

▶ ÉDITORIAL

Un accès facilité à l'application e-SIN

Depuis le déploiement fin 2011 de l'application e-SIN, de nombreux utilisateurs nous ont fait part de leur difficulté à pouvoir se connecter à l'application, compte tenu d'une installation parfois difficile du certificat autorisant cette connexion. L'équipe support e-SIN a été beaucoup sollicitée (entre 250 et 300 demandes par mois dont plus de 40 % liées au certificat) et a fait son maximum pour vous accompagner.

Nous avons tenu compte de vos retours et, après vérification auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil), nous avons le plaisir de vous annoncer la suppression de l'utilisation de ce certificat depuis le 25 juin 2013. Votre connexion à l'application e-SIN reste sécurisée (le suffixe « https » et un petit cadenas apparaissent dans la barre d'adresse de votre navigateur) de même que votre accès par votre identifiant et mot de passe personnels. Le certificat présent dans votre navigateur n'est plus utile : il peut être supprimé ou tout simplement être laissé en place jusqu'à sa date de péremption.

En pratique, l'accès à l'application e-SIN est donc simplifié et s'effectue aujourd'hui à partir des liens suivants : <http://www.e-sin.fr> ou <http://esin.invs.sante.fr>

N'oubliez pas de mettre à jour vos raccourcis Internet !

Vous arriverez alors directement sur l'écran suivant :



À partir de cet écran, vous pourrez vous connecter en utilisant vos identifiants et mot de passe applicatifs habituels :

- **identifiant** : 1^{re} lettre prénom + nom (exemple pour Pierre Durand : pdurand) ;
- **mot de passe** : celui que vous utilisez habituellement ; si vous l'avez perdu, cliquez sur « j'ai oublié mon mot de passe » et suivez les instructions. Un nouveau mot de passe vous sera alors transmis par courriel.

Attention : cet identifiant et ce mot de passe sont personnels. Ils engagent votre responsabilité et ne doivent pas être communiqués à autrui. Si vos fonctions ont changé et si vous n'êtes plus praticien en hygiène (PH) ou responsable signalement (RS), informez esin-annuaire@invs.sante.fr de ce changement pour supprimer votre accès et en fournir un nouveau à la personne qui vous remplace.

Nous espérons avoir répondu à vos attentes et esin-support@invs.sante.fr reste à votre écoute pour faciliter votre pratique du télésignalement des infections nosocomiales !

Le groupe Raisin-Signalement.

▶ QUESTION À ...

Quelle est la contribution du signalement des infections nosocomiales à la politique de sécurité des soins ? Le point de vue du gestionnaire de risques p.2

▶ RETOUR D'EXPÉRIENCE

Bactériémie à *Staphylococcus hominis* associée à un cathéter veineux central inséré par voie périphérique (Picc) (2012) p.3

▶ BILAN

Résultats de l'enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissements de santé, France, mai-juin 2012 p.4

▶ LIENS UTILES

Application web e-SIN : <http://www.e-sin.fr>

Dossier thématique e-SIN : <http://www.invs.sante.fr/esin>



INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE

▶ QUESTION À ...

Eric Bertrand, coordinateur de risques et président de l'Association française des gestionnaires de risques sanitaires (AFGRIS)*

Dr Florence Espinasse, praticien en hygiène (PH), responsable de l'Équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) et membre de l'AFGRIS

Centre hospitalier universitaire (CHU) Ambroise Paré, HUFIPO, 92104 Boulogne

Quelle est la contribution du signalement des infections nosocomiales à la politique de sécurité des soins ? Le point de vue du gestionnaire de risques

Le programme national pour la sécurité des patients (2013/2017) met en avant la gestion des risques pour répondre raisonnablement au constat de l'impossibilité de l'élimination totale des risques. La loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) a intégré les programmes d'actions des Comités de lutte contre les infections nosocomiales (Clin) dans la politique de sécurité des soins, sous la responsabilité du directeur en lien avec le président de la Commission médicale d'établissement (CME). Les Clin élaborent la politique de

prévention des infections nosocomiales (IN) à partir des axes réglementaires et stratégiques imposés par les autorités sanitaires et des actions menées au sein des établissements (audits, surveillances épidémiologiques...).

Depuis 2001**, l'obligation de signalement des IN a généré une source d'information complémentaire, émanant du soignant, du biologiste, du pharmacien ou du référent en anti-biothérapie.

Les EOH ont l'expérience de la gestion des événements infectieux liés aux soins, que ce soient des épidémies ou des cas sporadiques. Souvent, un complément de formation ou un rappel des protocoles, suivi ou non d'un audit, suffisent pour des événements infectieux « simples ». À l'opposé, les événements récidivants, et/ou se produisant dans plusieurs services, et/ou graves, imposent une analyse approfondie des causes immédiates et latentes par les apports structurants des méthodes de gestion des risques.

Ces analyses systémiques sont restituées au cours de revue de morbidité et mortalité (RMM), et communiquées au comité vigilances et risques, ou en CME, qui valide

et hiérarchise les mesures correctives préconisées. Si le plan d'amélioration retenu nécessite des investissements, des recrutements, des réorganisations ou l'harmonisation des pratiques sur plusieurs services, alors il doit s'inscrire dans la politique de la sécurité des soins de l'établissement de santé (ES) pour en assurer l'achèvement.

Il faut continuer à promouvoir le signalement des IN auprès des professionnels de santé, encore trop culpabilisant ou dénonciateur. Et la sécurisation de l'ensemble du parcours de soins implique que le signalement s'étende aux secteurs médico-social et « soins de ville ». La culture de gestion de risques (culture du doute) s'intègre peu à peu dans l'exercice quotidien des différents professionnels de santé pour accroître les performances et la sécurité.

* <http://www.afgris.eu>

** Décret n° 2001-671 du 26 juillet 2001 relatif à la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : décrets en conseil d'état) modifié par les articles R.6111-12 à R.6111-17 du code de la santé publique.

Connexions à e-SIN **Quel bilan en juin 2013 ?**

L'InVS suit régulièrement l'adhésion des utilisateurs à e-SIN par des bilans statistiques des connexions effectuées. Le dernier bilan vous est présenté ci-contre et met en évidence une progression de ces connexions depuis octobre 2012. Cette progression est cependant modeste. La suppression récente du certificat devrait faciliter votre accès à e-SIN et permettre d'améliorer ce bilan.

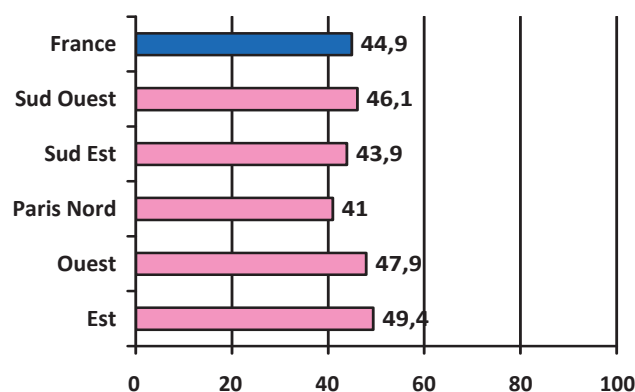
Rendez-vous dans la prochaine Lettre du signalement pour le vérifier !

Enquête Web e-SIN **Votre avis nous intéresse !**

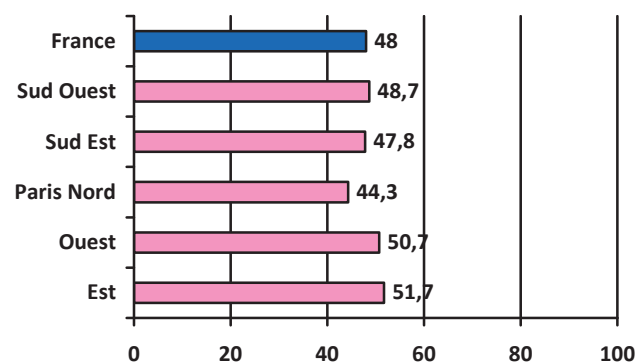
L'enquête web de satisfaction pour les utilisateurs e-SIN est à présent clôturée et a reçu environ un millier de réponses. Nous vous remercions vivement pour votre participation. L'analyse de vos réponses est en cours et les résultats de cette enquête vous seront restitués à la rentrée.

Figure – Proportion d'utilisateurs connectés au moins une fois à e-SIN, au niveau national et par interrégion, octobre 2012 et juin 2013

Octobre 2012



Juin 2013



Bactériémie à *Staphylococcus hominis* associée à un cathéter veineux central inséré par voie périphérique (Picc) (2012)

K. Blanckaert, Arlin Nord-Pas-de-Calais,
Lille

Le dispositif invasif (DI) impliqué est un **cathéter veineux central inséré par un abord périphérique brachial** (Picc). Son extrémité distale est située en veine cave supérieure à la jonction de l'oreillette droite. Il doit être considéré comme une voie veineuse centrale. L'introduction d'un nouveau DI doit faire l'objet d'une réflexion multidisciplinaire pour être accompagnée dans les meilleures conditions.

Description de l'événement

Un patient de 77 ans est hospitalisé pour prise en charge d'un œdème aigu du poumon, d'une pneumopathie de la base droite et d'un surdosage en AVK. Il est traité par plusieurs antibiothérapies successives. Du fait d'un réseau veineux déficitaire, il bénéficie de la pose d'un Picc en radiologie après 3 semaines d'hospitalisation. À 6 semaines de l'admission, une nutrition parentérale est initialisée sur ce Picc. Un mois après la pose du DI, le patient présente une hyperthermie sans point d'appel infectieux à l'examen clinique. Les hémocultures périphériques et centrales et la culture du Picc après son retrait mettent en évidence *Staphylococcus hominis*. La mise en place d'une antibiothérapie permettra une évolution favorable et la sortie du patient 15 jours après le diagnostic d'infection sur la voie veineuse centrale.

L'EOH, informée par le consultant en infectiologie, mènera une revue du dossier du patient et des audits de pratique sur l'entretien du DI dans le service. Cette investigation permettra d'identifier 2 causes immédiates potentiellement à l'origine de l'infection, lors de la réfection du pansement ou lors de la manipulation de la ligne veineuse. Ce cas a fait l'objet d'une RMM analysée selon la méthode ALARM en équipe pluridisciplinaire (EOH, infectiologue, radiologue, pharmacien, médecins et infirmières).

Les défauts de soins identifiés concernent des écarts aux bonnes pratiques lors de la réfection du pansement, le mésusage des valves bidirectionnelles et une traçabilité aléatoire. Ces dysfonctionnements sont apparus lors de la phase test de ce DI sans information préalable de l'EOH. Des mesures correctives immédiates ont été mises en œuvre : réalisation d'une procédure institutionnelle, mise à disposition du matériel manquant (système de fixation) par la pharmacie et formation des infirmiers du service.

Analyse des causes et facteurs latents

Le retour d'expérience organisé par l'EOH à partir de ce cas permet l'identification des causes profondes. Il s'agit d'un patient âgé présentant des facteurs de risque tels que la dénutrition et des pathologies multiples. La méconnaissance par le personnel d'un nouveau dispositif et des risques associés est liée à l'absence de protocole et à des moyens matériels insuffisants (valves bidirectionnelles et système de fixation spécifiques non fournis). En l'absence de cadre, l'équipe de soins ne peut enfin s'appuyer sur une supervision paramédicale, qui aurait permis une évaluation des besoins et de l'adéquation des compétences infirmières en regard de cette nouvelle technique.

Cet événement est aussi survenu en période estivale, peu de temps après l'ouverture d'un nouveau secteur. La réorganisation du travail et la mutualisation des ressources humaines associées à une charge en soins élevée entraînent alors un roulement important des équipes, qui fragilise la circulation de l'information. En privilégiant la culture orale, l'équipe s'appuie sur une communication écrite défaillante dans un contexte d'appropriation insuffisante du dossier médical informatisé.

Enfin, sur le plan institutionnel, il a été noté une vulnérabilité de la gestion transversale de l'information et de la communication entre les différents pôles (pharmacie, services de soins, EOH, radiologie interventionnelle). Cette vulnérabilité apparaît en particulier à l'occasion de l'introduction de nouveaux dispositifs médicaux et aboutit à une gestion de l'alerte inopérante.

Le plan d'action

Suite à l'analyse de cet événement indésirable, l'établissement de santé a mis en place un plan d'amélioration. En termes de communication, une sensibilisation de l'encadrement et une information aux

instances (Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (Comedims), CME...) ont été réalisés sous la responsabilité de la direction des soins et du praticien hygiéniste. Un protocole concernant la pose et l'entretien des Picc a été rédigé et mis en ligne.

L'EOH, en lien avec la pharmacie, le service de radiologie et les services de soins, a élaboré une fiche pédagogique pour améliorer la traçabilité informatique. Des formations institutionnelles ont été dispensées et l'accompagnement des infirmiers diplômés d'État (IDE) lors des pansements a été organisé. La pharmacie a veillé à l'optimisation du matériel mis à disposition des professionnels et s'est engagée à inclure l'EOH pour l'introduction de tout nouveau dispositif médical. L'organisation des services de soins et le relais par un cadre proximité ont été mis en œuvre par la direction des soins.

Pour en savoir plus :

- [Gestion d'un cathéter central à insertion périphérique PICC](#) : Arlin Ile-de-France. 2012
- [Cathéters veineux centraux insérés par voie périphérique ou PICC lines](#) Note technique. SF2H. 2011

5 points clés pour contribuer à la maîtrise des risques associés aux Picc

- ▶ Ne pas introduire de nouveau dispositif médical sans démarche d'anticipation transversale
- ▶ Élaborer une procédure de bonnes pratiques, incluant les besoins en matériel spécifique, et la diffuser aussi vers les structures partenaires à même de prendre en charge les patients
- ▶ Penser bénéfice/risque des indications et ne pas oublier dans la balance la charge en soins induite par un Picc
- ▶ Analyser les fragilités du système d'information en termes de suivi des dispositifs intraveineux et d'intégration des transmissions ciblées
- ▶ Vérifier dans chaque organisation qu'une supervision des soins et la possibilité de recours à une expertise sont en place



Résultats de l'enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissements de santé, France, mai-juin 2012.

B. Coignard pour le groupe ENP-Raisin

Les résultats de l'enquête nationale de prévalence (ENP) 2012 ont été publiés sur le site de l'Institut de veille sanitaire (InVS) en mai 2013. Les résultats de cette enquête fournissent un nouvel état des lieux précis quant à l'épidémiologie des infections nosocomiales (IN) au niveau national et régional. Ils sont dès lors utiles pour vous guider dans votre pratique quotidienne du signalement, ce dernier ciblant surtout des infections graves ou inhabituelles.

En mai et juin 2012, l'ENP a ainsi inclus 1 938 établissements de santé et 300 330 patients ; 15 180 (5,1 %) avaient une ou plusieurs IN actives et 49 857 (16,6 %) étaient traités par au moins un antibiotique. En court séjour, ces prévalences étaient respectivement de 5,6 % et 25,0 %.

Quatre sites infectieux représentaient plus de 2 IN sur 3 : infection urinaire, pneumonie, infection du site opératoire et bactériémie (figure 1). Les trois micro-organismes les plus fréquents étaient *Escherichia coli* (17,6 % résistants aux céphalosporines de 3^e génération, C3GR), *Staphylococcus aureus* (38,1 % résistants à la méticilline, SARM) et *Pseudomonas aeruginosa* (figure 2).

Cinq antibiotiques représentaient la moitié des molécules prescrites : amoxicilline/acide clavulanique, ceftriaxone, ofloxacine, amoxicilline et métronidazole. Par contexte de prescription, les patients étaient surtout traités pour infection communautaire ou IN, plus rarement pour antibioprophylaxie chirurgicale ou médicale.

Figure 1 – Principaux sites infectieux recensés lors de l'ENP 2012

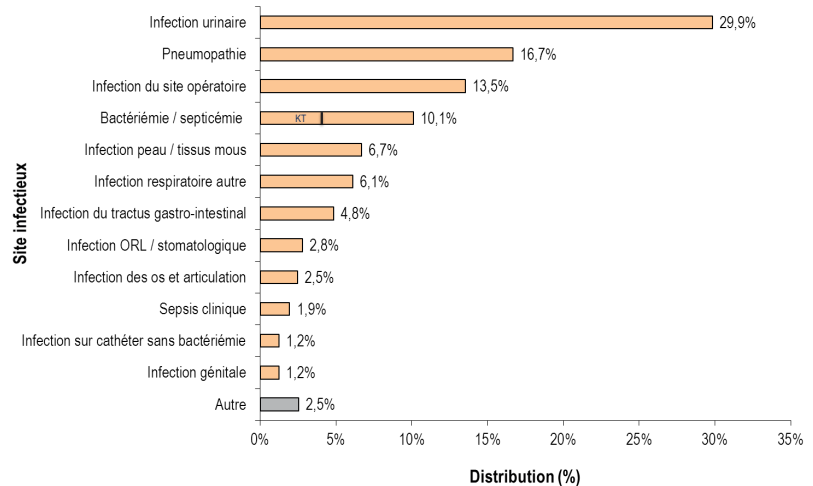
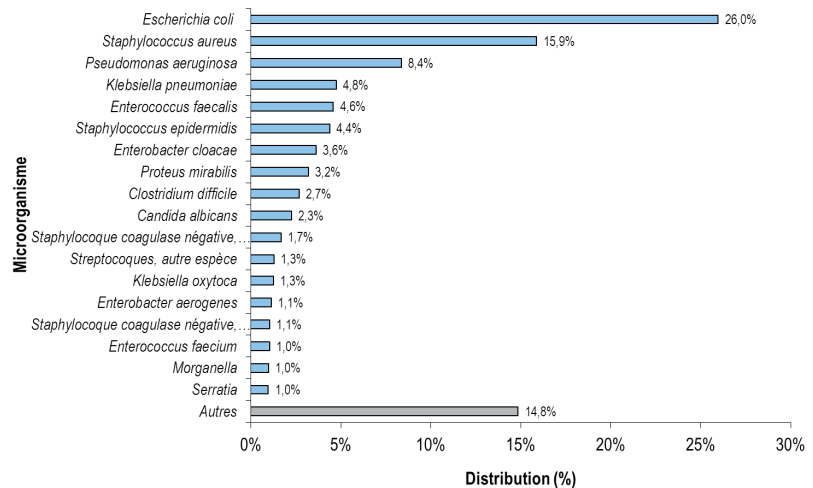


Figure 2 – Principaux micro-organismes isolés d'infection nosocomiale lors de l'ENP 2012



De 2006 à 2012, la prévalence des patients infectés est restée stable en court séjour et a diminué de 21 % dans les autres types de séjour. La prévalence des patients infectés à SARM a diminué de 50 % mais celle des patients infectés par des entérobactéries C3GR a augmenté de 38 %. La prévalence des patients traités par antibiotiques est restée stable mais a fortement augmenté pour certaines molécules particulièrement génératrices de résistances bactériennes, dont la ceftriaxone ou l'imipénème.

Les tendances soulignées par cette nouvelle enquête suggèrent de renforcer les actions de lutte contre les IN de manière ciblée en

court séjour, de persévérer dans les efforts de maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes et de développer les actions pour un bon usage des antibiotiques à l'hôpital. Le Raisin remercie chacun des établissements de santé ayant participé à cette enquête. Son rapport complet (181 pages), un document de synthèse présentant les chiffres clés, un diaporama (format PowerPoint ou PDF) et une foire aux questions sont disponibles ici : <http://www.invs.sante.fr/enp>

N'hésitez pas à utiliser ces documents pour toute action de sensibilisation et de formation à la gestion du risque infectieux dans votre établissement !

Édition :

Institut de veille sanitaire
12 rue du Val d'Osne
94415 Saint-Maurice cedex
Tél : 01 41 79 67 00
www.invs.sante.fr
lettre-sin@invs.sante.fr
ISSN : en cours
ISBN-NET : 978-2-11-138334-0

Directrice de la publication :

Françoise Weber, directrice générale de l'InVS

Comité de rédaction :

Sophie Alleaume, Sandrine Barquins-Guichard, Bruno Coignard, Arlette Delbosch, Sylvie Renard-Dubois, Nathalie Floret, Bernard Gouget, Laurence Marty, Pierre Parneix

Création : www.legroupemira.net

Réalisation : InVS - Service communication

