

Animation	Rédaction	Relecture
M. Blassiau V. Bussy-Malgrange JC Réveil	V. Bussy-Malgrange J. Sirot	M Blassiau JC Réveil

**Participants : cf liste jointe page 7**

V. Stoeckel ne pouvant être présent, le temps prévu pour son intervention (retour d'expérience) sera consacré à une discussion sur les recommandations SFHH 2009 : Précautions standard (PS) et Précautions complémentaires contact (PCC).

La question concernant l'entretien des tuyaux des bacs à douches transportables en SSIAD n'ayant pu être traitée le matin, la réunion commence par ce point (cf CR Questions pratiques en débat).

**I – I N F O R M A T I O N S D I V E R S E S :**

**I.1. AVANCEMENT DES PROJETS 2009 ET PLANIFICATION DES ACTIONS**

**1) Antibio prophylaxie chirurgicale :**

La réunion des chefs de projet (M. Carlier et M. Gerdeaux) a eu lieu le 5 juin.

- Composition du comité de pilotage : M. Carlier, M. Gerdeaux, V. Bussy-Malgrange ; J.C. Réveil, un chirurgien (B. Llagone, clinique St Vincent d'Epernay, ayant spontanément fait part en 2008 de son intérêt pour ce projet sera contacté), 1 pharmacien, 1 microbiologiste.

Un appel sera lancé dans les prochains mois.

- Stratégie adoptée : utilisation du site web pour les domaines suivants :
- Recommandations, conférences de consensus, monographie des molécules
- Travail spécifique par type de chirurgie
- Les documents seront relus par des professionnels avant mise en ligne
- Forum de questions-réponses

Un appel à participation aux différents groupe de travail est envisagé.

Projet finalisé 1<sup>er</sup> semestre 2010.

**2) Réseau Ehpad :**

Le groupe projet, coordonné par Martine Blassiau comprend les 4 IDE coordonnatrices ayant répondu à l'appel à participer au comité de réflexion de janvier 2009. Il serait pertinent de compléter le groupe :

- de 2 médecins, Frédéric Munsch, médecin coordinateur des Ehpad au CHU, membre du comité de réflexion, sera interrogé sur ce point
- si le groupe projet est d'accord, inclure également 2 professionnels coordinateurs de Mas

**3) «Audit risque infectieux associé aux soins (RIAS) en Ehpad/Mas 2009-2010» :**

Deux auditrices ont été recrutées pour ce projet :

Jocelyne Sirot, secrétaire médicale au Resclin : 0,2 ETP sur 2 ans

Marie-Thérèse Verzeaux, IADE (retraîtée du CHU) : 0,4 ETP sur 1 an.

**4) Rencontre sur le bon usage des antibiotiques (BUA) en pédiatrie (diaporamas en ligne sur le site du Resclin) :**

La réunion du 28 mai, organisée avec le comité de pilotage habituel, les pédiatres du CHU et 1 pédiatre du CH de Charleville, a réuni 47 participants, dont plus de la moitié de médecins pédiatres ou généralistes.

Les participants et les organisateurs sont satisfaits.

Prochaines rencontres envisagées :

- BUA en réanimation, sur proposition de Christophe Strady
- BUA en gériatrie avec Régéca (réseau de gériatrie en Champagne-Ardenne) en juin 2010.

### **5) Formation-action communication destinée aux professionnels des EOHH :**

Le groupe projet est à constituer.

Il s'agira d'une formation par un intervenant extérieur.

Cette action, à la charge des participants (environ 600 €), est programmée en 2010. Il est donc nécessaire de diffuser l'information dès maintenant pour que les EOHH intéressées puissent l'intégrer aux demandes de formation continue.

### **6) Formation « Bonne gestion des endoscopes » :**

Société retenue : Biotech Germande, coût 390 € par personne pour un groupe de 10 personnes.

Cette formation est destinée aux équipes qui gèrent les endoscopes ; elle est à inscrire dès maintenant dans les demandes de formation continue pour 2010 (prévue les 21 et 22 janvier). Une nouvelle session sera organisée à la fin de 2010 si le nombre de participants est supérieur à 13.

### **7) Gestion du risque infectieux associé aux soins en accueil des urgences :**

Cette action fait suite à une demande de madame Pernet, directeur adjoint de l'ARH, qui a relu et complété le préprojet. Un appel à participer au groupe projet ou à la formation sera effectué très prochainement auprès des professionnels des services d'accueil des urgences via les EOHH et les présidents de Clin des établissements.

Cette formation se déroulera en 3 modules :

#### 1<sup>er</sup> module : 24 septembre :

- Bilan de l'existant en terme de pratiques professionnelles (précautions standard, précautions complémentaires, bionettoyage,...)
- Bilan des complications liées à l'accueil de patients à risque
- Connaître les attentes et les besoins des professionnels
- Définir les pratiques minimales en terme de prévention des infections (outils, organisation, communication)

#### 2<sup>ème</sup> module : 17 novembre :

- Evaluation du risque lors de l'admission du patient (dès le premier contact, y compris par la régulation téléphonique)
  - Mesures à prendre en situation à risque (pour le patient, pour les autres patients, pour les familles, pour les soignants,...)
- Communication autour d'un cas à risque : au patient, à ses proches, en interne, en externe

#### 3<sup>ème</sup> module : 8 décembre :

- Discussion des protocoles et validation
- Etablissement d'une grille d'évaluation

Deux sessions pourraient être prévues : une dans le nord, une dans le sud de la région.

### **8) 14<sup>ème</sup> journée régionale annuelle de formation (JRAF 14) :**

Le préprogramme est établi et sera bientôt diffusé (en ligne sur le site du Resclin).

### **9) Audit hygiène des mains :**

Le retour des données est en cours.

### **10) Evaluation des précautions complémentaires contact :**

Fera l'objet prochainement d'un appel à participer à un groupe de travail

### **11) Enquête Régionale de Prévalence des infections nosocomiales 2009 :**

Douze établissements sont inscrits, y compris des établissements cibles (ceux qui n'ont jamais participé à une surveillance).

### **12) Formations aux maison d'accueil spécialisée et foyer d'accueil médicalisé :**

Le 16 juin 2009 dans les locaux de la Clinique de Champagne de Reims.

### **I.2. Grippe A H1N1 :**

A la demande de la DRDass, et dans l'attente d'éventuelles recommandations du ministère, M. Blassiau, V. Bussy-Malgrange et JC. Réveil ont établi une fiche technique

synthétique précisant la conduite à tenir lors de la prise en charge d'un patient porteur (adressée le 2 mai 2009).

La vaccination anti-grippe n'est pas obligatoire pour le personnel hospitalier mais fortement recommandée. Malgré le doute subsistant sur la possibilité que le vaccin antigrippal annuel soit actif sur la grippe A H1N1, il est raisonnable d'anticiper dès maintenant en augmentant la quantité de vaccins commandés.

Les établissements souhaitent une recommandation du CCLin-Est ou du Resclin pour appuyer la campagne d'incitation au personnel à se faire vacciner.

**II – LA FORMATION CONTINUE : NOUVELLE REGLEMENTATION** (cf diaporama M. Blassiau). Cette nouvelle réglementation nécessite un bon montage des plans de formations afin que la formation en hygiène soit prise en charge en formation continue. Dans cette optique le Resclin adressera ses projets de formation le plus tôt possible.

### III – NOUVEAU PROGRAMME IFSI

Il ne paraîtra au bulletin officiel que mi-juillet. Le diaporama présenté ne peut donc être annexé. Le projet peut être consulté à l'adresse suivante :

<http://www.infirmiers.com/etud/formation-infirmiere-ifsu-nouveau-programme.php>

Durée des études : 3 années, soit 6 semestres de 20 semaines = 4200 heures

Répartition de l'enseignement : théorique (2100 heures), Clinique (2100 heures obligatoires)

Création d'un « portefeuille » dont les objectifs sont de :

- enregistrer la capitalisation des éléments de compétence
- favoriser pour l'étudiant, l'analyse de pratique dite pratique « réflexive » qui concourt à la professionnalisation des actions
- coordonner et positionner le suivi et les interventions du tuteur
- coordonner et positionner l'apprentissage au regard de ce qui sera exigé en terme de niveau à l'étudiant

Le «portefolio» est un outil de lisibilité et un guide pour le tuteur, les professionnels encadrant et peut être l'étudiant qui mesure ainsi sa progression. Il accompagnera l'étudiant sur ses lieux de stage.

Compétences :

- Unités de formation dont le contenu est soit contributif au métier, soit cœur de métier
- Unités d'intégration centrées sur :
  - la mobilisation des savoirs en situation pour acquérir les compétences
  - des unités de formation transversales d'anglais et de méthode
- Savoirs et savoir-faire acquis en milieu de travail

Stages :

Encadrés par un maître de stage, un référent et un tuteur

- semestre 1 : un stage de 5 semaines
- semestres 2, 3, 4, 5 : un stage de 10 semaines chacun

### Référentiel du diplôme

Dix compétences évaluées et certifiées :

- Compétences « cœur de métier » (n° 1 à 5) :

1. Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine des soins infirmiers
2. Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers
3. Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens
4. Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique
5. Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs

- Compétences « transverses » communes (n° 6 à 10) :

6. Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins
7. Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle
8. Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques
9. Organiser et coordonner des interventions soignantes
10. Informer et former des professionnels et des personnes en formation

**exemple: Unité d'enseignement en relation avec la compétence 3 (UE 2.10.S1 : Infectiologie hygiène)**

Objectifs : décrire les mécanismes d'action des agents infectieux et identifier les règles d'hygiène utilisées dans les établissements de soins et en argumenter l'usage.

Rôle des EOHH : en situation pratique de soins, établir un projet de formation avec les formateurs, centré sur les connaissances et capacités à développer pour acquérir des compétences en gestion des risques en situation de soins, qualité et hygiène. Les objectifs sont d'articuler les différents partenaires, en assurant leur cohérence et de former les maîtres de stage, référents et tuteurs, afin d'assurer un encadrement de demain de qualité permettant aux professionnels de demain d'être centrés sur une pratique réflexive et humaniste.

Un partenariat est établi entre Martine Carnot, conseillère technique et pédagogique en soins à la DRDass de Champagne-Ardenne et le Resclin (Martine Blassiau et Véronique Bussy-Malgrange) en cohérence avec les objectifs du Cclin (faire travailler les Arlin avec les conseillers techniques et pédagogiques).

**IV AUDIT SUR LES CATHETERS VEINEUX PERIPHERIQUES DU GREPHH**

Martine Blassiau fait partie du groupe de travail Grepsh.

Le Grepsh souhaite diffuser le protocole cet été, mais on ne connaît pas encore le mode adopté.

L'outil sera livré « clés en mains ».

La formation des auditeurs sera organisée par le Cclin-Est.

Les participants soulèvent le problème de la saisie sous Excel : tous ne disposent pas de cet outil. Dans ce cas, les établissements pourront se rapprocher du Resclin pour trouver une solution.

**V – LES NOUVELLES RECOMMANDATIONS PS ET PCC : APPLICATION PRATIQUE****1) Téléchargeable** sur le site de la SFHH (<http://www.sfhh.net>)

Ce consensus d'experts d'avril 2009 laisse une part importante au **libre arbitre** et à la **réflexion** centrée sur la clinique du patient quant à la mise en place des précautions complémentaires contact (PCC) ; il préconise une politique minimaliste de dépistage des BMR.

**2) Politique générale :**

*Les précautions standard s'appliquent toujours pour tous les patients : les précautions complémentaires contact viennent en complément.*

*Il est fortement recommandé d'adjoindre des précautions complémentaires contact chez les patients porteurs de micro-organismes émergents à haut potentiel de transmission croisée (ERG, EBLSE ...).*

**3) Débat autour des questions posées par l'assemblée :**

**Q1)** Sera-t-il aisé de faire la bonne analyse, pour le bon patient, au bon moment ?

→ Ces nouvelles recommandations recentrent la prise en charge sur le patient et sur la clinique. Le sens clinique prévaut chez les soignants qui ont eu souvent beaucoup de mal à s'approprier les anciennes recommandations qui, trop souvent, annihilent la réflexion et avaient valeur d'obligation plutôt que de sens clinique. Il faut reconnaître que l'avènement des SHA facilite énormément l'applicabilité des recommandations 2009

→ Certains participants qui ont déjà mis en application ces recommandations indiquent que cette évolution, plus cohérente avec la clinique, s'est faite sans difficulté.

**Q2)** Quelle tenue doit porter le professionnel soignant pour effectuer un pansement de plaie chronique chez un patient non étiqueté porteur de BMR ?

→ une plaie chronique est toujours colonisée (à BMR ou autre)

→ appliquer les précautions standard (gants+tablier). La surblouse n'est pas systématique ; elle est préconisée si le risque de souillure de l'agent et de sa tenue est important. En revanche, en fonction du geste, les surlunettes de protection ne seront pas oubliées.

→ le devant de la tenue du soignant est le plus exposé et le plus souvent les tabliers à usage unique, bien que non enveloppants derrière, suffisent

→ Si nécessaire et suffisant, on pourra envisager un tablier plastique à UU devant et un derrière pour protéger l'arrière de la tenue, pour un coût avantageux (surblouse : 30 cents, tablier : 4 cents)

→ quand le pansement est bien isolé et le lit propre la surblouse est superflue.

→ prévoir une seule surblouse sur le guéridon de soin pour faire face aux imprévus

**Q3)** Cas d'un patient en USLD porteur d'un SARM urinaire, sondé et déjeunant au réfectoire : que répondre aux soignants qui s'interrogent de ce fait sur la réalité des PCC :

→ la BMR ne doit pas faire changer d'attitude si les PS sont respectées car à elles seules elles assurent la quasi totalité des mesures barrières, notamment au cours des actions de socialisation où les patients sont en tenue de ville.

→ hygiène des mains régulière, nettoyage régulier des mains courantes,...

**Q4)** Dispositions pour le linge, la vaisselle des patients porteurs de BMR :

→ le linge suit le même circuit que celui des autres patients. En cas de linge mouillé, l'emballer dans un sac séparé.

→ il n'existe pas de dispositions particulières quant à la vaisselle (que ce soit pour les BMR, les salmonelles, l'hépatite A).

→ toujours bien respecter le circuit propre-sale

→ si la vaisselle est faite à la main utiliser de l'eau chaude (>40°C).

Exemple de cas où la vaisselle jetable peut être préconisée : patient atteint d'une tuberculose pulmonaire « active », uniquement pour éviter les aller et retour dans la chambre avec port du masque FFP2.

**Q5)** Que répondre aux soignants qui ne comprennent pas qu'il est inutile pour les visiteurs de patients en PCC de revêtir une tenue de protection :

→ les visiteurs sont en tenue de ville et ne réalisent pas de soins. Sauf cas particulier, ils ne rendent visite qu'à un seul patient et doivent suivre les règles qui leur sont indiquées (hygiène des mains, ne pas s'asseoir sur les lits, ne pas aller dans les toilettes des patients).

La tenue de ville est une barrière suffisante, par la superposition des tissus, pour protéger le visiteur de la contamination par les microorganismes diffusés par le patient, tout comme il est le plus souvent protégé des autres personnes qui peuvent être porteuses de BMR dans le bus, dans le métro ou dans un grand magasin, (lors de la cohue des soldes par exemple...).

Toutefois, dans certaines situations particulières, (tuberculose pulmonaire active, diarrhée profuse à *Clostridium difficile* toxigène...) les soignants « encadreront » les visiteurs et leur indiqueront les mesures à prendre.

**Q6)** Faux ongles et French manucure :

- Existe-t-il des matériaux adaptés aux soignants : non
- Que faire quand une manucure a affirmé le contraire : rappeler le point 2.1.4.1 des recommandations 2009 de la SFHH sur l'hygiène de mains

**Q7)** Rythme de changement des sondes urinaires avec sacs collecteurs :

→ Le rythme de changement indiqué par le fournisseur doit être respecté. Il dépend du matériel constituant la sonde

→ Le personnel ne doit pas faire varier la durée établie par le protocole sans discussion préalable avec le médecin ou l'EOHH

**Q8)** Cas d'un patient pour lequel le diagnostic d'infection par la gale a été porté 8 jours après son entrée :

→ Si les PS sont bien suivies, le risque de transmission est minime. Cependant, les personnes contact, et notamment les personnels de la blanchisserie, doivent être informés sur le risque, même minime, et sur la conduite à tenir

- Quel traitement choisir : per-os ou badigeon ?

Si le traitement doit être fait à grande échelle, préférer le per-os, efficace et plus facile à manier bien que présentant quelques contre-indications.

**Q98)** Protection de la tenue des soignants lors du transfert des sacs DAOM et DASRI :  
→ Tablier UU + gants

**Q10)** Si la prise en charge du patient est identique, qu'il soit ou non porteur d'une BMR, à quoi sert le dépistage ?

Il est recommandé à l'entrée en réanimation ou dans les services en situation épidémique et se limite aux patients à risque.

Dans les autres services, il n'est pas recommandé systématiquement. Il est donc nécessaire de respecter la politique décidée par le Clin de l'établissement qui, *a priori*, suivra le plus souvent les recommandations SFHH 2009.

Fin de la réunion : 17h15

### Liste des présents

Nom	Prénom	Etablissement	Ville
BEAUDIOT	Laurence	HL	Montier en Der
BEBENEK	Nathalie	GHAM	Romilly sur Seine
BERTOLINI	Joelle	CH	Vitry le François
BUREAU	Sophie	CHS Bélaïr	Charleville
BUREAU CHALOT	Florence	CHU	Reims
CAUSERET	Edith	CH	Langres
DEVIE	Isabelle	IJG	Reims
FREMOND LEJEUNE	Corinne	CHU-CHHM-HL	Reims/St Dizier- Joinville/Wassy
FUR	Madeleine	CH	Troyes
GARCIA	M.Christine	CH	Epernay
GERDEAUX	Michele	St-André/Les Bleuets	Reims
GEROMETTA	Florence	GHSA	Rethel
GOURY	Céline	Groupe Courlancy	Reims-Châlon Ch.
GUERLET	Agnès	CH	Epernay
GUMIERO	Christelle	Poly du Parc	Charleville
HONET	Marie-Odile	UGECAM	Charleville
KEBBI	Kwassar	Dr l'Hoste	Villers-Semeuse
LABREUR	Agnès	Clinique St-Vincent	Epernay
MARCHAL	Marie-Nadine	Clinique St-Vincent	Epernay
MESTRUDE	Chantal	IJG	Reims
MILBLED	Nadine	Ehpad	Fismes
NAGARA	Mohamed	CH	Chaumont
ODD	Nelly	CHU	Reims
PENIN	Florence	Clinique St-Vincent	Epernay
PHILIPPE	Christel	Groupe Courlancy	Reims-Châlon Ch.
REGNAULT	Corinne	CH	Chaumont
RICHARD	Géraldine	CH Argonne	Ste Menehould
SIMON	Chantal	Clinique St-Vincent	Epernay
TASSAN ZANIN	Angelina	HAD	Troyes
TERLAUD	Sandrine	HL	Bar sur Aube
THOUVENIN	Patricia	GHAM	Romilly sur Seine

*Cette liste contient le nom des personnes ayant émargé, pour les autres veuillez nous excuser*

### ANTENNE REGIONALE

BUSSY MALGRANGE Véronique  
BLASSIAU Martine  
FREYBERGER Angélique  
REVEIL Jean-Claude  
SAFRAN Gulay (secrétaire stagiaire)  
SIROT Jocelyne  
VERZEAUX Marie-Thérèse

### Liste des excusés

CARLIER Monique	JEBABLI Mounir
CIOBANU Eugen	SCOARNEC Christine
DE CHAMPS Christophe	WILLER Maryse
DE LESALLE Sophie	