

NOSO News



Bulletin N° 54

Numéro spécial

Surveillance interrégion Ouest

AU SOMMAIRE

Édito

p.1

Bloc-notes

p.1

Résultats ISO 2009

p.2

Résultats BMR 2009

p.3

Résultats AES 2009

p.4

Résultats Conso
ATB 2009

p.4

Résultats Prévalence
ATB 2009

p.5

Prévalence IN 2009

p.6

Résultats
Bactériémies 2009

p.7

Résultats
préliminaires REA
2009

p.8

Lu pour vous

p.8

EDITORIAL

L'intérêt d'une surveillance active dans le cadre de la LIN n'est plus à démontrer. Ainsi, le programme de prévention des infections nosocomiales 2009-2013, le PROPIN, rendu public en août 2009 lui accorde une place importante. Déjà présents sous forme d'indicateurs de processus (SURVISO) ou de résultats (SARM) dans les tableaux de bord issus du programme 2005-2009, les réseaux de surveillance vont dorénavant fournir les données nécessaires à l'évaluation d'objectifs quantifiés de résultat au niveau national :

- « En 2012, le taux d'incidence des bactériémies associés aux cathéters veineux centraux (CVC) en réanimation ... a diminué d'un quart » (réseau REA, référence 2008)
- « En 2012, le taux d'incidence des ISO ... pour des interventions ciblées à faible risque d'infection... a diminué d'un quart ... » (réseau ISO, référence 2008)
- « En 2012, le taux d'incidence des SARM isolés de prélèvements cliniques ... a diminué d'un quart ... » (BMR, référence 2008)
- « En 2012, le taux d'incidence des AES ... a diminué d'un quart globalement et par catégorie d'ES... » (AES, référence 2008).

Cette montée en charge rappelle la nécessité de faciliter le recueil de données (transcodage CCAM-RAISIN, semi-automatisation du recueil à partir du SIH, nouveaux outils développés sur le WEB ...) tout en conservant une démarche active. Ces évolutions ont été initiées les années précédentes dans le cadre du groupe de travail « Outils informatiques et indicateurs » du CCLIN Ouest et au niveau des ES et doivent être prolongées, au niveau des coordinations nationales, par la prise en compte des demandes et contraintes des ES : par exemple, mise en place d'un protocole allégé de surveillance pour les ISO.

Mais le PROPIN en lui-même peut également faciliter la tâche des EOHH car il prévoit notamment que « En 2012, 95% des établissements chirurgicaux intègrent le suivi des ISO dans le système d'information hospitalier ». Cette exigence doit aider les professionnels à faire considérer comme prioritaire l'utilisation du SIH pour la LIN. Ce qui est encore loin d'être le cas dans la plupart des ES.

Nous en reparlerons lors des demi-journées d'échanges « surveillance » du CCLIN Ouest en octobre 2010.

Merci à vous pour votre participation dynamique

Pascal Jarno et l'équipe du CCLIN Ouest

BLOC-NOTES

C.CLIN-Ouest

- Le rapport sur la consommation des produits hygiène des mains 2008 est disponible sur le site - www.cclinouest.com - à la rubrique *Evaluation*.

Documentation

- Recommandations relatives aux conduites à tenir devant des gastro-entérites aiguës en EHPAD. HCSP, 2010
- NosoThème « désinfection des locaux ». CCLIN Sud-Ouest, 2010

Congrès et journées

- 12^e Rencontre des infirmiers francophones en hygiène hospitalière
30 septembre, 1^{er} octobre 2010 - Nantes (44)
- Journée régionale de formation sur la prévention des infections urinaires en médecine, en chirurgie, en SSR et SLD, et en EHPAD, ARLIN Centre - 12 octobre 2010 - Saint-Avertin (37)
- Journée de formation interrégionale « Actualités et prévention des infections sur cathéters » - CCLIN Ouest - 21 octobre - St Malo (35)
- 2^e SYMPOSTAPH 2010 - 14, 15 octobre 2010 - Lyon (69)
- 10^e Journée de l'ARLIN Basse-Normandie - 23 novembre 2010 - Caen (14)
- Rencontres brestoises d'hygiène hospitalière - 25, 26 novembre 2010 - Brest (29)
- Journée du GRASLIN « Comment prévenir la transmission des micro-organismes en 2010 »
30 novembre 2010 - Nantes (44)



Nouveau logo
du CCLIN OUEST

Résultats de la surveillance des infections du site opératoire en 2009

La surveillance des ISO est un dispositif complexe. Au-delà du rôle central de l'EOHH, 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 personnes de l'ES en position de leadership (direction, CME). Plus que tout autre réseau de surveillance, la surveillance des ISO a pour objectif premier de renforcer la collaboration des acteurs de santé intra et inter établissements.

Méthode

Les patients étaient inclus sur les six premiers mois de l'année 2009 et devaient être revus un mois après leur intervention. Le protocole 2009 était identique à celui de 2008.

Résultats

Participation

En 2009, 119 établissements et 305 services ont participé à la surveillance des ISO (globale ou prioritaire). Cela représentait 36 991 interventions (119 services en globale et 186 services soit 17 785 en prioritaire).

Pour la surveillance d'interventions prioritaires par grande spécialité, il s'agit d'inclure par spécialité au moins 100 interventions sur 6 mois afin de calculer par service un RSI (Ratio Standardisé d'Incidence) mais 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

Spécialités prioritaires	Nb services	Nb serv où N<50	Nb serv où N≥50 et N<100	Nb serv où N≥ 100
Chirurgie viscérale	48	8	19	21
Orthopédie	57	8	19	30
Orthopédie/ Neurochirurgie	5	0	1	4
Urologie	17	7	7	3
Gynécologie	43	8	12	23
Chirurgie vasculaire	19	6	7	6

Incidence des ISO

Quatre cent vingt sept patients ont développé au moins une ISO au cours de leur intervention (n=36 977), soit un taux d'ISO en 2009 de 1,15% (IC 95% [1,05% - 1,27%]).

Près de la moitié des infections étaient des infections profondes ou de l'organe (tableau 2).

Tableau 2 - Répartition des ISO selon le site infectieux

Site	N	%
Superficielle	212	49,6
Profonde	125	29,3
Organe/espace	74	17,3
Non renseigné	16	3,7
Total	427	100,0

La moitié des ISO étaient observées moins de 10 jours après l'intervention. Le délai d'infection maximum était de 30 jours pour les ISO superficielles, 29 jours pour les ISO

profondes et 28 jours pour les ISO touchant les organes. 56% des infections (238/427) étaient diagnostiquées pendant le séjour dans l'établissement (38% en NNIS=0). Le taux d'ISO varie selon le score NNIS (comme les années précédentes) : il passe de 0,9% pour les NNIS-0 à 7,8% pour les NNIS 3.

Figure 1 - Taux d'ISO selon le score NNIS en 2009

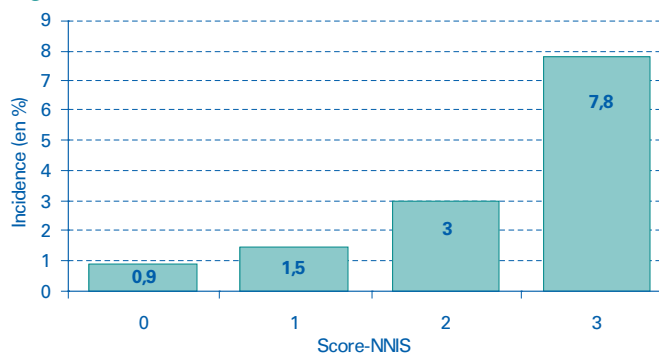
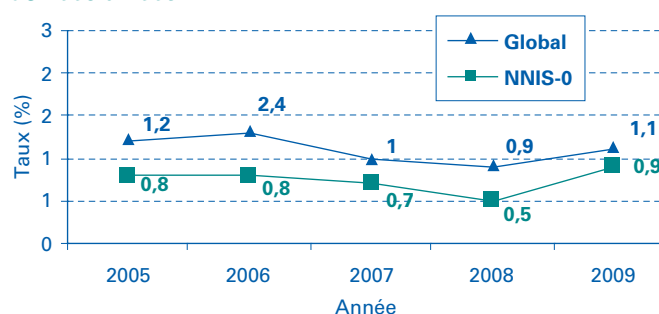


Figure 2 - Évolution du taux d'ISO en global et en NNIS-0 de 2005 à 2009



Après une baisse entre 2005 et 2008, le taux d'incidence (global et pour les interventions classées en NNIS-0) a augmenté en 2009.

Suivi des ISO après l'hospitalisation

Une étude sur le suivi après l'hospitalisation de la surveillance des ISO est actuellement en cours et s'adresse aux services inscrits à la surveillance ISO 2010. La date limite de saisie des données sur le site internet du CCLIN Ouest est fixée au 31 mai 2010. L'objectif est d'identifier les modalités optimales de la réalisation d'une surveillance des ISO après la sortie.

Conclusion

La participation à la surveillance ISO continue d'augmenter malgré la lourdeur de son organisation et les résultats mis en évidence au niveau interrégional sont encourageants et sont similaires à ceux retrouvés au niveau national. Plusieurs pistes doivent être suivies pour faciliter l'adhésion des professionnels : amélioration de l'ergonomie des outils de recueil (en 2008, 95% des participants ont utilisé WEBISO), incitation à intégrer la surveillance des ISO dans le SIH pour éviter le double recueil (travail en cours au sein du CCLIN Ouest mais aussi Sud-Ouest ; transcodage en cours CCAM ISO), intégration de la surveillance des ISO dans des démarches plus globale d'amélioration de la qualité (certification et/ou EPP).

Marion Pérennec-Olivier, Pascal Jarno

Résultats de la surveillance BMR 2009 (surveillance nationale) pour l'interrégion Ouest

Le CCLIN Ouest participe à la surveillance nationale BMR coordonnée par le Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (RAISIN).

Méthode

Cette surveillance se déroule sur 3 mois au cours du deuxième trimestre d'avril à juin et concerne uniquement la surveillance des *Staphylococcus aureus* résistants à la pénicilline (SARM) et les entérobactéries productrices de bêta-lactamase à spectre étendu (E β LSSE).

Participation

En 2009, dans l'inter région Ouest, 211 ES ont participé à la surveillance nationale (214 en 2008, 207 en 2007).

A partir de 2009, les établissements psychiatriques sont exclus de la surveillance nationale.

Plus de la moitié des ES participant à la surveillance sont des établissements publics. Trente-quatre pour cent des ES participants sont des Centres hospitaliers (proportion identique à l'année précédente).

Résultats

La densité d'incidence (DI) globale des SARM pour l'interrégion (tableau 1) est de 0,31 (0,33 en 2008, 0,34 en 2007, 0,40 en 2006) et de 0,43 en court séjour¹ (0,51 en 2008, 0,53 en 2007, 0,60 en 2006). La DI globale des E β LSSE est de 0,17 (0,12 en 2008, 0,10 en 2007, 0,07 en 2006) et de 0,22 en court séjour¹ (0,19 en 2008, 0,16 en 2007, 0,10 en 2006).

Cinquante-quatre établissements (19 MCO, 16 hôpitaux locaux et 19 SSR) ont une densité d'incidence des SARM à 0. Alors que la DI des SARM est en baisse depuis 2004, la DI des E β LSSE augmente.

Tableau 1 - BMR RAISIN 2009 - DI SARM et E β LSSE par type d'établissement

Type	Nombre de journées	Nombre de SARM	Densité % \cdot j	Nombre de E β LSSE	Densité % \cdot j
CHU	672096	235	0,35	124	0,18
CH ²	2000192	712	0,36	354	0,18
MCO	462465	101	0,23	78	0,17
CLCC	20249	6	0,30	1	0,05
Hôpital Local	200871	47	0,23	18	0,09
SSR	321247	54	0,17	44	0,14
Global	3677120	1155	0,31	619	0,17

La DI des SARM des CHU dans l'interrégion est de 0,35 en 2009 (0,51 pour l'AP-HP et 0,54 au niveau national en 2008). La DI des E β LSSE des CHU dans l'interrégion est de 0,18 (0,52 pour l'AP-HP et 0,39 au niveau national en 2008).

Tableau 2 - BMR RAISIN 2009 - DI SARM et E β LSSE par type de séjour

Type	Nombre de journées	Nombre de SARM	Densité % \cdot j	Nombre de E β LSSE	Densité % \cdot j
Court séjour	2036494	871	0,43	452	0,22
Court séjour hors réa	1980782	796	0,40	403	0,20
Réanimation	55712	75	1,35	49	0,88
SSR/SLD	1465435	283	0,19	166	0,11

La DI des SARM en court séjour (tableau 2) est de 0,43 en 2009 (0,51 en 2008, 0,53 en 2007). La DI des E β LSSE en court séjour est passée de 0,16 à 0,22 de 2007 à 2009. *Escherichia coli* représente 72 % des entérobactéries E β LSSE (Tableau 3).

Tableau 3 - BMR RAISIN 2009 - répartition des souches d'E β LSSE selon l'espèce

Germe	n	%
<i>E. aerogenes</i>	10	1,6
<i>K. pneumoniae</i>	44	7,1
<i>E. coli</i>	445	71,9
<i>P. mirabilis</i>	6	1,0
<i>E. cloacae</i>	61	9,9
<i>Citrobacter spp.</i>	18	2,9
Autres	35	5,7

L'incidence de *E. Coli* est de 0,12 pour 1000 journées en 2009 (0,08 en 2008, 0,05 en 2007 et 0,04 en 2006).

Conclusion

La participation des ES est stable depuis 2008 avec une participation de 5 CHU, 72 CH (dont 1 militaire, 1 CHR, 1 PSPH), 53 MCO, 3 CAC, 42 SSR, 36 HL. Si la DI des SARM des hémocultures reste stable depuis 2006 (0,03 pour 1000 JH), la DI globale baisse dans l'interrégion de 0,40 en 2006 à 0,31 en 2009 ainsi qu'au niveau national de 0,55 en 2006 à 0,45 en 2008. A noter que les densités d'incidence en 2008 varient selon les CCLIN de 0,33 à 0,54.

En 2009, il a été demandé aux ES de comptabiliser les doublons d'hémocultures retrouvés pendant la période d'enquête. Quatre ont été repérés. Ce nombre est faible, donc ne modifie pas le calcul précédemment effectué concernant l'incidence hémoculture.

La DI globale des E β LSSE est en hausse dans l'interrégion depuis 2006 (0,07 en 2006, 0,17 en 2009) ainsi qu'au niveau national (0,17 en 2006, 0,27 en 2008). La DI des hémocultures à E β LSSE est en hausse dans l'inter région (0,004 en 2006, 0,007 en 2007 et 2008, 0,015 en 2009). A noter que les densités d'incidence en 2008 varient selon les CCLIN de 0,12 à 0,52. *E. coli* est le germe le plus fréquent des E β LSSE et en proportion croissante (47% en 2004 et 72% en 2009).

La maîtrise des BMR³ repose sur une politique globale de prévention des infections nosocomiales et le bon usage des antibiotiques. Elle semble porter ses fruits au regard de la baisse de l'incidence des SARM. Mais, parallèlement, l'incidence des E β LSSE augmente. De nouvelles recommandations relatives aux mesures à mettre en œuvre pour lutter contre leur dissémination vont être finalisées par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) très prochainement.

Nadine Garreau, Hélène Sénéchal

1 - Dont réanimation hors psychiatrie

2 - Hôpital militaire et CHR inclus

3 - La société française d'hygiène hospitalière a édité de nouvelles recommandations pour la prévention de la transmission croisée : précautions complémentaires contact en avril 2009 en déclinant ces mesures par situation épidémique ou pas et par germe.

Résultats de la surveillance des AES en 2009

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 GERES (Groupe d'étude sur le risque d'exposition au sang).

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

Méthode

Le protocole de l'enquête est identique depuis 3 ans. 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 2009, 190 ES ont participé à la surveillance AES. 3137 AES y ont été recensés. Entre 2008 et 2009, 8 ES supplémentaires ont participé et 474 AES de plus ont été déclarés. La majorité des ES qui ont participé à la surveillance (70,5%) sont des ES de petite taille (< 300 lits).

Mais la plus grande partie des AES (45,5 %) est déclarée dans les ES de grande taille (> 1000 lits).

Résultats

Les caractéristiques des agents (âge, ancienneté, fonction) et des AES (type, tâches en cours, mécanismes) sont identiques aux années précédentes.

La proportion d'AES jugés évitables était de 38% en 2009. Moins de 60% des agents portaient des gants et 70% avaient un collecteur à portée de la main au moment de l'AES.

L'incidence en 2009 est de 0,17 pour 100 admissions, de 3,61 pour 100 agents et de 6,56 pour 100 IDE. Elle est similaire à celle de 2008.

L'incidence des AES est plus élevée dans les cliniques MCO, CHU, les CLCC (Centre de lutte contre le cancer) et les CH ; plus faible dans les ES psychiatriques.

Conclusion

L'incidence reste stable dans les ES de l'interrégion. La prévention doit donc se poursuivre.

Marie-Cécile Fournier,
Marion Pérennec-Olivier, Pascal Jarno

Résultats de la surveillance de la consommation des ATB et de la résistance bactérienne en 2009

La « surveillance de la conso. ATB et de la résistance bactérienne » s'intègre dans la politique nationale de bon usage des antibiotiques et de maîtrise de la résistance bactérienne.

Méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective sur l'ensemble de l'année 2008. Les établissements (ES) inclus sont les ES de santé ayant une activité d'hospitalisation complète concernés par la surveillance.

Résultats

Pour l'année 2008, 126 ES ont fourni des données de consommation des ATB soit 29,3% (126 sur 430) des ES de l'interrégion Ouest et 81 ont fourni les données de résistances bactériennes.

Tableau 1 - Consommation des ATB par type d'ES

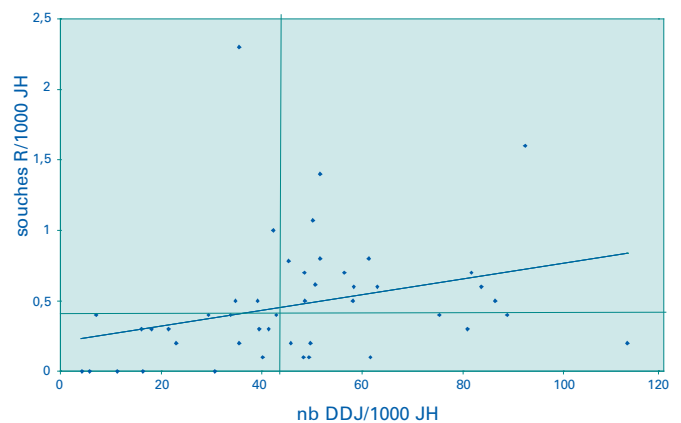
Type	Nombre de DDJ pour 1000 JH						
	Nb ES	Nb lits	Nb de JH	Médiane	Moyenne	Max	Min
CLCC	3	370	75 683	341,9	396,8	524	324,4
CH, CHU, MIL *	50	22255	7 011 540	344,2	348,9	675,2	42
LOC	16	1 317	445 324	108,5	215,6	834	18,6
MCO	34	5 316	1 430 626	328,7	327,0	701,2	111,6
PSY	8	2 897	978 671	39,5	51,4	81,7	30,3
SSR, SLD	15	1 514	458 454	107,1	136,1	423,1	2,5
Ensemble	126	33 669	10 400 298	291,1	283,0	834	2,5

La médiane du nombre de DDJ/1000JH varie de 39,5 en Psy à 341,9 en CLCC et 344,2 en CH.

L'analyse des données permet de mettre en perspective

sur le même graphe les consommations ATB et les incidences pour les couples ATB-Bactéries prédéfinis (ici quinolones et SARM).

Graphe 1 - Consommation de quinolones et incidence des SARM



Conclusion

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

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

Pacôme Angora, Pascal Jarno

Résultats de l'enquête de prévalence sur l'utilisation des antibiotiques en 2009

Le CCLIN Ouest propose tous les ans aux établissements de santé (ES) de réaliser une enquête de prévalence sur les antibiotiques (ATB) afin de les inciter à évaluer leurs pratiques ATB pour répondre aux exigences du bon usage des ATB et de l'ICATB. Outre ses aspects descriptifs, cette enquête a pour but de mesurer la qualité technique des ATB prescrits et de réaliser un état des lieux d'évaluation des pratiques ATB.

Méthodes

Enquête de type « un jour donné », entre le 29 mai et le 28 juin 2009 ou au cours du dernier trimestre 2009. Sont inclus tous les ATB prescrits par voie générale dans les services d'hospitalisation. Six indicateurs de bon usage des ATB ont été étudiés :

- 1 - la réévaluation,
- 2 - l'absence de monothérapie pour certains ATB (acide fusidique, aminosides, fosfomycine IV et rifampicine),
- 3 - les aminosides : respect de la dose unique journalière (DUJ) sauf exceptions, posologie recalculée (données du GPR® et degré d'insuffisance rénale) et la durée de traitement,
- 4 - la vancomycine : posologie recalculée (données du GPR® et degré d'insuffisance rénale),
- 5 - l'administration par voie orale des F-Quinolones (bio-disponibilité par voie orale proche de 100%) dans les situations cliniques permettant une voie orale,
- 6 - les infections urinaires traitées sans macrolide.

Résultats

Ce sont 96 établissements (1 195 patients sous ATB) qui ont participé à cette enquête : 41 ES publics, 15 PSPH et 40 ES privés. Les hôpitaux locaux et les cliniques MCO étaient les ES les plus représentés.

Au total, le nombre d'ATB prescrits ramené au nombre de patients ayant reçu au moins un ATB était de 1,3 (1557/1195). La prévalence de patients ayant reçu un ATB sur l'ensemble des patients présents dans les ES le jour de l'enquête était de 8,7% (n=1 195/13699). Les traitements curatifs pour infection communautaire (IC) représentaient plus de la moitié des traitements (57%) et les traitements curatifs pour infection nosocomiale (IN) plus d'un quart des traitements (27%). Les principaux sites infectieux retrouvés sont urinaires (19%), pneumopathiques (16%) et respiratoires (15%). Les familles d'antibiotiques les plus utilisées sont : Pénicillines (35%), F-Quinolones (20%) et Céphalosporines (15%). La majorité des ATB était administrée en 2 ou 3 prises/24h (75%).

Indicateurs de bon usage des ATB

Sur 783 antibiothérapies relevant d'une réévaluation et ayant renseigné cet item, le taux de réévaluation était de 52% (l'item réévaluation n'a pas été renseigné dans 296 cas). La proportion de conformité d'ATB prescrits en association était de 96,1%.

Pour les aminosides, 73% ont été prescrits en 1 seule prise/24h, dans 70% des cas, quand le patient était insuffisant rénal, la posologie prescrite était conforme à la posologie usuelle conseillée dans le GPR1 et 83% ont été prescrits 7 jours ou moins.

Pour les vancomycines, quand le patient était insuffisant rénal, 100% ont été prescrites avec une posologie conforme à la posologie usuelle conseillée dans le GPR.

Pour les fluoroquinolones, 82,7% ont été administrées par voie orale quand c'était possible.

Enfin, 99,3% des IU ont été traitées sans macrolide, molécule ne diffusant pas ou peu au niveau urinaire.

Sur les indicateurs recherchés, la conformité de bon usage des ATB était de 87,7% (n=630/718).

Conclusion

Cette étude permet aux établissements de santé de réaliser un état des lieux de leurs pratiques ATB. Cette étape n'est qu'un préambule afin de déterminer des actions correctives à mettre en place. Même si ce type d'enquête ne peut remplacer une étude au cas par cas par un groupe pluridisciplinaire, elle permet, au travers des indicateurs choisis et éprouvés au cours des précédentes enquêtes de fournir des axes de travail pour les établissements de santé.

Nouvelle application en 2010

La saisie en ligne sur une application WEB accessible à partir du site du CCLIN Ouest sera possible au courant du mois de juin 2010, selon la même procédure que pour les autres applications déjà en ligne sur le site internet du CCLIN.

Après connexion (login et mot de passe), vous choisirez l'établissement et l'année d'enquête afin d'accéder à la page d'accueil.

- **La page d'accueil** : les fonctionnalités disponibles à partir du menu sont similaires aux autres applications : édition de rapports, saisie, recherche, gestion de la corbeille pour les fiches supprimées, vérification et validation des fiches, extraction des données au format Excel, documentation, et changement de mot de passe.

Application WEB PREV ATB

Bienvenue André TESTEUR

St Pierre et Miquelon Basse-Normandie
Bretagne Centre
Pays de la Loire

Copyright (c) - 2009 Centre de Coordination des Infections Nosocomiales (CCLIN)

- **Saisie** : l'onglet « Etablissement » vous permet de renseigner les données concernant l'établissement enquêté, et l'onglet « Nouveau patient » permet de renseigner les fiches « Patient » et les fiches « ATB » associées.

- Recherche : celle-ci se fait soit par fiche « Patient » soit par fiche « ATB ». La consultation, la modification, et la suppression des fiches seront alors possibles.
- Vérification et validation : avant inclusion dans la base de données, vous devez vérifier et valider les fiches saisies.

- Récupération des données : si nécessaire vous pouvez récupérer vos données au format Excel.

- **Résultats** : vous pourrez éditer le rapport au format html ou au format pdf pour éventuellement l'imprimer ultérieurement.

Marion Pérennec-Olivier, Donia Lejri,
Emmanuel Piednoir, Pascal Jarno

Résultats de l'enquête de prévalence des infections nosocomiales en 2009

Le CCLIN Ouest propose aux établissements de santé (ES) volontaires une enquête de prévalence interrégionale. Elle a pour principal objectif de sensibiliser et de mobiliser les personnels des ES à la lutte contre les IN, mais aussi de mesurer la prévalence des IN, décrire leurs caractéristiques, évaluer l'exposition aux facteurs de risque et connaître l'utilisation des traitements anti-infectieux dans les ES.

Méthode

Enquête de type « un jour donné » effectuée entre mai et décembre 2009. Elle concerne l'ensemble des patients hospitalisés dans les services des ES. Les patients entrés le jour de l'enquête n'ont pas été inclus. La définition de l'IN était celle des « 100 recommandations ».

Résultats

Participation

8 793 patients hospitalisés dans 74 ES ont été inclus dans l'analyse 2009 : 26 ES publics, 16 ES PSPH et 32 ES privés. La majorité des patients inclus proviennent de services de SSR (25%), de médecine (22%) et de psychiatrie (19%).

Prévalence des IN

Le jour de l'enquête, 374 patients sur 8 793 avaient une IN, soit une prévalence brute de 4,3 %. (ENP2006 interrégion Ouest : 4,7%). La prévalence variait selon le type d'ES (tableau 4).

Tableau 1 - Prévalence des patients infectés selon le type de l'ES¹

Type	Nb Patients	Nb pat infectés	Prévalence (%)	Prévalence (%) ENP 2006
CHS/Psy	1 523	15	1,0	2,1
Clinique MCO	1 753	57	3,3	3,6
CH/CHG	1 502	68	4,5	4,7
SSR/ELD	1 104	81	7,3	5,5
Hop Local	414	43	10,4	5,6

Pour les 374 patients infectés, 384 IN ont été recensées, soit une prévalence brute des IN de 4,4 % (ENP2006 interrégion Ouest : 5%). 301 des 384 IN (78%) ont été acquises dans l'ES soit une prévalence de 3,4% (ENP2006 interrégion Ouest : 4,1%), les autres ayant été importées d'un autre ES soit une prévalence de 0,9% (ENP2006 interrégion Ouest : 0,9%).

Au total, 218 germes ont été retrouvés pour 384 IN. Les plus fréquents étaient *Escherichia coli* 31% (ENP2006 interrégion Ouest : 27%), *Staphylococcus aureus* 20% (ENP2006 interrégion Ouest : 20 %) et *Pseudomonas aeruginosa* 9% (ENP2006 interrégion Ouest : 9,5%).

C'est dans les services de réanimation et de SSR que les prévalences d'infectés sont plus élevées (>6%).

Tableau 2 - Prévalence des infectés et des IN par spécialité de prise en charge

Spécialité	Nb ES	Nb patients	Nb pat infectés	Prévalence pat.inf (%)	Nb IN	Prévalence des IN (%)
Chirurgie	23	1 405	63	4,5	68	4,8
Médecine	40	1 969	95	4,8	97	4,9
Obstétrique	17	371	3	0,8	3	0,8
Pédiatrie	6	135	3	2,2	3	2,2
Réanimation	4	109	9	8,3	10	9,2
Urgence	2	23	0	0,0	0	0,0
Court séjour		4 012	173	4,3	181	4,5
SSR	41	2 166	141	6,5	143	6,6
Psychiatrie	17	1 673	10	0,6	10	0,6
SLD	9	942	50	5,3	50	5,3
Total		8 793	374	4,3	384	4,4

Anti-infectieux

14 % des patients avaient reçu au moins un anti-infectieux le jour de l'enquête (n=1 199/8 793) (ENP2006 interrégion Ouest : 14,7%). Au total, 1 583 anti-infectieux ont été prescrits.

Dans 50,1 % des cas où l'indication de l'anti-infectieux était connue, il s'agissait d'un traitement curatif pour infection communautaire (793/1 583). Dans 11,6% il s'agissait d'une antibioprofylaxie chirurgicale (184/1 583). Dans 24,2% des cas, le traitement était curatif pour IN (383/1 583). Dans 9,8% des cas, il s'agissait d'une prophylaxie pour des infections opportunistes (155/1 583). Dans 3,8 % des cas, l'indication du traitement anti-infectieux était multiple (60/1 583).

Pour 8 anti-infectieux, l'indication était inconnue.

Conclusion

Les résultats sont concordants avec ceux de l'ENP2006 interrégion Ouest pour les SSR et médecine. (ENP2006 : 6,9% pour les SSR ; 5,4% pour la médecine).

12 ES ont participé aux enquêtes 2007, 2008 et 2009. Cela représente 2 907 patients inclus en 3 ans. La prévalence de patients infectés et des IN a globalement diminué de façon significative sur l'ensemble des 12 ES ($p < 0,05$) mais ces résultats sont prendre avec précautions du fait des faibles effectifs.

Nadine Garreau, Pascal Jarno

Résultats de la surveillance des bactériémies 2009

Le CCLIN Ouest a proposé pour la 8^e année consécutive la surveillance des bactériémies. Les objectifs de cette surveillance sont de déterminer l'incidence des bactériémies, d'évaluer la létalité liée aux bactériémies nosocomiales (BN) et d'améliorer leur prévention.

Participation

En 2009, 96 ES de santé ont participé à la surveillance des bactériémies dont 55,2% d'ES publics, 29,2% d'ES privés et 15,6% d'ES privés non lucratifs.

Soixante ES ont un nombre de lits < 250 (62,5%) ; 21 ES ont un nombre de lits compris entre 250 et 499 (21,9%), 9 ES ont un nombre de lits compris entre 500 et 999 lits (9,4%) et 6 ES ont plus de 1000 lits au total (6,3%).

L'enquête 2009 couvre 255 799 admissions et 2 315 327 journées d'hospitalisation. La grande majorité des admissions se font en court séjour (92,7%) mais ne représentent que la moitié du nombre total de journées (55,5%).

Méthode

La période de surveillance est de trois mois entre janvier et avril 2009.

Résultats

En 2009, 2568 bactériémies ont été observées.

Sur les 2568 bactériémies, plus de la moitié sont d'origine communautaire (N=1 342, 52,3%) et 44,3% (N=1 136) sont d'origine nosocomiale. Parmi les BN, 886 (34,5%) ont été définies comme acquises en hospitalisation complète au sein de l'établissement (Tableau 1).

Tableau 1 - Origine des épisodes bactériémiques

Origine	N	%
Communautaire	1342	52,3
Nosocomiale	1136	47,8
Nosocomiale acquise en hospitalisation complète	886	34,5
Nosocomiale acquise en hospitalisation incomplète	117	4,6
Nosocomiale acquise dans un autre établissement	133	5,2
Iatrogène ambulatoire*	61	2,4
Inconnu	29	1,1
Total	2568	100

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

Sur les 96 ES participants, le taux d'incidence des bactériémies nosocomiales (BN) en hospitalisation complète est de 0,35 pour 100 entrées et la densité d'incidence de 0,38 pour 1000 journées d'hospitalisation.

L'incidence des BN en réanimation est plus élevée que dans les autres secteurs de l'hôpital : en 2009, l'incidence est de 4,43/1 000 journées. Pour l'ensemble du court séjour, l'incidence est de 0,57/1 000 journées.

Pour les 1 136 BN, les principales portes d'entrée sont : la porte d'entrée dispositif intra-vasculaire regroupant les portes d'entrée cathéter central, périphérique, chambre implantée et autres cathéters (N=255, 22,5%), la porte

d'entrée urinaire (N=239, 21%), et la porte d'entrée digestive (N=153, 13,5%). Aucune porte d'entrée n'a été retrouvée pour 160 BN (Tableau 2). Près de 38% des 340 BN à portes d'entrée pleuro-pulmonaire ou urinaire présentent un dispositif invasif présumé en cause.

Tableau 2 - Portes d'entrée cliniquement suspectées pour les BN

Porte d'entrée	N	%
Cutanée non opératoire	65	5,7
Site opératoire	83	7,3
Pleuro-pulmonaire	101	8,9
Urinaire	239	21
Dispositifs intra-vasculaires	255	22,5
- Cathéter central	87	7,7
- Cathéter périphérique	50	4,4
- Chambre implantée	101	8,9
- Autres cathéters et assimilés	17	1,5
Digestif et abdominal	153	13,5
Translocation digestive	30	2,6
Materno-foetale	2	0,2
Autre	47	4,1
Inconnue	160	14,1
Non renseigné	1	0,1
Total	1136	100

Sur la totalité des BN (N=1 136), 1 065 sont monomicrobiennes (93,8%) et 71 (6,2%) sont polymicrobiennes totalisant 1 214 germes répertoriés.

Les principaux micro-organismes isolés sont *Escherichia coli* (N=260, 21,4%) et *Staphylococcus aureus* (N=247, 20,3%). La résistance à la méticilline a été notifiée pour 67 cas (27,1%) soit une incidence de 0,03/1 000 journées d'hospitalisation. Cette incidence reste stable depuis 2005. En 2009, l'incidence des BN à *Staphylococcus aureus* est de 0,11 pour 1000 journées d'hospitalisation. Sur les 247 BN à *Staphylococcus aureus*, 176 ont été sensibles à la méticilline (71,2%).

Conclusion

En 2009, l'incidence BN pour les 96 ES participants est de 0,57/1 000 journées d'hospitalisation en court séjour, similaire à celle retrouvée au niveau du réseau national¹ (0,61/1 000 JH).

L'incidence des BN à SARM reste faible et confirme les données des réseaux de surveillance des BMR et la probable efficacité des mesures de prévention renforcée de leur diffusion.

Parmi les BN identifiées, une part notable semble évitable, en particulier les BN liées aux dispositifs intra-vasculaires (22,5 % des BN). Cette proportion reste comparable à celle retrouvée au niveau national et les années précédentes. Ces données de surveillance constituent pour les EOHH des 96 ES 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.

Aude Tavenard, Pascal Jarno

Résultats préliminaires de la surveillance REA 2009

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

Méthode

Tout patient hospitalisé plus de 48h dans un service de réanimation (les services de surveillance continue sont exclus). Seules les infections survenant plus de 2 jours après l'entrée dans le service sont prises en compte.

Participation

En 2009, la surveillance concerne 25 services correspondant à 25 établissements, ce qui représente 76% des établissements ayant au moins un service de réanimation dans l'interrégion Ouest (24/33). 7 694 patients ont été inclus.

Résultats

1 017 patients ont présenté au moins une infection nosocomiale, soit un taux de patients infectés de 13,2%. 1 498 infections ont été diagnostiquées (1,5 infections par patient infecté), soit un taux d'infections de 19,5%.

Les infections se répartissent en 812 pneumopathies (54,2%) dont 734 liées à l'intubation, 277 bactériémies (18,5%), 92 infections liées au cathéter (6,1%), 317 infections urinaires (21,2%) dont 300 liées au sondage.

La densité d'incidence des pneumopathies nosocomiales en réanimation a sensiblement augmenté en 2009.

(14,1 pour 1000 jours en 2009, 12,4 en 2008) mais cette augmentation de la densité d'incidence en 2009 n'est pas significative.

Graph 1 - Densité d'incidence depuis 2006

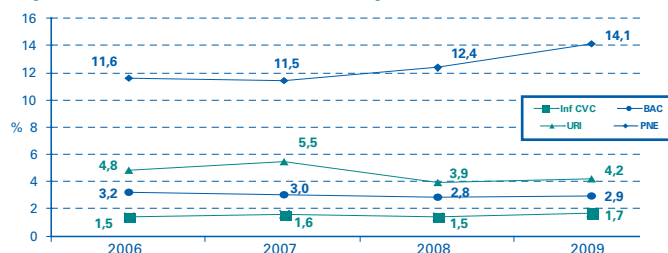


Tableau 1 - Exposition aux dispositifs invasifs

Dispositif invasif	n*	Patients exposés	
		nb patients	%
Intubation	7 679	5 349	69,7
Cathéter veineux central**	7 694	4 709	61,2
Sondage urinaire**	7 419	6 502	87,6

* les inconnus ont été exclus - ** l'établissement ne faisant pas la surveillance des infections urinaires a été exclu.

L'exposition aux dispositifs invasifs est similaire à celle des années précédentes.

Conclusion

La participation des services de réanimation continue de progresser (75% des services en 2009). L'exposition aux dispositifs invasifs est similaire à celle des années précédentes. Les infections restent stables au cours du temps à l'exception d'une augmentation non significative des pneumopathies.

Nadine Garreau, Pascal Jarno

Les résultats complets de chaque réseau de surveillance sont disponibles sur le site du CCLIN Ouest www.cclinouest.com

LU POUR VOUS...

La stratification des taux d'infections du site opératoire par l'indice de risque du NNIS influence-t-elle le classement des hôpitaux dans un réseau de surveillance ?

Le réseau de surveillance des ISO en Allemagne a conduit une étude pour déterminer si la stratification du taux d'ISO sur l'index NNIS permet d'affiner la comparaison de services de chirurgie menée à partir de taux bruts. Il s'agit d'une étude rétrospective des données de surveillance des ISO recueillies entre janvier 2001 et juin 2006 dans les 234 services de chirurgie volontaires des établissements de santé (ES) du réseau de surveillance national allemand (Krankenhaus Infektions Surveillance System : KISS). 4 275 ISO ont été diagnostiquées à la suite de 223 367 interventions classées dans 12 types de procédures chirurgicales (correspondant à peu près aux groupes d'intervention prioritaires du protocole de surveillance des ISO du RAISIN). Il s'agit d'une surveillance active menée par des infirmiers hygiénistes formés selon les définitions du CDC. Les variables score ASA, classe de contamination et durée de l'intervention ont été recueillies afin de calculer 4 niveaux de risque de l'index NNIS (0 à 3).

Le réseau de surveillance a calculé pour chaque service de chirurgie de l'étude et dans un ou plusieurs types de procédures chirurgicales, 2 taux d'incidence des ISO : un taux brut et un ratio standardisé d'incidence ajusté

sur l'index NNIS. Les services de chirurgie ont été classés selon les 2 indicateurs. Leurs rangs, selon le taux brut ou le RSI, ont été comparés avec le test de Spearman qui permet de calculer un coefficient de corrélation. Pour chacun des 12 types de procédures chirurgicales, il a été retrouvé une forte corrélation (coefficient supérieur à 0,95 pour un maximum de 1) des classements des services de chirurgie selon le taux brut ou le RSI.

En résumé, le taux brut d'ISO (sans autre variable complémentaire recueillie) pour des groupes d'interventions homogènes permet un classement proche de celui obtenu avec les données parfois difficiles à récupérer de l'index NNIS (surtout le score ASA). Cela pourrait permettre de mettre plus facilement en place une surveillance au moins dans les ES où ces données ne sont pas recueillies systématiquement lors de l'intervention chirurgicale.

Brümmer S, Brandt C, Sohr D, Gastmeier P. Does stratifying surgical site infection rates by the National Nosocomial Infection Surveillance risk index influence the rank order of the hospitals in a surveillance system? *Journal of Hospital Infection* 2008; 69(3) : 295-300. (Réf. 21387)

Mots-clés : taux, site opératoire, indice, risque, surveillance, étude rétrospective, réseau

NOSO-NEWS - bulletin du CCLIN Ouest - Directeur de la publication : Dr M. AUPÉE - Secrétaire de Rédaction : I. GIROT

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 : 2^e trimestre 2010 - Maquette & impression : ALJ Création (Montfort - www.alj-creation.fr)