

NOSO News



Bulletin n°70

Décembre 2014



ISSN 2266-4912

ÉDITORIAL

En cette fin d'année nous vous informons du départ de Marion Pérennec, biostatisticienne chargée, entre autres, de la gestion des données nationales de la surveillance des infections du site opératoire. Elle a fourni un travail de qualité au sein de notre équipe depuis 2007. Nous avons particulièrement apprécié sa rigueur et ses capacités de travail. Elle est remplacée par Juliette Tanguy à qui nous souhaitons la bienvenue.

En dépit de l'actualité qui tente de nous entraîner sur d'autres chemins, la vie des Cclin continue, et nos missions de surveillance se poursuivent. Les fins d'année étant des périodes propices aux bilans, nous vous proposons dans ce numéro une synthèse des résultats interrégionaux des différentes surveillances épidémiologiques. Parmi les nouveautés des surveillances 2015, citons l'intégration dans plusieurs surveillances, notamment les surveillances nationales ISO, REA, de modules optionnels d'évaluation des pratiques. La France suit en cela l'évolution européenne prônée par l'ECDC. Nous vous annonçons également la mise en place d'une nouvelle surveillance organisée par le Cclin Ouest à partir de 2015, celle des infections à *Clostridium difficile*. La participation à cette surveillance sera optionnelle et soumise à la participation à la surveillance des BMR. Elle nécessitera comme les autres surveillances une inscription en ligne sur l'annuaire du Cclin Ouest. L'ensemble des protocoles est disponible sur le site du Cclin que nous vous invitons à revisiter pour découvrir les nouveaux outils de la rubrique surveillance, portail d'accès aux outils web, calendrier des surveillances et tableau récapitulatif des données administratives à recueillir pour chaque surveillance. A noter que le réseau ISO national sera l'objet d'une auto-évaluation selon la méthodologie utilisée par l'InVS pour évaluer ses activités de surveillance.

Parmi les nouveautés de 2015, vous trouverez également les outils relatifs à l'audit endoscopie préparés par le Grepsh qui seront mis en ligne dès le début d'année prochaine. Une instruction invitera les établissements pratiquant l'endoscopie à participer à un audit national.

Nous vous informons également de la mise en place, pour le mois de septembre 2015, d'une enquête nationale de prévalence des infections en Ehpad. Ce projet est coordonné par l'InVS et le Cclin Sud Est.

Un nouveau programme de prévention des infections associées aux soins (Propias) verra également le jour en 2015. Il s'appuiera sur le parcours de soins, tiendra compte des différents plans et programmes de préventions nationaux, de la restructuration des vigilances, et contrairement aux autres plans sera réajusté régulièrement. Il se déclinera sur l'ensemble du parcours de soins selon trois axes principaux :

- Développer la prévention des IAS tout au long du parcours de soins en impliquant les patients et les résidents
- Renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance dans l'ensemble des secteurs de l'offre de soins
- Réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs tout au long du parcours de soins.

Comme vous le voyez l'année 2015 sera une année riche de projets que nous espérons motivants. Nous sommes bien évidemment à votre disposition pour répondre à vos questions et vous souhaitons, dès à présent, une belle année 2015.

Au sommaire

Résultats AES 2013 p.2

Résultats BMR 2013 p.3

Résultats conso ATB 2013 p.5

Résultats ISO 2013 p.6

Résultats REA 2013 p.8

Résultats Prévalence ATB 2013 p.8

Résultats Prévalence IN 2013 p.9

Prévalence ATB Ehpad 2014 p.11

Outils « Surveillances » p.12

Martine Aupée

Congrès et journées dans l'Ouest

- **Journée Colines : 20 ans - «Zoom sur les épidémies hivernales»** - 27 janvier - Saint-Brévin-les-Pins, salle «Étoile de Jade»
- **Journée annuelle du CCLin Ouest «les infections à *Clostridium difficile*»** - 2 avril - Chambre des Métiers et de l'Artisanat - Rennes
- **Réseau Cholet-Saumur** - 9 avril - Saumur
- **Formation / Focus Simulation, serious-games : les nouvelles méthodes pédagogiques pour la formation des professionnels à la prévention du risque infectieux en établissement de santé et en secteur médico-social** - 23 juin - Joué-lès-Tours, Espace Malraux

Autres congrès et journées

- **Le lien, 5^e états généraux «Sécurité du patient. Année 2015, omerta tolérance zéro»** - 5 février - Paris, Maison de la cité internationale universitaire de Paris
- **3^e colloque national du CLEF «La prévention des infections de site opératoire en chirurgie orthopédique»** - 6 février - Paris, Espace FIAP Jean Monnet
- **Congrès SF2H** - 3 au 5 juin - Tours

Surveillance des Accidents d'Exposition au Sang dans l'interrégion Ouest en 2013

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'Étude 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 2013 à décembre 2013.

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 2013, 247 ES ont participé à la surveillance AES. 4063 AES y ont été recensés. Depuis 2000, le nombre de participants ne cesse d'augmenter. Entre 2012 et 2013, 3 ES supplémentaires ont participé et 155 AES de plus ont été déclarés.

La majorité des ES qui ont participé à la surveillance (68,4%) sont des ES de petite taille (<300 lits). Mais la plus grande partie des AES (48,3%) est déclarée dans les ES de grande taille (> 1000 lits).

La participation a été plus forte en Pays de la Loire et en 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	16,2	63	63,5
Bretagne	64	25,9	125	51,2
Centre	73	29,6	119	61,3
Pays de la Loire	70	28,3	136	51,5
Total	247	100,0	442	55,9

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, 68 se blessent par piqûre, 16 se blessent par projection et 13 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 66,6% des cas (2706 AES), l'agent portait des gants au moment de l'accident. Plus d'un agent sur trois (43,7%) 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 ; 30,9% en 2013 : $p < 10^{-4}$). Les AES évitables concernent majoritairement la manipulation d'instruments souillés (51,7%), en particulier le ramassage des objets pour les éliminer (16,6%) et la prise en main ou la pose d'objets sur un plateau ou une table (14,5%). La manipulation d'aiguilles (34,9%) 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 2013, l'utilisation des moyens de protection a progressé que ce soit pour le port de gants (53,4% en 2006 et 66,6% en 2013) ou pour la présence d'un conteneur (37% en 2006 et 43,7% en 2013).

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 2013 est de 0,15 pour 100 admissions, de 3,15 pour 100 agents et de 5,66 pour 100 IDE. Depuis 2008, l'incidence diminue significativement ($p < 10^{-4}$) (Tableau 2).

Tableau 2 : Comparaison des taux d'incidence depuis 2003

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
2013	0,15	3,15	5,66

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 (79,1% 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 12% 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 2013, 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.

A. Ingels, M. Aupée

Résultats de la surveillance BMR interrégionale 2013

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 pour l'interrégion Ouest depuis 2000.

Méthode

La période de surveillance nationale est fixée à trois mois (janvier à mars ou avril à juin) ; les bactéries ciblées sont les SARM et les EBLSE. Le CClin Ouest propose une surveillance continue sur l'année aux ES qui le souhaitent, en élargissant le champ des BMR étudiées

aux *Acinetobacter baumannii* (résistants à l'imipénème ou ne restant sensibles qu'à l'imipénème), aux ERV et aux EPC. Les données SARM et entérobactéries BLSE concernant le 1^{er} ou le 2^e trimestre sont transmises au niveau national pour une analyse France entière à partir des données des 5 CClin.

Participation

En 2013, 285 ES ont participé à la surveillance des BMR (5 CHU, 84 CH, 62 MCO, 4 CLCC, 52 HL, 53 SSR/SLD et 25 CHS) dont 89 sur 3 mois uniquement soit 31% des ES participants. De plus en plus d'ES participent sur l'année complète.

Cinquante-deux pour cent des ES effectuent la surveillance exclusivement sur les SARM et les entérobactéries EBLSE.

Résultats

Sauf indication contraire, la réanimation est intégrée au court séjour (CS).

Les résultats présentés concernent les BMR recensées dans l'interrégion Ouest sur l'année 2013.

La densité d'incidence (DI) globale des SARM est de 0,20/1000JH, en baisse par rapport à 2012 (Figure 1). Elle varie de 0,01/1000JH en CHS à 0,32/1000JH en CHU (Tableau 1), et elle est de 0,32/1000JH en CS (Tableau 2).

Soixante-treize établissements (4 CH, 25 hôpitaux locaux, 9 ES MCO, 19 ES PSY et 16 ES SSR) ont une DI nulle pour les SARM.

La DI globale des EBLSE est en hausse (Figure 1) à 0,28/1000JH contre 0,27 en 2012. Elle varie de 0,01/1000JH en Établissements de Santé Mentale à 0,45/1000JH en CHU (Tableau 1). Pour le CS, la DI des EBLSE progresse également, à 0,45 (0,42 en 2012) (Tableau 2).

Trente-neuf ES (1 CH, 14 HL, 8 MCO, 10 CHS et 6 SSR) ont une DI des EBLSE nulle.

Figure 1 : Evolution de la densité d'incidence SARM/EBLSE depuis 2009 (tous types de séjours et court séjour) - BMR 2013 CCLin Ouest

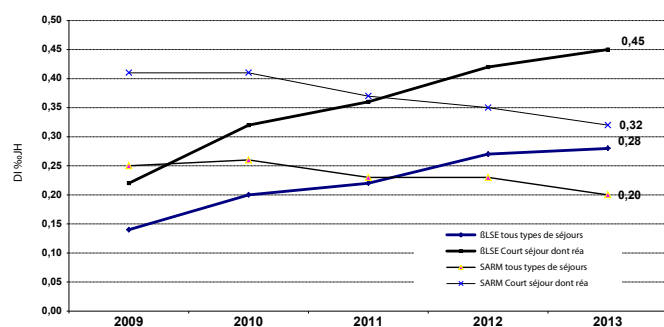


Tableau 1 : DI SARM et EBLSE par type d'établissement - BMR 2013 CCLin Ouest

Type d'ES	Nombre de journées	SARM		BLSE	
		Nombre	DI %/1000 JH	Nombre	DI %/1000 JH
CHU	931 345	301	0,32	415	0,45
CH*	6 348 792	1 759	0,28	2 239	0,35
Clinique MCO	1 504 302	237	0,16	454	0,30
CLCC	101 611	9	0,09	22	0,22
H. Local	653 787	78	0,12	113	0,17
SSR/SLD	1 296 565	117	0,09	287	0,22
ESM/PSY	1 685 078	16	0,01	24	0,01
TOTAL	12 521 480	2 517	0,20	3 554	0,28

Tableau 2 : DI SARM et EBLSE par type de séjour - BMR 2013 CCLin Ouest

Type de séjour	Nombre de journées	SARM		BLSE	
		Nombre	DI %/1000 JH	Nombre	DI %/1000 JH
CS	6 053 888	1 920	0,32	2 722	0,45
CS Hors REA	5 937 649	1 803	0,30	2 529	0,43
REA	116 239	117	1,01	193	1,66
SSR/SLD	4 438 451	584	0,13	806	0,18
PSY	2 029 141	13	0,01	26	0,01
TOTAL	12 521 480	2 517	0,20	3 554	0,28

La répartition des EBLSE par germe montre une nette prédominance des *E. coli* (Tableau 3). La part communautaire des *E. coli* est importante (42%) (*E. coli* EBLSE J0+J1).

En part relative, *Klebsiella pneumoniae* et *Enterobacter cloacae* sont en augmentation par rapport à 2012. *E. coli* est en diminution en part relative, mais en forte augmentation en nombre absolu. La DI des *E. coli* poursuit sa hausse en 2013 : 0,19/1000JH (0,17 en 2012).

Tableau 3 : Répartition des souches d'EBLSE selon l'espèce - BMR 2013 CCLin Ouest

Germe	2013		2012	
	Nombre	%	Nombre	%
<i>E. coli</i>	2 334	65,7	1 953	68,0
<i>E. cloacae</i>	447	12,6	475	11,7
<i>K. pneumoniae</i>	526	14,8	445	11,1
<i>E. aerogenes</i>	32	0,9	36	1,5
Autres	215	6,0	223	7,7
TOTAL	3 554	100,0	3 132	100,0

Conclusion

La participation des ES dans l'interrégion Ouest est en augmentation constante : en 2013, 70,7% des ES ont pratiqué la surveillance BMR (tableau de bord du Ministère 2012), 69% font un suivi continu sur l'année.

La DI globale SARM est en baisse de 20% depuis 2009. La DI globale des EBLSE a par contre doublé sur la même période (0,14/1000JH en 2009 ; 0,28 en 2013). *E. coli* est la plus fréquente des EBLSE (65,6% en 2013). La forte augmentation des EBLSE (422 souches de plus qu'en 2012) est inquiétante mais restons vigilants sur les souches qui peuvent s'implanter en milieu hospitalier (*K. pneumoniae* et *E. cloacae*).

S. Glorion, H. Sénéchal

Résultats de la surveillance de la consommation des antibiotiques (ATB) et de la résistance bactérienne en 2013

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 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 concerne les données de consommation ATB et de résistances bactériennes des ES sur l'ensemble de l'année 2013 (saisie entre le 1^{er} janvier et

le 30 juin 2014). Seuls les établissements de santé (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 établissement de santé.

Résultats

En 2013, 282 ES de l'interrégion Ouest ont fourni leurs données de consommation des ATB soit 70,0% (282 sur 403) des ES et 204 (soit 50,6%) ont fourni les données de consommation des ATB et des résistances bactériennes.

Cent vingt et un ES ont fourni les données de consommation pour l'ES dans son ensemble, 157 par secteur d'activité et 4 en subdivisant les secteurs d'activité en entités.

La consommation médiane varie de 46,0 DDJ pour 1000 JH en psychiatrie à 549,2 pour les CHU, CHR (Tableau 1).

Tableau 1 : Consommation des ATB par type d'ES

Type	N	Nb de lits	Nb de journées	Nombre de DDJ pour 1000 JH (ATB systémiques J01 + P01AB + J04AB02)					
				Taux global	Médiane	Min	P25	P75	Max
CH, MIL	78	26 226	8 069 706	401,2	393,2	123,7	303,9	483,3	651,4
CHU, CHR	5	8 408	2 673 154	513,3	549,2	431,4	491,3	573,3	597,1
CLCC	4	433	102 838	366,6	301,9	189,5	239,2	401,2	487,6
Hôpital local	49	2 675	839 472	169,4	191,8	34,6	144,9	230,5	366,9
Cliniques MCO	63	9 889	2 299 705	365,6	367,8	118,5	293,8	468,4	741,3
Psychiatrie	30	5 134	1 718 487	57,8	46,0	0,1	32,2	65,9	137,4
SSR, SLD	53	5 107	1 694 076	155,0	121,8	31,9	102,5	182,2	424,7
Total	282	57 872	17 397 438	344,4	259,6	0,1	132,0	407,0	741,3

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 la plus forte en réanimation et la plus faible en psychiatrie et SLD (Tableau 2).

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

Secteur	N	Nb de lits	Nb de journées	Nombre de DDJ pour 1000 JH (ATB systémiques J01 + P01AB + J04AB02)					
				Chirurgie	Médiane	Min	P25	P75	Max
Chirurgie	70	6 751	1 631 532	535,8	498	54,3	363,7	647	1121,3
Gynéco-Obstétrique	54	2 178	565 721	279,2	254,2	0	177,7	376,4	564,3
Médecine	100	11 068	3 443 030	573,1	528,5	31,4	388,4	632,2	815,9
Psychiatrie	34	4 340	1 358 587	61,8	53,7	0	43,2	65,4	148,9
Pédiatrie	37	1 319	302 148	366,2	342,5	0	264	409,7	711
Réanimation	24	546	195 963	1291,8	1390,1	854,4	1197,1	1686,8	2293,2
SLD	55	3 425	1 426 027	65,1	61,3	0	37,3	87,5	231,8
SSR	118	7 612	2 484 312	183,6	178,6	0	133,1	223,9	414,6

Deux cent quatre établissements ont participé au 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

Résistance	Nb ES	Nb souches testées	% résistantes (taux global)	% résistantes (médiane)	Souches résistantes pour 1000 JH (taux global)	Souches résistantes pour 1000 JH (médiane)
<i>Staphylococcus aureus Oxacilline</i>	195	20 867	17,7	18,2	0,25	0,18
<i>Pseudomonas aeruginosa Ceftazidime</i>	179	10 082	11,8	8,3	0,08	0,04
<i>Pseudomonas aeruginosa Imipénème</i>	181	10 098	15,2	9,1	0,11	0,05
<i>Pseudomonas aeruginosa Ciprofloxacine</i>	181	10 063	22,8	19	0,16	0,1
<i>Enterobacter cloacae Cefotaxime</i>	177	4 686	44,8	37,5	0,14	0,08
<i>Escherichia coli Cefotaxime ou ceftriaxone</i>	198	72 205	5,9	5,7	0,29	0,21
<i>Escherichia coli Ciprofloxacine</i>	197	69 810	10,8	11,1	0,52	0,4

Conclusion

La participation à cette surveillance a progressé depuis 2012. En 2013, deux cent quatre vingt deux établissements ont participé à la surveillance de la consommation antibiotique soit 70% des établissements de l'interrégion. Parmi eux, 204 ont participé au volet résistances bactériennes et 40 ont participé en plus au volet optionnel « consommation antifongiques ».

La consommation d'antibiotiques globale en nombre de DDJ/1000JH reste stable depuis 2007 (343 en 2007, 344 en 2013).

La consommation médiane varie selon le type d'établissement de 46 DDJ/1000 JH pour les Établissements

de Santé Mentale à 549 pour les CHU. Elle varie aussi par secteur d'activité de 53,7 DDJ/1000 JH pour la psychiatrie à 1390 pour la réanimation.

Concernant les incidences d'*E.coli* résistants au cefotaxime ou ceftriaxone (0,2 en 2012, 0,29 en 2013) et d'*E.cloacae* au cefotaxime (0,1 en 2012 et 0,14 en 2013), elles sont en augmentation. Ceci va dans le sens de l'augmentation de l'incidence des entérobactéries β LSE observée dans la surveillance BMR.

A. Ingels, H. Sénéchal

Résultats de la surveillance des infections du site opératoire en 2013 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 2013 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 2013, 58 établissements et 139 services ont participé à la surveillance des interventions prioritaires. Cela représentait 16 186 interventions.

Concernant la surveillance agrégée, elle a été choisie par 314 services de 88 établissements qui ont recueilli 474 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).

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

Groupe d'interventions prioritaires	Services (N)			Interventions par service (N)		
	Services (N)	N < 50 interventions	50 ≤ N < 100 interventions	N ≥ 100 interventions	moyen	médian
Chirurgie viscérale	38	5	9	24	112	100
Orthopédie	38	5	10	23	107	100
Neurochirurgie	5	0	0	5	106	108
Gynécologie-obstétrique	40	5	11	24	117	100
Urologie	16	6	2	8	74	93
Chirurgie vasculaire	11	4	2	5	79	99
Traumatologie	7	3	1	3	75	85

La participation a baissé en 2013. Seulement 41 % des CH ont participé à cette surveillance, 2 CHU sur 6 et 30 % des cliniques MCO.

Parmi les services ayant renseigné l'item « procédure de suivi en post-hospitalisation », 97 services de 44 établissements (70 %) déclarent avoir une procédure de suivi des patients après la sortie (contre 59 % en 2012), 32 services de 14 établissements n'ont pas de procédure de suivi et 10 services de 5 établissements ont codé cet item « inconnu ».

Concernant la surveillance prioritaire, un tableau de bord reprenant les principaux résultats, a été créé pour chacune des 7 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 2013 :

- en gynécologie obstétrique : 1,39 % (IC_{95%} = [0,86 - 1,91])
- en chirurgie viscérale : 0,58 % (IC_{95%} = [0,20 - 0,96])
- en neurochirurgie : aucune ISO recensée
- en orthopédie : 0,74 % (IC_{95%} = [0,01 % - 1,46 %])
- en urologie : 3,86 % (IC_{95%} = [1,19 - 6,54])
- en chirurgie vasculaire : 0,69 % (IC_{95%} = [0,00 - 1,47])
- en traumatologie : 0,74 % (IC_{95%} = [0,00 - 1,46])

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

Conclusion

Avec la mise en place de la surveillance globale agrégée en 2012, la participation à la surveillance des interventions prioritaires a diminué en 2013, alors que, pour un service, la comparaison de ses propres résultats à ceux des autres services reste 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 depuis 2012. Pour la chirurgie mammaire, l'incidence augmente de façon significative, ce qui est également le cas au niveau national.

En 2014, deux modules optionnels ont été proposés aux services participant à ISO RAISIN. Il s'agit du module « facteurs de risque individuels » (poids, taille, existence d'un diabète et tabagisme) et du module d'évaluation de l'antibioprophylaxie (ABP). Les objectifs sont pour le premier d'étudier de nouveaux facteurs de risque pour ajuster au mieux les modèles de régression logistique permettant le calcul d'un RSI (ratio standardisé d'incidence) par service participant et pour le deuxième d'améliorer la qualité de prescription de l'ABP pour les interventions surveillées au niveau patient.

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

À 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>

M. Pérennec, M. Aupée

Les rapports des résultats 2013 sont disponibles sur le site du Cclin Ouest aux adresses suivantes :

Surveillance prioritaire :

http://www.cclinouest.com/PDF/Surveillance/ISO/ISO%20CCLINO/rapport_iso13_PRIO_v2.pdf

Surveillance agrégée :

http://www.cclinouest.com/PDF/Surveillance/ISO/ISO%20CCLINO/rapport_iso13_PRIO_v2.pdf

Résultats préliminaires de la surveillance REA 2013

Le Cclin Ouest participe à la surveillance nationale REA-RAISIN depuis les années 2000.

Méthode

Était inclus tout patient hospitalisé plus de 48h dans un service de réanimation adulte (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 nationale se déroule sur le 1^{er} semestre ; le Cclin Ouest propose un suivi continu sur l'année. Les infections urinaires ne sont plus prises en compte dans la surveillance 2013.

Participation

En 2013, la surveillance concerne 30 services correspondant à 28 établissements, ce qui représente 85% des établissements ayant au moins un service de réanimation dans l'interrégion Ouest (28/33). 10366 patients ont été inclus. Les résultats présentés ci-après concernent l'ensemble des données transmises au Cclin pour 2013. Seuls 3 services ont effectué la surveillance sur un semestre uniquement.

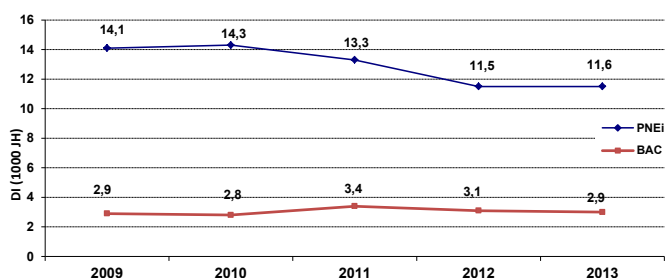
Résultats

Neuf cent quatre-vingt patients ont présenté au moins une infection nosocomiale, soit un taux de patients infectés de 9,5% et 1323 infections ont été diagnostiquées (1,4 infections par patient infecté), soit un taux d'infections de 12,8% (1323/10366).

Les infections se répartissent en 868 pneumopathies (65,6%) dont 784 liées à l'intubation, 356 bactériémies (26,9%), 99 infections liées au cathéter (7,5%).

La densité d'incidence des infections pulmonaires liées à l'intubation est du même ordre de grandeur qu'en 2012 : 11,6‰ JH; celle des bactériémies est en légère baisse (Figure 1).

Figure 1 : Evolution de la densité d'incidence des pneumopathies liées à l'intubation (PNEi) et des bactériémies (BAC) depuis 2009



Les dispositifs invasifs concernent les mêmes proportions de patients qu'en 2012. Plus de 2/3 des patients sont intubés (70,3%). Six patients sur 10 ont un CVC. Le sondage urinaire concerne 87% des patients. (Tableau 1)

Tableau 1 : Exposition aux dispositifs invasifs

Dispositif invasif	Patients exposés	
	Intubation	%*
Intubation	7 273	70,3
Cathéter veineux central	6 173	59,6
Cathéter hémodialyse	1 215	11,7
Sondage urinaire	8 557	87,0

* % exprimés par rapport aux données hors « Inconnu »

Conclusion

La participation des services de réanimation est en augmentation (83% des services en 2013). La densité d'incidence des infections pulmonaires liées à l'intubation reste du même ordre de grandeur qu'en 2012 ; celle des bactériémies est en légère baisse. La surveillance des infections urinaires a été supprimée en 2013.

S. Glorion, N. Garreau, M. Aupée

Résultats de l'enquête de prévalence sur l'utilisation des anti-infectieux dans l'interrégion Ouest en 2013

Introduction

Afin de répondre aux exigences de la circulaire de mai 2002 et du guide l'HAS d'avril 2008 sur le bon usage des anti-infectieux et pour s'inscrire dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles, nous proposons, depuis 2008, aux établissements de réaliser une enquête interrégionale de prévalence sur l'utilisation des antibiotiques. Les principaux objectifs étaient de sensibiliser les médecins prescripteurs sur cette thématique de moindre usage des anti-infectieux et d'aider à identifier des indicateurs fiables et reproductibles en matière de bon usage des anti-infectieux.

Méthodologie

Il s'agit d'une enquête de prévalence réalisée un jour donné pour chaque service enquêté. Ainsi, sont inclus tous les patients recevant au moins un antibiotique par voie générale. Afin d'aider les ES à évaluer le bon usage des anti-infectieux, des indicateurs de conformité sont calculés pour l'ensemble des ES et pour chaque ES :

1. La réévaluation de l'antibiothérapie (proportion de réévaluation parmi les patients sous antibiothérapie depuis 48 heures ou plus)
2. La présence d'un référent ATB

3. La prescription informatisée des ATB
4. Concernant les aminosides : le rythme d'administration (proportion d'aminosides prescrits en une prise unique), les associations d'anti-infectieux (proportion d'aminosides en multi thérapie), la durée de traitement (proportion d'aminosides prescrits 7 jours ou moins), la posologie (proportion d'aminosides avec une prescription adaptée en cas d'insuffisance rénale)
5. Concernant l'association d'anti-infectieux pour la rifampicine, la fosfomycine, l'acide fusidique par voie parentérale (proportion d'anti-infectieux indiqués en multi-thérapie prescrits en multi-thérapie)
6. La prescription par voie orale concernant les fluoroquinolones (proportion de prescription par voie orale lorsque la voie orale est possible)
7. Concernant les macrolides (proportion d'infections urinaires traitées sans macrolide)
8. Concernant la vancomycine (proportion d'aminosides avec une prescription adaptée en cas d'insuffisance rénale (comparaison des posologies théoriques (calculées) et prescrites)).

Résultats

En 2013, ce sont 117 ES qui ont participé représentant ainsi 1410 patients ayant reçu un traitement anti-infectieux soit une prévalence sur l'ensemble des patients présents dans les ES le jour de l'enquête de 8,1%. Au total, 1827 anti-infectieux ont été prescrits au moment de l'enquête soit 1,3 anti-infectieux par patient. Les familles d'anti-infectieux les plus prescrites sont les pénicillines (33%), les quinolones (18%) et les céphalosporines (17%). Les 2 principaux motifs de prescription sont : infection communautaire (59%) et infection nosocomiale (29,2%). Les sites infectieux recensés sont majoritairement les pneumopathies infectieuses (20,3%), les infections urinaires (16,7%), les infections du tractus gastro-intestinal (10,6%) et respiratoires (10,5%). L'analyse des critères de bon usage des antibiotiques donne les résultats suivants :

1. Sur 1410 antibiothérapies, 258 ne relèvent pas d'une réévaluation. La proportion de réévaluation tracée

des traitements est de 56,2% (n=647 / 1152). La réévaluation à 48 ou 72h est de 56%

2. Il existe un référent « antibiotiques » dans 87,2% des ES participants (n=102)
3. Dans 81,2% des ES, la prescription des anti-infectieux est informatisée (n=95)
4. Aminosides : 85,3% sont prescrits en 1 seule prise/24h ; 89,7% sont prescrits 7 jours ou moins ; dans 41,2% des cas, la posologie est conforme quand le patient était insuffisant rénal et 93,8% sont prescrits en association
5. La proportion de conformité d'AI prescrits en association est de 89%
6. 77,2% des fluoroquinolones sont administrées par voie orale quand possibilité de voie orale
7. 97,6% des traitements par macrolides ou pristina-mycine ne sont pas prescrits en cas d'infection urinaire
8. Sur 4 traitements par vancomycine, seuls deux ont une posologie adaptée chez l'insuffisant rénal

Le score global de conformité du bon usage des AI est de 79,9% sur l'ensemble des ES participants.

Conclusion

Cette étude fournit aux ES des indicateurs de leurs pratiques en matière de prescription d'antibiotiques. Elle permet ainsi d'identifier et de mettre en place des actions d'amélioration. Les scores de conformité n'ont pas progressé depuis 2009. Cependant, la réévaluation des traitements à 48 ou 72 h a progressé (56% en 2013 contre 38% en 2009). Les axes de travail identifiés au sein des ES doivent être complétés par la surveillance des consommations en antibiotiques et des évaluations de pratique approfondies.

M. Pérennec, E. Fontaine, P. Tattevin

Le rapport des résultats 2013 est disponible sur le site du CCLIN à l'adresse suivante :

<http://www.cclinouest.com/PDF/Surveillance/PrevATB/PREAV%20ATB%20CCLINO/PrevATB-2013v14.pdf>

PREVIN 2013

Le CCLIN Ouest propose chaque année de suivre la prévalence des infections nosocomiales via un outil en ligne adapté à partir du dernier protocole de l'ENP. L'application PreVIN 2013 est basée sur le protocole de l'ENP 2012. Les établissements des autres interrégions ont également la possibilité d'utiliser cet outil.

Dans l'interrégion Ouest, 108 ES représentant 13 128 lits d'hospitalisation ont participé à l'enquête interrégionale de prévalence des IN. L'enquête a inclus 9 297 patients. L'âge moyen des patients était de 66 ans et le ratio homme/femme de 0,85.

Le jour de l'enquête, 351 patients avaient une ou plusieurs IN actives, soit une prévalence des patients infec-

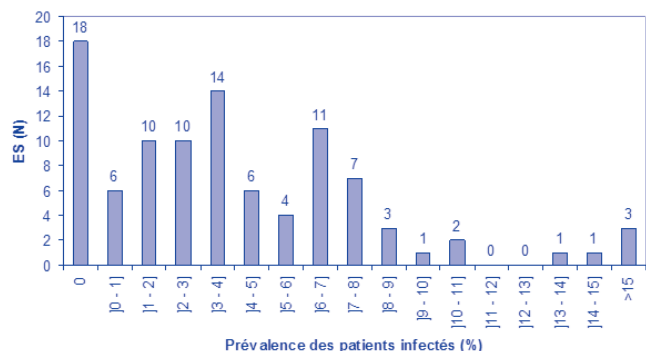
tés de 3,8% ; 362 infections étaient recensées, soit une prévalence des IN de 3,9%. Le ratio infections/infectés était de 1,03. Parmi les patients infectés, 11 (3,1%) avaient 2 IN.

Près de 30% des infections étaient importées d'un autre ES.

Sur l'ensemble des ES, la médiane des prévalences des patients infectés était de 4,5%.

La prévalence des patients infectés variait selon l'ES. Parmi les 97 ES ayant inclus plus de 20 patients, la prévalence des patients infectés était inférieure à 2,4% pour 25% des ES et supérieure à 6,9% pour 25% des ES (Figure 1).

Figure 1 : Distribution des prévalences des patients infectés dans les établissements de santé (ES) ayant inclus plus de 20 patients



La prévalence des patients infectés variait selon la catégorie d'ES, de 1,1% dans les ES psychiatriques à 6,9% dans les hôpitaux locaux ; la prévalence des infections suivait les mêmes variations.

De plus, les prévalences des IN acquises et des IN importées n'étaient pas les mêmes suivant la catégorie de l'ES ; les CLCC et les hôpitaux locaux avaient une prévalence des IN acquises dans l'ES relativement élevée (respectivement 5,9% et 4,9%).

La part des infections importées d'un autre ES était particulièrement importante dans les SSR : 48,6% (53/109) (Tableau 1).

Tableau 1 : Prévalence des patients infectés et des infections nosocomiales, par catégorie d'ES

Catégorie d'ES	Patients		Infectés		Infections		IN acquises		IN importées	
	N		N	%	N	%	N	%	N	%
Clinique privée (MCO)	2 704		86	3,2	91	3,4	65	2,4	11	0,4
SSR	2 096		106	5,1	109	5,2	53	2,5	53	2,5
CH	1 986		71	3,6	72	3,6	47	2,4	24	1,2
PSY	1 466		16	1,1	16	1,1	13	0,9	1	0,1
HL	824		57	6,9	58	7,0	40	4,9	13	1,6
CLCC	221		15	6,8	16	7,2	13	5,9	3	1,4
Total	9 297		351	3,8	362	3,9	231	2,5	105	1,1

Le jour de l'enquête, le ratio homme/femme était de 0,85 (Tableau 2) ; 2 419 (26%) patients présentaient un indice de gravité de Mac Cabe égal à 1 ou 2 (pathologie fatale à 5 ou 1 an), 949 (10,2%) étaient immunodéprimés, 1 300 (14,0%) présentaient une affection maligne évolutive, 1 540 (16,6%) avaient été opérés depuis l'admission et 2 059 (22,%) étaient exposés à au moins un dispositif invasif (cathéter, intubation trachéale ou sonde urinaire). Parmi ces derniers, 1 813 (19,5%) patients étaient porteurs d'un cathéter vasculaire, 572 (6,2%) d'une sonde urinaire et 71 (0,8%) étaient intubés le jour de l'enquête.

Concernant les patients porteurs d'un cathéter, 13,2% avaient un cathéter périphérique veineux, 3,7% une chambre implantable (PAC), 1,8% un cathéter central à insertion périphérique (PICC) et 0,8% un cathéter veineux central.

Tableau 2 : Caractéristiques des patients et exposition à certains facteurs de risque infectieux

Caractéristiques	Patients	
	N	%
Age (années)		
]0 - 2[	153	1,7
]2 - 20[	170	1,8
]20 - 40[	960	10,3
]40 - 60[	1 920	20,7
]60 - 80[	3 165	34,0
]80 et plus [	2 929	31,5
< 65 ans	3 913	42,1
≥ 65 ans	5 384	57,9
Sexe		
Femme	5 022	54,0
Homme	4 275	46,0

Caractéristiques	Patients	
	N	%
Score de Mac Cabe		
0	6 006	64,6
1	1 677	18,0
2	742	8,0
Inconnu	872	9,4
Fatale (1,2)	2 419	26,0
Non fatale	6 878	74,0
Immunodépression		
oui	949	10,2
non	7 943	85,4
inconnu	405	4,4
Affection maligne		
Hémopathie	106	1,2
Tumeur solide	1 194	12,8
Non	7 402	79,6
Inconnu	595	6,4
Chirurgie depuis l'admission		
oui	1 540	16,6
non	7 746	83,3
inconnu	11	0,1
Dispositif invasif		
oui	2 059	22,1
non	7 238	77,9
Dispositif invasif - Cathéter	1 813	19,5
dont périphérique veineux	1 229	13,2
dont périphérique artériel	1	0,0
dont central veineux	74	0,8
dont central artériel	9	0,1
dont PICC	30	0,3
dont PAC	348	3,7
dont périphérique sous cutané	165	1,8
Dispositif invasif - Sonde urinaire	572	6,2
Dispositif invasif - Intubation	71	0,8

Tableau 3 : Tableau synthétique des résultats par région

Variables	Stat*	Basse-Normandie	Bretagne	Centre	Pays de la Loire	Interrégion Ouest
Etablissements	n	15	30	26	37	108
Patients	n	1 022	2 771	2 267	3 237	9 297
Caractéristiques						
Age (en année)	moy	69	64	66	63	66
Sex-ratio	H/F	0,87	0,78	0,82	0,93	0,85
Durée de séjour (en jours)	méd	15	9	13	16	13
Score de Mac Cabe (1 ou 2)	%	32,4	27,4	25,3	23,3	26,0
Immunodépression	%	16,3	10,5	10,2	8,0	10,2
Affection maligne	%	21,7	14,7	12,3	12,1	14,0
Chirurgie depuis l'admission	%	10,5	25,8	9,5	15,6	16,6
Dispositif invasif						
Intubation	%	5,1	0,4	0,0	0,2	0,8
Sonde urinaire	%	6,9	7,6	5,3	5,3	6,2
Cathéter	%	19,3	24,3	19,5	15,4	19,5
Infections nosocomiales						
Prévalence des infectés	%	3,9	3,9	3,7	3,7	3,8
Prévalence des infections	%	3,9	4,0	3,9	3,8	3,9
Prévalence des IN selon le site infectieux						
Infection urinaire	%	1,3	1,8	1,6	1,4	1,5
ISO	%	0,2	0,6	0,5	0,5	0,5
Infection des voies respiratoires	%	0,8	0,5	0,4	0,2	0,4
Peau et tissus mous	%	0,2	0,3	0,4	0,3	0,3
Prévalence des IN selon le micro-organisme						
Entérobactéries	%	0,9	1,6	1,4	1,8	1,5
Cocci-gram +	%	1,2	1,0	1,3	0,8	1,0
Prévalence des IN selon le traitement anti-infectieux						
β-lactamines	%	6,0	6,9	8,9	7,0	7,3
Fluoroquinolone	%	2,3	2,7	3,4	1,8	2,5
Prévalence des patients sous antibiotique	%	9,8	11,2	12,9	9,6	10,9
Prévalence des patients sous antifongique	%	4,9	1,8	4,9	3,4	3,1

*stat= statistique

S. Glorion, A. Tazé (stagiaire), E. Fontaine, M. Aupée

Utilisation des antibiotiques en Ehpad : Enquête pilote sur la Bretagne

Une enquête pilote sur l'utilisation des antibiotiques dans les Ehpad s'est déroulée au mois de novembre, un jour donné, pour chacun des Ehpad participants. Le projet a été mis en place en partenariat avec l'Arln Bretagne et en lien avec l'Observatoire régional dédié aux antibiotiques. Il a été mené auprès de 179 établissements qui avaient déjà répondu à une évaluation des pratiques professionnelles et des besoins en Ehpad réalisée par l'Omédit de Bretagne et MedQual en février 2014.

L'objectif de cette enquête est de mesurer l'importance de l'utilisation des antibiotiques dans les Ehpad et d'évaluer la qualité de leur prescription.

L'enquête doit permettre de recenser des indicateurs de pratiques afin d'évaluer et sensibiliser les Ehpad au bon usage des antibiotiques, et de dégager des actions pour optimiser la politique de prescription des antibiotiques au sein de ces établissements.

La saisie des données par les établissements participants s'effectuera directement en ligne jusque fin décembre. Les résultats seront analysés au début de l'année 2015 et un groupe de travail interrégional sera constitué afin d'envisager un déploiement possible de l'enquête au niveau de l'interrégion. Une enquête d'impact sur ces établissements pilotes est prévue fin 2015.

E. Fontaine

Les outils « Surveillances »

Afin de vous accompagner au mieux dans votre participation aux surveillances nationales et interrégionales, nous vous proposons plusieurs types d'outils. Tout d'abord, le site du Cclin Ouest sur lequel vous allez trouver à l'onglet surveillances (<http://www.cclinouest.com/Pages/Surveillance3-3.html>) tous les documents nécessaires à votre participation : les liens vers l'annuaire pour vous inscrire, vers le portail de saisie sur les applications web, les dates limite d'envoi de vos données...

Vous pouvez également consulter, pour chaque surveillance, la méthodologie, les fiches de recueil des données ainsi que les résultats nationaux et/ou interrégionaux. Un tableau récapitulatif des surveillances est à votre disposition.

Nous vous proposons également, afin de vous aider dans leur recueil, un tableau de synthèse des données administratives requises pour chaque surveillance.

Et pour finir, vous découvrirez comment lire les boîtes à moustaches ainsi que les diagrammes de Monet utilisés dans les résultats de la surveillance sur les consommations des antibiotiques.

Annuaire national du réseau Cclin-Arlin

Un vaste projet de création d'un annuaire national du réseau Cclin-Arlin, partagé entre les 5 Cclin et les 26 Arlin est en cours. La coordination du groupe de travail et du développement de l'outil informatique nous ont été confiés.

Lors de la mise en place de cet annuaire national, les établissements des 5 Cclin pourront s'inscrire en ligne pour les surveillances et les audits. Aujourd'hui seuls les Cclin Ouest et Sud Est proposent une inscription directement accessible par leur annuaire.

L'inscription pourra se faire au niveau établissement (plus petite entité) ainsi qu'au niveau d'un regroupement (Entité juridique ou groupement spécifique pour les surveillances).

La mise en place de ce nouvel annuaire est prévue courant 2015.

N. Garreau, M. Aupée

Récapitulatif des surveillances 2014 proposées par le Cclin Ouest aux Établissements de Santé

Enquêtes nationales RAISIN = Réseau national d'Alerte d'Investigation et de Surveillance des Infections Nosocomiales				
Sigle utilisé	Libellé	Période	Référents	Objectifs
BMR	Surveillance des Bactéries Multi Résistantes	Trimestre (T1 ou T2) (Option interrégionale : année)	S. Glorion Dr Sénéchal	Surveiller l'évolution des résistances bactériennes dans les ES
	BMR : Module Précautions Complémentaires			Dr Sénéchal
CONSOATB	Enquête sur la Consommation d'Antibiotiques (et d'antifongiques)	Année	A. Ingels Dr Sénéchal	Suivre la consommation d'antibiotiques et la corréler à la résistance bactérienne dans les ES.
ISO	Surveillance des Infections du Site Opérateur	1er semestre	J. Tanguy Dr Aupée	Suivre l'évolution des ISO (préférentiellement par secteur de chirurgie ou en surveillance agrégée)
	ISO - Module Antibio prophylaxie			Dr Sénéchal
	ISO - Module Facteurs de risque individuels			J. Tanguy
REA	Surveillance des infections nosocomiales en Réanimation Adulte	1er semestre (Option interrégionale : année)	S. Glorion Dr Aupée	Evaluer le risque infectieux nosocomial pour les séjours supérieurs à 48 heures dans les secteurs de réanimation

Enquêtes interrégionales				
Sigle utilisé	Libellé	Période	Référents	Objectifs
PREVATB	Enquête de prévalence de l'utilisation des antibiotiques	1 jour donné avril-mai	J. Tanguy Dr Fontaine	Connaître un jour donné la proportion de patients sous ATB, les ATB utilisés et leur bon usage
PREVIN	Enquête annuelle de prévalence des Infections Nosocomiales (dont traitements anti-infectieux)	1 jour donné mai-juin ou sept-nov	S. Glorion Dr Aupée	Connaître un jour donné la proportion d'IN dans les ES et recueillir des informations concernant les patients ayant un traitement anti-infectieux le jour de l'enquête

ES : établissements de santé - ATB : antibiotiques - IN : infections nosocomiales - ISO : Infections du Site Opératoire - BMR : Bactérie Multi Résistante

Inscription obligatoire sur www.cclinouest.com rubrique «Annuaire»

Pour plus d'informations se référer aux protocoles disponibles sur www.cclinouest.com ou contacter le secrétariat des surveillances du Cclin Ouest - Maryvonne Dixon : 02 99 87 35 33

Aide au recueil des données administratives

Données	AES	BMR/ICD	CONSO ATB	PREV ATB	PREV IN	REA	ISO
Périodicité	Données annuelles	Données annuelles et/ou trimestrielles	Données annuelles		Données annuelles	Données annuelles	
Périmètre	Hospitalisation complète et place de jour (EHPAD* et HAD incluses)	Hospitalisation complète hors hospitalisation de jour (EHPAD* et HAD optionnels)	Hospitalisation complète hors hospitalisation de jour	Hospitalisation complète (EHPAD* et HAD incluses)	Hospitalisation complète (EHPAD* et HAD incluses)	Hospitalisation complète	
Nombre de lits	Total Court séjour (MCO)	Court séjour (MCO y compris urgences "porte">24h) et Réa) Réa Réadaptation (SSR) Long séjour (SLD) Psy	Total Données optionnelles: Total Court séjour MCO (hors psy) Médecine (avec USI et SC) Hématologie Maladies Infectieuses Chirurgie (avec USI et SC) Réa Gynéco/obst Pédiatrie (y compris USI / réa, néonatalogie, chirurgie, SSR...) Réadaptation (SSR) Long séjour (SLD) Psy	Total Sur tout l'établissement Nombre de patients présents le jour de l'enquête	Total Médecine Chirurgie Gynéco/obst Réa Psy Réadaptation (SSR) Long séjour (SLD)	Court séjour (MCO) Service (réanimation/soin continu/unité de soins intensifs)	
Nombre d'admissions	Total Court séjour (MCO)	Court séjour dont réa : admissions directes	Total Total Court séjour MCO (hors psy)				Aucune donnée administrative à recueillir
Nombre de journées d'hospitalisation	Total Court séjour (MCO)	Court séjour hors Réa Réa Réadaptation (SSR) Long séjour (SLD) Psy En EHPAD uniquement si BMR surveillées en EHPAD	Total Données optionnelles: Total Court séjour MCO (hors psy) Médecine (avec USI et SC) Hématologie Maladies Infectieuses Chirurgie (avec USI et SC) Réa Gynéco/obst Pédiatrie (y compris USI / réa, néonatalogie, chirurgie, SSR...) Réadaptation (SSR) Long séjour (SLD) Psy				
Autres	Nombre de séances Total Dialyse Nombre d'ETP			ETP de l'activité du référent ATB			

MAJ : 06/01/2015 - *Secteur d'EHPAD adossé à un ES

Surveillance RAISIN Consommation en Antibiotiques :

Aide à l'interprétation des résultats

Boîte à moustache

La médiane est le nombre qui sépare la série (ordonnée en valeurs croissantes) en deux groupes de même effectif.

P25 (premier quartile) est le nombre au-dessous duquel se situent 25% des données

P75 (troisième quartile) est le nombre au-dessous duquel se situent 75% des données

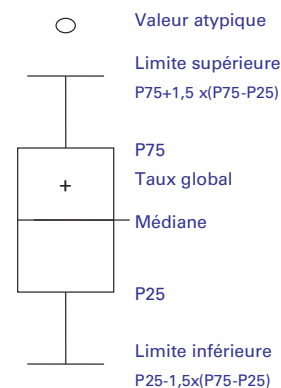
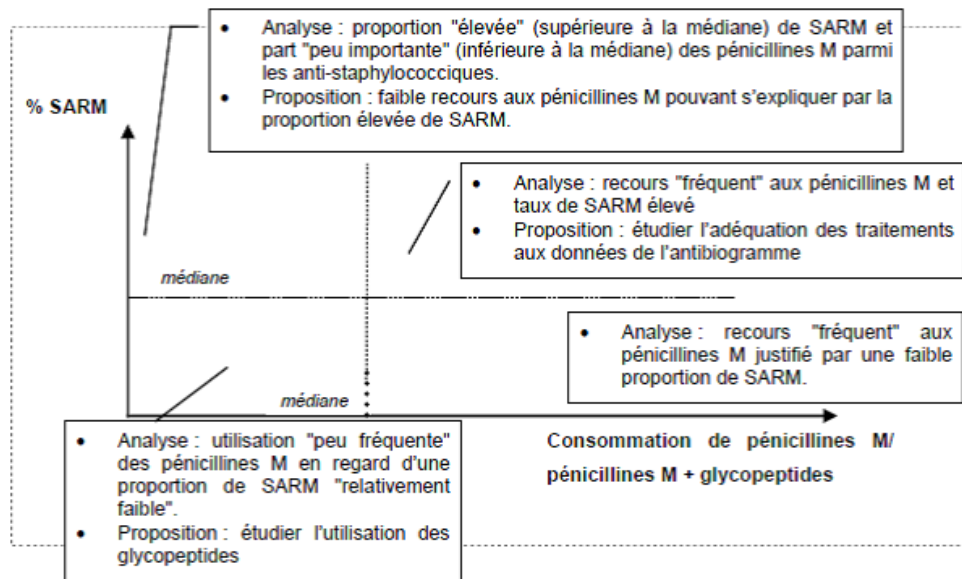


Diagramme de Monnet - exemple

Proportion de SARM parmi les *S. aureus* et consommation de pénicillines M et glycopeptides : aide à l'interprétation



Sigle	Libellé
ABP	Antibioprophylaxie
ACIBAU	Acinetobacter baumannii
AI	Anti-infectieux
ATB	Antibiotique
BMR	Bactérie multirésistante
CH	Centre hospitalier
CHR	Centre hospitalier régional
CHS	Centre hospitalier spécialisé
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLCC	Centre de lutte contre le cancer
CME	Commission médicale d'établissement
CS	Court séjour
CVC	Cathéter veineux central
DI	Densité d'incidence
DIM	Département d'informatique médical
<i>E. coli</i> / <i>E. coli</i>	Escherichia coli
ENP	Enquête nationale de prévalence
EOH	Equipe opérationnelle d'hygiène
EPC	Entérobactéries productrices de carbapénémase
ERV	Entérocoques résistants à la vancomycine

Sigle	Libellé
ES	Etablissement de santé
ESM	Etablissement de santé mentale
EBLSE	Entérobactérie productrice de BêtaLactamase à spectre étendu
HAS	Haute autorité de santé
HL	Hôpital local
IN	Infection nosocomiale
ISO	Infection du site opératoire
JH	Journées d'hospitalisation
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
PAC	Chambre implantable (Port A Cath)
PICC	Cathéter central à insertion périphérique (Peripherally Inserted Central Catheter)
PROPIN	Programme national de prévention des infections nosocomiales
RAISIN	Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales
RSI	Ration standardisé d'incidence
SARM	Staphylococcus Aureus résistant à la méticilline
SLD	Soin longue durée
SSR	Soins de suite et réadaptation

À propos :

Intérêt du suivi de doses définies journalières dans une politique de bon usage des antibiotiques : analyse des consommations d'un centre hospitalier de 2007 à 2011

Depuis sa création, notre établissement est engagé dans le bon usage des antibiotiques. Les consommations sont suivies via le programme national ATB Raisin. En 2009, malgré un indice composite de bon usage des antibiotiques en classe A, la consommation était supérieure au percentile 75 national. L'objectif était d'analyser les consommations pour trouver des éléments d'explication et des axes d'amélioration. La consommation totale, par secteur d'activité et par famille d'antibiotiques a été analysée de 2007 à 2011, puis comparée aux chiffres nationaux 2009. L'analyse a montré une diminution globale de 15% de la consommation de 2007 à 2011. Les secteurs de médecine et de chirurgie et la famille des pénicillines montraient les plus grands écarts avec les chiffres nationaux. Un élément d'explication était la prise en charge de pathologies particulièrement consommatrices d'antibiotiques : infections ostéo-articulaires, endocardites, méningites, infections du grand brûlé. L'analyse a permis de définir des axes de travail : limitation des bithérapies et des durées de traitement, bon usage des aminosides, traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie à 72 heures. La surveillance continue des consommations et les audits de pratique permettront d'évaluer ces mesures. Un outil de recueil unique et standardisé est en cours de réflexion au niveau national pour améliorer la surveillance des consommations d'antibiotiques et les confronter aux données de résistance bactérienne.

(Résumé d'auteur)

Gourbil M, Jean-Bart E, Clève M, Baume MO, Pariset C, Pommier C *et al.* Intérêt du suivi de doses définies journalières dans une politique de bon usage des antibiotiques : analyse des consommations d'un centre hospitalier de 2007 à 2011. *Hygiènes* 2013 ; 21(5):203-209.

(Réf. 373140)

Mots-clés : antibiotique, consommation, surveillance, réseau, Raisin, médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie

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 : 1^{er} trimestre 2015 - ISSN 2266-4912 - Maquette : ALJ Création (Montfort-sur-Meu - www.alj-creation.fr)