# Missions et dynamique des équipes opérationnelles en hygiène

*Jean-Christophe Lucet*
*UHLIN*
*Hôpital Bichat-Claude Bernard , AP-HP*

*Académie de Pharmacie, 18 octobre 2017*

# Préhistoire …

- 1972 "risque infectieux nosocomial"
  - résolution du Conseil de l'Europe
- 1973 création des CLI
  - circ. relative à la prévention des infections hospitalières
- 1988 création des CLIN publics et PSPH
- 1991 obligation de développer une politique d'évaluation et de qualité des soins (public et PSPH)
  - Loi du 31 juillet 1991 (réforme hospitalière)
- 1991 circulaire budgétaire
  - quotas EOH / nb lits
- 1992 création des CCLIN et du CTIN
- 1994 1er Plan gouvernemental de LIN 1995-2000

# Histoire …

- 1995 circulaire LIN
  - CLIN, EOHH, référents, équipes inter-établissement
- 1998 loi de sécu. sanitaire
  - organisation de la LIN pour tous les établissements de soins
  - système d'assurance-qualité en stérilisation
  - signalement des IN et affections iatrogènes
- 1999/2000 CLIN et EOH obligatoire pour tous
- 2001 décret signalement (+ circ. 2004)
- 2004 création du CTINILS
- 2005 ordonnance + décrets 2005/06
  - simplification du régime juridique des étab.
  - Instance de consultation et de suivi de la LIN
- 2006 création des antennes régionales

# L’équipe opérationnelle en hygiène

- Histoire :
  - 1991 : circulaire, EOH/Nombre de lits
  - 2001 : extension à tous les ES
- Composition pluridisciplinaire spécialisée en hygiène :
  - minimum : 1 praticien (méd. ou pharm)/800 lits et 1 infirmier/400 lits
  - +/- complétée par : techn. biohyg, TEC...
  - secrétariat
- Missions
  - contribue à l ’élaboration du programme d ’action
  - mise en œuvre et évaluation des programmes validés par le CLIN

# EOH : quel programme ?

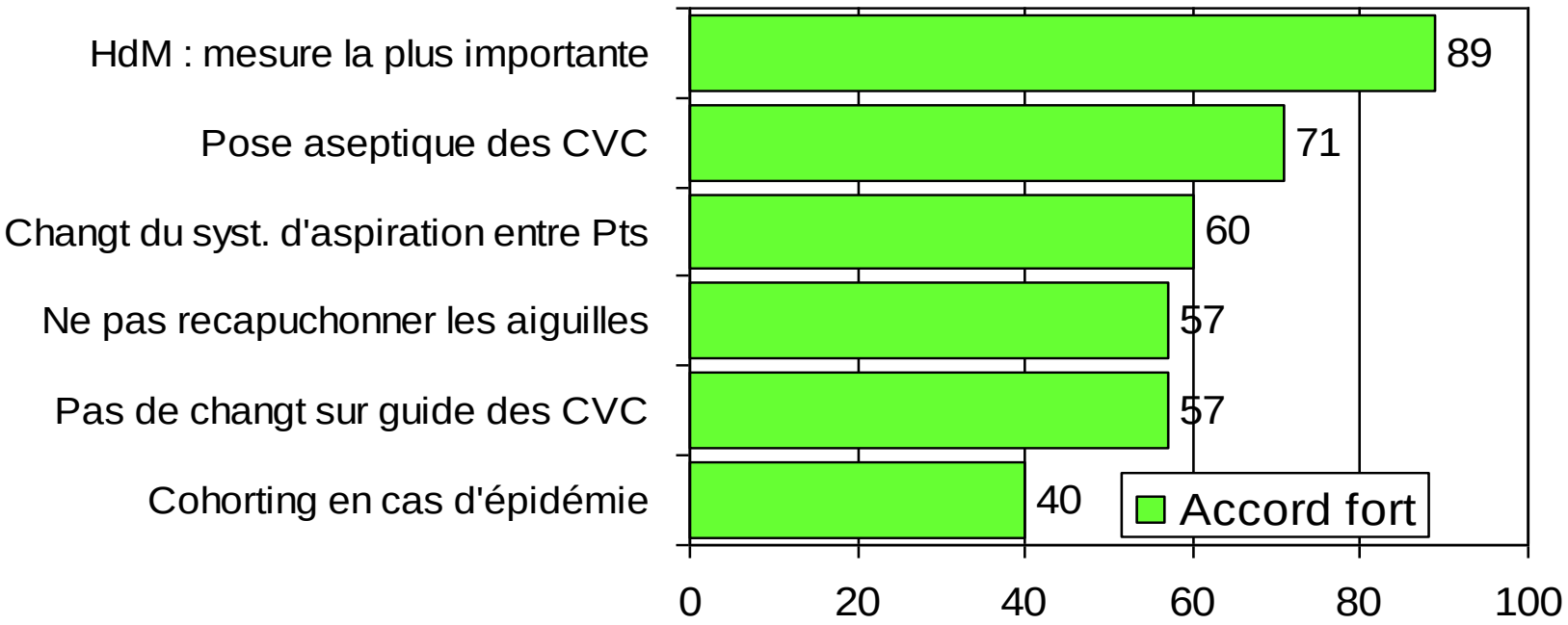
*Mise en œuvre de la politique définie par le CLIN (et les programmes nationaux)*

- Prévention des IAS : bonnes pratiques de prévention, précautions standard et complmentaires, RI lié aux dispositifs invasifs
- Formation/procédures
- Surveillance des IAS
- Épidémies (BMR/BHRe), signalement
- Risque infectieux lié aux travaux
- Risque infectieux environnemental
- Protection du personnel
- Participation aux actions de bon usage des antibiotiques

# Réduction des IAS

*L'hygiène des mains, une priorité*

- Perception des mesures de prévention (369 personnes, SHEA 2000)




*Managan LP et al, Infect Control Hosp Epidemiol, 2001*

# Evolution des activités des EOH

- 1990 : la mise en route
- 2000 : alertes sur le risque environnemental
- 2005 : les indicateurs
- 2010 : compléter la prévention à partir les résultats ?
- 2015 : nouveau PROPIAS, nouveaux outils

# Evolution des activités des EOH

*1990 : la mise en route*

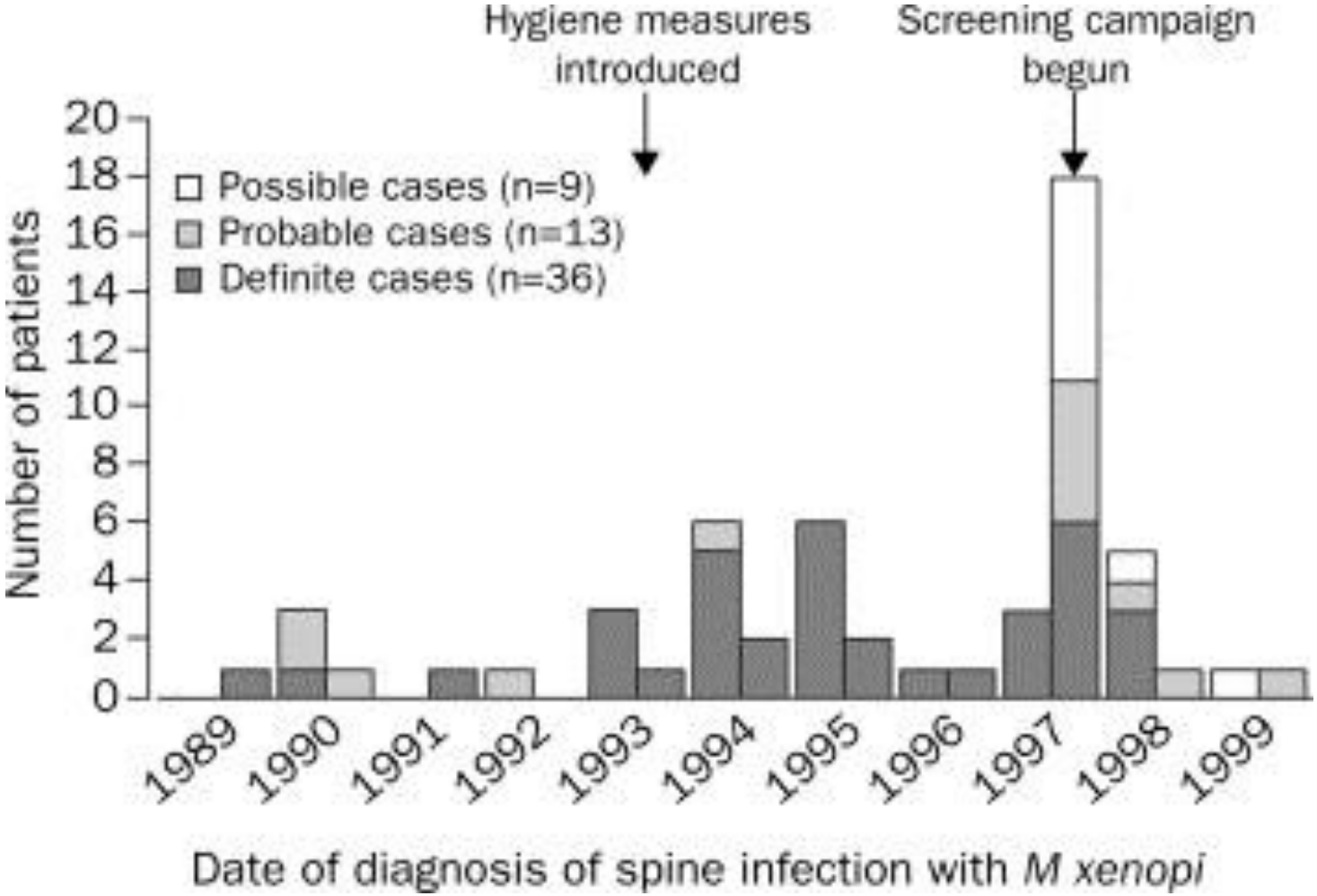
- Contrôle des BMR (SARM et EBLSE) :
  - » une façon d'aborder le risque infectieux auprès des soignants
  - » des résultats pour montrer l'impact des EOH
- Réseaux de surveillance (ISO, AES, REA, ATB, BMR, …) :
  - » Des outils clés en main
  - » Des liens avec les services cliniques
  - » Des données pour la prévention

# Evolution des activités des EOH

*2000 : un retour (partiel) vers le risque environnemental*

- Poursuite des actions antérieures
- *M. xenopi*, légionellose nosocomiale, M de Creutzfeldt-Jakob

# Epidémie à *M. xenopi*




*Astagneau P et al, Lancet 2001*

# Epidémie à *M. xenopi*

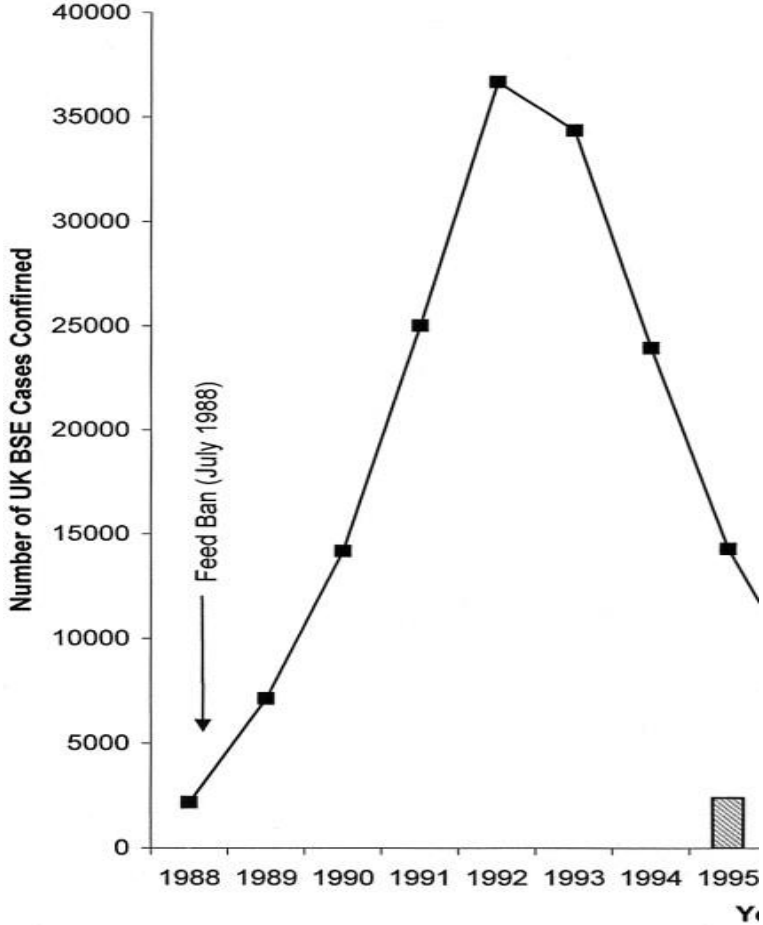
- Dysfonctionnements multiples :
  - Retard à l'identification de l'épidémie
  - Déficits de stérilisation et désinfection
- Large campagne médiatique

*Quelles retombées sur les politiques de prévention?*

- Généralisation des CLIN (décembre 2000)
- Signalement des IN (juillet 2001)
- Information du patient (« loi Kouchner », mars 2002)
- Stérilisation et désinfection

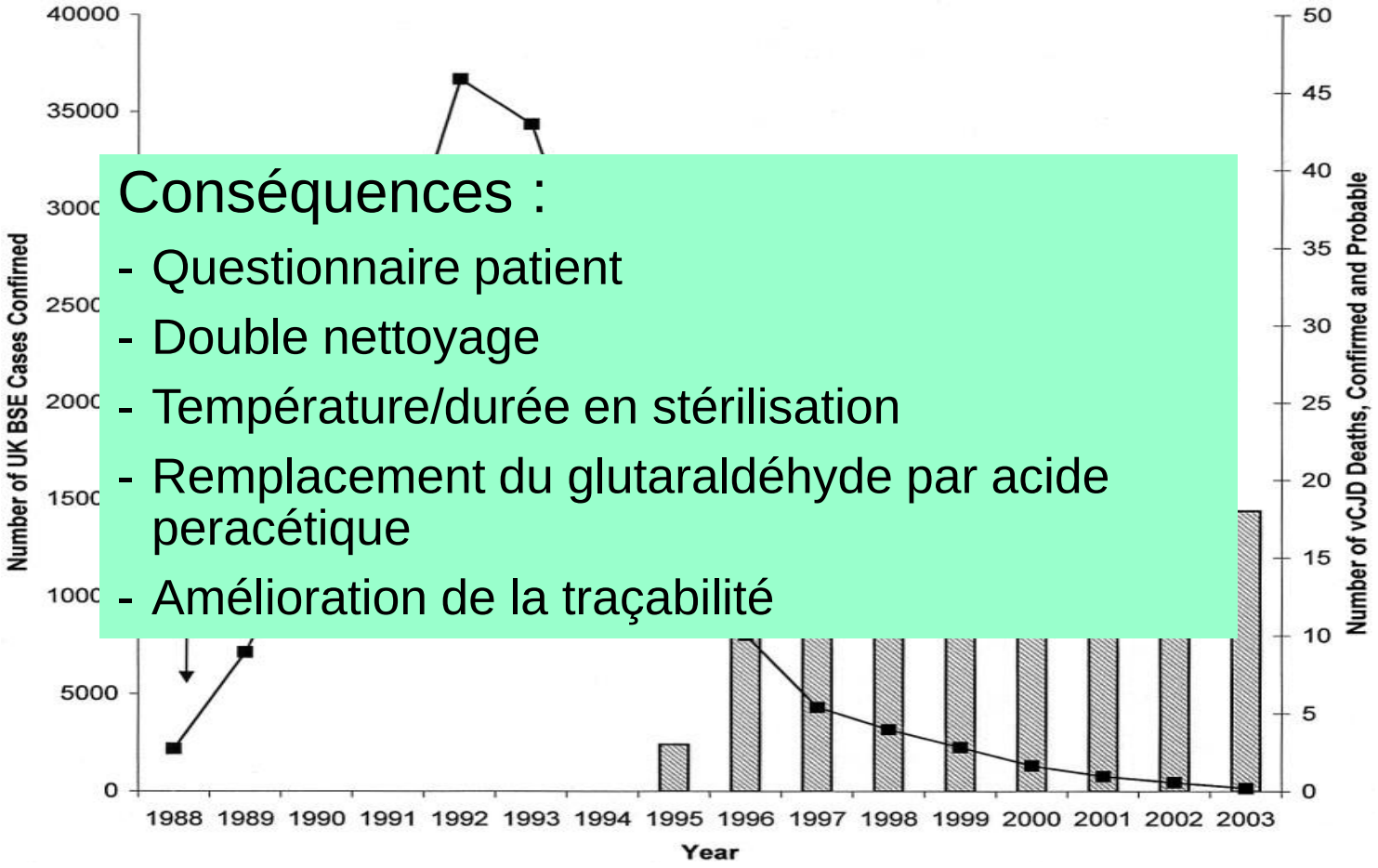
# Nouveau variant de la MCJ

*La vache folle*



# Nouveau variant de la MCJ

*La vache folle et la maladie de CJ*




Conséquences :

- Questionnaire patient
- Double nettoyage
- Température/durée en stérilisation
- Remplacement du glutaraldéhyde par acide peracétique
- Amélioration de la traçabilité

# Précautions MCJ

| Année | Suspicions signalées | MCJ sporadique | MCJ iatrogène hormone de croissance | Autre MCJ iatrogène | MCJ génétique | vMCJ certain ou probable décédé | vMCJ probable non décédé | Total MCJ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2005 | 928 | 83 | | | | 6 | 0 | 104 |
| 2006 | 1314 | 124 | | | | 6 | 0 | 143 |
| 2007 | 1372 | 138 | | | | 3 | 0 | 157 |
| 2008 | 1476 | 105 | 5 | 0 | 12 | 0 | 0 | 122 |
| 2009 | 1485 | 114 | 4 | 0 | 14 | 2 | 0 | 134 |
| 2010 | 1614 | 146 | 0 | 0 | 9 | 0 | 0 | 155 |
| 2011 | 1609 | 76 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 80 |
| 2012 | 645 | 18 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 19 |

Au total :

13 cas iatrogènes

25 cas nv MCJ

1988 1989 1990 1991 1992 1993 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003

Year

*Beisel CE, Clin Infect Dis, 2004*

# Evolution des activités des EOH

*2005 : l'arrivée des indicateurs*

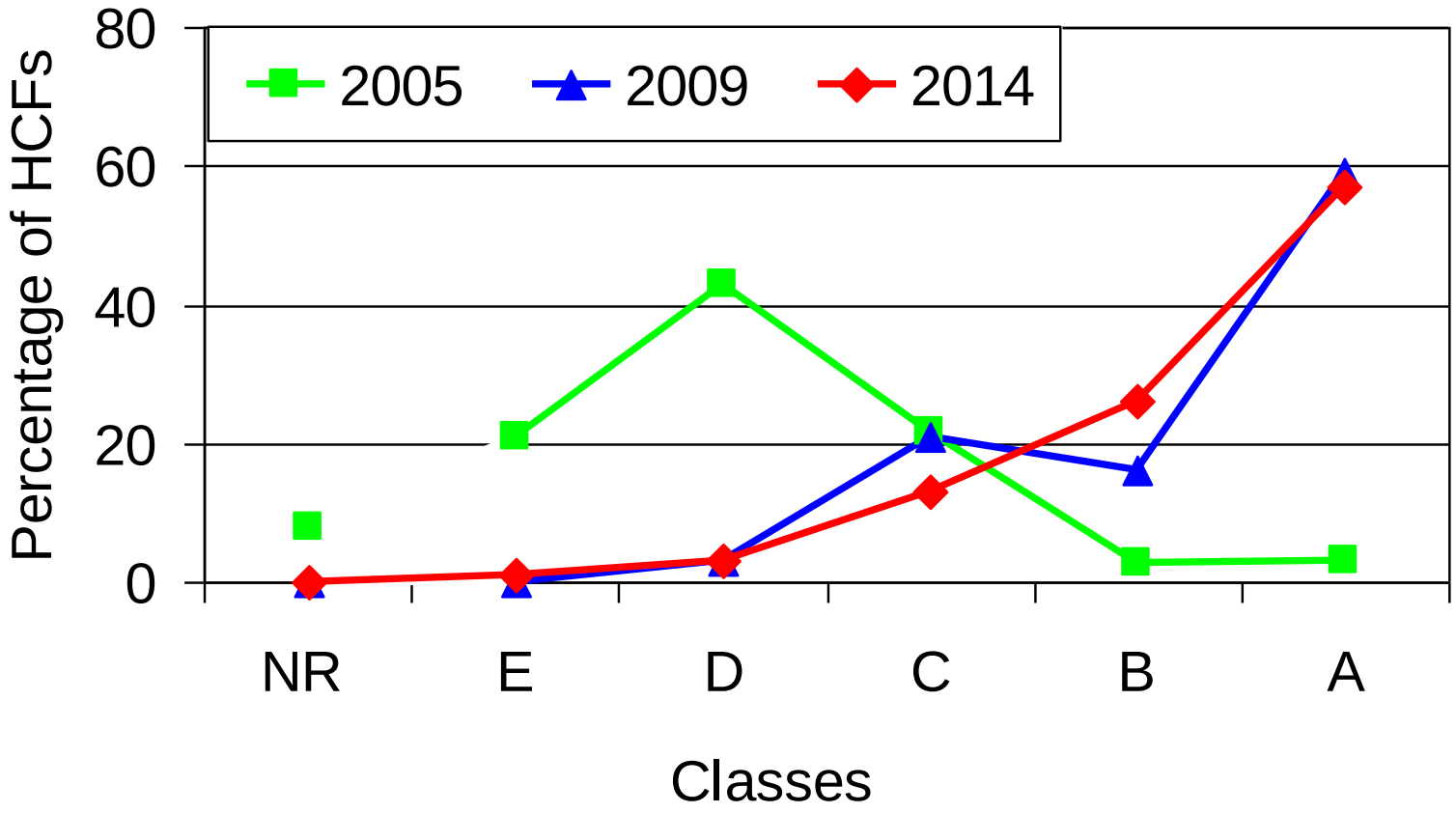
- Poursuite des actions antérieures (BMR, réseaux, environnement)
- Indicateurs nationaux, diffusion publique :
  - » Mobilisation pour les SHA
  - » Actions recentrées sur les risques principaux
  - » Des leviers pour les EOH >>> information pour le public

# Les indicateurs du tableau de bord

- Février 2006 : ICALIN (données 2004)
- Janvier 2007 :
  - Commandes de SHA (ICSHA) 2005
  - Existence d'une surveillance des ISO (2005)
- Janvier 2008 :
  - IC ATB : indicateur de pratiques des antibiotiques 2006
- Début 2009 :
  - Densité d'incidence SARM (cas clinique/1000 j.) 2005 à 2007
- 2013 :
  - ICALIN2, ICSHA2, ICABMR, ICALISO,
  - Taux de SARM triennal
- 2015 :
  - Objectif zéro bactériémies nosocomiale à SARM évitable
- La suite : taux d'ISO après PTH/PTG (2nd indicateur de résultats)

# AHR National Targets

*2005-2014, ~ 2800 healthcare facilities*




*http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/nosoco/tab_bord/carto/html/index.html*

# Evolution des activités des EOH

*2010 : résultats et/ou bonnes pratiques ?*

- Poursuite des actions antérieures (BMR, réseaux, environnement, indicateurs)
- GREPHH : outils nationaux, clé en mains, d'audits de pratiques
- Vers un simplification de la surveillance (ISO, réanimation)
- Outils de la gestion des risques, approche individuelle (analyse de causes, RMM, REX, ….)

# Evolution des activités des EOH

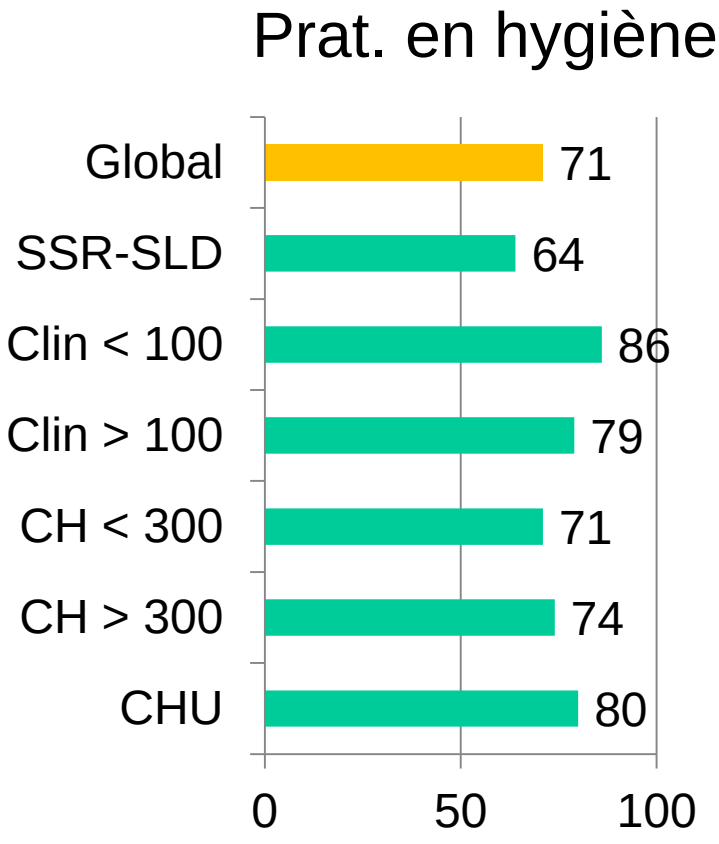
*2015 : nouveaux enjeux*

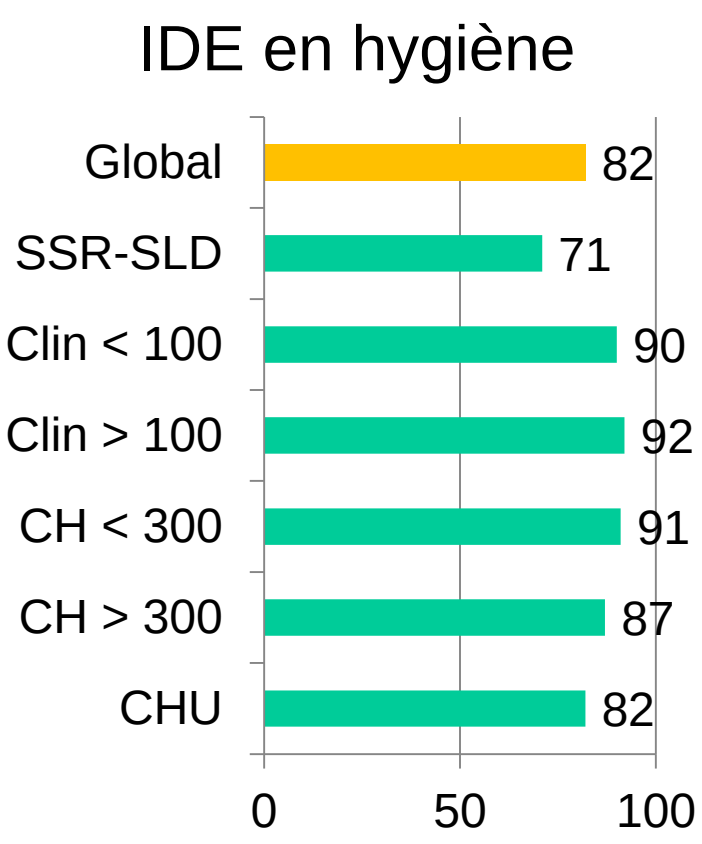
- Poursuite des actions antérieures (BMR, réseaux, environnement, indicateurs, audits nationaux, gestion des risques)
- Arrivée des BHRe : ça se complique !
- Nouveaux outils de formation
- PROPIAS :
  - » Périmètre élargi vers EMS et ville
  - » Place du patient
  - » Dispositifs invasifs
  - » Objectifs quantifiés (IAS, BMR, SHA, HdM, vaccins, BHRe)

# Missions des EOH

| 1990 | 2000 | 2005 | 2010 | 2015 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | BHRe<br>Nvx outils |
| | | | Pratiques | Pratiques |
| | | Indicateurs | Indicateurs | Indicateurs |
| | Environnemt | Environnemt | Environnemt | Environnemt |
| Surv IAS<br>BMR | Surv IAS<br>BMR | Surv IAS<br>BMR | Surv IAS<br>BMR | Surv IAS<br>BMR |

# Effectifs des EOH

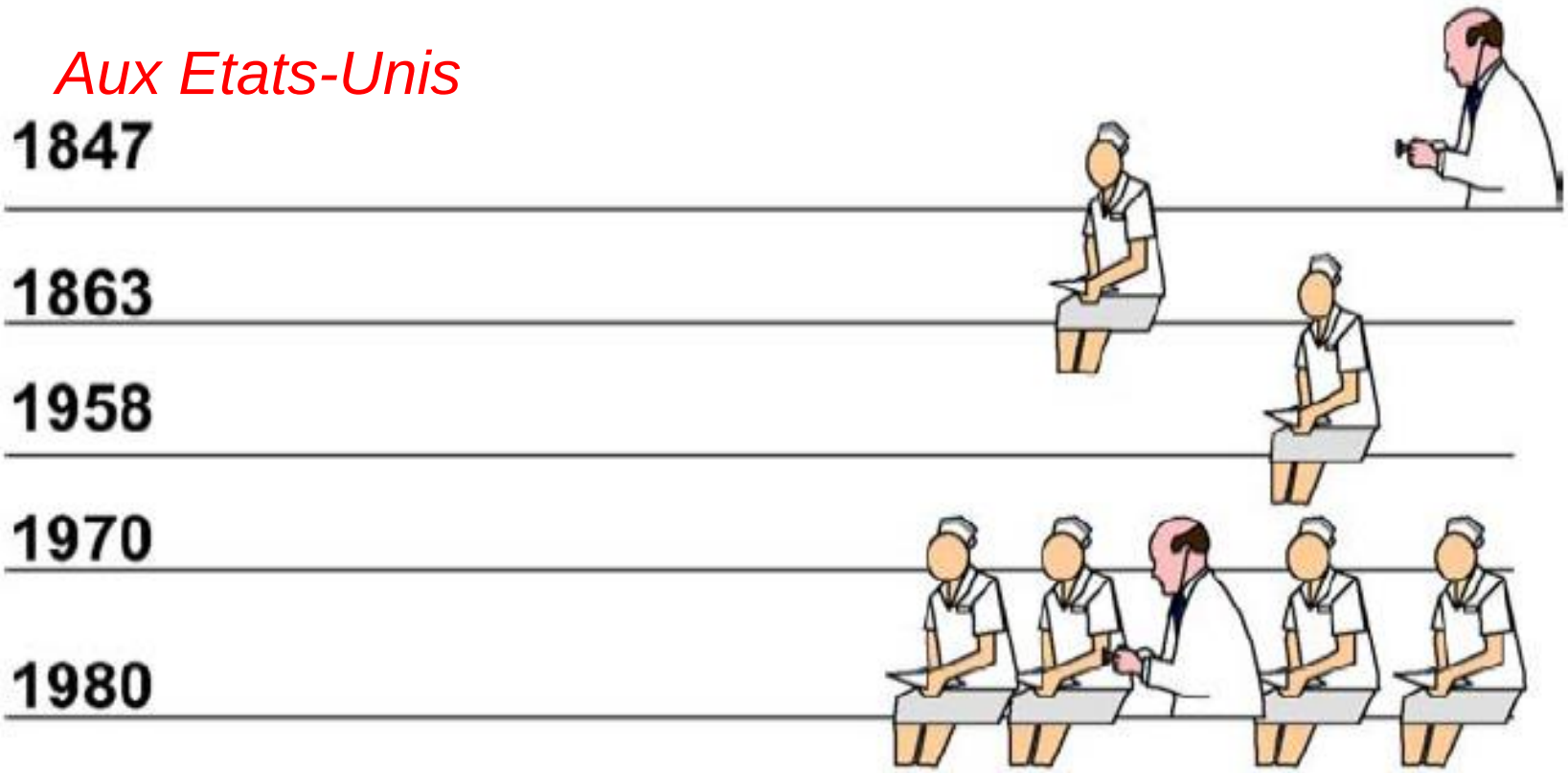



*ICALIN2, données nationales 2012*

# Effectifs des EOH

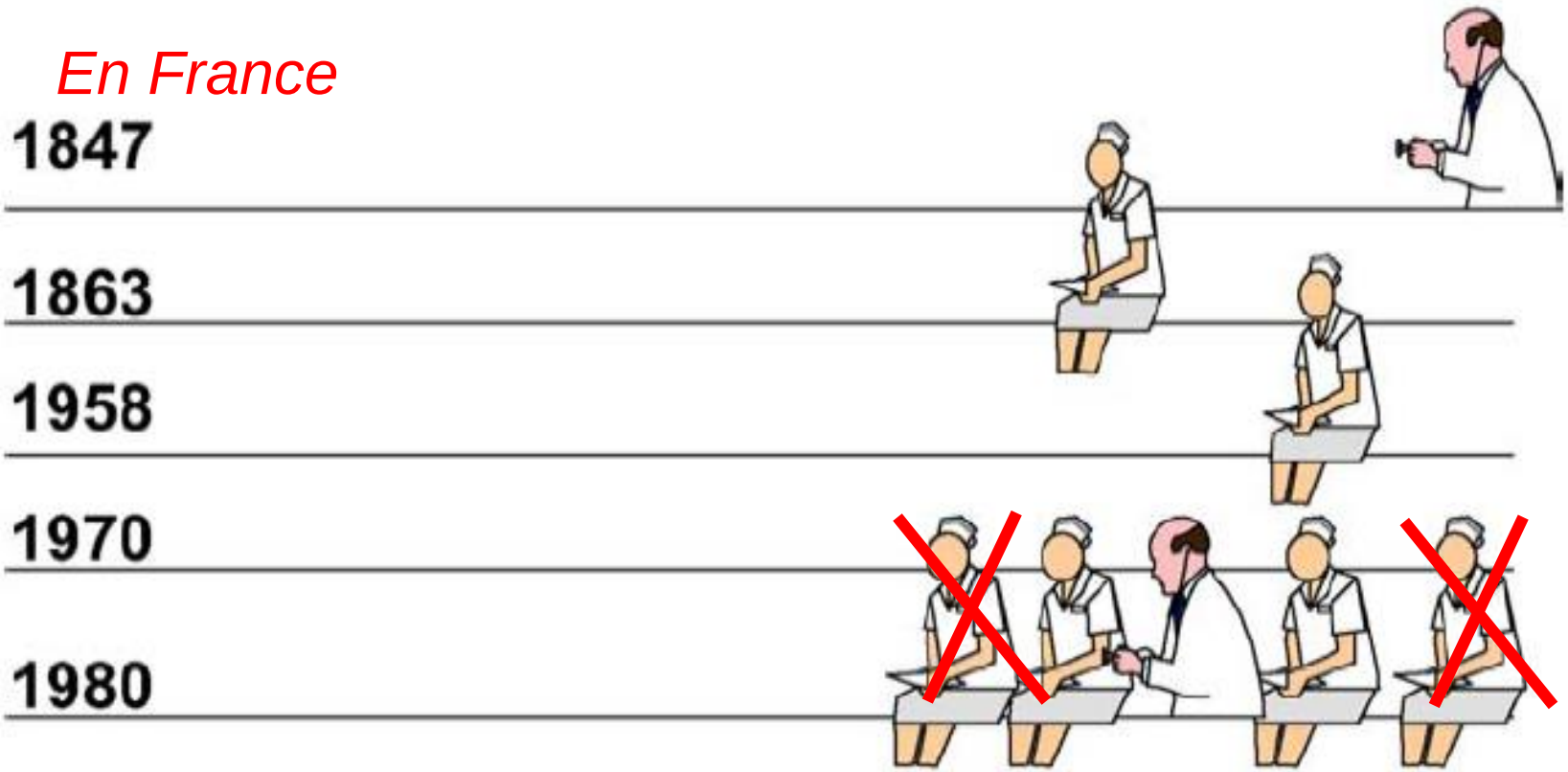
*Aux Etats-Unis*




Earlier steps in infection control

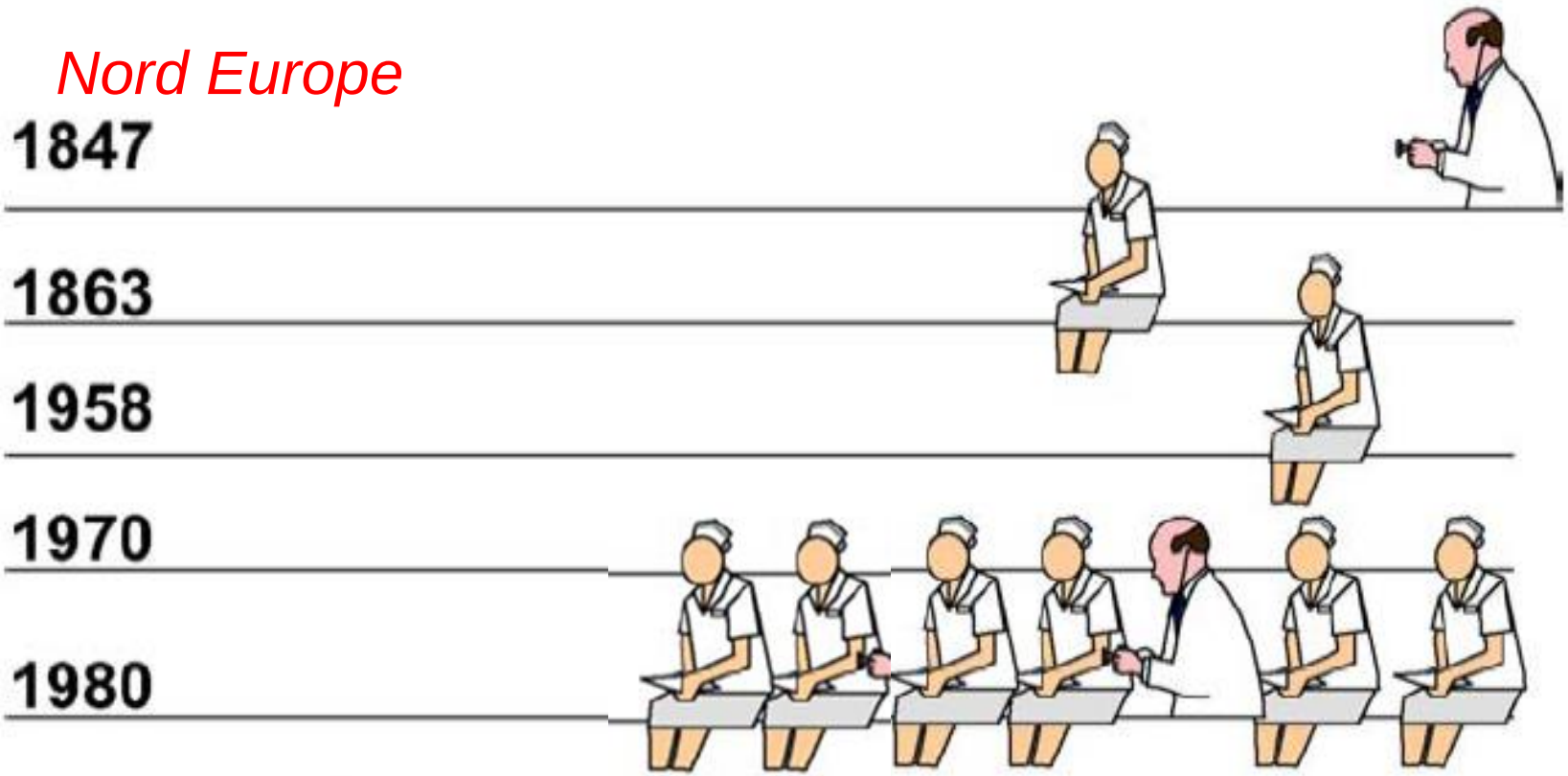
# Effectifs des EOH

*En France*

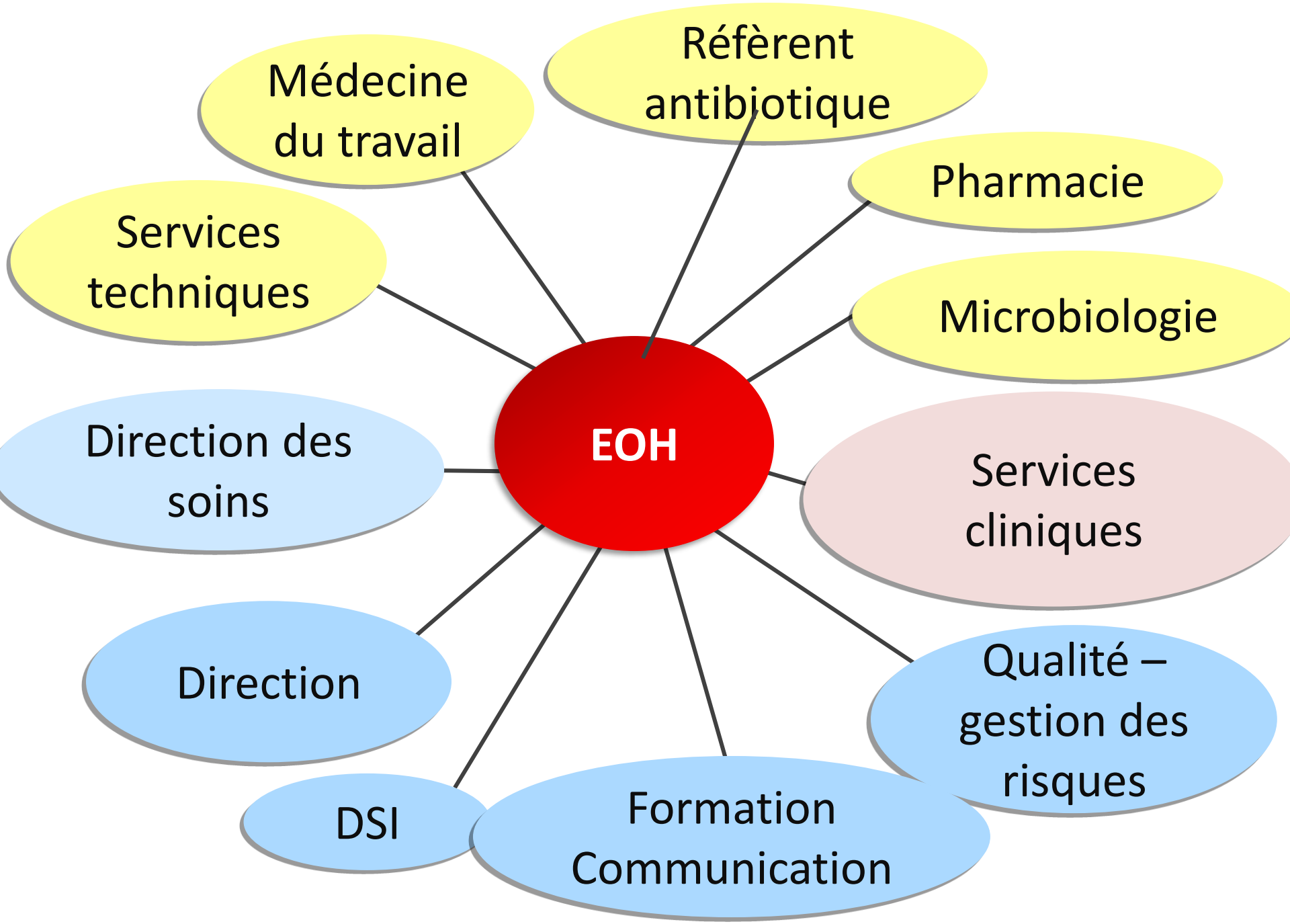



Earlier steps in infection control

# Effectifs des EOH




Earlier steps in infection control


Médecine du travail
Référent antibiotique
Pharmacie
Services techniques
Microbiologie
EOH
Direction des soins
Services cliniques
Direction
Qualité – gestion des risques
DSI
Formation Communication

# En guise de conclusion

*Faiblesse des EOH*

- Un contexte hospitalier plus contraint (effectifs, budget)
- Avec l'absence de valorisation médico-économique de l'activité

- Des champs nouveaux à investir à effectif égal = couts d'opportunités
- Un moindre visibilité dans le champ plus large de la gestion des risques et des indicateurs généralisés
- Des outils perfectibles (informatique)

- Valence universitaire/recherche

→ Une moindre attractivité

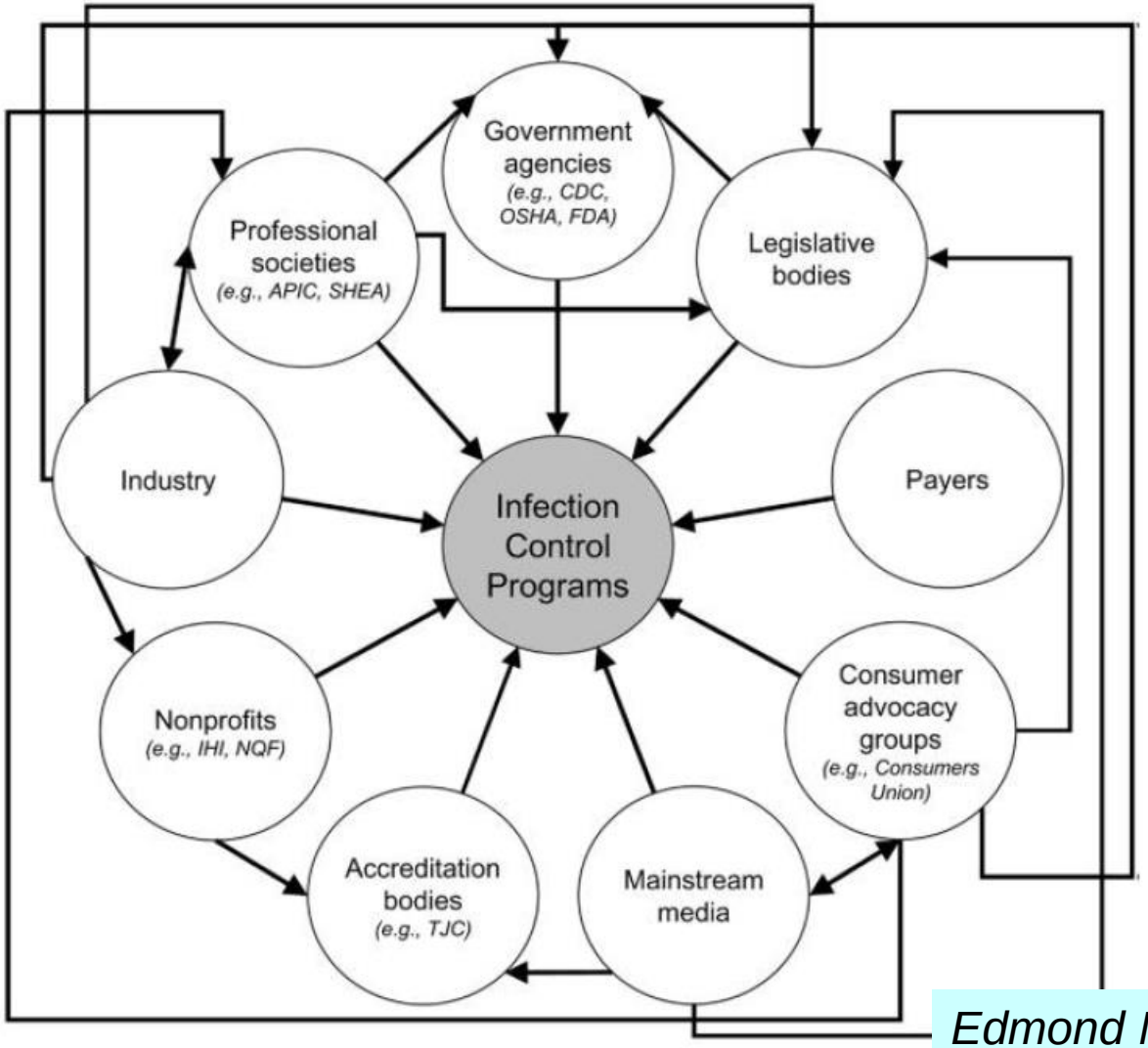
# En guise de conclusion

*Forces des EOH*

- Une organisation nationale et régionale bien structurée
- Une activité mature
- Un métier protéiforme
- La diversité des origines

- Des effectifs définis par voie réglementaire
- Des activités de PCI recentrées sur les risques essentiels
- L’arrivée des nouveaux outils d’implémentation (formation, communication, évaluation)

# Influences sur les politiques de prévention




*Edmond M, Clin Infect Dis, 2008*