

à lui seul 40 à 50 % de la flore bactérienne des mains. L'objectif de ce travail était de décrire les pratiques concernant le lavage des mains chez le personnel soignant à l'hôpital pédiatrique Canastel et d'évaluer les mesures de sensibilisation.

*Méthodes* : La méthode employée était celle de l'audit du lavage des mains, correspondant à l'observation pendant une heure de temps, du lavage des mains effectué par le soignant après un soin. Un premier audit a été réalisé en décembre 2002 dans trois des huit services d'hospitalisation (chirurgie urologique, maladies infectieuses et néphro-hémodialyse) et suivi d'un programme de sensibilisation au lavage des mains à l'adresse de tous les services hospitaliers (affiches, fiches techniques, organisation de conférences). Un audit d'évaluation a été mené dans les mêmes services en septembre 2003.

*Résultats* : Au total, 27 et 30 soignants ont été observés respectivement au premier et deuxième audit. Sur les 158 gestes observés (chirurgie urologique : 32, maladies infectieuses : 57, néphro-hémodialyse : 69), 34,2 % ont été effectués par des médecins et 57,6 % par des paramédicaux. 27 lavages simples (17,1 %) ont été observés, plus fréquemment parmi le personnel infirmier ( $P < 0,01$ ). 74,0 % des soins n'ont été suivis d'aucune procédure d'hygiène et les autres gestes ont été suivis d'une friction des mains à l'alcool chirurgical à 90° ou à l'eau de javel (14 cas). 20 lavages n'étaient pas effectués correctement (contact de savon insuffisant, port de bijoux, mauvais rinçage, utilisation d'essuie-mains non jetables). Le port de gants a été noté au cours de 15,8 % des gestes. La procédure choisie (lavage des mains ou non) était adaptée dans 25,9 % des cas. Parmi les procédures inadaptées, 95 % étaient insuffisantes au regard du risque infectieux. Au deuxième audit, les mesures de sensibilisation n'ont amélioré ni la fréquence du lavage des mains (audit 1 : 14,1 %, audit 2 : 23,1 %, NS) ni l'adaptation des procédures d'hygiène aux types de gestes effectués (audit 1 : 22,6 %, audit 2 : 32,7 %, NS).

*Conclusion* : Si le niveau des infections nosocomiales est un critère de la qualité des soins dans un hôpital, la sensibilisation des soignants au lavage des mains en tant que moyen réducteur des infections nosocomiales, reste insuffisante sans une action des gestionnaires pour la garantie des moyens de lavage.

#### P5-12

### Évaluation des facteurs de non récupération des radiographies thoraciques au lit

MOREAU C. (1), ROSENHEIM M. (1), BOURDILLON F. (1), GRENIER P. (2)

(1) Service de Santé Publique ; (2) Service de Radiologie, Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris, France.

*Objectifs* : L'objectif de cette étude a été d'identifier les caractéristiques des radiographies thoraciques au lit (RTL) non récupérées dans les deux heures qui suivent leur mise à disposition.

*Méthodes* : Étude transversale cas-témoins portant sur toutes les RTL effectuées durant une semaine hors unités de soins intensifs. Les cas ont été définis comme les RTL récupérées plus de deux heures après leur mise à disposition ou non récupérée et les témoins comme les RTL récupérées moins de deux heures après sa mise à disposition.

*Résultats* : Durant cette période, 183 RTL ont été réalisées : 64 % durant les jours et heures ouvrables et 36 % durant le service de garde (après 16 h en semaine et le week end). Le temps manipulateur moyen est de 34 minutes/RTL. 9 % des RTL ne sont jamais récupérées, 42 % des RTL sont récupérées dans un délai supérieur à deux heures et 49 % sont récupérées dans les deux heures qui suivent leur mise à disposition. Les RTL demandées durant le service de garde sont récupérées plus souvent que celles réalisées durant les heures ouvrables (rapport de risque = 1,64 ; intervalle de confiance à 95 % : 1,28-2,1 ;  $P = 0,0002$ ).

*Conclusion* : Les RTL demandées en garde sont mieux récupérées car répondant probablement à une indication réellement urgente. Ceci suggère qu'il existe sans doute des RTL urgentes et d'autres moins urgentes. Le fait d'admettre une indication moins urgente permettrait de mieux planifier l'activité du service de radiologie, en programmant les RTL selon leur degré d'urgence, tout en améliorant ses capacités de réalisation des RTL les plus urgentes.

#### P5-13

### Identification des infections du site opératoire après chirurgie gynéco-obstétrique par une surveillance épidémiologique hospitalière associée à un rappel téléphonique

TAVOLACCI M.P. (1), THIBON P. (1), LESTEVEN C. (1), BEHELLE M.J. (2), DROULON K. (1),

VON THEOBALD P. (2), HERLICOVIEZ M. (2), LECOUDOUR X. (1)

(1) Service d'Hygiène hospitalière ; (2) Service de Gynécologie-Obstétrique CHU de Caen, avenue de la Côte-de-Nacre, 14000 Caen.

*Objectifs* : Estimer la fréquence des infections du site opératoire (ISO), après chirurgie gynéco-obstétricale, non recueillies par une surveillance épidémiologique hospitalière et recensées après appel téléphonique aux patientes.

*Méthodes* : Toutes les patientes opérées pour césarienne, hystérectomie, chirurgie mammaire ou intervention sur les organes génitaux du 24/09/01 au 24/12/01, au CHU de Caen, ont été suivies. Les données recueillies concernaient l'âge, la durée de séjour. Les ISO étaient identifiées jusque 30 jours après l'intervention (définitions du Comité Technique des Infections Nosocomiales) pendant l'hospitalisation ou lors de la consultation post-opératoire ou enfin par un questionnaire standardisé téléphonique réalisé par un médecin hygiéniste auprès des patientes qui n'avaient pas eu de consultation post-opératoire. Le taux d'incidence des ISO a été calculé par une analyse de survie de Kaplan-Meier avec un risque  $\alpha$  de 5 %.

*Résultats* : Sur trois mois, 324 patientes, d'âge médian 35 ans [18-83], ont été opérées. La durée médiane de séjour était de sept jours [extrêmes : 1-79]. Au total, 13 ISO ont été diagnostiquées dans les 30 jours qui ont suivi l'intervention soit un taux d'ISO de 4,8 % (IC = 2,2-7,4). Six ISO sont survenues pendant l'hospitalisation. 99/324 (30,5 %) patientes ont été revues en consultation post-opératoire par les chirurgiens qui ont diagnostiqué trois ISO. Quatre ISO ont été déclarées par les 179 patientes (non revu en consultation post-opératoire) qui ont pu être contactées par téléphone (soit un taux de réussite par contact téléphonique de 81,7 % (179/219)).

*Conclusion* : Le rappel téléphonique des patientes après la sortie a donc permis de recueillir près d'un tiers des ISO (4/13) survenu après chirurgie gynécologie-obstétricale non recensé par une surveillance hospitalière et les consultations post-opératoires. Au vu de ces résultats, il serait intéressant de prendre en compte les ISO survenant après la sortie pour connaître le taux réel d'ISO.

#### P5-14

### Une approche du coût de la non-pertinence hospitalière

WOYNAR S. (1), HUET B. (1, 2)

(1) Université Paris 13, Hôpital Avicenne, Unité de Biostatistiques et Santé Publique, Informatique Médicale, 125, avenue Stalingrad, 93009 Bobigny Cedex, France ; (2) Laboratoire d'Informatique de Paris 6 (lip6), CNRS UMR 7606, Université P.-et-M.-Curie, Paris, France.

*Objectifs* : L'objectif de cette étude est de présenter les bases du coût d'opportunité (mesure des avantages perdus dans l'utilisation d'une alternative par rapport au meilleur usage) de la Non-Pertinence Hospitalière (NPH) dans le cadre de la tarification à la pathologie. Une journée non-pertinente au sein d'un séjour est définie par un niveau technique d'hospitalisation supérieur aux besoins du patient (EU-AEP). En France, 30 % des journées d'hospitalisation sont considérées comme non-pertinentes.

*Méthodes* : L'idée de base du calcul du coût d'opportunité est : une journée jugée non-pertinente pour un patient pourrait être remplacée par une journée pertinente pour un autre patient. Le calcul du coût présenté ici se place dans le cadre de la tarification à l'activité [permettant de s'affranchir de l'anomalie suivante : la meilleure alternative (journée pertinente avec soins) est au total toujours plus coûteuse que la moins bonne alternative (non-pertinence sans soin)]. Le coût d'opportunité (CO) est :  $CO = MT - MR$  ;  $MT = MR / (1 - NP)$  ;  $CO$  (en ISA) =  $MT \times NP$  ;  $CO$  (en [€]) =  $CO$  (en ISA)  $\times$  valeur du point ISA. [avec : MT : points ISA avec NPH nulle ; MR : points ISA collectés avec NPH non nulle ; NP : taux de NPH].

*Résultats* : Pour un service clinique dont le taux de non-pertinence est de 35 % avec 1 400 000 points ISA pour une année XXXX,  $MT = 2\,153\,846$  points ISA,  $CO = 753\,846$  points ISA. Chaque cause peut être calculée : si 3 % des journées non-pertinentes sont dues à une attente de consultation de telle spécialité :  $CO = 64\,615$  points ISA. Remarque : une NPH nulle n'est certainement pas un objectif à atteindre car il n'est certainement pas l'optimum du coût.

*Conclusion* : L'intérêt pour le gestionnaire est de mettre en balance la perte de financement lié la non-pertinence avec l'opportunité d'intervenir et de réorganiser ses procédures de soins.

#### P5-15

### Impact de la première hospitalisation sur la prise en charge de patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive : étude dans deux services de Pneumologie d'un CHU

HERAULT T. (1), DELBOS V. (1), TAVOLACCI M.P. (1), JOSSET V. (1, 4), FROMENT L. (1, 4), MERLE V. (1, 4), NOUVET G. (2), MUIR J.F. (3), LADNER J. (1, 4), CZERNICHOW P. (1, 4)

(1) Département d'Épidémiologie et de Santé Publique ; (2) Clinique Pneumologique ; (3) Service de Pneumologie, CHU de Rouen-Hopitaux de Rouen ; (4) Réseau de Recherche sur le Système de Soins, Université de Rouen, France.

*Objectifs* : Identifier les conséquences d'une première hospitalisation sur le mode de prise en charge de patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO).

*Méthodes* : Les patients hospitalisés pour la première fois pour BPCO, entre 1998 et 2001 au CHU ont fait l'objet d'un recueil des modalités de prise en charge hospitalière et du recours aux soins dans les six mois précédant et suivant l'hospitalisation. Les caractéristiques des patients étaient analysées par une analyse factorielle des correspondances (AFC). Les patients ayant un suivi spécialisé avant l'hospitalisation étaient comparés aux autres par régression logistique.

*Résultats* : À l'AFC, les critères sociodémographiques des patients (axe 1 : 12 % de l'inertie), l'accessibilité de l'hôpital (niveau d'urbanisation, distance et temps d'accès) (axe 2 : 11 %) et le mode de prise en charge antérieur (axe 3 : 10 %) caractérisaient la cohorte des 165 patients, dont 72 (43,6 %) étaient suivis par un spécialiste et 93 (56,3 %) par un généraliste. Les antécédents, la gravité de la BPCO et la présence de co-morbidités ne différaient pas entre ces deux groupes. Les patients suivis par un pneumologue bénéficiaient plus souvent d'actes de kinésithérapie ( $P < 0,001$ ), avaient moins souvent une modification de leur traitement ( $P < 0,001$ ), étaient plus souvent admis de façon programmée ( $P < 0,001$ ), étaient moins fréquemment revus par un pneumologue hospitalier