Sanguine
	C	Humain	Contact direct Contact indirect	Percutanée Sexuelle Materno foetale Sanguine
VIH		Humain	Contact direct Contact indirect	Percutanée Sexuelle Materno fœtale Sanguine

🗁 BACTERIES MULTI-RESISTANTES

Certains micro organismes sont résistants aux traitements anti-infectieux.
Cette résistance peut être naturelle ou acquise. Des populations sont sélectionnées et émergent comme une nouvelle population bactérienne. C'est ce qu'on appelle la pression de sélection.

La pression de sélection est l'ensemble des conditions de l'environnement qui aboutissent à l'émergence des bactéries possédant de nouveaux gênes de résistance. En pratique, cette pression est souvent liée à l'emploi des antibiotiques.

Action de l'antibiotique	Mode de résistance de la bactérie
Doit pénétrer dans la bactérie	Devient imperméable
Doit arriver sur la cible dans son intégralité	Produit des enzymes qui le modifient ou le détruisent
Doit se fixer à une cible	Protège la cible en la modifiant

Cette résistance peut alors se transmettre aux générations suivantes (cellule mère à sa descendance) ou s'échanger d'une espèce à une autre par l'intermédiaire de plasmides (brins d'ADN porteurs du code de la résistance).

L'enquête de prévalence des infections nosocomiales réalisée en 2001, montre que la fréquence de résistance des *Staphylococcus aureus* à la méticilline est élevée : elle représente 64 % dans l'espèce alors qu'en 1996, elle représentait 57 %.

D'autres profils de résistance sont connus comme : les entérocoques résistants à la vancomycine, les *Pseudomonas aeruginosa* , les Klebsielles, Enterobacters, Serratias

🗁 MODES DE TRANSMISSION

Le germe peut être transmis par :

- voie directe : gouttelettes de Pflügge,
- voie indirecte : manuportage, matériel, instruments, eau, air.

🗁 VOIES D'INTRODUCTION

- rhino-pharyngée,
- pulmonaire,

- digestive (TIAC, Salmonelle, ...),
- génitale et génito-urinaire,
- cutanée,
- injections, perfusions,
- parentérale,
- et à l'occasion de tout acte invasif…

POINTS IMPORTANTS A TRANSMETTRE

- **Définition,**
- **Germes responsables,**
- **Bactéries multi résistantes**
- **Réservoirs,**
- **Modes de transmission.**

🕮 DOCUMENTS DE REFERENCE

- 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales – Ministère de l'emploi et de la solidarité – 1999.

🕮 BIBLIOGRAPHIE

- Enquête nationale de prévalence 2001 – Ministère de l'emploi et de la solidarité – Paris – 5 mars 2002

- Hygiène hospitalière – Victoria Hygie – Edition C et R – 1989

- Isolement vôtre – guide technique à l'usage des professionnels de santé pour le prescription et la mise en place de l'isolement à l'hôpital – CHU de Saint Etienne – laboratoire Asta médica – janvier 2000.

- Mécanismes d'acquisition des résistances aux antibiotiques par les bactéries – Professeur J.L. Fauchère – laboratoire de Microbiologie A – CHU la Milètrie – Poitiers.

II / SURVEILLANCE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

« La surveillance est le processus de collecte, de compilation et d'analyse des données, ainsi que leur diffusion à l'ensemble de ceux qui ont besoin d'être informés ».

🗁 POURQUOI SURVEILLER ?… POUR

- décrire un problème de santé et mieux le comprendre,
- définir des priorités d'action,
- déterminer des objectifs quantifiés de prévention, de lutte ou d'éradication,
- choisir une stratégie d'action,
- évaluer un programme, une action,
- suggérer des pistes de recherches.

Cette surveillance est généralement prise en charge par un médecin ou un pharmacien formé à l'épidémiologie et une infirmière hygiéniste.

🗁 METHODES DE TRAVAIL POUR LA SURVEILLANCE

Deux méthodes sont possibles :

- l'étude de l'incidence,
- l'étude de la prévalence.

Ces surveillances doivent être réalisées de manière très rigoureuses et nécessitent une formation appropriée.

Les chiffres obtenus doivent être rapportés à la population observée.

🗁 L'INCIDENCE

Elle dénombre tous **les nouveaux cas** d'infections survenus au cours de la période d'observation.

🗁 LA PREVALENCE

Elle dénombre tous **les cas existants** au moment de l'observation, les infections qui ont débuté avant l'étude et les autres au moment de l'étude.

Elle n'est significative que sur un nombre de patients supérieur à 30.

🗁 LES CHIFFRES NATIONAUX

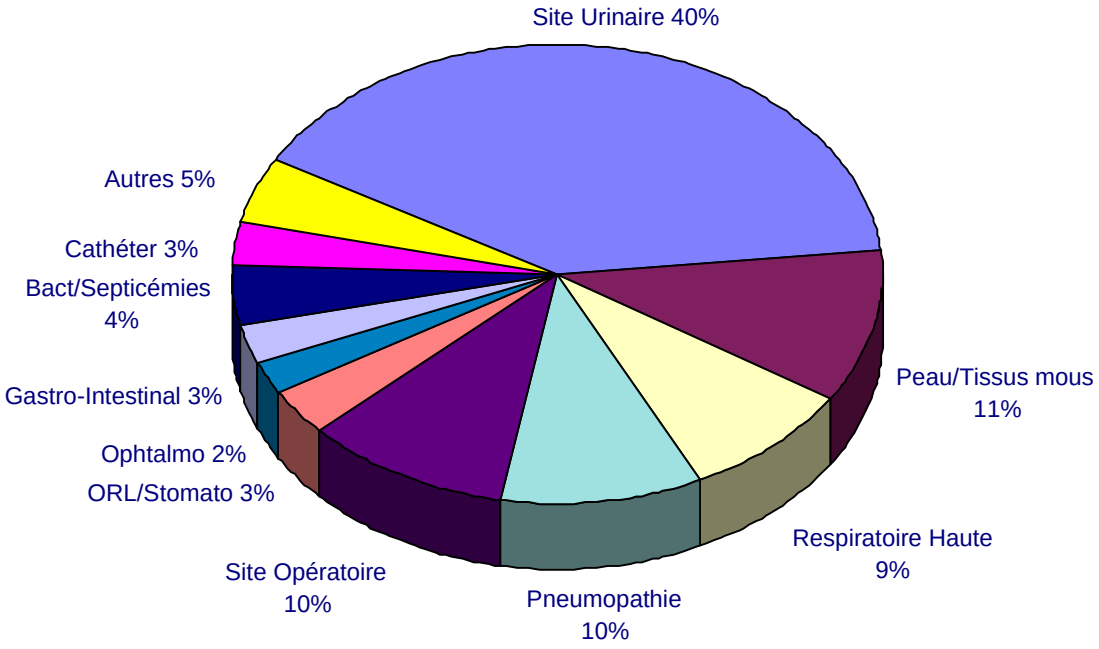
L'enquête nationale de prévalence réalisée en mai / juin 2001 a permis la participation de 1 533 établissements hospitaliers dont 47 % d'hôpitaux publics.

Au jour de l'enquête, 21 010 des 305 656 patients hospitalisés, soit 6,9 %, avaient une ou des infections nosocomiales. Parmi eux, 5,9 % avaient au moins une infection nosocomiale acquise dans l'établissement et 1 % avaient une ou des infections acquises dans un autre établissement.

Le **taux de prévalence des infections nosocomiales était de 7,5 %** (certains patients pouvaient présenter plusieurs infections).

🗁 LA REPARTITION DES SITES INFECTIEUX

La répartition des différents sites infectieux est représentée en figure sur la page suivante. Les infections du site urinaire étaient les plus fréquentes et représentaient 40 % des infections nosocomiales. Les infections cutanéo-muqueuses représentaient 11 % des infections, les infections du site opératoire 10 %, les pneumopathies 10 % et les infections respiratoires hautes 9 %.



REPARTITION DES SITES INFECTIEUX

POINTS IMPORTANTS A TRANSMETTRE :

- **Pourquoi surveiller,**
- **Incidence et prévalence,**
- **Répartition des sites infectieux.**

🕮 BIBLIOGRAPHIE

- Enquête nationale de prévalence 2001 – Ministère de l'emploi et de la solidarité – Paris – 5 mars 2002

III / ORGANISATION DE LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES EN FRANCE

Le décret du 26 juillet 2001 rend obligatoire le signalement des infections nosocomiales. Plusieurs instances ont pour mission d'organiser la lutte contre ces infections, que ce soit au niveau local, régional ou national. Ces instances sont les suivantes :

🗁 LE CTIN

Le CTIN ou Comité Technique national des Infections Nosocomiales "propose les orientations prioritaires et élabore des outils méthodologiques destinés au personnel hospitalier et en particulier au CLIN" . Il a été crée par l'arrêté du 3 août 1992.

🗁 LES CCLIN

Les CCLIN ou Centres de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales sont au nombre de 5. Ils ont été créés par l'arrêté du 3 août 1992. Ils ont pour objectif de coordonner et de soutenir les actions de lutte contre les infections nosocomiales conduites par les établissements de soins de leur inter région.

Il s'agit des C.CLIN Ouest, C.CLIN Est, C.CLIN Sud-Est, C.CLIN Sud-Ouest, CCLIN Paris Nord.

🗁 LES CLIN

Les CLIN ou Comités de Lutte contre les Infections Nosocomiales sont obligatoires dans tout établissement de santé public ou privé depuis la Loi de sécurité sanitaire du 1er juillet 1998, le décret du 6 décembre 1999 et la circulaire du 29 décembre 2000.

Les CLIN sont des instances de proposition et de programmation des actions de lutte contre les infections nosocomiales dans l'établissement de soins (gestion du risque infectieux au cours des soins, formations, travaux, achat de matériels …). Le CLIN est une instance consultative composée de représentants de l'ensemble des catégories professionnelles de l'établissement.

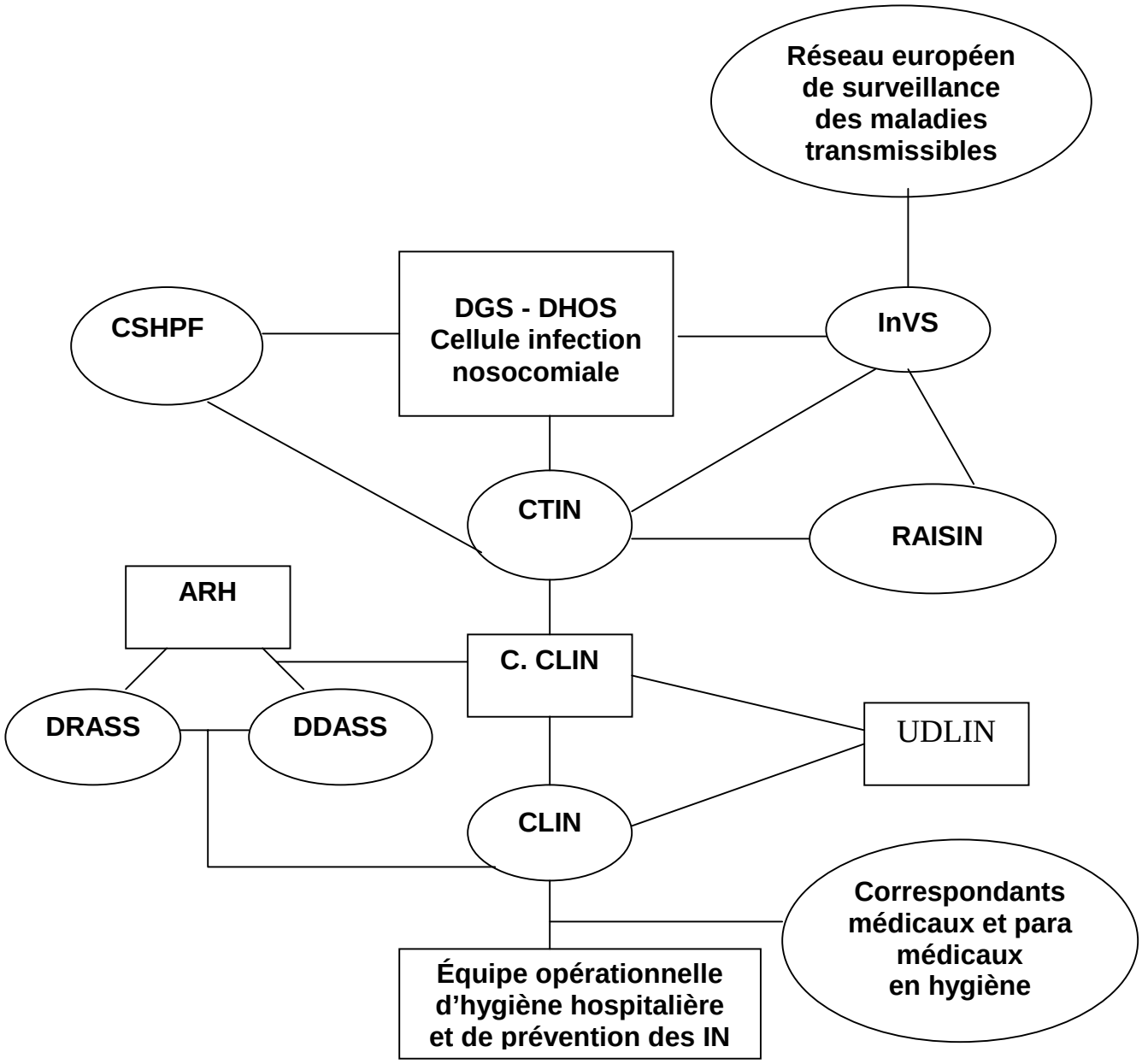
🗁 L'EQUIPE OPERATIONNELLE D'HYGIENE ET DE PREVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

L'équipe opérationnelle d'hygiène et de prévention des infections nosocomiales est chargée de mettre en œuvre et d'évaluer le programme de lutte contre les infections nosocomiales adopté par l'établissement. Cette équipe associe au minimum, un médecin ou un pharmacien ainsi qu'un personnel infirmier. Une équipe opérationnelle peut être responsable de plusieurs établissements (circulaire n° 645 du 29 décembre 2000).

🗁 LES CORRESPONDANTS EN HYGIENE

Les correspondants en hygiène sont désignés parmi le personnel. Un représentant médical et un représentant paramédical sont désignés au sein de chaque service afin de relayer la mise en œuvre du programme d'action local (circulaire n° 645 du 29 décembre 2000).

Organigramme national des différentes structures de lutte contre les infections nosocomiales



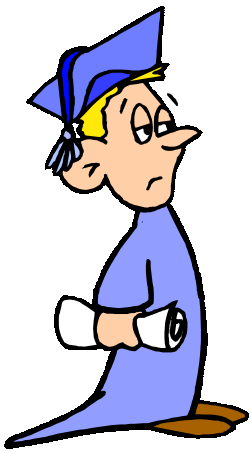
ARH ..... Agence régionale de l'hospitalisation
C.CLIN..... Centre de coordination de lutte contre les infections nosocomiales
CLIN ..... Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CSHPF ..... Conseil supérieur d'hygiène publique de France
CTIN ..... Comité technique national des infections nosocomiales
DDASS ..... Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DGS..... Direction générale de la santé
DH ..... Direction des hôpitaux
DRASS ..... Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
InVS..... Institut National de Veille Sanitaire
UDLIN..... Unité départementale de lutte contre les infections nosocomiales
RAISIN..... Réseau d'Alerte Investigation Surveillance des Infections Nosocomiales

POINTS IMPORTANTS A TRANSMETTRE :

- **Structures en lien direct avec les établissements locaux :**

  Cellule des infections nosocomiales, CTIN, CCLIN, CLIN, Correspondants en hygiène hospitalière.

.



IV / OBLIGATIONS ET RESPONSABILITES DES PERSONNELS ET LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES

« Chaque établissement de santé organise en son sein la lutte contre les infections nosocomiales. »

Cette disposition contenue dans le décret du 6 décembre 1999 sensibilise au fait que chaque professionnel est impliqué dans cette action et a obligation de respecter et faire respecter les règles d'hygiène. Des textes réglementent les compétences et obligations de chacun des principaux acteurs de soins directs.

🗁 RESPONSABILITE PROFESSIONNELLE

Pour citer quelques exemples :

Le médecin (décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale) doit entretenir et perfectionner ses connaissances. Il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue. **Il participe à l'évaluation des pratiques professionnelles** (art. 11).

Il doit tout mettre en œuvre pour obtenir le respect des règles d'hygiène et de prophylaxie (art. 49).

Il doit veiller à la stérilisation et à la désinfection des dispositifs médicaux qu'il utilise et à l'élimination des déchets médicaux selon les procédures réglementaires. Il ne doit pas exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre la qualité des soins et des actes médicaux ou la sécurité des personnes examinées. Il doit veiller à la compétence des personnes qui lui apportent leur concours. (art. 71).

L'infirmier est habilité à accomplir certains actes précisés dans le décret n° 2002-194 du 11 février 2002. L'exercice de la profession d'infirmier comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation.

Dans le cadre de son rôle propre l'infirmier peut élaborer des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative.

Une partie des actes qu'il pratique, ne peut être accomplie que sur prescription médicale.

Ces soins sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques.

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier accomplit les actes ou dispense des soins visant notamment à assurer le confort du patient et comprenant, en tant que de besoin, son éducation et celle de son entourage.
L'infirmier est personnellement responsable des actes professionnels qu'il est habilité à effectuer. Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière est également responsable des actes qu'il assure avec la collaboration des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture qu'il encadre.

Lorsqu'il agit sur prescription, l'infirmier agit sous la responsabilité du médecin prescripteur mais il engage aussi sa responsabilité. Lorsqu'il délègue un acte de son rôle propre, l'infirmier engage également sa responsabilité

L'aide-soignant possède des compétences spécifiques, il contribue à la prise en charge globale des personnes au sein d'une équipe pluridisciplinaire en milieu hospitalier ou extrahospitalier. Il exerce par délégation, dans le cadre du rôle propre de l'infirmier, en collaboration avec lui et sous sa responsabilité. (circulaire n° 99-123 du 26 02 1999).

L'aide soignant agit sous la responsabilité de l'infirmier mais engage aussi sa responsabilité.

L'agent de service a pour domaine d'activité l'entretien et l'hygiène. Il participe aux tâches de désinfection. Il contribue à l'accueil des patients et des familles, au confort et à l'agrément de la personne soignée (journaux, téléphone, télévision…). Il est associé à certaines tâches relatives à la participation au stockage du linge dans le service, à la désinfection, au transport des dossiers et matériels entre les services, ainsi qu'aux tâches de restauration :

- mise en température des plats,
- liaison avec la cuisine,
- aide à la distribution des repas.

Ces tâches peuvent être considérées comme relevant du rôle propre infirmier.

Ces exemples de situations nous montrent que la délégation est pratiquée couramment dans les situations de soins. Elle s'inscrit dans les rapports de travail entre le médecin et l'infirmière (actes délégués par prescription) mais également dans ceux existants entre l'infirmier et l'aide soignant et l'agent de service (actes du rôle propre infirmier) et se retrouve fréquemment au niveau du travail en équipes pluridisciplinaires.

La délégation c'est la « commission donnée par une personne à une autre pour agir en ses lieu et place » (dictionnaire Hachette).

Elle répond à deux notions fondamentales :

- la notion de hiérarchie,
- la notion de responsabilité, en délégant une mission, le responsable hiérarchique continue d'assurer la responsabilité de la chose déléguée. Le collaborateur lui même est totalement responsable de sa mission, tant dans les résultats que dans les manières d'agir (moyens, méthodes, informations…).

La qualité des soins dépend de la capacité de chacun à travailler dans une équipe pluridisciplinaire (sages-femmes, kinésithérapeutes, services logistiques, ambulanciers…). La délégation impose pour le hiérarchique une connaissance parfaite des conditions de réalisation de l'acte délégué et des compétences du collaborateur. Elle nécessite l'instauration d'une relation de confiance. Le collaborateur doit quant à lui, accepter le contrôle relatif à une tâche pour laquelle la responsabilité est partagée.

🗁 SIGNALEMENT DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Le décret du 26 juillet 2001 demande aux établissements de santé de signaler de façon non nominative la survenue de toute infection nosocomiale.
Cette obligation de signalement ne se substitue ni à celle liée à la vigilance, à l'hémovigilance, à la matériovigilance et à la pharmacovigilance, ni aux obligations de notification et de signalement des maladies à déclaration obligatoires.

Sont signalés conformément à l'article R.711-1-11 :

① Les infections nosocomiales ayant un caractère rare ou particulier, par rapport aux données épidémiologiques locales, régionales et nationales, du fait :

- soit de la nature ou des caractéristiques de l'agent pathogène en cause, ou de son profil de résistance aux anti-infectieux,
- soit de la localisation de l'infection chez la (ou les) personne(s) atteinte(s),
- soit de l'utilisation d'un dispositif médical,
- soit de procédures ou pratiques pouvant exposer ou avoir exposé, lors d'un acte invasif, d'autres personnes au même risque infectieux.

② Tout décès lié à une infection nosocomiale,

③ Les infections nosocomiales suspectes d'être causées par un germe présent dans l'eau ou dans l'air environnant,

④ Les maladies devant faire l'objet d'une transmission obligatoire et dont l'origine nosocomiale peut être suspectée,

Dans chaque établissement de santé, le recueil des informations concernant les infections nosocomiales devant être signalées est organisé selon des modalités définies par le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales : « Le praticien de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière valide, parmi les cas d'infections nosocomiales dont il est informé, ceux devant être signalés…un professionnel de santé est désigné par le directeur de l'établissement, après avis du CLIN, pour transmettre sans délais les signalements **par écrit** à la DDASS et au CCLIN. »

🗁 INFORMATION DES PATIENTS

La Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé introduit l'obligation d'information du patient. En matière d'infection nosocomiale les situations d'information sont précisées dans la circulaire du 30 juillet 2001 relative au signalement des informations nosocomiales. Ces situations sont :

① **Systématiquement à l'entrée**
L'information du patient sur les risques d'infection nosocomiale doit être systématique lors de son entrée dans l'établissement de santé. Le livret d'accueil doit comporter des informations sur la politique et le dispositif de l'établissement en matière de lutte contre les infections nosocomiales et informer le patient sur la notion de risque nosocomial.

② **Spécifiquement liée à l'état de santé du patient**
La survenue d'infections nosocomiales ne dépend pas seulement de la qualité des soins mais aussi de facteurs inhérents au patient lui-même. L'information sera donnée lors d'un entretien individuel, en fonction notamment du niveau de risque des soins délivrés au malade.

③ **Individuellement auprès d'un patient ayant contracté une infection nosocomiale**
Le médecin en charge du patient doit informer celui-ci qu'il a contracté une infection nosocomiale qui a, le cas échéant, fait l'objet d'un signalement anonyme, dans le respect du code de déontologie. Il fait figurer ces informations et les modalités selon lesquelles elles ont été délivrées, ainsi que le signalement dont l'infection a fait l'objet, dans le dossier médical du patient.

④ **Lors de l'exposition de plusieurs patients au même risque infectieux**
Lorsque l'exposition a été établie, les praticiens concernés, avec l'aide du CLIN et de l'équipe opérationnelle d'hygiène, déterminent, en liaison avec la direction de l'établissement, la stratégie d'information et, le cas échéant, de suivi des patients, qui sera mise en œuvre par l'établissement. Afin d'assurer la continuité des soins éventuels, cette information devra être mentionnée dans le dossier médical.

Il est demandé que toute formation des professionnels de santé relative aux infections nosocomiales comporte un volet sur l'information des patients.

POINTS IMPORTANTS A TRANSMETTRE :

- **Responsabilités professionnelles, à adapter en fonction des participants,**
- **Signalement des infections nosocomiales,**
- **Information du patient.**

🕮 TEXTES REGLEMENTAIRES

- Décret no 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale
- Circulaire n° 99-123 du 26 02 1999 relative à l'application du décret n° 98- 1218 du 29 décembre 1998 modifiant le statut particulier des aides soignants de la fonction publique hospitalière
- Décret n°93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières
- décret n° 2002-194 du 11 février 2002relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier
- Circulaire DH/8A/91 n° 37 du 13 juin 1991 relative à la requalification des fonctionnaires hospitaliers de catégorie D (non parue au B.O.).
- LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Décret n° 2001-671 du 26 juillet 2001relatif à la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique.
- Circulaire N° 2001/383 du 30 juillet 2001 relative au signalement des infections nosocomiales et à l'information des patients en matière d'infection nosocomiale dans les établissements de santé.

🕮 BIBLIOGRAPHIE

- Enquête nationale de prévalence 2001 – Ministère de l'emploi et de la solidarité – Paris – 5 mars 2002

- Korenblit P., Layole G, savoir déléguer – les éditions d'organisation, Paris 1987