

NOSO News



Bulletin N°48

Décembre 2008 - Trimestriel

AU SOMMAIRE

Édito, Bloc-Notes

p. 1

Journée «hygiène en endoscopie»

p. 2

Résultats de l'enquête sur l'évaluation de la journée nationale « hygiène des mains » du 23 mai 2008

p. 3

Surveillance des bactériémies nosocomiales en 2008

p. 6

Place des usagers dans la LIN

p. 8

Lu pour vous

p. 8

EDITORIAL

Par ce mot de début d'année, je souhaite remercier toutes celles et ceux qui, responsables ou membres de CLIN, membres des équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière, œuvrent à la promotion active de la prévention des infections nosocomiales dans leur établissement. Vous avez été nombreux à participer aux différentes actions organisées ou relayées par le CCLIN.

Audits, surveillances, signalement ont mobilisé les acteurs de la prévention des IN de l'inter région. Les résultats sont très encourageants et confortent l'équipe du CCLIN dans les efforts pour la mise en place de l'informatisation de la saisie des données accessible à tous.

Les projets pour 2009 ne manquent pas tant pour l'amélioration et la facilitation des surveillances que pour la poursuite des activités des groupes de travail. En 2009, paraîtra le nouveau programme de prévention des IN, avec la confirmation de l'existence d'indicateurs de résultats s'inscrivant dans l'esprit de la nouvelle version du guide de certification (V 2010). Ce programme ambitieux doit s'inscrire dans le cadre de la loi « Hôpital-Patient-Santé-Territoire ». De nouvelles moutures de certains indicateurs du tableau de bord devraient être disponibles.

Les CCLIN, pour une meilleure coordination et coopération, vous proposent un portail unique www.cclin-france.fr qui vous permettra d'accéder au site de chaque CCLIN, à celui du GREPHH et de NosoBase® ; bonne navigation.

Sans perdre « son âme », la prévention des infections nosocomiales et d'une façon plus large des infections associées aux soins doit voir conforter sa place dans le cadre global de la gestion des risques dans les établissements de santé.

Au nom de toute l'équipe du CCLIN Ouest, à toutes et à tous, je souhaite une très bonne année 2009 de santé et de bonheur.

Professeur Benoist Lejeune, médecin responsable du CCLIN Ouest

BLOC-NOTES

C.CLIN Ouest

- Les résultats de l'enquête de prévalence des IN 2008 - interrégion Ouest sont en ligne sur le site.
- Les résultats de la surveillance des bactériémies 2008 et de l'enquête de prévalence de l'utilisation des antibiotiques 2008 sont également disponibles.

Documentation

- *Recommandations pour une tenue vestimentaire des personnels soignants adaptée à la maîtrise du risque infectieux.* CCLIN Sud-Ouest, 2008.
- *Utilisation des tire-lait en milieu hospitalier : avis.* CCLIN Sud-Ouest, 2008
- *Manuel de certification des établissements de santé V2010.* HAS, novembre 2008
- *Avis relatif à la désinfection des sondes à échographie endocavitaire.* HCSP, 17 octobre 2008
- *Rapport relatif à la conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de coqueluche.* Haut conseil de la santé publique, 5 septembre 2008

Congrès et journées

- **2^e édition des États généraux des infections nosocomiales et de la sécurité des patients** - 2-3 février 2009 - Paris
- **Assemblée générale du CCLIN Ouest** - 3 avril 2009 - Rennes
- **XX^e congrès national de la SFHH, XX^{es} journées nationales SIIHFF** - 4-5 juin 2009 - Nice
- **4^e journée des référents en antibiothérapie** - SPILF - 10 juin 2009 - Lyon
- **10^{es} journées nationales d'infectiologie** - SPILF - 10-12 juin 2009 - Lyon

Journée « hygiène en endoscopie » à Angers

Le CCLIN Ouest a organisé le 20 novembre dernier, une journée thématique sur l'hygiène en endoscopie, dans les locaux de l'École des arts et métiers d'Angers. Deux cent quatre vingt huit personnes, venues de toute l'inter-région, ont participé à cette journée.

Après l'allocution d'ouverture de Benoist Lejeune, responsable du CCLIN Ouest, Maël Pagenault et Graziella Brinchault, praticiens hospitaliers au CHU de Rennes, ont introduit cette journée en évoquant le risque infectieux lié à l'endoscopie dont l'incidence décrite dans la littérature est faible.

Deux aspects ont retenu leur attention :

- le repérage des patients à risque d'encéphalopathie spongiforme subaiguë transmissible (ESST) dans un service de gastroentérologie qui, en un an, a grandement amélioré le taux de remplissage du questionnaire institutionnel (de 6 à 50%) par des actions de sensibilisation (internes et médecins) et des évaluations répétées ;
- une série de contaminations d'endoscopes liées à la colonisation d'un laveur désinfecteur d'endoscopes (LDE) par une mycobactérie atypique : *Mycobacterium chelonae*, survenue en 1994, dans un service de pneumologie, aboutissant à la réintroduction des procédures manuelles de désinfection des bronchoscopes.

Annie Le Guyader, praticien hygiéniste, membre du groupe de travail qui a élaboré le document DGS « Éléments d'assurance qualité en hygiène relatifs au contrôle microbiologique des endoscopes et à la traçabilité en endoscopie », publié en 2006, a rappelé les grandes lignes de ces recommandations.

Martine Aupée, co-responsable du CCLIN Ouest, a présenté ensuite les résultats de l'enquête par questionnaire réalisée sur l'inter-région pour évaluer si le document de la DGS était connu des établissements et mis en application. Sur les 62 établissements pratiquant l'endoscopie et ayant répondu, 92% (57) connaissent le document et ont mis en place des contrôles. On observe globalement une bonne conformité aux recommandations sur l'organisation, la réalisation des contrôles et leur traçabilité. Malgré les intentions de contrôler tout le parc d'endoscopes, ceci n'a pas été possible dès 2007. La traçabilité semble bonne sur les informations patient-acte et traitement de l'endoscope. Elle est à améliorer pour la recherche du risque ATNC, pour la maintenance préventive et en cas de prêt d'appareil.

Patrice Laudat, biologiste, a évoqué la problématique des prélèvements d'endoscopes et des conduites à tenir en fonction des résultats des contrôles. Une première difficulté vient de l'absence de consensus sur le rythme des contrôles programmés, qui est laissé à l'appréciation du CLIN de chaque établissement. Il a insisté également sur l'importance de la maîtrise de la gestuelle et des règles d'asepsie lors des prélèvements, mais aussi sur la qualité de l'eau de rinçage qui devrait être contrôlée en même temps que les endoscopes. Les niveaux cible, alerte, action figurent dans les recommandations à titre indicatif, ils doivent être validés par les responsables des services d'endoscopie et les CLIN.

En deuxième partie de matinée, deux expériences d'incidents de matériovigilance ont été décrites du point de vue de l'hygiéniste (Docteur Delhomme) et du clinicien (Docteur Quiot).

- Pour l'hygiéniste, qui a eu à gérer la contamination persistante d'un endoscope désinfecté dans un LDE et le rappel de 250 patients, il est apparu que la communication inter-

ne devait être parfaitement maîtrisée pour faciliter la gestion de la crise. Il est d'autre part indispensable d'obtenir des informations du fabricant et des conclusions rapides en cas d'expertise extérieure.

- Dans le contexte d'une contamination persistante d'un bronchoscope par une souche de *Pseudomonas aeruginosa*, les immobilisations répétées de l'appareil, du fait des retours chez le fabricant, de l'attente des résultats des contrôles mais également de l'absence d'interface entre les différentes bases de données, sont autant de difficultés à gérer pour le clinicien.

Régis André a présenté une synthèse des déclarations de matériovigilance enregistrées par l'AFSSAPS en 2007 et 2008. Sur 62 incidents, 19 ont été notifiés à l'InVS, 15 concernant des endoscopes et 4 des LDE. Pour ces derniers, trois ont mis en cause un défaut de conception de l'appareil et une erreur d'utilisation. Pour les incidents portant sur des endoscopes, le non respect des procédures de désinfection reste manifestement la cause la plus fréquente. Douze incidents ont entraîné une information et un rappel de patients.

Après la pause déjeuner, le Docteur Marchetti a évoqué les causes des contaminations récurrentes des endoscopes et LDE en s'appuyant sur l'expérience de Biotech Germande. *Pseudomonas aeruginosa* et entérobactéries sont souvent incriminés dans ces contaminations persistantes dont les causes sont plutôt multifactorielles (défauts de conception de l'endoscope, erreurs lors du prélèvement, altération de l'endoscope, défauts dans la procédure de désinfection, développement d'un biofilm). L'étape la moins maîtrisée du processus de désinfection est le séchage. Si en France, il est recommandé de sécher les endoscopes avec de l'air médical ce n'est pas le cas dans d'autres pays qui conseillent d'injecter dans les canaux de l'alcool à 70 ou 90° et de sécher ensuite à l'air comprimé. Lors du stockage, les appareils devraient être suspendus en position verticale pour faciliter le séchage. Enfin, l'intérêt des enceintes de séchage et stockage des endoscopes (ESSE) a été discuté. Elles doivent être conformes à la norme NFS 98-030, le personnel utilisateur doit être formé, un état des lieux et des contrôles microbiologiques réguliers doivent être réalisés sur tous les endoscopes devant être rangés dans l'ESSE. Le ministère de la santé australien conseille leur utilisation pour étendre la durée de stockage à 72h pour les gastroscopes et colonoscopes.

Pour présenter la première étape du projet de restructuration des activités de désinfection des endoscopes qui aboutira à regrouper sur 5 sites ce qui se faisait sur 15 auparavant, le Professeur Joly-Guillou a projeté un film réalisé au CHU d'Angers.

C'est l'unité de désinfection d'endoscopie bronchique qui fait office d'unité témoin. Elle traite les endoscopes de pneumologie, réanimation chirurgicale et du bloc opératoire. Face à des contraintes d'organisation, de personnel, de disponibilité des endoscopes 24 h sur 24 et 7 jours sur 7, les options retenues ont été l'achat d'un second LDE pour réduire au maximum les procédures manuelles et d'une armoire de stockage et séchage des endoscopes afin d'étendre à 72h la durée du stockage avant désinfection.

Le Docteur Soule a présenté ensuite le travail réalisé par la Fédération Inter hospitalière de Lutte contre les Infections Nosocomiales du Centre Hospitalier de la Région d'Annecy sur l'évaluation de la qualité de l'entretien des endoscopes à l'aide d'un indicateur agrégé. Cet indicateur permet

d'évaluer les organisations, les moyens, les activités et les pratiques mis en œuvre dans l'entretien des endoscopes souples thermosensibles à canaux, ainsi que leur résultat. Il se décompose de la façon suivante :

- un Indicateur composite des activités de nettoyage et de désinfection des endoscopes (ICANDE) ;
- un Indicateur des pratiques d'entretien des endoscopes (IPEE) ;
- un Indicateur des résultats de l'entretien des endoscopes (IREE).

Utilisé sur 9 sites hospitaliers d'entretien d'endoscopes, il aboutit à un classement annuel en fonction d'un score sur 100 points. Il permet de dégager les points forts et les points faibles desquels découlent des axes d'amélioration et de valorisation.

La dernière intervention, présentée par Carole Vaillant et Tanguy Le Fol, ingénieurs biomédicaux au CHU d'Angers, portait sur l'apport des nouvelles technologies et les perspectives futures, notamment les alternatives à l'acide peracétique (APA). En alternative aux LDE à l'APA, les désinfecteurs à l'électrolyse présentent l'avantage de la non toxicité et du faible coût du désinfectant mais l'inconvénient de ne permettre ni le nettoyage automatisé, ni la désinfection des cystoscopes. Autre alternative possible : les stérilisateurs au peroxyde d'hydrogène mais qui nécessitent un nettoyage

préalable et un conditionnement et ne permettent de traiter que les endoscopes à canal unique. Quant aux ESSE, elles présentent l'avantage d'étendre la durée de stockage des endoscopes entre deux désinfections. Choies conformes à la norme NFS 98-030, elles diminuent les procédures de traitement, améliorent la traçabilité du stockage en l'informatisant. L'analyse financière montre l'intérêt de l'association LDE à l'APA et ESSE. Il faut cependant noter que les ESSE n'ont pour l'instant pas été validées par l'AFSSAPS.

Les avancées technologiques porteront sans doute sur :

- les endoscopes autoclavables qui sont, pour l'instant, trop fragiles et dont la qualité optique n'est pas satisfaisante ;
- les gaines à usage unique, qui nuisent à la qualité optique et n'ont pas fait l'objet de recommandations ;

Enfin l'endoscopie virtuelle et l'utilisation de vidéocapsules, techniques non traumatisantes, se développeront certainement dans les années à venir.

C'est sur ces perspectives futuristes que s'est achevée cette journée riche en échanges.

Un grand merci à tous ceux qui ont participé à cette journée, à son organisation et à son animation.

Les interventions de cette journée sont disponibles sur le site du CCLIN Ouest.

Martine Aupée

Résultats de l'enquête sur l'évaluation de la journée nationale « hygiène des mains » du 23 mai 2008

Une journée nationale sur le thème «hygiène des mains» dans les établissements de santé a été initiée dans le cadre du programme de la lutte contre les infections nosocomiales 2005/2008, sous l'égide du Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. Les établissements de santé ont été incités à participer à la journée nationale intitulée «Mission mains propres» organisée le 23 mai 2008. La Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et la Direction générale de la santé (DGS) ont souhaité mesurer l'impact de cette journée en sollicitant chaque C.CLIN afin d'évaluer la participation des établissements. Dans l'inter-région Ouest, un courriel a été adressé aux présidents de CLIN des 372 établissements de santé (ES). Les réponses à l'enquête ont été saisies en ligne jusqu'au 10 octobre 2008.

I. Participation

Dans l'inter-région Ouest, 372 établissements de santé (ES) ont été sollicités pour participer à l'évaluation de la journée nationale « hygiène des mains ». Les présidents de CLIN, les praticiens hygiénistes, les infirmier(e)s hygiénistes et les cadres hygiénistes ont reçu un mail d'information concernant la mise en place de cette enquête d'évaluation. La saisie du questionnaire se faisait en ligne par chaque ES sur le site Internet du C.CLIN Ouest.

Parmi ces 372 ES, 242 ont répondu à l'évaluation soit un taux de participation de 65%.

Tableau 1 - Répartition et participation des ES par région

Région	Établissements répondants		Taux de participation
	Nb	%	%
Bretagne	68	28,1	62,4
Centre	63	26,0	61,2
Basse Normandie	41	16,9	66,1
Pays de la Loire	70	28,9	71,4

La participation était bonne (>61%). Le meilleur taux de

réponse au questionnaire a été celui des ES des Pays de la Loire (71%).

Tableau 2 - Répartition et participation des ES par statut

Région	Établissements répondants		Taux de participation
	Nb	%	%
Public	125	51,7	64,1
Privé	79	32,6	46,5
PSPH	38	15,7	52,1

On note une assez bonne participation quel que soit le statut des ES.

Tableau 3 - Répartition et participation des ES par type

Type de l'établissement	Établissements répondants		Taux de participation
	Nb	%	%
CH	71	29,2	80,7
CHU	5	2,1	83,3
Hôp local	41	16,9	47,1
Clinique MCO	51	21,0	50,0
SSR - SLD	42	17,3	40,4
Psy	19	7,8	41,3
CLCC/CAC	5	2,1	100,0
Dialyse	6	2,5	50,0
Autre (Hôp militaire, association HAD)	2	0,8	-
TOTAL	242	100,0	-

Les CH, les CHU, les CLCC/CAC ont massivement participé à l'enquête (taux de participation >80%). On note une bonne participation des cliniques MCO, hôpitaux locaux et ESSR-SLD.

II. Résultats de l'évaluation

1. Date de la journée « Mission mains propres »

Sur les 242 ES ayant répondu à l'évaluation, 205 (84,7%) avaient organisé la journée « hygiène des mains » à la date du 23 mai 2008.

Parmi les 37 n'ayant pas réalisé cette journée, 31 l'ont organisé à une autre date et 6 n'ont pu organiser ni programmer cette journée dans leur ES pour l'année 2008 (raisons invoquées : manque de temps, manque de moyens).

Parmi les 31 ayant organisé cette journée à une autre date, 26 ont réalisé cette journée avant la date du 23 mai 2008 et 5 ont programmé cette journée après le 10 octobre.

Concernant les 5 ES n'ayant pu organiser la journée ni le 23 mai, ni avant, les raisons invoquées sont les suivantes : visite de certification la semaine suivant le 23 mai, non réception des documents supports.

Les résultats de cette enquête d'évaluation porteront sur les ES ayant organisé cette journée le 23 mai (n=205) ou à une autre date avant le 23 mai (n=26) soit un total de 231 questionnaires analysés. Les commentaires de l'ensemble des répondants seront bien entendu pris en compte pour l'analyse qualitative.

2. Utilisation des outils adressés par le ministère de la santé, de la jeunesse et des sports

2.1. Les affiches

Sur les 231 ES ayant réalisé cette journée, 227 ont utilisé la/les affiche(s) adressée(s) par le ministère (98,3%).

2.2. Les plaquettes

Dans 90% des ES (n=208), des plaquettes ont été distribuées aux usagers et dans 97,4% aux professionnels de l'ES (n=225).

3. Utilisation des outils mis en ligne sur l'espace dédié du ministère de la santé

3.1. Les clips vidéo

Seuls 37 des 231 ES (16%) ont utilisé les clips vidéo. D'après leurs commentaires, les clips vidéo ont été faiblement utilisés du fait du manque d'équipement informatique (droits d'accès, autorisation d'installation, etc).

3.2 - Les diaporamas

Un peu moins de la moitié des ES (n=100) a utilisé les diaporamas proposés (43,3%).

3.3 - Le quiz

Les quiz ont été utilisés dans plus de la moitié des ES : 55,8% (n=129).

3.4 - Les 3 questions à des experts

- 1- « Quelle est l'importance de l'hygiène des mains dans la prévention des IAS » ?
- 2- « Quelle est la place des produits hydro-alcooliques en milieu de soins ? »
- 3- « Les usagers peuvent-ils contribuer à la prévention ? »

Seuls 31 ES (soit 13,4%) ont utilisé cet outil, sans distinction des questions.

4 - Création d'outils par les établissements

Plus de la moitié des ES (n=132 ; 57,1%) disent avoir créé d'autres outils à destination des usagers (191 outils créés) et des professionnels (318 outils créés).

4.1. Outils destinés aux usagers

Tableau 4 - Outils créés par les ES destinés aux usagers

	Nb	%
Clips vidéo	7	3,7
Diaporamas	18	9,4
Quizz	17	8,9
Affiche(s)	89	46,6
Autre(s)	60	31,4
TOTAL	191	100,0

Ce sont des affiches qui ont été majoritairement créées par les ES pour sensibiliser les usagers à cette journée avec près de 2 ES sur 5. Le tableau ci-après présente les autres types d'outils créés par les établissements et destinés aux usagers lors de cette journée par catégorie.

Tableau 5 - Création/utilisation d'autres outils destinés aux usagers par grande catégorie

Création/utilisation d'autres outils destinés aux usagers par grande catégorie

Contrôle de la technique de friction

caisson pédagogique*, boîte de pétri

Information interne de la journée

discussion et rencontres avec les patients et les visiteurs dans les consultations et les services

Ateliers/stands

mise en pratique du lavage des mains, démonstration des SHA

Jeux

* : contrôle UV de l'utilisation de la friction par PHA.

4.2. Outils destinés aux professionnels

Tableau 6 - Outils créés par les ES destinés aux professionnels

	Nb	%
Clips vidéo	13	4,1
Diaporamas	48	15,1
Quizz	56	17,6
Affiche(s)	104	32,7
Autre(s)	97	30,5
TOTAL	318	100,0

A destination des professionnels, les ES ont plutôt créé et/ou utilisé des diaporamas, quizz, affiches autres que ceux distribués par le ministère de la santé. Mais comme pour les usagers, les clips vidéo ont été peu utilisés, en raison des mêmes difficultés d'accès informatique.

Tableau 7 - Création/utilisation d'autres outils destinés aux professionnels par grande catégorie

Création/utilisation d'autres outils destinés aux professionnels par grande catégorie

Information interne de la journée

échanges, fesse, bandeau intranet, fond d'écran, posters, outils visuels

Ateliers/stands

mise en pratique du lavage des mains, démonstration des SHA, distribution d'échantillons de produits

Jeux

mots croisés, quizz

Audits/questionnaire

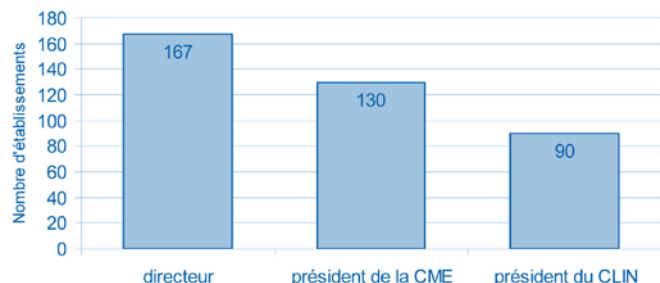
audit de pratique en hygiène des mains, audit sur le port de bijoux, cartons individuels d'auto-évaluation

Badges, autocollants

5. La charte d'engagement

Dans plus de 7 ES sur 10 (n=167, 72,3%), la charte d'engagement a été signée au moins par le directeur, dans plus de 5 ES sur 10 (n=130, 56,3%) au moins par le président de la CME, dans près de 4 fois sur 10 (n=90, 39%) au moins par le président du CLIN. Enfin, 10,8% des répondants soit 25 ES ne savent pas par qui la charte d'engagement a été signée.

Graphique 1 - Répartition des établissements selon le signataire de la charte d'engagement



Dans 49 ES, la charte a été signée à la fois par le directeur, le président de la CME et le président du CLIN.

Dans 79 ES, la charte a été signée seulement par le directeur et le président de la CME.

Dans 2 ES, la charte a été signée seulement par le président de la CME et le président du CLIN.

Dans 24 ES, la charte a été signée seulement par le directeur et le président du CLIN.

6. Les participants à cette journée

La participation par catégorie de personnel est difficilement interprétable compte tenu des modalités de recueil. Selon les établissements, le nombre de participants a été recensé de manière différente. Certains ont donné un nombre précis par catégorie grâce à une fiche de présence établie par l'ES. D'autres ont répondu approximativement en l'absence de traçabilité du nombre de personnes présentes à cette journée. Les résultats qui suivent sont donc à interpréter avec précaution. A noter aussi que le personnel administratif a été cité à de nombreuses reprises comme ayant participé à cette journée bien qu'il n'ait pas été recensé dans l'étude.

Tableau 8 - Nombre total de participants déclaré à cette journée

	Nb
Personnel médical	1 669
Personnel paramédical	16 303
Étudiants	1 125
Public/usager	8 937

6.1. Le personnel médical

171 ES ont pu renseigner le nombre de personnel médical ayant participé à cette journée. Le nombre médian de personnel médical était de 5 (min : 1 ; max : 100).

6.2. Le personnel paramédical

194 ES ont pu renseigner le nombre de personnel paramédical ayant participé à cette journée. Le nombre médian de personnel paramédical était de 50 (min : 1 ; max : 740).

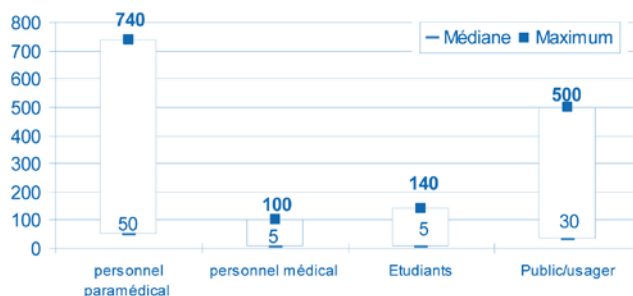
6.3. Les étudiants

104 ES ont pu renseigner le nombre d'étudiants ayant participé à cette journée. Le nombre médian d'étudiants était de 5 (min : 1 ; max : 140).

6.4. Le public/les usagers

132 ES ont pu renseigner le nombre d'usagers ayant participé à cette journée. Le nombre médian d'usagers était de 30 (min : 1 ; max : 500).

Graphique 2 : médiane et maximum de participants déclarés par grande catégorie



Le graphique 2 représente la participation par grande catégorie. Par exemple, la lecture du graphe pour le personnel paramédical est la suivante : le maximum de personnel paramédical était de 740 pour 1 ES et pour la moitié des ES, le nombre de personnel paramédical était de plus de 50 personnes.

6.5. Au total

Pour 196 ES, il a été possible de calculer le nombre total de participants à cette journée. Le nombre médian de participants était de 84 (min : 2 ; max : 1055).

III. Retranscription des commentaires libres

Points forts de la journée :

- Performances des supports pédagogiques fournis ;
- Journée appréciée par les usagers ;
- En renfort du travail engagé par les EOHH ;
- Liberté pour les établissements d'organiser la journée (stands, affiches, etc.).

Points à améliorer lors d'une autre journée :

- Envoyer les documents bien avant la journée (réception trop tardive ou jamais reçue) ;
- Vérifier l'accessibilité informatique des clips vidéo ;
- Médiatiser davantage la journée ;
- Elargir la cible aux écoles paramédicales et universités.

Conclusion

Sur la base d'une enquête par questionnaire, le CCLIN Ouest a évalué l'impact de la journée « Mission mains propres », organisée le 23 mai 2008 sous l'égide du Ministère de la Santé. Soixante cinq pour cent des ES contactés ont saisi leurs réponses en ligne sur le site du CCLIN. Sur les 242 réponses obtenues, 84,7% des ES ont participé à cette action le 23 mai et 97,5% l'ont organisée le 23 mai ou à une autre date. Cette opération venant soutenir le travail au quotidien des EOHH a plutôt été bien suivie dans l'inter-région Ouest. Elle a touché un nombre important de personnels de santé et a été appréciée des usagers. Si ce type d'action devait être reconduite, les points à améliorer porteraient sur un envoi plus précoce des documents supports, une médiatisation plus importante et un élargissement aux écoles paramédicales et aux universités.

Le rapport complet est disponible sur le site du CCLIN.

Marion Olivier, Marie-Alix Ertzscheid, Martine Aupée

Surveillance des bactériémies nosocomiales en 2008

Les bactériémies nosocomiales (BN) sont parmi les infections nosocomiales les plus sévères. Elles sont associées à une morbidité et une mortalité importante.¹ En 2004², l'incidence des BN en France était de 0,45 pour 1000 journées d'hospitalisation et une létalité à 7 jours de 12%. Elles représentent une part notable des infections nosocomiales : 6,4% des infections nosocomiales lors de l'enquête nationale de prévalence de juin 2006³, soit une prévalence dans l'ensemble des établissements de santé français de 0,34%.

Dans le cadre de la prévention des BN, le Comité technique national des infections nosocomiales recommande leur surveillance depuis 1992. Si elle n'est plus une priorité nationale dans le cadre du RAISIN, la surveillance des bactériémies pendant au moins 3 mois chaque année permet de dénombrer précisément le nombre de bactériémies nosocomiales, leurs portes d'entrée et de déterminer les facteurs de risque d'infection sur lesquels des mesures de prévention pourraient intervenir.

L'incidence des BN est pour l'EOHH un indicateur permettant de mesurer l'impact des actions de prévention mises en place, en particulier concernant la prévention des infections et bactériémies liées aux dispositifs intra-vasculaires (cathéters centraux, cathéters périphériques et chambres implantées)⁴.

Le recueil des données relatives aux bactériémies et leur qualité, reposent sur une collaboration entre le biologiste, l'hygiéniste et les cliniciens afin de préciser pour chaque épisode identifié pendant la période d'enquête, les caractéristiques liées aux patients et à la bactériémie. Cette collaboration, souvent très fructueuse pour l'EOHH comme pour les équipes soignantes, facilite l'appropriation des programmes de prévention par les services cliniques.

Les objectifs de la surveillance des BN sont les suivants :

- Évaluer l'incidence des bactériémies ;
- Évaluer la létalité liée aux bactériémies nosocomiales ;
- Améliorer leur prévention par une meilleure connaissance des facteurs de risque et des portes d'entrée principales.

Contrôle de qualité des données

Dans l'ensemble, la proportion de données manquantes retrouvée pour cette enquête est restée faible. Cependant, dans 73% des portes d'entrée pulmonaire, le dispositif invasif en place reste non précisé et l'item « immuno-suppression » compte 13 % de données manquantes (en augmentation par rapport à 2007).

Description des établissements participant à la surveillance

En 2008, les données relatives à 2035 bactériémies ont été recueillies par 72 établissements de santé qui se répartissent de la façon suivante :

- 40 sont des établissements de santé publics (55,6%),
- 25 établissements de santé privés (34,7%)
- 7 établissements participants au service public hospitalier (9,7%).

La participation des ES privés et PSPH est en augmentation par rapport à 2007 (cf rapport 2007).

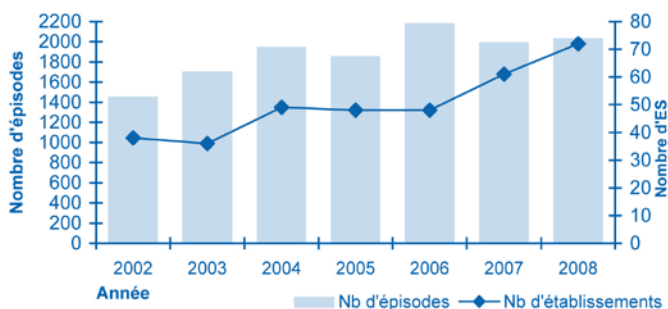
Quarante six établissements ont un nombre de lits < 250 (63,9%) ; 14 établissements ont un nombre de lits compris entre 250 et 499 (19,4%), 6 établissements ont un nombre de lits compris entre 500 et 1000 lits (8,3%) et 6 établisse-

ments ont entre 1000 et 1800 lits au total (8,3%).

L'enquête 2008 a couvert 213 973 admissions et 1 997 989 journées d'hospitalisation recensées sur établissements. Le court séjour a représenté 93% des admissions et 54% des journées d'hospitalisation (tableau 4).

Depuis 2002, le nombre d'ES participant à la surveillance des BN augmente comme le montre la figure 1.

Figure 1 - Évolution de la participation depuis 2002



Origine des bactériémies

Sur les 2035 bactériémies dénombrées en 2008, 995 étaient d'origine communautaire (49%) et 931 d'origine nosocomiale (46%). Parmi les bactériémies nosocomiales, 729 (36%) ont été définies comme acquises en hospitalisation complète au sein de l'établissement (tableau 1).

Tableau 1 - Origine des épisodes bactériémiques

Origine	Nombre	%
Communautaire	995	48,9
Nosocomiales	931	45,7
- acquise en hospitalisation complète	729	35,8
- acquise en hospitalisation incomplète	72	3,5
- acquise dans un autre établissement	130	6,4
latrogène ambulatoire *	64	3,1
Non renseignée	45	2,2
TOTAL	2 035	100,0

* bactériémies associées aux soins en dehors de l'établissement de santé

Bactériémies nosocomiales

En 2008, 931 bactériémies nosocomiales (BN) ont été identifiées, parmi lesquelles 78% acquises en hospitalisation complète (tableau 2).

Tableau 2 - Origine des bactériémies nosocomiales

Origine	Nombre	%
- acquise en hospitalisation complète	729	78,3
- acquise en hospitalisation incomplète	72	7,7
- acquise dans un autre établissement	130	14,0
TOTAL	931	100,0

Sur les 72 établissements participants, le taux d'incidence global était de 0,44 pour 100 entrées et la densité d'incidence était de 0,47 pour 1000 journées d'hospitalisation. L'incidence des BN était plus élevée en réanimation que dans les autres secteurs de l'hôpital : en 2008, l'incidence était de 3,32 / 1000 JH. Pour l'ensemble du court séjour, l'incidence était de 0,58 / 1000 JH.

Après une augmentation sensible en 2007, l'incidence est en légère baisse en 2008, globalement (0,39 / 1000 JH en 2007 et 0,36 en 2008) et dans les services de court séjour (0,60 / 1000 JH en 2007 et 0,58 en 2008).

Le délai médian d'acquisition de la bactériémie nosocomiale était de 9 jours (extrêmes : 0 – 3644 jours).

Caractéristiques des patients

Les 931 BN ont concerné 566 hommes (60,8%) et 364 femmes (ratio homme femme : 1,6). Le sexe n'était pas renseigné pour 1 patient.

L'âge moyen des patients était de 69 ans + 17 (extrêmes : 0 – 98 ans). La médiane était de 72 ans.

Porte d'entrée des bactériémies nosocomiales

Pour les 931 bactériémies d'origine nosocomiale, les portes d'entrée principales étaient urinaire (n=163 ; 17,5%), intra-vasculaire (n=202 ; 21,6 %) et digestive (n=116 ; 12,5%). Aucune porte d'entrée n'a été retrouvée pour 119 bactériémies (tableau 3).

Tableau 3 - Portes d'entrée cliniquement suspectées pour les bactériémies d'origine nosocomiale

Porte d'entrée	Nombre	%
Urinaire	163	17,5
Dispositifs intra-vasculaires	202	21,6
- chambre implantée	84	9,0
- cathéter central	77	8,3
- cathéter périphérique	28	3,0
- autres cathéters et assimilés	13	1,4
Digestif ou abdominal	116	12,5
Pulmonaire	105	11,3
Site opératoire	81	8,7
Cutanée non opératoire	75	8,1
Autre	41	4,4
Translocation digestive probable (PNN<500/ml)	28	3,0
Non renseignée	1	0,1
Inconnue	119	12,8
TOTAL	931	100,0

Pour les 120 BN sans porte d'entrée identifiée ou non renseignée, la présence d'un dispositif était inconnue dans 25 cas (20,8%) et non renseignée dans 8 cas (6,7%).

Germes isolés des bactériémies nosocomiales

Pour 931 épisodes de BN, 1008 germes ont été retrouvés. Dans 858 cas (92%), la culture était monomicrobienne et dans 73 cas polymicrobienne. Les principaux micro-organismes isolés étaient *Escherichia coli* (n=223 ; 22%) et *Staphylococcus aureus* (n=192 ; 19%).

• BN à *Staphylococcus aureus* (n=192)

58 SARM ont été isolés (30% de résistance dans l'espèce). L'incidence des bactériémies nosocomiales à *Staphylococcus aureus* était de 0,10 pour 1000 journées d'hospitalisation. L'incidence des bactériémies nosocomiales à SARM en 2008 était de 0,03 pour 1000 journées d'hospitalisation (0,04 en 2003, 0,05 en 2004, 0,03 en 2005, 0,03 en 2006, 0,03 en 2007).

• BN à *Staphylococcus epidermidis* (n=96)

59 SERM ont été isolés (61,5% de résistance dans l'espèce).

• BN à *Enterococcus faecalis* (n=34)

La résistance à l'ampicilline n'a été notifiée que dans 5 cas ; aucun cas de résistance aux glycopeptides n'a été observé.

• BN à *Escherichia coli* (n=223)

La résistance à l'ampicilline a été fréquemment retrouvée (n=102 ; 45,7%), rarement associée à une résistance aux céphalosporines de 3^e génération (n=11 ; 4,9%) ; la présence d'une bêta-lactamase à spectre élargi a été retrouvée dans 9 cas (tableau 21).

• BN à *Klebsiella pneumoniae* (n=30)

La sensibilité aux céphalosporines de 3^e génération a été fréquemment retrouvée (n=27 ; 90%) ; la présence d'une bêta-lactamase à spectre élargi a été retrouvée dans 2 cas.

L'incidence des BN à entérobactéries productrices de bêta-lactamase à spectre élargi est de 0,007 / 1000 JH en 2008 (0,005 en 2003, 0,006 en 2004, 0,005 en 2005, 0,004 en 2006, 0,0006 en 2007).

• BN à *Pseudomonas aeruginosa* (n=42)

La sensibilité à la ticarcilline a été fréquemment retrouvée (n=24 ; 57,1%). La résistance aux céphalosporines de 3^e génération a été retrouvée dans 16 cas (38,1%).

• BN à Pneumocoque (n=26)

La résistance à la pénicilline a été retrouvée dans 4 cas (15,4%).

Une porte d'entrée a été identifiée pour 441 des 931 BN (47%). Pour ces 441 BN, 482 germes ont été isolés.

Conclusion

Depuis 2002, pour l'inter-région Ouest, le nombre des établissements participant à la surveillance des bactériémies est en progression. Cette surveillance initiée par la région Centre s'étend désormais à l'ensemble de l'inter-région d'où la nette progression du nombre d'établissements participants depuis 2006. L'incidence des bactériémies nosocomiales pour les 72 établissements participants était de 0,58 / 1000 JH en court séjour, similaire à celle retrouvée au niveau du réseau national.

Il convient de souligner la place importante des SARM et des SERM parmi les germes isolés, en sachant que cette étude ne porte que sur 3 mois et 72 établissements ; ces constatations doivent être considérées avec beaucoup de prudence et mises en parallèle avec les données nationales.

Parmi les bactériémies nosocomiales identifiées, celles qui sont liées aux dispositifs intra-vasculaires (21,6% des bactériémies nosocomiales) représentent une part potentiellement évitable. Cette proportion est également comparable à celle retrouvée au niveau national.²

Ces données de surveillance constituent pour les EOHH des 72 établissements participants des éléments concrets permettant de fixer des priorités de formation et de mesurer l'impact des actions de prévention mises en place le cas échéant.

Le rapport complet est disponible sur le site du CCLIN.

Marion Olivier, Pascal Jarno, Nathalie van der Mee, Benoist Lejeune, Martine Aupée

- 1 - Bearman GM, Wenzel RP. Bacteremias a leading cause of death. Arch Med Res 2005; 36 : 646-59.
- 2 - Raisin. Surveillance des bactériémies nosocomiales en France (résultats 2004). 2007. 28 pages.
- 3 - Raisin. ENP 2006. InVS ; http://www.invs.fr/publications/2007/enp2006_résultats_préliminaires/index.html
- 4 - Groupe de surveillance des bactériémies du relais régional d'hygiène hospitalière du Centre. Surveillance des bactériémies nosocomiales et communautaires en région Centre, 2000-2004. BEH 2005; 16 :63-64.

La place des usagers dans la LIN

Dans le cadre d'une formation interfilières à l'EHESP qui s'est déroulée pendant les trois premières semaines de mai, un groupe d'étudiants d'origines diverses (cadres de santé, ingénieurs, directeur d'hôpital et d'établissements médico-sociaux, médecin) a analysé la place des usagers dans la lutte contre les infections nosocomiales sur la base des textes réglementaires, d'une revue de la littérature professionnelle et scientifique et d'entretiens avec une douzaine de personnes clés du dispositif.

Ce travail s'est conclu par la remise d'un rapport, présenté au jury début juillet : Chardeau M. et al. *La place des usagers dans la lutte contre les infections nosocomiales. Mémoire du module inter professionnel. EHESP Rennes. Juin 2008 : 30 p.*

Résumé

L'étude de la lutte contre les infections nosocomiales est un domaine révélateur de l'émergence de la démocratie sanitaire et des nombreuses convergences entre ces deux notions. Les politiques ont dû trouver une réponse adaptée aux nouvelles attentes des usagers. La loi du 4 mars 2002 consacre les droits des malades et donne une importance accrue aux représentants des usagers dans un grand nombre d'instances, comme celles liées aux infections nosocomiales. Révélées par l'affaire de la Clinique du sport en 1997, ces infections ont toujours existé, comme l'illustre la création du CLIN en 1988. Le dispositif de surveillance se développe à tous les échelons.

La loi de 2002, accordant une place centrale à l'utilisateur, a contribué à diminuer l'incompréhension entre professionnels de santé et usagers. La grille de P. Lascoumes atteste de la place croissante de l'utilisateur dans le système de santé. La communication grand public est nécessaire. Des indicateurs améliorent la transparence mais restent contestés. La formation des représentants des usagers reste parcellaire. De plus, l'absence de prise en compte du caractère contradictoire de l'expertise en santé publique est problématique.

La reconnaissance des représentants des usagers nécessite une refonte du cadre de ces actions et une généralisation des formations. Le manque de mobilisation des usagers révèle la nécessité de partenariats. Pour améliorer leur légitimité, les

représentants doivent rechercher l'intérêt collectif et promouvoir une culture de santé publique. De l'utilisateur citoyen à la maison des usagers, les propositions sont nombreuses pour améliorer la place des usagers. Les infections nosocomiales ne représentent qu'une partie des événements indésirables, la France restant compétitive au regard des autres pays. Afin de relativiser l'exigence du risque zéro, la communication doit s'améliorer entre professionnels et usagers, d'une part, et entre intra et extrahospitaliers, d'autre part.

Mots clés : usager, démocratie sanitaire, infections nosocomiales, représentant des usagers, convergence, légitimité, mobiliser, communication, transparence, formation.

Cette étude vient compléter les travaux menés par l'équipe du CCLIN Ouest sur la LIN et les usagers. Une journée a été organisée en mai 2007 sur l'information du patient et les infections nosocomiales. Elle a été prolongée par la mise en place d'un **groupe de travail interrégional associant professionnels de la LIN et représentants d'utilisateurs (RU)**. Il a pour objectifs :

- de proposer des modalités (échanges professionnels-RU, partages d'expériences; mises en situation) et un contenu de formation permettant de rendre opérationnel le RU en CLIN. 2 formations ont déjà eu lieu (à Rennes en avril et à Caen en juin); elles ont permis de préciser un certain nombre de points de fonctionnement. En 2009, des formations similaires devraient être proposées en Bretagne et dans les Pays de la Loire;
- de rédiger une plaquette d'information avec recommandations pour aider les RU à remplir leur rôle en CLIN. Selon l'échéancier prévisionnel, une première maquette devrait être proposée en février 2009.

Marie-Alix Ertzscheid, Pascal Jarno

¹ Chardeau Marie, EDH; Chevillard Myriam, DS; El-Haik Alain, IASS; Kastel Marie-Paule, EDH; Lamorre Pauline, D3S; Le Toux Aurélie, D3S; Moullart Laurence, DS; Revol Lydie, MISP; Tetu Céline, D3S; Weiss Ghislaine, IASS.

LU POUR VOUS...

Facteurs de risque d'infection nosocomiale à *Acinetobacter baumannii* résistant à l'imipénème

Objectifs : identifier les facteurs de risque d'infections nosocomiales à *Acinetobacter baumannii* résistant à l'imipénème (IRAB).

Méthodes : étude prospective cas-témoin ayant porté sur 1100 lits d'hospitalisation d'un Centre hospitalier universitaire et sur tous les patients qui avaient une infection nosocomiale à *Acinetobacter baumannii* entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2004. Seuls les premiers isolaments d'*A. baumannii* étaient pris en compte.

Résultats : IRAB a été isolé de 66 patients (53,7%) et *Acinetobacter baumannii* sensible à l'imipénème (ISAB) de 57 patients (46,3%) pendant cette période d'étude. La durée moyenne d'hospitalisation avant l'isolement d'*A. baumannii* était de 20,8 +/- 13,6 jours pour les infections à IRAB et de 15,4 +/- 9,4 jours pour les infections à ISAB. Parmi ces patients, 65,2% infectés à IRAB et 40,4% infectés à ISAB étaient hospitalisés en unité de soins intensifs. Une utilisation préalable de carbapénème était présente chez 43,9% des patients infectés à IRAB et chez 12,3% des patients infectés à ISAB. Dans une analyse univariée, on a montré que le fait d'être femme, la durée d'hospitalisation, un séjour en unité de soins intensifs, une intervention chirurgicale urgente, une nutrition parentérale totale, la présence d'un cathéter veineux central, une intubation endotrachéale, la présence d'une sonde urinaire ou nasogastrique, l'utilisation préalable d'antibiotique et de carbapénème représentaient autant de facteurs de risque significatifs d'infection à IRAB (p<0,05). Dans une analyse multivariée, la longue durée d'hospita-

lisation avant l'isolement d'*A. baumannii* (odds ratio (OR) 1,043; intervalle de confiance (CI) 95 % 1,00-1,08 ; p=0,032), l'utilisation préalable d'antibiotique (OR=5,051 ; 95 % CI ; 1,00-25,40, p =0,05) et l'hospitalisation en unité de soins intensifs (OR=3,100 ; 95 % CI ; 1,40-6,87 ; p=0,005) étaient indépendamment associés à la résistance à l'imipénème.

Conclusion : Ces résultats suggèrent que la survenue d'infection nosocomiale à IRAB est fortement reliée à l'hospitalisation en unité de soins intensifs et à la durée d'hospitalisation et que la survenue de la résistance à l'imipénème peut-être favorisée par l'utilisation préalable d'antibiotiques.

Baran G, Erbay A, Bodur H, et al. Risk factors for nosocomial imipenem resistant *Acinetobacter baumannii* infections. *International Journal of Infectious Diseases* 2008; 12 (1): 16-21. (Réf 12360)

NOSO-NEWS : bulletin du CCLIN-Ouest. Trimestriel.

Directeur de la publication : Dr M. AUPÉE
Secrétaire de Rédaction : I. GIROT

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

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2009
Réalisation : A.L.J. Création (Montfort / 02 99 09 34 41)