

NOSO News



Bulletin N°41

Avril 2007 - Trimestriel

AU SOMMAIRE

- 1 BLOC-NOTES
- 1 ENQUÊTE NATIONALE DE PRÉVALENCE 2006
- 5 CONTRÔLE QUALITÉ BMR
- 7 CONSOMMATION DES PRODUITS D'HYGIÈNE DES MAINS
- 8 LU POUR VOUS

BLOC-NOTES

C.CLIN-Ouest

- Les présentations de la journée annuelle du C.CLIN Ouest qui s'est tenue le 22 mars dernier à Rennes sont disponibles sur le site <http://www.cclinouest.com> à la rubrique Communications
- Le bilan standardisé des activités de lutte contre les IN est disponible sur le site à la rubrique Actualité

Documentation

- Circulaire N°DHOS/E2/2007/109 du 23 mars 2007 relative à la stratégie nationale d'audit des pratiques en hygiène hospitalière pour l'année 2007
- Numéro thématique – Surveillance et perception des infections nosocomiales en France, BEH. 2007. n°12-13.
- Signalement des décès liés aux infections nosocomiales. Guide méthodologique d'aide au signalement des infections nosocomiales faisant appel au critère 2 « tout décès lié à une infection nosocomiale » (R.6111-13 du code de la santé publique), janvier 2007, 13 p.
- Avis relatif à la pertinence d'instaurer pour la réalisation d'actes invasifs médico-chirurgicaux un ordre de passage dans les programmes quotidiens d'interventions où figurent des patients porteurs de virus hématogènes (adopté le 8 mars 2007), 2007, 2 p.
- Rapport sur l'opportunité d'instaurer un ordre de passage lors d'actes invasifs programmés pour les patients porteurs de virus hématogènes (document validé par le CTINILS le 16 janvier 2007), 2007, 13 p.
- Le numéro de février 2007 de la revue *Infection Control and Hospital Epidemiology* contient un dossier sur les infections à *Clostridium difficile*. Ces articles sont signalés dans la base de données bibliographiques NosoBase avec un résumé en français. <http://nosobase.chu-lyon.fr>

Congrès et journées

- II^e Congrès de l'Observatoire du Risque Infectieux en Gériatrie (ORIG) : les infections respiratoires basses chez la personne âgée - Aspects pratiques vendredi 4 mai - Paris
- L'information du patient et les infections nosocomiales - Journée C.CLIN-Ouest – ENSP jeudi 24 mai 2007 à l'ENSP – Rennes
- Désinfection des sols et surfaces RRESO – jeudi 24 mai - Brest
- XVIII^e Congrès national de la Société Française d'Hygiène Hospitalière (SFHH) jeudi 7 et vendredi 8 juin 2007 – Strasbourg
- 8^e journées nationales d'infectiologie (JNI) du mercredi 13 juin au vendredi 15 juin 2007 – Dijon
- Journée régionale de formation : prévention des infections de l'opéré RHC mardi 26 juin 2007 - Saint Avertin (37)

ENP des infections nosocomiales 2006 inter région Ouest

1. Présentation de l'enquête

La réalisation de l'enquête nationale de prévalence (ENP) s'inscrit dans le cadre du programme national de lutte contre les infections nosocomiales. Après une 1^{ère} étude expérimentale en 1990, c'est la 3^e de ce type réalisée en France ; les précédentes ont eu lieu

en 1996 et 2001. Elles viennent compléter l'enquête inter régionale annuelle proposée aux établissements de l'inter région Ouest. Elle a pour principal objectif de sensibiliser et de mobiliser les personnels des établissements de santé à la lutte contre les infections nosoco-

miales mais aussi de mesurer la prévalence des infections nosocomiales et décrire leurs caractéristiques ; d'évaluer l'exposition aux facteurs de risque et de connaître l'utilisation des traitements anti-infectieux dans les établissements de santé français.

L'enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales 2006 s'est déroulée, sur une journée, entre le 29 mai et le 30 juin 2006. Elle a été mise en œuvre par les CCLIN en lien avec l'Institut de Veille Sanitaire (IVS) dans le cadre du Réseau d'Alerte, d'Investigation et de Surveillance des Infections Nosocomiales (RAISIN).

Elle a concerné l'ensemble des patients hospitalisés dans les services des établissements de santé publics ou privés, à l'exception des patients en hospitalisation de jour, en hospitalisation à domicile et dans les maisons de retraite des hôpitaux. Les patients entrés le jour de l'enquête n'ont pas été inclus (*à la différence de 2001*).

La définition de l'infection nosocomiale était celle, comme en 2001, des « 100 recommandations ». Les bactériuries asymptomatiques n'ont pas été comptabilisées (*à la différence de 2001*).

2. Résultats 2006

2.1. Participation

En 2006, 391 ES représentant 63 911 lits d'hospitalisation ont participé à l'ENP ; 176 (43%) étaient publics, 75 (19%) privés participant au service public hospitalier (PSPH) et 140 (36%) privés non PSPH.

Sur la base de la SAE (Statistique Annuelle des Etablissements) 2005 corrigée des retours d'information des établissements lors de la préparation de l'enquête, la participation a été excellente sur l'ensemble de l'inter région. 92% des ES concernés par l'enquête ont participé, soit 97 % des lits d'hospitalisation de l'inter région : 98% des lits publics,

93% des lits PSPH et 98 % des lits privés non PSPH.

Les établissements SSR et SLD (23%), les cliniques MCO (22%) et les CH/CHG (21%) représentent près de 2 établissements sur 3. En termes de lits d'hospitalisation, les CH/CHG (42%) et les CHU/CHR (17%) constituent près de 60% du parc.

2.2. Patients

L'enquête a inclus 63 911 patients : 26 991 (42%) étaient hospitalisés dans des centres hospitaliers (CH/CHG), 10 069 (16%) dans des centres hospitaliers régionaux ou universitaires (CHU/CHR) et 8 045 (13%) dans des cliniques MCO. L'hôpital des Armées de Brest, étant le seul hôpital militaire (129 patients), a été inclus dans les CH/CHG.

2.3. Infections nosocomiales

2.3.1. Prévalence

Le jour de l'enquête, 3 026 des 63 911 patients ont une ou plusieurs IN actives, soit une prévalence des patients infectés de 4,73% ; 3 203 IN sont recensées, soit une prévalence des IN de 5,01% ; 578 (18%) IN sont importées d'un autre ES. Le ratio infections/infectés est de 1,06.

La prévalence des patients infectés varie selon le type d'ES, de 2,09% dans les ES psychiatriques à 6,46% dans les CHU/CHR et 6,93% dans les CLCC (tableau 1).

La prévalence varie également selon le type de séjour, de 0,9% en obstétrique à 22% en réanimation (tableau 2).

Tableau 1 : prévalence des patients infectés et des infections nosocomiales par catégorie d'établissement de l'inter région Ouest (ENP 2006)

Catégorie d'ES	Patients	Infectés		Infections		Infections acquises		Infections importées	
		N	%	N	%	N	%	N	%
CHR/CHU	10 069	650	6,46	692	6,87	624	6,20	68	0,68
CH/CHG	27 120	1 283	4,73	1 363*	5,03	1 187	4,38	174	0,64
dont <300 lits	6 376	270	4,23	279	4,38	235	3,69	44	0,69
dont ≥300 lits	20 744	1 013	4,88	1 084*	5,23	952*	4,59	130*	0,63
CHS/Psy	7 032	147	2,09	150	2,13	133	1,89	17	0,24
Hôpital local	4 544	253	5,57	268	5,90	198	4,36	70	1,54
Clinique MCO	8 045	293	3,64	314	3,90	250	3,11	64	0,80
dont <100 lits	2 030	75	3,69	83	4,09	65	3,20	18	0,89
dont ≥100 lits	6 015	218	3,68	231	3,84	185	3,08	46	0,76
SSR/SLD	6 403	355	5,54	369	5,76	193	3,01	176	2,75
CLCC	303	21	6,93	21	6,93	18	5,94	3	0,99
Autre	395	24	6,08	26	6,58	20	5,06	6	1,52
Total	63 911	3 026	4,73	3 203	5,01	2 623*	4,10	578*	0,90

* Le total des infections n'est pas égal à la somme des IN acquises et importées, car pour 2 infections le caractère acquis ou importé n'a pas été précisé

Tableau 2 : prévalence des patients infectés et des infections nosocomiales, par type de séjour de l'inter région Ouest (ENP 2006)

Type de séjour	Patients (N)	Infectés		Infections		Infections acquises		Infections importées	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Court séjour	29 643	1 526	5,14	1 647	5,56	1 394	4,70	252	0,85
dont médecine	15 475	836	5,40	894*	5,78	723	4,67	170	1,10
dont chirurgie	9 520	490	5,15	531	5,58	468	4,92	63	0,66
dont obstétrique	3 895	34	0,87	35	0,90	31	0,80	4	0,10
dont réanimation	753	166	22,05	187	24,83	172	22,84	15	1,99
SSR	12 450	860	6,91	891	7,16	604	4,85	287	2,31
SLD	12 895	495	3,84	517*	4,01	495	3,84	21	0,16
Psychiatrie	8 637	134	1,55	137	1,59	122	1,41	15	0,17
Autre	286	11	3,85	11	3,85	8	2,80	3	1,05
Total	63 911	3 026	4,73	3 203	5,01	2 623*	4,10	578*	0,91

* Le total des infections n'est pas égal à la somme des IN acquises et importées, car pour 2 infections le caractère acquis ou importé n'a pas été précisé

Parmi les 371 ES incluant 20 patients ou plus, la médiane des prévalences des patients infectés est de 3,95 %. La prévalence des patients infectés est nulle pour 54

établissements de santé (14,6 %). Au sein d'un même type d'ES, la prévalence des patients infectés est très variable.

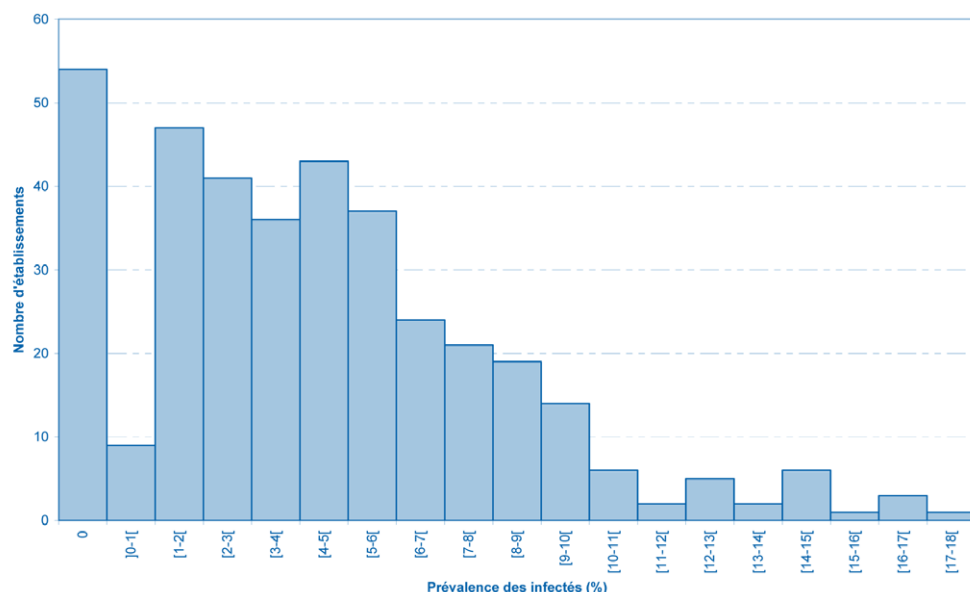


Figure 1 : distribution des prévalences des patients infectés dans les établissements de santé ayant inclus 20 patients ou plus de l'inter région Ouest, ENP 2006.

La prévalence des patients infectés et la prévalence des IN varient aussi et surtout selon les caractéristiques des patients ou leur exposition à certains facteurs de risque : elles sont d'autant plus élevées que les patients sont âgés, de sexe masculin, atteints d'une maladie sévère, immunodéprimés,

ont un antécédent d'intervention chirurgicale dans les 30 jours ou sont exposés à des dispositifs invasifs : cathéter vasculaire, sonde urinaire ou intubation/trachéotomie (tableau 3).

Tableau 3 : prévalence des infectés et des infections nosocomiales, par caractéristiques des patients et leur exposition à certains facteurs de risque de l'inter région Ouest (ENP 2006)

Facteurs	Patients (N)	Infectés		Ratio de prévalence*	Infections	
		N	%		N	%
Age						
< 65 ans	25 611	823	3,21	1	874	3,41
≥ 65 ans	38 300	2 203	5,75	1,79	2 329	6,08
Inconnu	0	0	0,00		0	0,00
Sexe						
Homme	27 587	1 442	5,23	1	1 535	5,56
Femme	36 317	1 584	4,36	0,83	1 668	4,59
Inconnu	7	0	0,00		0	0,00
Indice de gravité de MacCabe						
0	41 704	1 290	3,09	1	1 343	3,22
1	14 394	962	6,68	2,16	1 026	7,13
2	5 060	615	12,15	3,93	668	13,20
Inconnu	2 753	159	5,78		166	6,03
Immunodépression						
Non	57 960	2 417	4,17	1	2 545	4,39
Oui	5 743	585	10,19	2,44	633	11,02
Inconnu	208	24	11,54		25	12,02
Intervention chirurgicale dans les 30 jours						
Non	51 022	2 105	4,13	1	2 207	4,33
Oui	12 732	916	7,19	1,74	991	7,78
Inconnu	157	5	3,18		5	3,18
Cathéter vasculaire						
Non	50 238	1 838	3,66	1	1 900	3,78
Oui	13 667	1 188	8,69	2,37	1 303	9,53
Inconnu	6	0	0,00		0	0,00
Sonde urinaire						
Non	58 669	2 230	3,80	1	2 326	3,96
Oui (le jour de l'enquête)	3 481	581	16,69	4,39	646	18,56
Oui (dans les 7 derniers jours)	1 713	209	12,20	3,21	225	13,13
Inconnu	48	6	12,50		6	12,5
Intubation/trachéotomie						
Non	62 870	2 815	4,48	1	2 815	4,48
Oui	1 024	209	20,41	4,56	209	20,41
Inconnu	17	2	11,76		2	11,76

(*) Ratio de prévalence des infectés.

Tableau 4 : part relative et prévalence des principales localisations des infections de l'inter région Ouest (ENP 2006).

Localisation des infections	N	Part relative (%)	Prévalence (%)
Infections urinaires	1 049	32,7	1,64
Infections du site opératoire	464	14,5	0,73
Pneumopathies	462	14,4	0,72
Infections peau / tissus mous	329	10,3	0,51
Infections respiratoires autres	225	7,0	0,35
Bactériémies / septicémies	165	5,2	0,26
Infections ORL / stomatologiques	116	3,6	0,18
Infections du tractus gastro-intestinal	76	2,4	0,12
Infections sur cathéter	64	2,0	0,10
Autres sites	249	7,8	0,39
Non documenté	4	0,1	0,01
Total	3 203	100,0	5,01

2.3.2. Localisation des infections

Les infections urinaires (n=1 049) sont les plus fréquentes, devant les infections du site opératoire (n=464) et les pneumopathies (n=462) (tableau 4). Ces trois localisations d'IN représentent 61,6 % des sites infectieux documentés.

Les infections urinaires sont les IN les plus fréquentes dans tous les types d'établissement. On retrouve ensuite les pneumopathies dans les CHU/CHR, les CH/CHG et les CLCC ; les ISO dans les cliniques MCO et les SSR/SLD et les infections de la peau et des tissus mous dans les hôpitaux locaux et les CHS.

3. Comparaison avec les résultats 2001

3.1. Participation

En 2001, 315 ES ont participé à l'enquête nationale de prévalence et 56 760 patients avaient été inclus. En 2006, 76 ES et 5 316 patients de plus ont donc été inclus. La participation a progressé dans l'ensemble des régions. 279 établissements ont participé aux 2 enquêtes 2001 et 2006.

3.2. Infections nosocomiales

La comparaison des prévalences 2001 et 2006 a été restreinte aux ES ayant participé aux deux enquêtes (2001 et 2006) ; il s'agit des prévalences de patients ayant une infection nosocomiale acquise.

3.2.1. Prévalence des patients infectés

Globalement, entre 2001 et 2006, la tendance est à la baisse (-4% au niveau de l'inter région ouest).

La prévalence a par contre augmenté dans les cliniques MCO de plus de 100 lits, les SSR/SLD et les CHS.

Une analyse multivariée par régression logistique a été effectuée sur les données des ES ayant participé aux deux enquêtes. Elle consiste à comparer les prévalences en 2001 et 2006, en tenant compte des variables qui influent sur la survenue d'une IN et ont pu évoluer entre 2001 et 2006 : catégorie de l'ES, spécialité du service d'accueil, caractéristiques des patients (âge, sexe, indice de gravité de McCabe, immunodépression) et exposition à certains facteurs de risque (intervention chirurgicale, cathéter vasculaire périphérique ou central, sonde urinaire le jour de l'enquête ou dans les 7 derniers jours).

Les résultats (odds-ratio ajusté=0,93, p=0,05) sont en faveur d'une diminution modérée (7%) de la prévalence des patients infectés entre 2001 et 2006.

3.2.2. Prévalence des patients infectés à staphylocoque doré résistant à la méticilline (SARM)

L'analyse restreinte aux ES ayant participé aux deux enquêtes (2001 et 2006) montre une diminution de la prévalence des patients ayant une infection nosocomiale acquise à SARM de 17% globalement au niveau de l'inter région Ouest. La prévalence a par contre augmenté dans les cliniques MCO de plus de 100 lits et les hôpitaux locaux.

Une analyse multivariée par régression logistique a également été effectuée pour comparer les prévalences entre 2001 et 2006, en tenant compte des mêmes facteurs que précédemment.

Les résultats (odds ratio ajusté=0,79, p<0,04) sont en faveur d'une diminution importante (21%) de la prévalence des patients infectés à SARM entre 2001 et 2006.

4. Conclusion

L'enquête nationale de prévalence 2006 a montré une nouvelle fois la forte mobilisation des établissements de l'inter région. Elle se traduit par une participation en nette progression par rapport à 2001.

La prévalence des infections nosocomiales dans l'inter région Ouest est légèrement plus faible qu'au niveau national. Les caractéristiques des patients, leur exposition à des dispositifs invasifs et les caractéristiques des infections nosocomiales (1 infection sur 3 est une infection urinaire) sont globalement les mêmes dans l'inter région et au niveau national.

Entre 2001 et 2006, la participation a augmenté et la prévalence des infections nosocomiales dans l'inter région est en diminution de 7% (à un niveau comparable, à celui retrouvé sur l'ensemble du territoire national : -4%) ; de même les IN à SARM sont en nette diminution (-21%).

Ce constat met en évidence une nouvelle fois les efforts engagés et poursuivis par les établissements de l'inter région dans la lutte contre les infections nosocomiales.

Pascal JARNO, Gwénola GOURVELLEC, les responsables des antennes régionales et tous les établissements de santé de l'inter région Ouest ayant contribué à la réalisation de cette enquête.

Toute l'équipe du C.CLIN Ouest tient à remercier Gwénola GOURVELLEC pour la qualité de son travail dans la gestion de l'ENP 2006 tant sur le plan technique que sur le plan de la coordination. Bonne continuation Gwénola.

Contrôle de qualité externe 2003-2006 de l'enquête BMR

La surveillance des BMR et notamment du SARM reste une priorité nationale clairement exprimée dans le programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008. *L'enjeu est de produire des données permettant d'évaluer l'impact collectif du programme de lutte et de détecter des phénomènes émergents. La qualité, la fiabilité et la pertinence de ces données devront être reconnues par tous : professionnels et usagers.*

Le contrôle de qualité externe microbiologique organisé par le C.CLIN Ouest depuis 2003 s'inscrit dans cette démarche.

Méthode utilisée depuis 2003

1 - La liste des laboratoires participants au contrôle de qualité est établie par le C.CLIN-Ouest et ses antennes régionales lors de l'inscription des établissements à l'enquête BMR.

2 - Trois souches sont sélectionnées tous les ans dans la collection de l'Institut Pasteur en 2003 puis dans d'autres collections de souches par le Pr Leclercq du CHU de CAEN en concertation avec les trois autres biologistes correspondants de chaque région : Dr Caillon, Pays de la Loire - Dr Van Der Mee, Centre - Dr Vaucel, Bretagne, collaboration élargie en 2006 aux Pr Joly Guillou et Dr Eveillard du CHU d'ANGERS.

En 2003, les souches choisies étaient les suivantes : SARM, *Enterobacter aerogenes* producteur de β LSE, et *Klebsiella pneumoniae* avec β LSE, en 2004, SASM, SARM, *Enterobacter aerogenes* producteur de β LSE, en 2005, SARM, *E. coli* producteur de β LSE, en 2006, SARM, *E. coli* avec céphalosporinase hyperproduite et *Enterococcus faecium* résistant à la vancomycine .

3 - La validation des données de références des résistances bactériennes s'effectue de la façon suivante : en 2003 l'Institut Pasteur a fourni les valeurs de références (diamètre, S,I,R brut et interprété) pour chaque antibiotique testé sur chaque souche en réalisant 8 antibiogrammes afin de déterminer une moyenne et l'écart type. Les autres années les valeurs de références sont données par le Pr Leclercq et les souches sont testées après lyophilisation par les correspondants biologistes régionaux pour valider ces références.

4 - L'envoi des souches à chaque laboratoire participant a été organisé en 2003 par l'Institut Pasteur - Paris ; en 2004, 2005 et 2006 par le laboratoire International Microbio - Toulon.

5 - Le retour des résultats vers les correspondants biologistes régionaux s'effectue environ 15 jours après réception des souches.

6 - L'analyse des résultats régionaux est effectuée et renvoyé à chaque participant par les correspondants régionaux, environ un mois après réception des résultats. Ces résultats sont anonymisés et accompagnés d'un commentaire et des

recommandations nationales pour la mise en évidence des différentes résistances concernées par le contrôle.

7 - Un envoi de souches supplémentaires est réalisé en septembre, pour les laboratoires n'ayant pas détecté certaines résistances.

8 - La synthèse des résultats globaux est effectuée par le Dr Sénéchal du C.CLIN Ouest. Elle est présentée dans les régions lors de réunions des antennes ou d'associations de biologistes, au Conseil scientifique et à l'assemblée générale du C.CLIN Ouest.

Participation

Depuis la mise en place de ce contrôle de qualité BMR en 2003 sur l'inter-région Ouest, nous avons constitué une base de données informatique avec la liste des microbiologistes et celle des laboratoires privés et publics participants à la surveillance des BMR et réalisant la microbiologie des établissements de santé. En 2003, nous avons 115 laboratoires participants, 117 en 2004, 131 en 2005, 124 en 2006. La base actuelle, début 2007, est constituée de 203 biologistes connus et 177 laboratoires répertoriés (34 en Basse-Normandie, 56 en Bretagne, 33 en région Centre et 54 en Pays de la Loire).

Tableau 1 : effectifs des BMR depuis 1999 et des laboratoires participants au CQ depuis 2003

Année	ETS	Souches BMR	Laboratoires participants CQ
1999	14	428	
2000	31	1 637	
2001	73	3 067	
2002	86	3 477	
2003	137	4 485	115
2004	111	4 089	117
2005	130	4 013	131
2006	146*		124

* Etablissements ayant expédié leur données BMR au 31 mars 2007

Les résultats du contrôle de qualité

Les résultats présentés ici concernent les caractères de méticillino-résistance pour les Staphylocoques (tableaux 2, 3,4), la présence de β LSE pour les entérobactéries (tableaux 5,6) et la résistance à la vancomycine pour l'entérocoque (tableau 7). L'analyse porte sur les résultats interprétés par les laboratoires et rendus aux cliniciens.

Tableau 2 : bonnes réponses pour les SARM multi résistants, vis-à-vis de la méticilline.

SARM	2003		2005	
	N	Bonnes réponses	N	Bonnes réponses
Basse Normandie	20	95%	24	96%
Bretagne	38	100%	35	97%
Centre	27	96%	29	100%
Pays de Loire	30	93 %	43	100%
Total	115	96%	131	98%

Tableau 3 : bonnes réponses pour les SARM multi sensibles, vis-à-vis de la méticilline.

SARM	2004		2006	
	N	Bonnes réponses	N	Bonnes réponses
Basse Normandie	25	88%	31	100%
Bretagne	30	83%	40	97%
Centre	27	89%	18	100%
Pays de Loire	34	82%	35	97%
Total	116	85%	124	98%

Tableau 4 : bonnes réponses pour le SASM vis-à-vis de la méticilline.

SASM	2004	
	N	Bonnes réponses
Basse Normandie	25	84 %
Bretagne	30	83 %
Centre	28	78 %
Pays de Loire	34	79 %
Total	117	81%

Tableau 5 : bonnes réponses pour les entérobactéries vis-à-vis de la β -LSE.

E. aerogenes (2003-2004) E. coli (2005)	2003		2004		2005	
	N	Bonnes réponses	N	Bonnes réponses	N	Bonnes réponses
Basse Normandie	20	65 %	25	72%	24	92%
Bretagne	38	55 %	30	93%	35	97%
Centre	27	63 %	28	71%	29	97%
Pays de Loire	30	63 %	34	82%	43	88%
Total	115	61%	117	80%	131	93%

Tableau 6 : bonnes réponses pour les entérobactéries vis-à-vis de la céphalosporinase hyper produite.

E.coli	2006	
	N	Bonnes réponses
Basse Normandie	31	64 %
Bretagne	40	85 %
Centre	18	50 %
Pays de Loire	35	69 %
Total	124	70%

Tableau 7 : bonnes réponses pour l'Enterococcus faecium vis-à-vis de la vancomycine.

E. faecium	2006	
	N	Bonnes réponses
Basse Normandie	31	93 %
Bretagne	40	97 %
Centre	18	94%
Pays de Loire	35	77 %
Total	124	90%

Discussion

1. Détection de la résistance à la méticilline de *S. aureus*

La détection de la résistance à la méticilline du *Staphylococcus aureus* est en progression avec taux de 98 % de bonnes réponses en 2006. Les profils de résistance de ces *Staphylococcus aureus* sont différents d'une année sur l'autre : en 2003, SARM, Kana R, Tobra R, Genta S, Ery R, Pristina S, Fluoro R dit classique ; en 2004, SARM multi sensible plus difficile avec une résistance hétérogène à la méticilline, Kana S, Tobra S, Genta S, Ery S, Pristina S, Fluoro R ; en 2005, SARM, Kana R, Tobra R, Genta S, Ery S, Pristina S, Fluoro S, A.fusidique I; et 2006 un SARM sans aucune résistance associée.

Les souches de rattrapage ont permis d'obtenir 100% de bonnes réponses.

En 2004 un SASM a été proposé. Les résultats sont moins bons que pour le SARM. Vingt deux laboratoires sur 117 ont répondu *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline alors qu'il était sensible.

2. Détection des β LSE des entérobactéries.

La détection des b-lactamases à spectre élargi a été améliorée au cours des années. En 2003, il y avait 61 % de bonnes réponses et en 2005, 93 %. On note 100% de bonnes réponses obtenues avec les souches de rattrapage en septembre chaque année.

En 2006, la souche testée est un *E.coli* hyper producteur de céphalosporinase qui ne pouvait être, a priori, pas

confondu avec un *E.coli* β LSE. Les résultats obtenus sont inattendus. En effet, le pourcentage de bonnes réponses n'est que de 70%. Vingt huit laboratoires sur 124 ont répondu qu'il y avait une β LSE et 11 ont répondu «ne sait pas». Ces résultats ont été signalés par le Pr LECLERCQ au niveau du comité national de surveillance des BMR.

Rappelons ici que l'objectif de la surveillance nationale des BMR est d'identifier les entérobactéries β LSE et non les entérobactéries I/R aux C3G quel que soit le mécanisme de résistance. La surestimation des entérobactéries β LSE observée lors de ce contrôle de qualité pourrait être évoquée en routine lors de surveillance active des BMR dans les établissements de santé. Elle aurait pour conséquence une surestimation de l'incidence des entérobactéries β LSE et notamment des *E.coli* β LSE. Il convient cependant de nuancer ces propos car c'est un contrôle de qualité et l'interprétation des résultats par les biologistes dans ce contexte peut être différente de celle observée en routine.

En 2006, une souche *E. coli* β LSE (souche identique à celle de 2005) a été expédiée en rattrapage. Les résultats ont été : 100% de bonnes réponses.

3. Détection de la résistance à la Vancomycine de l'Enterococcus faecium.

Le choix de cette souche a été fait pour permettre aux biologistes de repérer cette souche émergente qui peut être à l'origine de réelles épidémies dans l'inter-région Ouest (signalements externes d'IN de trois épisodes de cas groupés dans deux établissements, fin 2005-début 2006).

Les résultats du contrôle de qualité sont très bons.

4. Impact sur le réseau des biologistes de l'inter-région Ouest.

Le C.CLIN Ouest, en collaboration avec une association de biologistes de Bretagne (Le Bactério Cercle Breton) a organisé deux sessions de formation en 2005 sur le thème «Interprétation de l'antibiogramme des Staphylocoques et des Entérobactéries», l'une à Rennes, l'autre à Brest.

La formation a été préparée et réalisée par le Dr Donnio (Rennes), le Dr Geffroy (Quimper), le Dr Minet (Rennes), le Dr Pouedras (Vannes), le Dr Tandé (Brest), le Dr Vaucel (St Brieuc), le Dr Ygout (Lorient).

Le nombre de participants a été de 42 biologistes et techniciens de laboratoire.

La même action de formation aura lieu en région Pays de Loire le 21 juin à Nantes et le 23 octobre à Angers. Les organisatrices de ces formations sont le Pr Joly-Guillou (Angers) et le Dr Caillon (Nantes).

Le C.CLIN Ouest remercie l'ensemble des biologistes de l'inter-région pour leur participation.

H. SENECHAL, C.CLIN Ouest; J. CAILLON, CHU Nantes ; R. LECLERCO, CHU Caen ; J VAUCEL, CH St Brieuc; N. VAN DER MEE, CHU Tours

Rappel des textes récemment parus sur ce sujet :

- BEH n°13/2006 du 28 mars 2006 : les entérocoques résistants aux glycopeptides - situation en France en 2005
- Fiche opérationnelle validée le CTINILS en octobre 2006 sur la prévention de l'émergence des épidémies d'entérocoques résistants à la vancomycine dans les établissements de santé

Consommation des produits d'hygiène des mains

L'enquête sur les produits d'hygiène des mains initiée en 2000 a été renouvelée en 2005.

Les premiers résultats sont disponibles sur 135 réponses en 2005 (sur 423 établissements de santé recensés pour l'ENP en juin 2006), soit un peu plus de 3 établissements sur 10. Parmi les établissements qui ont répondu à l'enquête, entre 2000 et 2006, la proportion d'établissements qui utilisent les PHA est passée de 69% en 2000 à 100% en 2006 soit une augmentation de 31%. Cette augmentation a été particu-

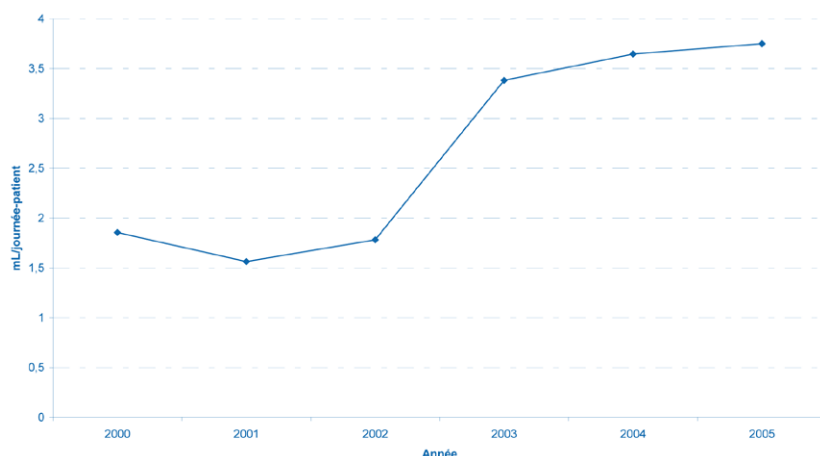
lièrement sensible pour les centres hospitaliers (CH) et les cliniques MCO.

En 2004, la consommation moyenne de savon doux (SD) était de 14,8 ml/journée-patient et de 12,5 en médiane. La consommation de savon antiseptique (SA) était en moyenne de 7,6 ml/journée-patient et de 3,3 en médiane. La consommation de PHA était en moyenne de 3,7 ml/journée-patient et 2,8 en médiane : **soit un peu plus d'une dose par journée-patient** évaluée à 3 ml (tableau 1 et figure 1).

Tableau 1 : évolution des consommations de PHA (en ml/journées-patient)

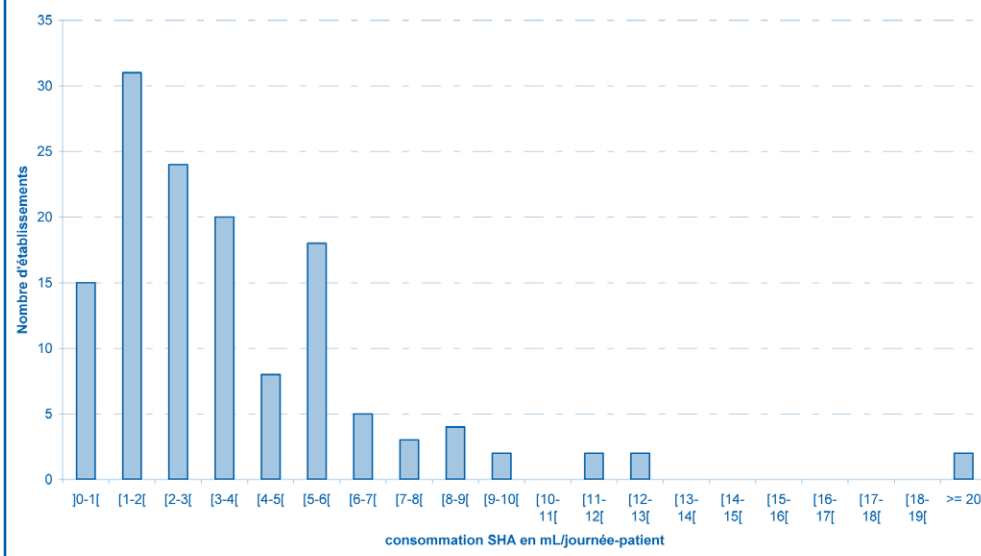
Année	Nombre d'eds	Moyenne	Médiane
2000	81	1,9	0,5
2001	105	1,6	0,9
2002	120	1,8	0,9
2003	127	3,4	1,4
2004	156	3,6	2
2005	135	3,7	2,8

Figure 1 : évolution des consommations moyennes de PHA (en ml/journée-patient)



La consommation des produits d'hygiène des mains est restée relativement stable depuis 2000. En 2005, sur la base de 3 ml de produit/lavage ou par friction, le nombre d'utilisation de produit d'hygiène des mains par journée-patient était de près de 10 par jour (8 en 2004) pour les établissements ayant donné leur consommation pour l'ensemble des produits d'hygiène des mains (n=116). La part des PHA est en augmentation également par rapport à 2004 (16 % contre 11 %).

Figure 2 : distribution des consommations de PHA (en ml/journée-patient) en 2005



Les 10 % d'établissements les plus gros consommateurs de PHA consomment plus de 7 ml/journée-patient (11 ml en moyenne) : il s'agit de 4 CHU, 4 CH, 3 cliniques MCO, 2 SSR/SLD et de 1 CLCC.

Les établissements qui ont répondu à toutes les enquêtes depuis 2000 sont au nombre de 12 (diminution chaque année) : leur consommation est passée de 1,9 à 4,2 ml/journée-patient en moyenne et de 0,4 à 4,7 en médiane.

Tableau 2 : consommation selon le type de service (en ml/journée-patient)

Services *	SD	SA	PHA	Total	% PHA
Rea (n=40)	103	40	24	167	15%
Chir (n=61)	27	10	4	41	9%
Med (n=92)	18	3	4	24	15%
Onco (n=10)	27	12	11	49	22%
SSR (n=46)	12	2	2	16	14%
SLD (n=28)	8	1	2	12	21%

Les consommations reflètent mieux la réalité par service (tableau 2) : comme les années précédentes, les services de réanimation sont les plus consommateurs avec 167 ml ; ce qui représente environ 60 utilisations par journée-patient ; dans les services de réanimation, la consommation de PHA représente 15% de la consommation globale de produits d'hygiène des mains.

Pascal JARNO

Merci aux ES qui ont participé à cette enquête.

* pour les services ayant répondu aux 3 items.

LU POUR VOUS...

Contrôle bactériologique et fongique de l'air en milieu hospitalier : comparaison de 4 biocollecteurs à impaction et de 2 milieux de culture

Nous avons comparé 4 biocollecteurs à impaction récemment mis sur le marché et répondant aux exigences de la norme internationale ISO 14698-1, ainsi que 2 milieux de culture (gélose agar trypticase-soja et gélose agar à l'extrait de Malt) dans les conditions d'utilisation routinière. Plusieurs sites avec des niveaux présumés d'aérobiocontamination variables ont été sélectionnés dans 2 établissements hospitaliers. Les impacteurs Samplair MK2 (AES laboratoire), Air Ideal (BioMérieux), et Mas-100 (Merck) permettent une collecte de bactéries significativement supérieure à l'impacteur SAS Super-100 (Fisher Bioblock) ($P < 0,05$). Il n'y a pas de différence significative pour la collecte de spores fongiques entre les 4 biocollecteurs. Sur le plan des milieux de culture, la collecte de spores fongique est significativement supérieure en cas d'utilisation d'un milieu spécifique à l'extrait de Malt ($P < 0,05$). Ce milieu favorise la fructification et donc l'identification des genres et espèces fongiques, notamment d'*Aspergillus* sp et est donc recommandé

en secteur hospitalier dans le cadre de la surveillance de l'aérobiocontamination fongique.

Jean-Pierre GANGNEUX
Laboratoire de Parasitologie-Mycologie
CHU Rennes

GANGNEUX JP, ROBERT-GANGNEUX F, GICQUEL G, TANQUEREL JJ, CHEVRIER S, POISSON M, AUPEE M, GUIGUEN C. Bacterial and fungal counts in hospital air : comparative yields for 4 sieve impactor air samplers with 2 culture media. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 2006 ;27(12):1405-1408. [Réf. NosoBase : *17967]

NOSO-NEWS : Bulletin du C.CLIN-Ouest. Trimestriel.

Directeur de la publication : Pr J. Chaperon.
Secrétaire de Rédaction : H. Sénéchal

C.CLIN-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
helene.senechal@chu-rennes.fr
Site web : <http://www.cclinouest.com>

Dépôt légal : 2^e trimestre 2007
Réalisation : A.L.J. Création (Montfort / 02 99 09 34 41)