

Circulaire DHOS/E2/DGS/5C n° 2006-121 du 13 mars 2006 relative au tableau de bord des infections nosocomiales et portant sur les modalités de calcul et de présentation de l'indicateur de volume de produits hydro-alcooliques consommé par les établissements de santé

13/03/2006

Date d'application : immédiate.

Références :

Arrêté du 8 mars 2006 relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé ;

Circulaire DHOS/DGS/E2/5C/2004/599 du 13 décembre 2004 relative à la mise en oeuvre du programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005/2008 dans les établissements de santé ;

Circulaire DGS/SD.5C/DHOS/E2/2005/384 du 11 août 2005 relative à la stratégie nationale d'audit des pratiques en hygiène hospitalière.

Annexes :

Annexe I. - Bon usage des produits hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains ;

Annexe II. - Calcul du numérateur de l'indicateur ;

Annexe III. - Description du dénominateur de l'indicateur ;

Annexe IV. - Catégories d'établissements de santé utilisées pour la comparaison des résultats.

Le ministre de la santé et des solidarités à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour information) ; Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour information et diffusion]) ; Mesdames et Messieurs les responsables des centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (pour information).

Le tableau de bord des infections nosocomiales, suite aux propositions de l'Institut de veille sanitaire (InVS) en février 2004 et à la concertation qui a suivi, comprend 5 indicateurs, parmi lesquels figure la consommation de produits hydro-alcooliques pour 1 000 journées d'hospitalisation.

Le cahier des charges de cet indicateur a été rédigé par un groupe de travail coordonné par l'Institut de veille sanitaire (InVS). Sa faisabilité a été testée fin 2004 au sein des établissements de santé engagés dans le projet COMPAQH (Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière), projet conduit par l'INSERM et financé par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins en collaboration avec la Haute Autorité de Santé.

Depuis février 2005, un groupe d'experts du comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins (CTINILS) est missionné spécifiquement sur les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales afin de préciser notamment les cahiers de charges et les modes de présentation des résultats des établissements de santé.

Le programme national 2005-2008 de lutte contre les infections nosocomiales présente les objectifs quantifiés nationaux suivants :

- entre 2005 et 2008, 75 % des établissements de santé auront doublé leur consommation annuelle en volume de solutions hydro-alcooliques (utilisées pour l'hygiène des mains) (2e indicateur figurant dans le tableau de bord) ;
- en 2008, 100 % des établissements de santé auront une consommation minimale de 20 litres de solutions hydro-alcooliques pour 1 000 jours d'hospitalisation.

Dans ce cadre, les établissements de santé doivent mettre en place le recueil d'informations permettant le calcul des indicateurs. L'indicateur de volume de produits hydro-alcooliques consommés en 2005 est le deuxième indicateur que les établissements doivent mesurer après l'indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales.

L'objectif de cette circulaire est de fournir aux établissements de santé les modalités de calcul de l'indicateur de volume de produits hydro-alcooliques consommés en 2005 et de les informer sur le mode de présentation des résultats nationaux.

Pour les questions techniques sur l'hygiène des mains et le bon usage des produits hydro-alcooliques, les établissements de santé peuvent se rapprocher des centres de coordination de lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN).

1. L'hygiène des mains, une priorité pour prévenir les infections nosocomiales

<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhose2dgs5c-n-2006-121-du-13-mars-2006-relative-au-tableau-de-bord-de-s-infections-nosocomiales-et-portant-sur-les-modalites-de-calcul-et-de-presentations-de-l/>

Le rôle de l'hygiène des mains dans la prévention des infections nosocomiales a été prouvé à de multiples reprises.

La faible observance de la pratique de l'hygiène des mains a été constatée dans plusieurs pays, en particulier pour le savonnage des mains. L'introduction des produits hydro-alcooliques a permis d'augmenter l'efficacité du geste et son observance. L'annexe I présente des points importants pour la mise en place d'une politique de bon usage des produits hydro-alcooliques.

Depuis plusieurs années, différentes mesures ont été prises au plan national pour promouvoir l'hygiène des mains : un avis du comité technique des infections nosocomiales (CTIN) sur l'intérêt de l'utilisation des solutions hydro-alcooliques a été émis le 5 décembre 2001 [URL : <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2001/01-52/index.htm>] ; des recommandations de la Société française d'hygiène hospitalière pour la désinfection des mains sont parues en décembre 2002 [URL : http://www.sfhh.net/telechargement/recommandations_hygienemain.pdf].

Plus récemment, les établissements de santé ont été incités, dans le cadre du programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008 à réaliser des audits de pratique sur ce thème (circulaire DGS/SD.5C/DHOS/E2/2005/384 du 11 août 2005 relative à la stratégie nationale d'audit des pratiques en hygiène hospitalière).

L'indicateur de mesure du volume de produits hydro-alcooliques consommés pour 1 000 journées d'hospitalisation vient en appui de ces démarches dans un double souci d'information du public et d'amélioration de la qualité des soins.

2. Le calcul des valeurs de l'indicateur

L'indicateur est défini par le volume de produits hydro-alcooliques consommé dans l'année écoulée, en litres pour 1 000 jours d'hospitalisation. Sa valeur est calculée à partir des quantités commandées (celles-ci reflétant les quantités consommées par les services).

Les établissements de santé recueillent le numérateur pour l'année 2005 (volume de produits hydro-alcooliques commandés en litres en 2005) selon le mode de calcul décrit dans l'annexe II.

Le dénominateur en journées d'hospitalisation sera directement extrait à l'échelon national des données de la DREES à partir des déclarations SAE des établissements de santé (cf. annexe III).

Le recueil nécessite l'implication de différents acteurs au sein de l'établissement de santé, sous la coordination de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (achat : pharmacie et service économique ou chargé des achats, activité de l'établissement : administration et département ou service d'information médicale).

Les établissements de santé retranscrivent uniquement les données du numérateur dans le bilan standardisé des activités de lutte contre les infections nosocomiales 2005 dont le format a été actualisé par l'arrêté du 8 mars 2006.

La valeur de l'indicateur sera calculée par l'administration centrale (cellule infections nosocomiales DGS-DHOS).

Les établissements de santé seront considérés comme non répondants et apparaîtront en classe « F » si leur bilan n'est pas transmis sous format informatique selon le calendrier qui sera défini à cet effet. Désormais, seuls les bilans envoyés sous format informatique seront utilisés par la DDASS.

3. Le contrôle de données

Concernant le contrôle de qualité, les établissements de santé organisent leur contrôle interne (saisie et cohérence).

Des contrôles de cohérence des données ainsi que des contrôles aléatoires seront faits aux différents échelons.

Les établissements de santé doivent ainsi mettre à la disposition des services déconcentrés les éléments de preuve des données déclarées (notamment, factures d'achat des produits hydro-alcooliques commandés en 2005, journées d'hospitalisation...).

4. L'analyse nationale des résultats des établissements de santé

Les résultats des établissements de santé seront présentés par catégories d'établissements de santé, qui seront celles déjà utilisées pour l'indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (cf. description en annexe IV).

Les résultats 2005 seront analysés à partir de l'objectif quantifié national de 20 litres pour 1 000 journées d'hospitalisation. Pour certaines catégories d'établissements de santé (hospitalisation à domicile, hémodialyse, maisons d'enfants à caractère sanitaire et social), un dénominateur adapté à leur activité sera utilisé.

Les établissements recevront leurs résultats fin 2006 de la part de la cellule infections nosocomiales DGS-DHOS via la DRASS, sous la forme de la valeur exprimée en litre pour 1000 journées d'hospitalisation accompagnée d'une classe de résultats.

Les établissements non répondants en 2005 seront désignés comme appartenant à la classe « F ».

*
* *

Vous voudrez bien diffuser cette circulaire aux directeurs des établissements de santé publics et privés de votre département, en leur demandant de la transmettre aux présidents des commissions médicales d'établissement, des conférences médicales, aux présidents des comités de lutte contre les infections nosocomiales, aux équipes opérationnelles d'hygiène, aux responsables du département d'information médicale, aux pharmaciens ainsi qu'à tous les services et professionnels concernés.

ANNEXE I BON USAGE DES PRODUITS HYDRO-ALCOOLIQUES POUR L'HYGIÈNE DES MAINS

Il y a plus de 150 ans, Ignaz Philip Semmelweiss avait montré à Vienne que la désinfection des mains par une solution de chlorure de chaux permettait de réduire la mortalité par fièvre puerpérale [Semmelweiss]. Depuis cette époque, de nombreuses autres publications ont confirmé le rôle majeur de l'hygiène des mains dans la prévention des infections liées aux soins [Larson Infect Control 1988 ; Doebbeling NEJM 1992 ; Conly AJIC 1989 ; Pittet Lancet infect Dis 2001].

L'hygiène des mains est la mesure de prévention la plus simple et la plus efficace pour réduire la transmission croisée d'agents infectieux lors des soins, et est une composante essentielle des précautions « standard » qui sont à la base des recommandations nationales et internationales visant à limiter cette transmission [Garner ICHE 1996, isolement septique CTINILS, recommandations SRLF réanimation 2002].

À l'hôpital, la transmission croisée des micro-organismes se fait essentiellement par les mains des soignants. En effet, soumises à de nombreux contacts lors des soins (patients, objets, surfaces contaminées), les mains acquièrent une flore dite transitoire et peuvent devenir les relais d'une chaîne de contamination. L'hygiène des mains permet d'interrompre cette chaîne. Elle doit être pratiquée avant et après chaque soin potentiellement contaminant.

L'expression « hygiène des mains » fait référence à des techniques de lavage ou de friction hydro-alcooliques des mains [SFHH 2002, CDC 2002].

En l'absence de souillures visibles des mains par les liquides biologiques, les produits hydro-alcooliques sont préférables à l'eau et au savon du fait de leur efficacité supérieure [Zaragoza AJIC 1999 ; Pittet Arch Intern Med 1999 ; Larson CCM 2001 ; Lucet JHI 2002 ; Girou BMJ 2002], de leur meilleure tolérance cutanée [Boyce ICHE 2000 ; Larson CCM 2001] et de leur facilité d'utilisation [Girou BMJ 2002].

En France, le Comité technique national des infections Nosocomiales (CTIN) a rappelé en 2001 l'intérêt de la diffusion et de l'utilisation des solutions hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains sur les lieux de soins [CTINILS 2001].

Plusieurs études récentes rapportent une amélioration significative, grâce à l'instauration de cette technique, de l'observance de l'hygiène des mains et même la diminution concomitante de l'incidence des infections nosocomiales et des bactéries multirésistantes [Pittet Lancet 2000, Girou ICAAC 2004, Ho Tam Chay 2004].

L'indicateur « SHA » permet donc d'accompagner et d'inciter à l'usage des produits.

Les équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière doivent coordonner les grandes actions de mise en place de ces produits dont l'usage est encore relativement nouveau même si les premières SHA sont apparues en France au début des années 80. Ces actions reposent notamment sur :

- la rédaction ou la révision des protocoles d'hygiène des mains (indications, niveaux de contamination des mains lors des activités de soins etc.) ;
- le choix des produits. Celui-ci est primordial. Il faut souligner outre les impératifs d'activité, l'importance de la tolérance qui conditionne l'acceptabilité et donc l'observance de la technique, sans oublier l'analyse des dossiers toxicologiques comme pour tout produit désinfectant ;
- la surveillance des phénomènes d'intolérance éventuelle aux produits en lien avec la médecine du travail ;
- la mise à disposition de l'information sur les produits et les conditionnements disponibles dans l'établissement de

santé ;

- la formation des professionnels sur le bénéfice de l'utilisation (rapidité, efficacité, tolérance...) et le bon usage des produits ;
- l'évaluation des pratiques, notamment par la mise en place d'audits.

Les établissements de santé peuvent faire appel aux C.CLIN comme structures de ressource et d'expertise pour les questions techniques sur l'hygiène des mains et le bon usage des produits hydro-alcooliques.

Bibliographie

1. Boyce J.M., Kehiller S., Vallande N., Skin Irritation and dryness associated with two hand-hygiene Regimens : Soap-and-water Hand washing versus Hand antiseptics with an alcoholic Hand gel, *Infect Control Hosp Epidemiol* 21 (2000) 442-448.
2. CDC. Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings : Recommendations of the HealthCare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. *MMWR*. 2002 ;51(n° RR-16) :1-44.
3. Comité technique national des infections nosocomiales. Avis du 5 décembre 2001 sur la place de la friction hydro-alcoolique dans l'hygiène des mains lors des soins.
4. Conly JM, Hill S, Ross J, Lertzman J, Louie TJ. Handwashing Practices in an intensive Care Unit : The effects of an educational program and its Relationship to Infection rates. *Am J Infect Control* 1989 ;17 :330.
5. Doebbeling BN, Stanley GL, Sheetz CT, et al. Comparative Efficacy of alternative Hand-washing agents in reducing nosocomial infections in intensive Care units. *N Engl J Med* 1992 ;327 :88-93.
6. Garner JS. Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for Isolation Precautions in Hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1996 ;17 :53- 80.
7. Girou E., Loyeau S., Legrand P., Oppein F., Brun-Buisson C., Efficacy of Handrubbing with an alcohol-based solution versus standard Handwashing with an antiseptic Soap. A randomised Clinical trial, *BMJ* 325 (2002) 362-366.
8. Girou E., Rioux C., Oppein F., Ducellier D., Cizeau F., Altrach S., Brun-Buisson C., Hand Hygiene Compliance significantly reduces nosocomial bacteremia and methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in a French Hospital, 44th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy, 374 (2004) [Abstract #K-1593].
9. Ho Tam Chay S, Chalfine A, Gonot J, Kitzis M, Carlet J. Taux de *Staphylococcus aureus* résistants à la Méricilline (SARM) « acquis » et consommations de solutions hydro-alcooliques (SHA). Présentation à la Journée des CLIN de l'Interrégion Paris-Nord, Paris, 25 mars 2004. <http://www.ccr.jussieu.fr/cclin/CLIN/JourCLIN2004/P11SHTC.pdf>.
10. Isolement septique, recommandations pour les établissements de soins. Comité technique national des infections nosocomiales (CTIN) & Société Française d'Hygiène Hospitalière (SFHH). ministère de l'emploi et de la solidarité. Secrétariat d'état à la santé, 1998. <http://nosobase.univ-lyon1.fr/recommandations/Ministere/isolement.pdf>.
11. Larson E. A causal Link between Handwashing and Risk of Infection ? Examination of the Evidence. *Infect Control* 1988 ;9 :28-36.
12. Larson E.L., Aiello A.E., Bastyr J., Lyle C., Stahl J., Cronquist A., Lai L., Della-Latta P., Assessment of two Hand Hygiene Regimens for intensive Care Unit Personnel, *Crit Care Med* 29 (2001) 944-951.
13. Lucet J.C., Rigaud M.P., Mentre F., Kassis N., Deblangy C., Andreumont A., Bouvet E., Hand contamination before and after different Hand Hygiene Techniques : a randomized Clinical trial, *J Hosp Infect* 50 (2002) 276-280.
14. Malik RK, Montecalvo MA, Reale MR, et al. Epidemiology and Control of vancomycinresistant enterococci in a regional neonatal intensive Care Unit. *Pediatr Infect Dis J* 1999 ;18 :352-6.
15. Pittet D, Boyce JM. Hand Hygiene and Patient Care : pursuing the Semmelweis Legacy. *Lancet Infect Dis* 2001 :9-20.
16. Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S, Mourouga P, Sauvan V, Touveneau S. Effectiveness of a Hospital-Wide programme to improve compliance with Hand Hygiene. *Lancet* 2000 ;356 :1307- 12.
17. Recommandations des experts de la Société de réanimation de langue française, janvier 2002. Prévention de la transmission croisée en réanimation. *Réanimation* 2002 ;11 :250-6.
18. Semmelweis IF. The Etiology, the Concept and the Prophylaxis of childbed Fever. Pest, CA Hartleben's Verlag-Expedition, 1861 (trans. Murphy FP ; republished, Birmingham : Classics of Medicine Library, 1981).
19. Société française d'hygiène hospitalière (SFHH). Recommandations pour l'hygiène des mains. Health & Co Ed., 2002. <http://www.sfhh.net/pdf/publications/recommand/recomainsok.pdf>.
20. Zaragoza M., Sallés M., Gomez J., Bayas J.M., Trilla A., Handwashing with Soap or alcoholic solutions ? A randomized clinical trial of its effectiveness, *Am J Infect Control* 27 (1999) 258-261.

ANNEXE II CALCUL DU NUMÉRATEUR DE L'INDICATEUR

Le numérateur :

Volume en litres de solutions ou gels hydro-alcooliques, commandés par la pharmacie et/ou le service économique ou chargé des achats de l'établissement pendant l'année 2005 (les quantités commandées reflètent les quantités

consommées par les services).

Le mode de calcul :

Le calcul est réalisé pour tous les produits et conditionnements, le numérateur sera égal à la somme totale.

Un tableur XLS est à disposition comme outil d'aide au calcul sur le site www.sante.gouv.fr (accès par ordre alphabétique : infections nosocomiales / le dossier / rubrique tableau de bord). La liste des produits y est indicative. Les dernières lignes sont libres pour réaliser les calculs en fonction des produits utilisés dans l'établissement de santé.

Exemple :

Deux produits ont été commandés par l'établissement en 2005 :

13 recharges souples de Magiqcha de 500mL par le service chargé des achats et 11 flacons de poche de Douchanet de 50mL par la pharmacie.

Pour l'année 2005, le numérateur en litre de l'établissement de santé sera :

$((13 \times 500) + (11 \times 50)) / 1000 = 7,05$ litres de SHA commandés par l'établissement de santé pour l'année 2005.

La valeur 7,05 litres sera à inscrire dans la case du bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales : volume de solutions ou de gels hydro-alcooliques, commandé par la pharmacie et/ou le service économique ou chargé des achats de l'établissement pendant l'année converti en litre. (8 caractères #####.##).

Le cas des produits en échantillon : la consommation de SHA pourra être incluse s'il existe des éléments de preuve attestant la quantité de produits effectivement donnée à titre gratuit par les entreprises pharmaceutiques.

Remarque : une consommation en litre pour 1000 journées d'hospitalisation égale une consommation en ml par journée d'hospitalisation.

ANNEXE III DESCRIPTION DU DÉNOMINATEUR DE L'INDICATEUR

Le dénominateur :

Nombre total annuel de journées d'hospitalisations (journées-patient) de l'établissement pour l'année 2005.

Le dénominateur est celui déclaré dans la SAE (Bordereau Q02A). Il sera directement extrait à l'échelon national des données de la DREES à partir des déclarations SAE. Il n'est donc pas demandé dans le bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales.

Le calcul des journées d'hospitalisation comprend :

- les journées réalisées en hospitalisation complète et hospitalisation de semaine ;
pour l'ensemble des services de soins : court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique), soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée, psychiatrie ;
- à l'exclusion : des activités réalisées en alternative à l'hospitalisation complète, hospitalisation à temps partiel de jour (y compris chimiothérapie), hospitalisation à temps partiel de nuit, hospitalisation à domicile, des activités de consultation, de l'accueil des urgences (nombre de passage), des traitements et cures ambulatoires (y compris radiothérapie et hémodialyse en centre).

Cas particuliers :

Pour certaines catégories d'établissements de santé (hospitalisation à domicile, hémodialyse, MECSS), un dénominateur spécifique sera utilisé, adapté à leur unité de mesure de l'activité.

ANNEXE IV CATÉGORIES D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ UTILISÉES POUR LA COMPARAISON DES RÉSULTATS

L'objectif quantifié national est le même pour toutes les structures, mais la comparaison des résultats ne peut se faire <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhose2dgs5c-n-2006-121-du-13-mars-2006-relative-au-tableau-de-bord-de-s-infections-nosocomiales-et-portant-sur-les-modalites-de-calcul-et-de-presentation-de-l/>

qu'au sein de strates d'établissements de santé similaires.

L'objectif est de pouvoir affecter chaque établissement dans une catégorie la plus homogène possible tout en limitant autant que possible le nombre de catégories afin de rendre l'affichage compréhensible.

Les catégories retenues sont les suivantes :

INTITULÉS des catégories	DÉFINITIONS
1. CHR-CHU	Centres hospitaliers régionaux - Centres hospitaliers universitaires
2. CH-CHG de moins de 300 lits et places ou de plus de 300 lits et places	Centres hospitaliers généraux - Etablissements pluridisciplinaires publics - Etablissements pluridisciplinaires participant au service public hospitalier (PSPH) par intégration sous dotation globale
3. Etablissements PSY	Etablissements de psychiatrie n'ayant que du PSY +/- du soins de suite et de réadaptation (SSR) lié au PSY
4. Etablissements locaux	Hôpitaux locaux publics - Etablissements de soins médicaux PSPH par intégration sous dotation globale
5. Cliniques MCO de moins de 100 lits et places ou de plus de 100 lits et places	Etablissements de santé privés avec médecine et/ou chirurgie et/ ou obstétrique (MCO) - Etablissements MCO PSPH par concession (sous OQN)
6. Hôpitaux des armées	Hôpitaux des armées
7. SSR-SLD	Etablissements n'ayant que des soins de suite et de réadaptation et/ou des soins de longue durée (sans court séjour)
8. CLCC-CANCER	Etablissements classés centre de lutte contre le cancer (L. 6162-3 du Code de la santé publique)
9. HAD	Hospitalisation à domicile : exclusif ou très prédominant
10. Hémodialyse	Centre de dialyse : exclusif ou très prédominant
11. MECSS	Maisons d'enfants à caractère sanitaire et social, pouponnières et autres établissements sanitaires pour enfants (hors court séjour)

Source Bulletin Officiel n° 2006/4 du 15 mai 2006