

NOSO News



Bulletin n°67 - Numéro spécial « Surveillances » interrégion Ouest

Octobre 2013



ISSN 2266-4912

ÉDITORIAL

La coordination des réseaux de surveillance est une activité importante des Cclin. Elle représente 33% des activités du Cclin Ouest. Coordonnée par P. Jarno et H. Sénéchal, elle mobilise une équipe de 2,2 ETP biostatisticiennes (M. Perennec-Olivier, S. Glorion et A. Ingels) qui sont en contact direct avec les établissements, analysent les données et rédigent les rapports de surveillances. M.Y. Dixon assure le secrétariat des surveillances (0,5 ETP).

Depuis 2008, le Cclin Ouest s'est spécialisé dans le développement des outils web de surveillance, sept outils ont été développés (webISO interrégional puis national, WebBMR, ConsoATB, prévalence IN (méthodologie ENP 2006 puis 2012) et prévalence ATB).

N. Garreau, informaticienne de formation, a pris la suite de P. Angora, pour le développement et la mise des applications web du Cclin sur 0,8 ETP.

Depuis 2009, la coordination nationale de la surveillance ISO Raisin nous a été confiée. P. Jarno et M. Pérennec-Olivier en sont les chevilles ouvrières.

Nous vous présentons dans ce numéro spécial « surveillances », les résultats interrégionaux 2012 des surveillances Raisin (AES, Réa, ConsoATB, ISO et BMR) et les résultats de la surveillance interrégionale sur l'utilisation des anti-infectieux (Prévalence ATB).

Cette dernière spécificité de notre Cclin, créée en 2008, permet chaque année à plus de 130 établissements volontaires d'évaluer, un jour donné, leurs pratiques en matière d'antibiothérapie à partir de 8 indicateurs. A l'heure où se multiplient les épidémies d'EPC, les établissements de l'interrégion Ouest peuvent évaluer leurs pratiques dans le domaine sensible de l'antibiothérapie grâce à un outil clé en main qui leur permet l'édition d'un poster et d'un rapport automatisé. Les EHPAD adossés à un établissement de santé ont la possibilité d'utiliser cet outil.

La Semaine de la Sécurité du Patient se renouvelle du 25 au 29 novembre prochains. Dans le cadre de cette action mais aussi dans celui de la mission mains propres du 5 mai 2014, le groupe de travail sur l'hygiène des mains du réseau Cclin-Arclin (Grhym) propose aux équipes opérationnelles d'hygiène des établissements de santé, une démarche de communication sur l'hygiène des mains. Elle permet d'impliquer les professionnels de santé dans une action de communication engageante susceptible de faire évoluer les comportements des patients et des professionnels. Plusieurs outils d'accompagnement de cette démarche sont proposés par le Grhym.

Au sommaire

Edito	p.1
Bloc-notes	p.2
Surveillance ISO 2012	p.2
Surveillance AES 2012	p.3
Surveillance REA 2012	p.5
Surveillance BMR 2012	p.5
Prévalence utilisation des anti-infectieux 2012	p.7
Surveillance consommation ATB et résistance bactérienne	p.8
Communication soignant-soigné sur l'hygiène des mains	p.10
A propos	p.11

Martine Aupée

Congrès et journées dans l'Ouest

- XIII^e journée nantaise d'hygiène hospitalière
21 novembre Nantes, Graslin
- Demi-journée surveillance - 3 décembre (matin)
Amphi CCP Pontchaillou, Rennes, CClin Ouest
- 2^{es} Rencontres territoriales d'hygiène - Territoire de santé - 5 - 3 décembre - CHU Rennes
- Journée «La gestion des risques et la prévention des IAS» reportée au 3 avril 2014 - Rennes, CClin Ouest
- Journée « Maternité » - 15 mai 2014 - Rennes, CClin Ouest
- Journée « Signalement » - 16 octobre 2014
Rennes, CClin Ouest

Autres congrès et journées

- RICAI - 21 au 22 novembre - Paris
- 3^e édition « Semaine de la sécurité des patients, engageons-nous pour des soins plus sûrs » - 25 au 29 novembre
Site du Ministère
- 15^{es} Journées Internationales de la qualité hospitalière & en Santé « cap sur le parcours de santé » - 25 au 26 novembre
Paris La Villette - Cité des Sciences et de l'Industrie
- XXXVI^{es} Journées régionales d'hygiène hospitalière et de prévention des infections nosocomiales - 12 et 13 décembre
Strasbourg

Résultats de la surveillance des infections du site opératoire en 2012 dans l'interrégion Ouest

La surveillance des ISO est un dispositif complexe. Au-delà du rôle central de l'EOH, sa mise en œuvre nécessite l'implication d'un grand nombre de professionnels des services ou des blocs opératoires (anesthésie, chirurgie), des professionnels du Système d'Information Hospitalier (service informatique ou DIM) mais aussi des personnels de l'établissement de santé (ES) en position de leadership (direction, CME). Plus que tout autre réseau de surveillance, la surveillance des ISO, notamment des interventions prioritaires (patient-based), nécessite de renforcer la collaboration des acteurs de santé intra et inter établissements.

Méthode

Les services avaient le choix entre la surveillance d'interventions prioritaires avec inclusion des patients sur les six premiers mois de l'année 2012 et revus un mois après leur intervention et la surveillance globale « agrégée » (unit based) avec recueil de données concernant le patient (âge, sexe, infection...) et l'intervention (code, date) seulement en cas d'ISO.

Résultats

Participation

En 2012, 62 établissements et 167 services ont participé à la surveillance des interventions prioritaires. Cela représentait 19 159 interventions.

Concernant la surveillance agrégée, elle a été choisie par 267 services de 83 établissements qui ont recueilli 389 ISO.

La participation à la surveillance des interventions prioritaires supposait d'inclure par spécialité au moins 100 interventions sur 6 mois afin de calculer par service un RSI (Ratio Standardisé d'Incidence) qui ait un sens en termes de puissance statistique. Dans l'ensemble, les services ont des difficultés à inclure au moins 100 fiches par grande spécialité (tableau 1).

La totalité des CLCC ont participé à cette surveillance ainsi que la majorité des CHU (4/6) et près de la moitié des CH (45%).

Parmi les services ayant renseigné l'item « procédure de suivi en post-hospitalisation », 54 services de 30 établissements (59%) déclarent avoir une procédure de suivi des patients après la sortie sur 94 services ayant renseigné cet item (27 services de 12 établissements n'ont pas de procédure de suivi et 10 services de 6 établissements ont codé cet item « inconnu »).

Soixante seize services de 36 établissements n'ont pas renseigné l'item soit 45,5% du nombre de service total. Concernant la surveillance prioritaire, un tableau de bord reprenant les principaux résultats, a été créé pour chacune des spécialités prioritaires.

Le taux d'incidence parmi les patients n'ayant aucun facteur de risque (NNIS-0; âge < 65 ans; intervention programmée; durée de séjour préopératoire ≤ 1 jour) était estimé en 2012 :

- en gynécologie obstétrique à 1,43% (IC95%=[0,89-1,97])
- en chirurgie viscérale à 1,05% (IC95%=[0,59-1,51])

Tableau 1 : nombre de services par spécialité d'interventions prioritaires

Groupe d'interventions prioritaires	Nb interv.	Nb services			Nb interv. médian par service
		Global	>=50 interv.	>=100 interv.	
Chirurgie viscérale	5468	52	44	29	100
Chirurgie orthopédique	5768	48	43	33	102
Neurochirurgie	649	6	6	5	100
Chirurgie gynéco-obstétrique	4323	48	33	21	94
Chirurgie urologique	1448	20	12	8	76
Chirurgie exérèse veineuse	1503	20	9	7	45

- en orthopédie à 0,64 % (IC95 %=[0,13-1,15])
- en urologie à 1,72 % (IC95 %=[0-3,7])
- en neurochirurgie, le taux d'incidence global était de 0,15 % (IC95 %=[0,00%-0,46%])

Quelle que soit la spécialité, l'incidence augmentait avec l'indice NNIS.

Conclusion

Malgré la mise en place de la surveillance globale agrégée, la participation à la surveillance des interventions prioritaires est restée forte en 2012. La comparaison de ses propres résultats à ceux des autres services restent un moteur important de la participation des services à la surveillance ISO RAISIN.

La baisse de l'incidence mise en évidence entre 2007 et 2011 globalement et dans les principales spécialités tend à se ralentir en 2012. C'est également le cas au niveau national.

En 2014, deux modules optionnels seront proposés aux services participant à ISO RAISIN. Il s'agit d'un module « facteurs de risque individuels » (poids, taille, existence d'un diabète et tabagisme) et d'un module d'évaluation de l'antibioprophylaxie. Le choix de participer (ou non) à ces modules devra se faire au niveau du service (et non de chaque patient inclus dans la surveillance par le service).

Merci pour vos retours. Ils nous permettent d'affiner nos protocoles et rapports de résultats en fonction de vos besoins.

A noter que vient d'être mis en ligne sur le site de l'ECDC, le rapport de la surveillance européenne des infections du site opératoire. Les données 2010 et 2011 de 20 réseaux de surveillance de 15 pays ont été analysées. Vous pouvez prendre connaissance du rapport détaillé à l'adresse suivante :

<http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/SSI-in-europe-2010-2011.pdf>

Les rapports des résultats 2012 sont disponibles sur le site du Cclin Ouest aux adresses suivantes :

Surveillance prioritaire :

http://www.cclinouest.com/PDF/Surveillance/ISO/ISO_CCLINO/r_iso2012_PRIO_v4.pdf

Surveillance agrégée :

http://www.cclinouest.com/PDF/Surveillance/ISO/ISO_CCLINO/rapport_iso12_AGRE_v1.pdf

Marion Pérennec, Pascal Jarno

Surveillance des Accidents d'Exposition au Sang dans l'interrégion Ouest en 2012

Introduction

La surveillance des Accidents d'Exposition au Sang (AES) existe depuis 1999 sur proposition d'un groupe de travail composé de membres du RAISIN et du Groupe d'Etude sur le Risque d'Exposition au Sang (GERES)

Il s'agit de documenter les circonstances de survenue des AES (catégories de personnel et de services les plus exposées, identification des procédures de soins et des matériels en cause) et de proposer des stratégies de prévention.

Matériel et méthodes

La participation à cette surveillance repose sur le volontariat des établissements de santé (ES).

La période de surveillance est l'année civile : elle s'est étalée de janvier 2012 à décembre 2012.

Tous les AES survenant dans l'établissement chez un membre du personnel, un étudiant ou un stagiaire et faisant l'objet d'une déclaration à la médecine du travail sont inclus dans l'étude.

Est défini comme accident avec exposition au sang : tout contact percutané (piqûre, coupure) ou muqueux (œil, bouche) ou sur peau lésée (eczéma, plaie) avec du sang ou un produit biologique contenant du sang pour lesquels le risque viral est prouvé.

Participation

En 2012, 244 ES ont participé à la surveillance AES. 3908 AES y ont été recensés. Depuis 2000, le nombre de participants ne cesse d'augmenter. Entre 2011 et 2012, 38 ES supplémentaires ont participé et 424 AES de plus ont été déclarés.

La majorité des ES qui ont participé à la surveillance (68,9%) sont des ES de petite taille (<300 lits). Mais la plus grande partie des AES (49,2 %) est déclarée dans les ES de grande taille (>1000 lits).

La participation a été plus forte en Bretagne et région Centre (Tableau 1).

Tableau 1 : Répartition de la participation des ES par région

Nombre d'ES par région	Effectif	Pourcentage (%)	Effectif ES région	Taux de participation
Basse-Normandie	40	16,4	61	65,6
Bretagne	67	27,5	127	52,7
Centre	74	30,3	122	60,6
Pays de la Loire	63	25,8	137	46,0
Total	244	100,0	447	54,6

Résultats

Les services de médecine, où les soins aux patients sont les plus lourds, les blocs opératoires, les services de chirurgie et d'urgences ont déclaré plus de 2 AES sur 3. Le personnel paramédical représente 79% des agents ayant déclaré un AES.

Sur 100 agents accidentés, 70 se blessent par piqûre, 16 se blessent par projection et 12 par coupure. La part restante (2%) correspond aux victimes d'AES par griffure, morsure ou autre.

Les accidents percutanés, causés par des piqûres et des coupures sont majoritairement superficiels. Les projections touchent principalement les yeux.

Les injections, la chirurgie, les tâches en dehors de contacts directs avec le malade (manipulation, transport de déchets, de produits biologiques, rangement, nettoyage) et les prélèvements sont les quatre tâches en cours les plus fréquentes lors des AES. Elles représentent 2 AES sur 4.

Plus de 40% des agents ont été victimes d'AES en manipulant une aiguille montée ou non montée.

Dans 63,3% des cas (2472 AES), l'agent portait des gants au moment de l'accident. Plus d'un agent sur trois (43,2%) affirme avoir eu un conteneur à portée de main lors des différentes tâches à effectuer auprès du malade.

Pour les accidents percutanés, la proportion d'AES évitables diminue significativement depuis 2008 (39,4% en 2008 ; 28,9% en 2012 : $p < 10^{-4}$). Les AES évitables concernent majoritairement la manipulation d'instruments souillés (50,9%), en particulier le ramassage des objets pour les éliminer (15,4%) et la prise en main ou la pose d'objets sur un plateau ou une table (13,1%). La manipulation d'aiguilles (36,5%) est l'autre cause principale d'AES évitables. La plupart des AES évitables survient chez le personnel de soins, fonction significativement la plus touchée ($p < 10^{-4}$). Une plus grande proportion des AES évitables a lieu lorsque l'agent est seul en cause et lors d'injections ($p < 10^{-4}$).

Entre 2006 et 2011, l'utilisation des moyens de protection a progressé que ce soit pour le port de gants (53,4% en 2006 et 63,3% en 2011) ou pour la présence d'un conteneur (37% en 2006 et 43% en 2011).

Un manque de protection (port de gants, présence d'un conteneur à portée de mains) est significativement retrouvé dans les cas d'AES évitables ($p < 10^{-4}$). En revanche, que l'AES soit évitable ou non, l'application des soins immédiats est identique.

L'incidence en 2012 est de 0,14 pour 100 admissions, de 3,15 pour 100 agents et de 5,54 pour 100 IDE. Depuis 2008, l'incidence diminue significativement ($p < 10^{-4}$) (Tableau 2).

Tableau 2 : Comparaison des taux d'incidence depuis

Année	Taux pour 100 admissions	Taux pour 100 agents	Taux pour 100 IDE
2003	0,28	3,68	11,23
2004	0,25	3,18	8,13
2005	0,22	3,36	6,68
2006	0,18	3,97	7,10
2007	0,18	3,56	5,18
2008	0,16	3,96	6,80
2009	0,17	3,61	6,56
2010	0,14	3,40	5,81
2011	0,15	3,56	6,34
2012	0,14	3,15	5,54

L'incidence des AES est plus importante dans les cliniques MCO, les CHU, les CLCC et les SSR que dans les autres types d'ES. Elle est plus faible dans les hôpitaux psychiatriques.

Conclusion

Les AES ont principalement lieu dans les services de médecine, du bloc opératoire, de chirurgie et des urgences. Le personnel paramédical est le plus touché (79,3% des AES) en particulier les infirmières. Les femmes sont les plus à risque d'AES, mais elles sont largement majoritaires dans les professions concernées.

L'âge et l'ancienneté semblent diminuer le risque d'AES : le personnel jeune (20-30 ans) et avec peu d'expérience (moins de 4 ans) est le plus victime d'AES.

Comme les années précédentes, les AES par piqûre restent les plus importants. Les élèves sont les plus touchés par ce type d'AES.

La manipulation d'aiguilles cause plus de 40% des AES, dont 11% lors du recapuchonnage d'aiguilles. Le recapuchonnage d'aiguilles est en baisse depuis 2009 (ce procédé est proscrit selon les précautions standard définies par le Ministère de la Santé).

Même si les moyens de protection contre les AES sont de plus en plus utilisés entre 2006 et 2011, près de 1 AES sur 4 pourrait être évité par le respect de ces recommandations. Il est donc utile de poursuivre ou de mettre en place des formations sur le port des gants, la présence d'un conteneur à portée de mains ou sur les gestes à proscrire.

Le rapport interrégional complet est disponible sur le site du Cclin Ouest, à l'adresse suivante :

http://www.cclinouest.com/PDF/Surveillance/AES/AES_CCLINO/RapportCCLINAES2012.pdf

Anne Ingels, Pascal Jarno

Résultats préliminaires de la surveillance REA dans l'interrégion Ouest 2012

Le Cclin Ouest participe à la surveillance nationale REA-RAISIN (Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales) depuis les années 2000.

Méthode

Etait inclus tout patient hospitalisé plus de 48h dans un service de réanimation (les services de surveillance continue sont exclus). Seules les infections survenant plus de 2 jours après l'entrée dans le service sont prises en compte. La surveillance se déroule sur toute l'année.

Participation

En 2012, la surveillance concerne 27 services correspondant à 26 établissements, ce qui représente 79% des établissements ayant au moins un service de réanimation dans l'interrégion Ouest (26/33). 8 922 patients ont été inclus.

Résultats

Neuf cent quatre vingt onze patients ont présenté au moins une infection nosocomiale, soit un taux de patients infectés de 11% et 1 455 infections ont été diagnostiquées (1,5 infections par patient infecté), soit un taux d'infections de 16,3%.

Les infections se répartissent en 756 pneumopathies (52,0%) dont 691 liées à l'intubation, 319 bactériémies (21,9%), 84 infections liées au cathéter (5,8%), 296 infections urinaires (20,3%) dont 277 liées au sondage.

Graph 1 : densité d'incidence depuis 2008

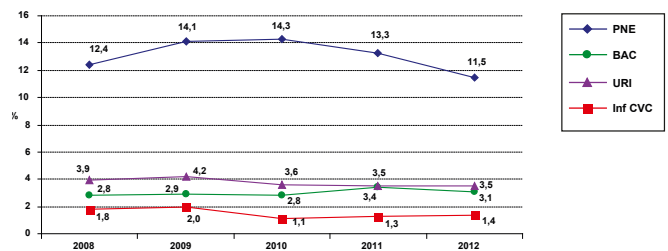


Tableau 1 : exposition aux dispositifs invasifs

Dispositif invasif	Patients exposés		
	n*	nb patients	%
Intubation	8 907	6 396	71,8
Cathéter veineux central	8 920	5 425	60,8
Cathéter hémodialyse	8 920	995	11,2
Sondage urinaire**	8 354	7 295	87,3

* les inconnus n'ont pas été inclus dans le calcul

** Un établissement n'a pas effectué la surveillance des infections urinaires

Conclusion

La participation des services de réanimation reste stable (79% des services en 2012). On note une tendance à la baisse des densités d'incidence des infections pulmonaires liées à l'intubation, pour les autres sites les densités d'incidence restent stables.

Sophie Glorion, Nadine Garreau, Pascal Jarno

Résultats préliminaires de la surveillance BMR interrégionale 2012

La maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes (BMR) dans les établissements de santé (ES) est une priorité du programme national de lutte contre les infections nosocomiales. Le Cclin Ouest organise la surveillance des BMR sur son interrégion depuis 2000.

Le programme national de prévention des infections associées aux soins en ES 2009-2012 (Propin) a fixé des objectifs quantifiés pour la maîtrise de la diffusion des BMR et l'émergence de phénomènes infectieux à potentiel épidémique.

Méthode

La période de surveillance nationale est fixée à trois mois (avril à juin) ; les bactéries ciblées sont les SARM et les β LSE. Le Cclin Ouest propose une surveillance continue sur l'année aux établissements de santé (ES) qui le souhaitent, en élargissant le champ des BMR étudiées aux *Acinetobacter baumannii*, aux ERV et aux entérobactéries productrices de carbapénémases avec ou sans β LSE. Les données SARM et entérobactéries β LSE recueillies sur une période de 3 mois (1^{er} ou 2^e trimestre) sont transmises au niveau national pour une analyse France entière sur un trimestre à partir des données des 5 Cclin.

Participation

En 2012, 276 ES ont participé à la surveillance des BMR, dont 94 sur 3 mois uniquement soit 34% des ES participant (36% en 2011, 41% en 2010, 40% en 2009, 48% en 2008, 45% en 2007).

Quarante-neuf pour cent des ES (n=134) effectuent la surveillance exclusivement sur les SARM et les entérobactéries β LSE (47% en 2011, 37% en 2010, 23% en 2009, 43% en 2008 et 36% en 2007).

Résultats

Les résultats présentés concernent les BMR recensées dans l'interrégion Ouest sur l'année 2012.

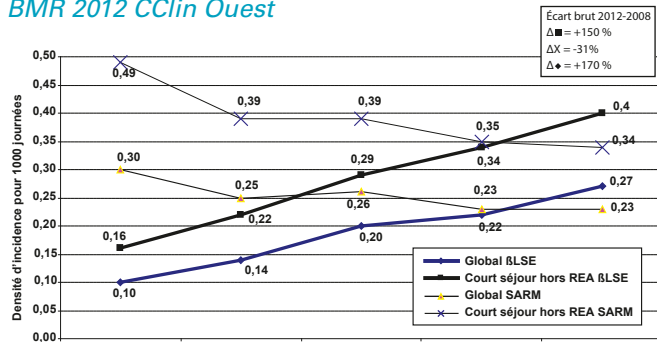
La densité d'incidence globale (DI, pour 1000 journées) des SARM est de 0,23, comme en 2011 (Figure 1) et de 0,34 en court-séjour hors REA (0,35 en 2011).

Cinquante-neuf établissements (5 MCO, 17 hôpitaux locaux, 16 SSR, 16 CHS, 4 CH et 1 CLCC) ont une DI des SARM nulle.

La DI globale des E β LSE est en hausse (Figure 1) à 0,27. Pour le court-séjour hors REA, la DI des E β LSE progresse également, à 0,40 (0,34 en 2011).

Soixante et un établissements (5 MCO, 20 hôpitaux locaux, 14 SSR, 16 CHS, 3 CH, 2 CLCC et 1 SLD) ont une DI des E β LSE nulle.

Figure 1 : Evolution de la densité d'incidence SARM/BLSE depuis 2008 BMR 2012 CCLin Ouest



La répartition par type d'ES montre une densité d'incidence EBLSE plus élevée que celle des SARM quel que soit le type d'établissements, exception faite des CLCC (Tableau 1).

La densité d'incidence des SARM reste constante par rapport à 2011 dans les CH, les MCO, les SSR/SLD et les CHS/PSY ; elle diminue dans les CHU. Elle augmente en REA mais diminue en CS hors REA.

La densité d'incidence des EBLSE augmente par rapport à 2011 ; cette augmentation est significative, d'une part par type d'ES pour les CH et les hôpitaux locaux ($p \leq 0,01$), et d'autre part, pour tous les types de séjour ($p \leq 0,05$) excepté en psychiatrie (tableaux 1 et 2).

Tableau 1 : DI SARM et EBLSE par type d'établissement - BMR 2012 CCLin OUEST

Type d'ES	Nombre de journées	SARM		BLSE	
		Nombre	DI % JH	Nombre	DI % JH
CHU	924 537	300	0,32	384	0,42
CH*	5 585 632	1 667	0,30	1 836	0,33
Clinique MCO	1 576 828	327	0,21	520	0,33
CLCC	89 700	26	0,29	12	0,13
H. Local	563 893	110	0,20	127	0,23
SSR/SLD	1 363 842	162	0,12	229	0,17
CHS/PSY	1 435 774	13	0,01	24	0,02
TOTAL	11 540 206	2 605	0,23	3 132	0,27

* Hôpital militaire et CHR inclus

Tableau 2 : DI SARM et EBLSE par type de séjour - BMR 2012 CCLin OUEST

Type d'ES	Nombre de journées	SARM		BLSE	
		Nombre	DI % JH	Nombre	DI % JH
CS	5 752 058	2 026	0,35	2 426	0,42
CS Hors REA	5 634 419	1 912	0,34	2 226	0,40
REA	117 639	114	0,97	200	1,70
SSR/SLD	3 950 644	565	0,14	681	0,17
PSY	1 837 504	14	0,01	25	0,01
TOTAL	11 540 206	2 605	0,23	3 132	0,27

La répartition des EBLSE par germe montre une nette prédominance des *E. coli* (Tableau 3). Leur part communautaire est importante (40%) (*E. coli* BLSE répertoriées le jour de l'admission ou le lendemain, ou dans les services d'urgences quel que soit le jour).

Les *E. coli*, *K. pneumoniae* et *E. cloacae* sont en augmentation par rapport à 2011, tant en effectif qu'en pourcentage.

La DI des *E. coli* poursuit sa hausse en 2012 : 0,17 (0,15 en 2011, 0,13 en 2010, 0,10 en 2009 et 0,07 en 2008).

Tableau 3 : Répartition des souches d'EBLSE selon l'espèce - BMR 2012 CCLin OUEST

Germe	2011		2012	
	Nombre	%	Nombre	%
<i>E. coli</i>	1 708	68	1 953	62,4
<i>E. cloacae</i>	293	11,7	475	15,2
<i>K. pneumoniae</i>	280	11,1	445	14,2
<i>E. aerogenes</i>	38	1,5	36	1,1
Autres	193	7,7	223	7,1
TOTAL	2 512	100,0	3 132	100,0

Indicateurs du PROPIN

Dans le chapitre sur la maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes et l'émergence de phénomènes infectieux à potentiel épidémique du PROPIN 2009-2012, figuraient deux objectifs de résultats chiffrés.

Objectif 1 : en 2012, le taux d'incidence des SARM isolés de prélèvements cliniques pour 1 000 journées d'hospitalisation a diminué d'un quart, y compris pour les bactériémies à SARM [données de référence : BMR RAISIN 2008].

La diminution de la DI SARM globale entre 2008 et 2012 de l'inter région Ouest est de 13%^[1].

La DI des bactériémies à SARM a doublé^[1] entre 2008 (0,02) et 2012 (0,04) ; ces chiffres sont cependant à prendre avec précaution car en 2008, les doublons d'hémoculture n'étaient pas identifiés comme en 2012.

Objectif 2 : en 2012, la proportion de souches d'*Enterococcus faecium* résistants aux glycopeptides reste inférieure à 1% au niveau national [référence : réseau EARSS-France].

La surveillance de BMR ne permet pas de connaître ce chiffre car il y a beaucoup de données manquantes (nombre total d'*Enterococcus faecium*). Obtenir ce chiffre sera un objectif pour 2014.

Autres actions de lutte contre les BMR proposées dans le PROPIN :

- **Délai réduit entre le diagnostic et la mise en place des mesures**
Ce délai s'établit à 3 jours et demi en 2012.
- **Repérage des patients porteurs déjà connus**
Dans l'enquête « *E. cloacae* BLSE en réanimation » en 2012, 10 services sur 35 (33%) avaient un repérage des patients porteurs de BMR, dont 8 avec un repérage informatique.
- **Information du patient porteur**
Sur les patients présents et pour lesquels les précautions sont applicables en 2012, 29,3 % ont reçu une information et celle-ci est tracée.

[1] La valeur cible utilisée est le troisième interquartile de la distribution des DI observées dans l'inter région Ouest, qui reflète la valeur maximale de 75% de l'ensemble des DI observées (objectifs PROPIN).

Mais aussi :

• *Réflexion sur la politique de dépistage*

Sur 144 ES ayant répondu à l'enquête d'autoévaluation de la politique générale de la maîtrise de la transmission croisée en 2012, 97 (67%) ont eu une réflexion sur leur politique de dépistage.

Conclusion

La participation des ES dans l'interrégion Ouest est en augmentation constante : en 2012, 67,6%^[2] des ES (6 CHU, 78 CH (dont 1 hôpital militaire et 1 CHR), 62 MCO, 4 CLCC, 52 SSR/SLD, 51 HL et 23 CHS ont pratiqué la surveillance BMR). Soixante-six pour cent des ES participant ont pratiqué un suivi continu sur l'année.

La DI globale SARM est de 0,23. Elle baisse de 13%^[1] depuis 2008. L'objectif PROPIN n'est pas atteint, mais l'incidence en 2008 était déjà faible dans l'interrégion Ouest.

La DI globale des EBLSE, 0,27, est par contre en hausse de 157%^[2] sur la même période.

E. coli est le germe le plus fréquent parmi les EBLSE (62% en 2012).

Deux entérobactéries avec une carbapénémase ont été identifiées sur la période de surveillance 2012, dont une associée à une BLSE.

La forte augmentation des EBLSE (620 souches de plus qu'en 2011) est inquiétante, il convient donc de rester vigilants sur les souches qui peuvent s'implanter en milieu hospitalier (*K. pneumoniae* et *E. cloacae*).

Sophie Glorion, Hélène Sénéchal

[2] Base SAE 2011

Résultats de l'enquête de prévalence sur l'utilisation des anti-infectieux dans l'interrégion Ouest en 2012

Introduction

Le CCLin Ouest propose tous les ans aux établissements de santé (ES) une enquête de prévalence sur les anti-infectieux (AI) afin de les inciter à évaluer leurs pratiques à sensibiliser les professionnels au bon usage des AI. Cette enquête a pour but de mesurer la qualité technique des AI prescrits et de réaliser un état des lieux en matière d'évaluation des pratiques.

Méthodes

Il s'agit d'une enquête de type « un jour donné », entre le 29 mai et 28 juin 2012 ou dernier trimestre 2012. Sont inclus les AI prescrits par voie générale dans les services d'hospitalisation. Huit indicateurs de bon usage des AI ont été étudiés :

- Proportion de réévaluation de traitement
- Proportion d'anti-infectieux non indiqués en monothérapie (acide fusidique, aminosides, fosfomycine IV et rifampicine) prescrits en association
- Proportion d'aminosides prescrits en dose unique
- Proportion d'adaptation des posologies chez l'insuffisant rénal pour les aminosides (données du GPR® et degré d'insuffisance rénale)
- Proportion d'adaptation des posologies chez l'insuffisant rénal pour la vancomycine (idem)
- Proportion de fluoroquinolones orales prescrites quand possibilité de voie orale
- Proportion d'aminosides prescrits 7 jours ou moins
- Proportion d'infections urinaires traitées sans macrolide

Résultats

Participation

Cent trente quatre ES (1 837 patients sous AI) ont participé à l'enquête : 67 publics, 20 PSPH et 47 privés. Les cliniques MCO et les CH/hôpitaux locaux étaient les plus représentés.

Prévalence

La prévalence de patients ayant reçu un AI sur l'ensemble des patients présents dans les ES le jour de l'enquête était de 8,7% (n=1 837/21 090). Le nombre d'AI prescrits ramené au nombre de patients ayant reçu au moins un AI était de 1,2 (1 847/2 279).

Les traitements curatifs pour infection communautaire représentaient près de la moitié des traitements (54,4%) et pour infection nosocomiale plus d'un quart des traitements (30,4%).

Les principaux sites infectieux retrouvés étaient pulmonaire (21,4%), urinaire (20%), respiratoire haut (12,1%) et gastro-intestinal (9,7%).

Les familles d'AI les plus utilisées étaient les pénicillines (33,7%), les fluoro-quinolones (19,4%) et les céphalosporines (18,4%). La majorité des AI était administrée en 2 ou 3 prises/24h (72,8%).

Indicateurs de bon usage des AI

Sur 1511 antibiothérapies relevant d'une réévaluation, le taux de réévaluation était compris entre 53,3% (805/1 511) hypothèse basse et 58,8% (805/1 369), l'item réévaluation n'ayant pas été renseigné ou codé «inconnu» dans 142 cas, hypothèse haute.

La proportion de conformité d'AI prescrits en association était de 93,3%.

Pour les aminosides, 76% ont été prescrits en 1 seule prise/24h (n=71). 88,2% ont été prescrits 7 jours ou moins (n=51).

Quand le patient était insuffisant rénal (n=17), dans 41% des cas, la posologie prescrite était conforme à la posologie usuelle conseillée dans le GPR^[1].

Toutes les vancomycines prescrites quand le patient était insuffisant rénal, avaient une posologie conforme à la posologie usuelle conseillée dans le GPR.

[1] Karie S, Launay-Vacher V, Deray G. GPR Antibactérien. Paris : Méditations International. 2007

Pour les fluoroquinolones, 84,3% ont été administrées par voie orale quand c'était possible (n=439). Enfin, 93,8% des IU ont été traitées sans macrolide, molécule ne diffusant pas ou peu au niveau urinaire (n=128).

La conformité «globale» de bon usage des AI hors réévaluation était de 84,8% (n=582/686). Ce score était supérieur pour les CHS/PSY (100%), les SSR/ELD (96,8%), les hôpitaux locaux (87,7%) et les CH/CHG/MIL (87,1%). Il était plus faible pour les cliniques MCO (70,2%).

Conclusion

Cette étude permet aux ES de réaliser un état des lieux de leurs pratiques en matière d'utilisation des

anti-infectieux et de déterminer les actions correctives à mettre en place. Cette étude permet également, au travers des indicateurs choisis de fournir des axes de travail pour les ES.

Le rapport des résultats 2012 est disponible sur le site du CCLIN à l'adresse suivante :

<http://www.cclinouest.com/PDF/Surveillance/PrevATB/PREAV ATB CCLINO/Preatb12v4.pdf>

Marion Pérennec, Emmanuel Piednoir, Pascal Jarno

Résultats de la surveillance de la consommation des antibiotiques (ATB) et de la résistance bactérienne dans l'interrégion Ouest en 2012

Introduction

La « surveillance de la consommation des antibiotiques et des résistances bactériennes » s'intègre dans la politique nationale de bon usage des antibiotiques et de maîtrise de la résistance bactérienne. Depuis 2008, le CCLin Ouest propose (en coordination avec les 4 autres CCLin) aux établissements de santé (ES) de l'interrégion une méthodologie portant sur un tronc minimum commun de données à recueillir sur la consommation des antibiotiques et la résistance bactérienne.

Cette méthodologie tient compte des recommandations nationales pour le suivi de la consommation des antibiotiques dans le cadre de la mise en place du tableau de bord des infections nosocomiales et de l'accord cadre national concernant le bon usage des antibiotiques.

Méthodes

La surveillance concernent les données de consommation ATB et de résistances bactériennes des ES sur l'ensemble de l'année 2012 (saisie entre le 1er Janvier et le 30 Juin 2013). Seuls les ES inscrits pouvaient participer à la surveillance.

Tous les ES de santé ayant une activité d'hospitalisation complète étaient concernés.

Étaient exclues la rétrocession externe et les activités ne correspondant pas à une hospitalisation complète ou de semaine en ES.

Résultats

En 2012, 262 ES de l'interrégion Ouest ont fourni leurs données de consommation des ATB soit 58,6% (262 sur 409) des ES et 172 ont fourni les données de consommation des ATB et des résistances bactériennes.

Cent vingt ES ont fourni les données de consommation pour l'ES dans son ensemble, 139 par secteur d'activité et 3 en subdivisant les secteurs d'activité en entités.

La consommation médiane varie de 47,0 DDJ pour 1000 JH en psychiatrie à 478,3 pour les CHU, CHR (Tableau 1).

Les pénicillines sont les ATB les plus consommés (+ de 50%) quel que soit le type d'ES. La consommation des ATB varie selon le secteur d'activité. Elle est bien plus forte en réanimation et plus faible en psychiatrie et SLD (Tableau 2).

Tableau 1 : consommation des ATB par type d'ES

Type	N	Nb de lits	Nb de journées	Nombres de DDJ pour 1000 JH					
				Taux global	Médiane	Min	P25	P75	Max
CH, MIL*	75	23 848	7 512 027	424,3	381,3	92,5	316,3	492,5	1 443,6
CHU, CHR	5	8 646	2 987 154	467,9	478,3	352,9	429,5	496,0	582,9
CLCC	3	356	78 025	354,9	309,2	285,1	285,1	470,5	470,5
Hôpital local	38	1 993	614 679	190,4	177,7	34,7	141,5	225,6	513,6
Cliniques MCO	65	10 232	2 416 126	408,5	366,1	98,9	291,7	467,1	1156,3
Psychiatrie	22	4 898	1 542 234	51,0	47,0	10,2	33,0	70,6	109,5
SSR, SLD	54	5 508	1 727 244	158,6	149,4	2,4	102,0	204,6	433,1
Total	262	55 481	16 877 489	300,4	274,7	2,4	150,3	403,5	1 443,6

Tableau 2 : Consommation en nombre de DDJ pour 1000 JH, par secteur d'activité clinique dans l'interrégion Ouest

Nombres de DDJ pour 1000 JH									
Secteur	N	Nb de lits	Nb de journées	Taux global	Médiane	Min	P25	P75	Max
Chirurgie	70	6 914	1 754 195	506,4	481,4	0,0	347,3	646,8	1 027,6
Gynéco-Obstétrique	54	2 117	572 726	275,5	276,4	0,0	205,7	371,5	508,6
Médecine	93	10 504	3 358 500	506,9	525,3	0,0	409,9	608,1	833,0
Psychiatrie	30	4 555	1 366 140	50,5	51,4	0,0	35,4	66,1	108,6
Pédiatrie	35	1 350	339 553	367,3	347,2	0,0	279,5	454,4	692,5
Réanimation	27	586	176 588	1 258,8	1 311,8	305,7	876,0	1 661,1	2 275,7
SLD	54	3 892	1 437 857	80,0	71,9	0,0	43,1	98,1	445,0
SSR	107	7 077	2 275 331	193,8	184,8	0,0	131,8	242,3	513,6
Ensemble	470	36 995	11 280 890	363,6	286,4	0,0	128,7	505,1	2 275,7

Cent soixante douze établissements ont participé à ce volet «résistances» de la surveillance ATB. La fréquence de la résistance et l'incidence des souches résistantes sont indiquées dans le tableau 3, pour les ES ayant testé les souches pour le couple bactérie-antibiotique considéré.

Tableau 3 : Pourcentage et incidence de la résistance bactérienne dans l'interrégion Ouest

ATB	Nb ES	Nb souches testées	% souches résistances	Nb HJ	Souches résistantes pour 1000 JH
ST - Oxacilline	172	16 775	20,5	11 923 876	0,3
PA - Ceftazidime	172	8 585	12,5	11 923 876	0,1
PA - Imipénème	172	8 556	12,5	11 923 876	0,1
PA - Ciprofloxacine	172	8 598	25,4	11 923 876	0,2
ECl - Cefotaxime	172	3 675	44,4	11 923 876	0,1
ECo - Cefotaxime	172	59 263	5,9	11 923 876	0,3
ECo - Ciprofloxacine	172	58 211	11,7	11 923 876	0,6
ES - Vancomycine	172	9 271	0,9	11 923 876	0,0

ST : *Staphylococcus aureus* - PA : *Pseudomonas aeruginosa* - ECl : *Enterobacter cloacae*
ECo : *Escherichia coli* - ES : *Entérocoques sp (faecium et faecalis)*

Conclusion

La surveillance de la consommation des ATB et des résistances bactériennes s'appuie sur des structures régionales dans 2 régions (OMEDIT dans le Centre et MEDQUAL en Pays de la Loire) pour éviter aux ES une double saisie et favoriser la participation à ce réseau.

Comme pour les autres surveillances, le réseau du Cclin Ouest vise à fournir aux ES des données leur permettant de se positionner par rapport aux autres ES, notamment par l'intermédiaire de graphes de corrélation entre la consommation d'un type d'ATB et l'incidence d'une espèce bactérienne.

Anne Ingels, Pascal Jarno

Si la participation des établissements aux surveillances repose sur le volontariat, l'inscription aux surveillances est par contre obligatoire afin de pouvoir accéder à la saisie en ligne des surveillances proposées par le Cclin (AES, REA, ISO, BMR, PrevIN, PrevATB, Conso ATB).

L'inscription se fait à partir du 15 décembre de chaque année et jusqu'au 31 mars de l'année n+1, soit directement en ligne (accès à l'annuaire du Cclin) ou par l'intermédiaire des ARLIN.

Lors de cette inscription il est recommandé de s'inscrire à toutes les surveillances auxquelles l'établissement souhaite participer et de préciser les référents de chacune d'elles qui doivent disposer d'une adresse de messagerie. Seules ces personnes seront autorisées à effectuer la saisie en ligne avec leur code d'accès personnel. Elles recevront l'ensemble des messages du Cclin relatifs aux surveillances qui les concernent. Elles seront également contactées lors de la vérification des données en cas de données manquantes ou incohérentes.

L'inscription à la surveillance BMR conditionne l'inscription au Contrôle Qualité BMR du laboratoire rattaché à l'ES.

Les dates limites d'envoi des données de surveillances au Cclin doivent être respectées. En effet, la fusion des données puis la rédaction des rapports interrégionaux ne peuvent débuter qu'après réception des données de l'ensemble des établissements participants.

Les Cclin ont également à respecter les dates limites de retour de leurs données interrégionales pour l'exploitation nationale.

En respectant vous-mêmes les dates limites de retour de vos données vous contribuez à une rétro-information plus rapide tant au niveau interrégional que national.

Nadine Garreau

Outil web ENP

Chaque année une centaine d'établissements de l'interrégion Ouest réalise une enquête de prévalence annuelle. Nous mettons à disposition depuis 2009 un outil web qui évolue en fonction des méthodologies des enquêtes de prévalence nationales. L'outil existant a été adapté à la méthodologie de l'ENP 2012. Les établissements qui le souhaitent peuvent donc l'utiliser en s'inscrivant selon les modalités habituelles.

Martine Aupée

Communication soignant-soigné sur l'hygiène des mains : une nouvelle démarche du réseau Cclin/Arlin en cours de déploiement

Cette année encore, comme en 2012, la semaine de sécurité des patients (SSP) associe les patients et le personnel de santé pour une meilleure communication autour de thèmes liés à la sécurité des soins. C'est dans ce contexte qu'une démarche de communication sur l'hygiène des mains (HDM) a été élaborée en 2012 par le GRHYM, groupe de travail du réseau Cclin/Arlin. Cette démarche consiste à impliquer le personnel dans la mise en œuvre de trois actions au moment de l'accueil du patient ou en début de prise en charge :

- 1- transmettre cinq messages sur l'HDM,
- 2- faire une friction hydro-alcoolique devant le patient
- 3- remettre au patient une plaquette d'information sur l'HDM. Elle vise à impliquer les soignants dans une démarche valorisante et engageante de communication, susceptible de faire évoluer les comportements à la fois des soignants et des patients en matière d'hygiène des mains.

La démarche a été proposée pour la première fois aux EOH en amont de la SSP 2012. Une dizaine d'établissements a participé à une expérimentation qui a permis de démontrer sa faisabilité dans de nombreux services (médecine, chirurgie, maternité/obstétrique, SSR, psychiatrie et plateau technique de kinésithérapie). Différents professionnels ont été impliqués : infirmiers, aides-soignants et kinésithérapeutes principalement, avec une forte participation des étudiants (environ 50% des participants), ce qui leur a donné l'occasion d'être sensibilisés à l'hygiène des mains au travers d'une communication au patient (patient au cœur du soin). Des bénéfiques ont été identifiés à la fois pour les patients et les soignants, que ce soit en termes de communication, de connaissances ou d'amélioration des pratiques d'hygiène des mains (cf. diaporama présenté au congrès de la SF2H en mai 2013).

La mise en place de la démarche nécessite préalablement l'obtention de l'accord de la direction des soins et l'accompagnement des services dans la démarche avec rappel des principes de l'hygiène des mains par l'équipe opérationnelle d'hygiène ou le correspondant.

Une évaluation des bénéfices et difficultés est proposée en complément pour les établissements qui souhaitent aller plus loin.

Les outils fournis en accompagnement de cette démarche ont été actualisés en 2013 suite à l'expérimentation : ils consistent en :

- un protocole (dont l'annexe est constituée de conseils pratiques pour la mise en place),
- un diaporama de formation,
- deux grilles d'évaluation : une pour les patients informés et l'autre pour les soignants impliqués.

Deux autres fiches sont mises à disposition des participants : l'une pour tracer les actions menées et l'autre pour faire une synthèse de la démarche dans l'établissement.

Une saisie des données est désormais possible grâce à une application en ligne : les ES recevront en retour, sur demande au Cclin, un fichier et une synthèse de leurs résultats.

La démarche se poursuit en 2013 dans toutes les inter-régions : de nouveaux établissements ou des régions nous ont signalé l'utilisation des outils, certains établissements de l'étude pilote ont élargi cette année la démarche à un plus grand nombre de services.

Utilisable à toute période de l'année, cette démarche pourra également être mise en place dans les mois qui viennent, à l'occasion de deux types de manifestations : la SSP 2013 dont un des thèmes est la communication soignant-soigné et la MMP 2014 où elle bénéficiera d'un accompagnement du ministère en tant que démarche innovante de promotion de l'hygiène des mains.

Retrouvez tous les outils associés à cette démarche et les résultats de différentes expériences sur le site du réseau Cclin/Arlin (campagnes/mission mains propres/outils du réseau Cclin-Arlin).

Delphine Verjat-Trannoy¹, Marie-Alix Ertzscheid², Sylvie Monier³, Nathalie Jouzeau⁴, Daniel Zaro-Goni⁵ du GRHYM (Groupe de réflexion sur la promotion de l'hygiène des mains) avec l'aide technique d'Anne Gauthier¹

1 - Cclin Paris-Nord, 2 - Cclin Ouest, 3 - Cclin Sud-Est, 4 - Cclin Est, 5 - Cclin Sud-Ouest

delphine.verjat-trannoy@sap.aphp.fr

Les cinq messages à transmettre au patient

L'engagement des professionnels

- 1 - « Observance »** : les professionnels de santé prenant en charge le patient effectuent entre chaque soin un geste d'hygiène des mains.
- 2 - « Utilisation des PHA »** : les professionnels réalisent l'hygiène des mains avec un produit hydro-alcoolique, très efficace contre les micro-organismes et bien toléré par la peau.
- 3 - « Retrait des bijoux »** : les professionnels réalisent l'hygiène des mains sans bijou au niveau des mains et poignets.

L'implication des patients

- 4 - « Participation »** : le patient réalise une hygiène des mains avant le repas et en sortant des toilettes, si besoin avant la réalisation d'un soin (à adapter aux spécificités du service).
- 5 - « Communication »** : le patient est invité à poser toute question sur l'hygiène des mains aux professionnels du service.

À propos :

• De la prévention des accidents exposant au sang

Dans un arrêté publié cet été^[1], les mesures de prévention des accidents exposant au sang (AES) ont été réprécisées. Sont rappelées les obligations de l'employeur de réduire ou d'éviter l'exposition des salariés, en mettant entre autres à disposition des dispositifs médicaux sécurisés, d'informer les travailleurs, d'organiser leur formation dès l'embauche et d'organiser la gestion des AES.

Le texte officiel est complété par deux annexes :

- l'annexe 1 décrit les précautions standard à appliquer dès qu'existe un risque d'AES
- l'annexe 2 définit l'organisation de la prise en charge d'un AES, de la conduite immédiate au suivi post-exposition.

Pour consulter le texte :

<http://nosobase.chu-lyon.fr/Reglementation/2013/Arrete/100713.pdf>

• Du référent en antibiothérapie

Le décret n° 2013-841 du 20 septembre 2013, qui modifie les conditions relatives à la commission médicale d'établissement, prévoit qu'un référent antibiothérapie soit désigné par le directeur de l'établissement en concertation avec le président de la commission médicale d'établissement ou équivalent. Il propose à la CME des actions de bon usage des antibiotiques et des indicateurs de suivi. Il organise le conseil en antibiothérapie dans l'établissement. Son activité peut s'étendre sur plusieurs établissements.

Pour consulter le texte : http://nosobase.chu-lyon.fr/Reglementation/2013/Decret/20092013_bis.pdf

Martine Aupée

[1] Arrêté du 10 juillet 2013 relatif à la prévention des risques biologiques auxquels sont soumis certains travailleurs susceptibles d'être en contact avec des objets perforants

NOSO-NEWS - bulletin du Cclin Ouest

Directeur de la publication : Dr M. AUPÉE - Secrétaire de Rédaction : J. BOURGEOIS

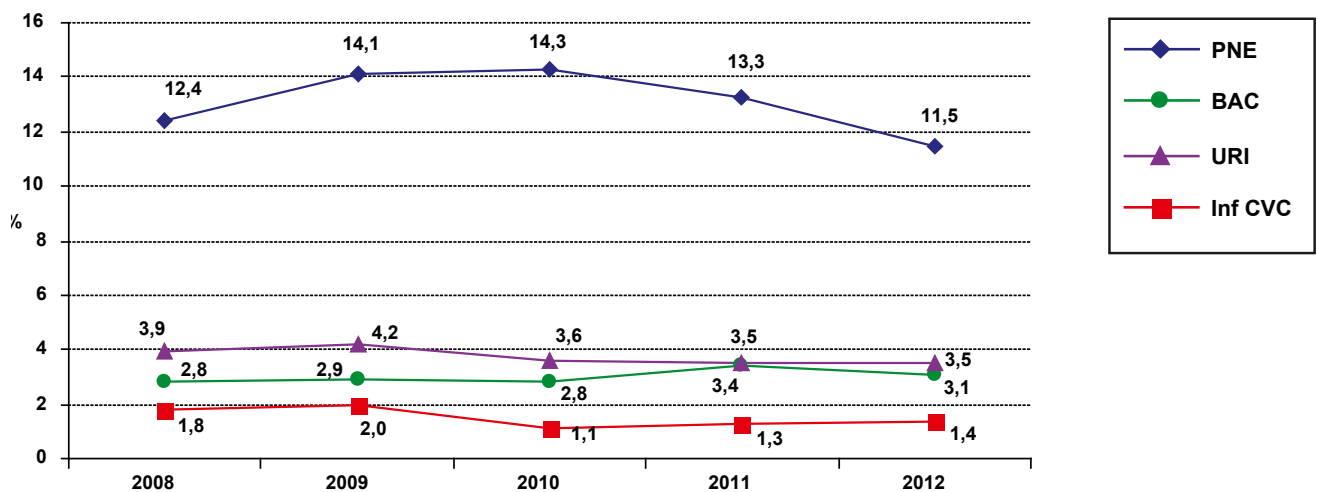
Cclin Ouest - CHU Hôtel-Dieu - 2, rue de l'Hôtel-Dieu - CS 26419 - 35064 Rennes cedex 2

Tél. 02 99 87 35 30 - Fax 02 99 87 35 32

martine.aupee@chu-rennes.fr - Site web : <http://www.cclinouest.com>

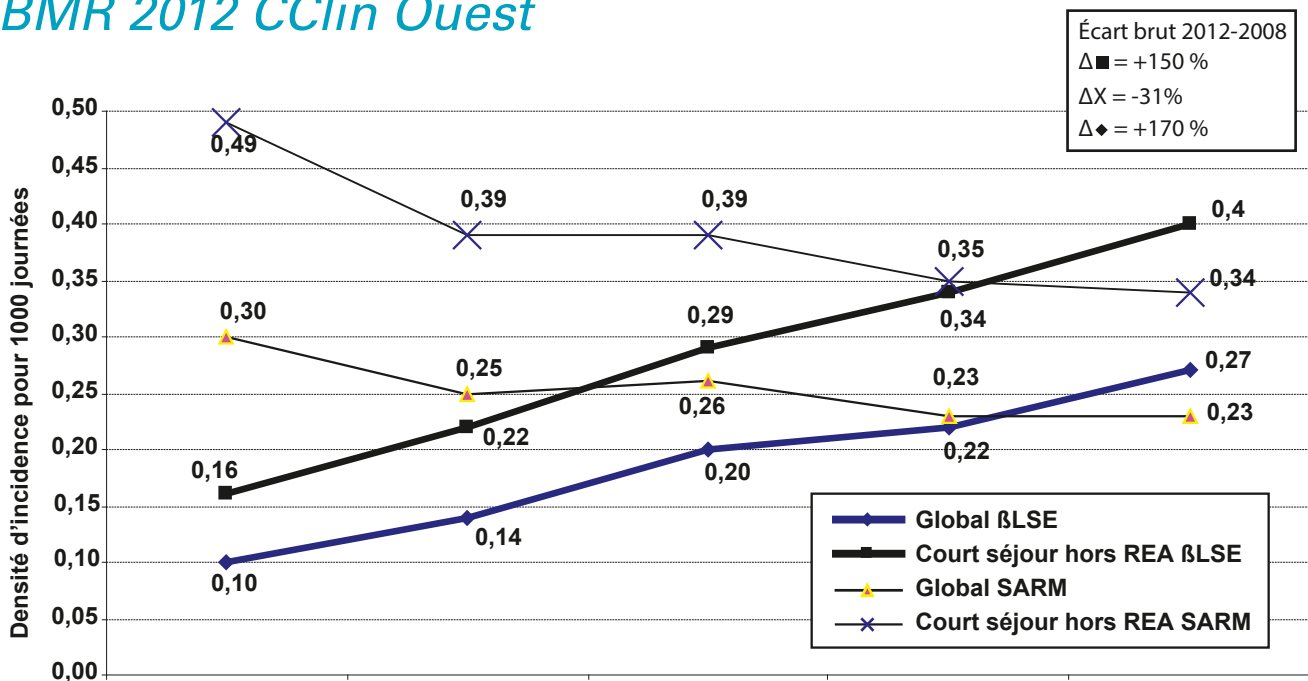
Dépôt légal : 4^e trimestre 2013 - ISSN 2266-4912 - Maquette : ALJ Création (Montfort-sur-Meu - www.alj-creation.fr)

PAGE 5 : Graphe 1 : densité d'incidence depuis 2008



[Cliquez ici pour retourner à l'article](#)

PAGE 6 : Figure 1 : Évolution de la densité d'incidence SARM/BLSE depuis 2008 BMR 2012 Cclin Ouest



[Cliquez ici pour retourner à l'article](#)