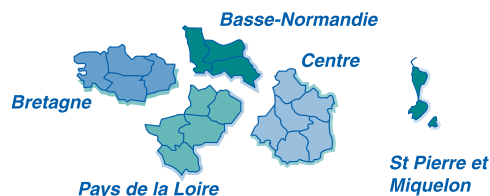


# NOSO News



**C.CLIN-OUEST**  
Centre de Coordination de la Lutte  
Contre les Infections Nosocomiales  
(Interrégion Ouest)

## Bulletin N°58

Juin 2011 - Numéro spécial  
Surveillance interrégion Ouest

### AU SOMMAIRE

Édito	p.1
Bloc-notes	p.1
Enquête satisfaction	p.2
Résultats ISO 2010	p.3
Enquête suivi ISO	p.4
Résultats BMR 2010	p.5
Résultats AES 2010	p.5
Résultats conso ATB 2010	p.6
Surveillance REA 2010	p.6
Prévalence IN 2010	p.7
Prévalence ATB 2010	p.7
Résultats Bactériémies 2010	p.8

L'actualité liée à l'émergence des Entérobactéries productrices de carbapénémase (EPC) et des Entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG) nous a amené à préciser les précautions complémentaires contact (PCC) à mettre en œuvre pour la prise en charge des patients concernés.

Une fiche synthétique rappelle les « **Précautions complémentaires en cas de Bactéries hautement résistantes à portage digestif** » qui viennent en complément des précautions « standard ». Destinée aux équipes qui le souhaitent, cette **fiche jointe** à ce numéro est également téléchargeable sur le site du CCLIN Ouest.



Merci de consacrer quelques minutes à l'enquête de satisfaction NosoBase qui permettra d'améliorer les services proposés. Le formulaire est disponible sur la page d'accueil <http://nosobase.chu-lyon.fr>

## EDITORIAL

L'intérêt pour la surveillance, comme élément majeur d'une politique de prévention des IN au sein d'un établissement de santé (ES), ne se dément pas depuis plusieurs années : la participation aux différents réseaux continue de croître et ce malgré la charge de travail que cela représente.

Cet intérêt est confirmé par les résultats de l'enquête de satisfaction menée en mars-avril par l'équipe du CCLIN Ouest : au-delà des constats classiques de ce que permet la participation à un réseau de surveillance (*sensibilisation des professionnels, opportunité d'une plus grande présence dans les services et d'une reconnaissance plus importante de la fonction, comparaison avec d'autres ES...*), de nombreux professionnels ont mis en avant les apports de la participation aux réseaux de surveillance comme outil d'amélioration de la qualité des soins pour définir des axes de travail, pour cibler des priorités à l'échelle d'un établissement ou pour proposer des thèmes d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) dans le domaine de la prévention des IN. Ce rapprochement de l'épidémiologie (*surveillance mais gestion des alertes ou des épidémies via le signalement*) et de l'évaluation et plus largement de la gestion des risques est une évolution indispensable. En mars 2010, le CCLIN Ouest a proposé un 1<sup>er</sup> séminaire « Gestion des risques et prévention des IN » dont un des objectifs était de montrer la complémentarité de ces différentes approches. Cette formation, basée sur des mises en situation à partir de cas réels, va faire l'objet de deux nouveaux séminaires pour les professionnels de l'hygiène hospitalière dans le dernier trimestre de l'année 2011. De même, la journée du 19 mai 2011 « Système d'Information Hospitalière et Lutte contre les IN » a connu un succès important. Plus d'une centaine d'ES se sont déplacés pour échanger sur les possibilités de rapprochement des domaines de la prévention des IN et de l'information médicale. Parmi eux près d'un quart des professionnels étaient issus de l'information médicale et plusieurs ont souhaité être associés à des travaux sur ce thème. Ce rapprochement avec nos collègues de l'information médicale est également une évolution indispensable. Le groupe de travail « Outils et indicateurs » du CCLIN Ouest va s'atteler à la tâche. Et essayer dans un 1<sup>er</sup> temps de rédiger un cahier des charges minimal pour les responsables de l'information médicale des ES afin d'intégrer au mieux les exigences de la surveillance des IN notamment dans le SIH.

Au-delà de la consolidation des réseaux existants (mise à disposition d'outils toujours plus ergonomiques notamment) et de l'organisation de l'enquête nationale de prévalence 2012, ce sont deux chantiers importants pour l'année à venir.

Merci à vous pour votre participation dynamique aux réseaux de surveillance du CCLIN Ouest.

P. Angora, E. Bajeux, N. Garreau, M. Pérennec, H. Sénéchal, A. Tavenard, P. Jarno et toute l'équipe du CCLIN Ouest

Les résultats complets de chaque réseau de surveillance sont disponibles sur le site du CCLIN Ouest [www.cclinouest.com](http://www.cclinouest.com)

## BLOC-NOTES

### Documentation

- Annonce d'un dommage associé aux soins. HAS. 2011. 64 p.
- Recommandations de bonnes pratiques d'utilisation des enceintes de stockage d'endoscopes thermosensibles (ESET). SF2H, SFED. 2011, 7 p.
- Risque infectieux fongique et travaux en établissement de santé. SF2H, SFMM. 2011, 56 p.
- BEH n°15-16-17 du 26 avril 2011 - Numéro thématique - Alerte, investigation et surveillance des infections nosocomiales : le réseau Raisin, 2001-2010
- NosoThème Coqueluche, grippe, rougeole, tuberculose : vaccination des professionnels de santé
- NosoThème Indicateurs et tableau de bord
- Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. CDC, HICPA. 2011, 83 p.

Pour plus d'informations, NosoBase : <http://nosobase.chu-lyon.fr>

### Congrès et journées dans l'Ouest

- 2<sup>e</sup> journée de l'Ouest en statistique et épidémiologie - 8 septembre 2011 - Nantes
  - Journée « Représentants des usagers et infections nosocomiales » - 6 octobre 2011 - Rennes
  - Journée régionale de l'ARLIN Pays de la Loire « EHPAD » - 6 octobre 2011 - Angers
  - Journée régionale de l'ARLIN Centre « La préparation cutanée et les produits antiseptiques » - 11 octobre 2011 - Tours
  - « Optimiser vos recherches bibliographiques » : NosoBase le matin, PubMed l'après-midi - 27 octobre - Rennes
  - « Journées régionales de l'ARLIN Bretagne « Prévention du risque infectieux » - 13-14 octobre 2011 - Brest
- Pour plus d'informations, consultez la page « Agenda » du CCLIN : [www.cclinouest.com](http://www.cclinouest.com)

# Enquête de satisfaction sur les surveillances du CCLIN Ouest

Une enquête de satisfaction a été réalisée de février à mars 2011 afin d'évaluer les attentes, les besoins et les difficultés de l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans les réseaux de surveillance des infections nosocomiales de l'interrégion, coordonnés par le CCLIN Ouest.

Il s'agissait de préciser les améliorations à mettre en œuvre concernant les échanges entre le CCLIN Ouest et les établissements de santé (ES), les protocoles, les outils de saisie en ligne et les rapports de résultats annuels.

La saisie a été effectuée en ligne sur le site du CCLIN Ouest. L'ensemble des professionnels de santé de l'interrégion dont les coordonnées étaient disponibles sur l'annuaire du CCLIN Ouest ont été sollicités.

Cent dix huit des 345 ES ayant participé à au moins une surveillance du CCLIN Ouest (données de 2009) ont renseigné le questionnaire soit un **taux de participation pour les établissements de 34,2 %**. Au total, 124 questionnaires ont été analysés, renseignés en majorité par des IDE hygiénistes (50,8%, N=63) et des PH hygiénistes (26,6%, N=33) mais également par des cadres hygiénistes (8,9%, N=11), biologistes (4,8%, N=6), pharmaciens (4,0%, N=5), médecins du travail (0,8%, N=1), techniciennes bio-hygiénistes (1,6%, N=2), secrétaires (0,8%, N=1), médecins non hygiénistes (0,8%, N=1) et responsables qualité (0,8%, N=1).

Les ES les plus représentés étaient en premier lieu les Centres Hospitaliers (37,9%, N=47) et les Cliniques MCO (26,6%, N=33).

**Dans près de 93% des cas, les professionnels de santé considèrent les responsables des surveillances du CCLIN (médecins et épidémiologistes) comme « toujours » ou « souvent » disponibles (N=115).**

**Ils sont également 93,5% à estimer les réponses apportées comme « toujours » ou « souvent » adaptées (N=116) à leurs interrogations.**

Une suggestion porte sur la création d'un forum de discussion ouvert à l'ensemble des acteurs des surveillances associé à une foire aux questions.

**Les protocoles de surveillances sont jugés « satisfaisants » ou « très satisfaisants » par 93,5% des professionnels interrogés (N=116).**

Cependant, quelques remarques ont porté sur leur complexité et sur les difficultés en lien avec les modifications de protocoles effectuées d'une année à l'autre.

Le délai de publication de ces protocoles apparaît également trop tardif par certains acteurs qui suggèrent une mise en ligne du document plus en amont, afin d'anticiper ces changements potentiels.

**Les procédures d'inscription en ligne aux différentes surveillances apparaissent simples à mettre en œuvre pour la plupart des professionnels interrogés (81,4%, N=101).**

**Les outils de saisie en ligne sont considérés « satisfaisants » ou « très satisfaisants » par 87,9% des personnes interrogées (N=109)** et leur généralisation à l'ensemble des surveillances apparaît comme une demande récurrente de la part des acteurs des surveillances. Cependant, de nombreuses critiques ont été formulées à l'égard de la complexité de la saisie des données de la surveillance AES : *un nouvel outil de saisie en ligne est en cours d'élaboration et sera disponible dès 2012.*

D'autres part, les rapports de surveillance automatisés disponibles en ligne sont appréciés par 77 des 95 personnes ayant renseigné cet item. De multiples demandes concernaient la possibilité de compléter ces rapports par des données propres à l'établissement : *ces modifications sont d'ores et déjà possibles en optant pour le format html lors de l'édition du rapport automatisé.*

**Les rapports interrégionaux de surveillance sont lus par 90,3% des professionnels de santé interrogés (N=112).**

Le manque de temps est la raison la plus souvent invoquée par les 5 personnes n'ayant pas consulté ces rapports.

**Le contenu des rapports de surveillance correspond « tout à fait » ou « dans l'ensemble » aux attentes des personnes interrogées dans 87,1% des cas (N=108).**

Les remarques formulées portent principalement sur la longueur excessive de ces rapports et sur le manque de stratification effectuée en fonction du type ou de la taille des établissements. Par ailleurs, leur complexité au regard des professionnels de santé non hygiénistes est souvent mentionnée.

**Ainsi, il apparaît que seules 39,5% des personnes interrogées diffusent les rapports interrégionaux de surveillance au sein de leur établissement (N=49)** évoquant le manque de temps ou le peu d'intérêt du personnel soignant, extérieur aux surveillances pour ces données jugées parfois trop denses et complexes.

La publication d'un rapport plus concis destiné aux professionnels non impliqués dans les surveillances des infections nosocomiales a fait l'objet de plusieurs demandes. *Les rapports automatisés disponibles en ligne, moins denses, ciblés sur les données de l'ES et publiés plus précocement pourraient ainsi être utilisés plus largement pour la diffusion des résultats des différentes surveillances au sein des établissements.*

Pour la majorité des acteurs interrogés, l'impact de la participation de leur ES aux réseaux de surveillance reste fort et déterminant dans la lutte contre les infections nosocomiales.

- La surveillance permet de sensibiliser les professionnels à la prévention des infections nosocomiales et d'obtenir une plus grande implication de l'ensemble des professionnels de santé.
- Elle donne l'opportunité aux EOH d'être présentes dans les services, auprès des professionnels de santé avec la possibilité d'effectuer des rappels sur les bonnes pratiques à mettre en œuvre dans le domaine de l'hygiène.
- Elle est également à l'origine, pour les EOH, d'une plus grande reconnaissance de leur métier et des actions entreprises.
- La participation aux réseaux apparaît également comme un appui à la mise en place des surveillances, notamment grâce à la légitimité des protocoles du CCLIN et/ou du RAISIN. Plusieurs professionnels soulignent également le gain de temps considérable que représente la participation à une surveillance en réseau, notamment grâce au développement des outils de saisie en ligne.

De nombreux professionnels soulignent l'intérêt de participer à la constitution de bases de données interrégionales et nationales pertinentes et validées donnant lieu à des comparaisons fiables avec une méthodologie similaire et cadrée dans une logique de transparence. Enfin, le regroupement des résultats d'ES au sein d'un territoire donné, peut être le lieu de démarches communes de formation et d'évaluation de pratiques dans le cadre d'une organisation en réseau.

Au-delà de la prise en compte de la participation aux réseaux de surveillance dans le calcul de l'indicateur ICALIN et lors des procédures de certification, de nombreux professionnels mentionnent les conséquences de la participation aux réseaux de surveillance en termes d'amélioration de la qualité des soins : en ciblant des priorités à l'échelle d'un établissement ou d'une région, la surveillance permet de proposer des sujets d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), de définir des axes de travail afin de mettre en place des mesures d'amélioration adaptées dans le domaine de la lutte contre les infections nosocomiales.

E. Bajoux, P. Jarno

# Résultats de la surveillance des infections du site opératoire 2010

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 2010 et devaient être revus un mois après leur intervention. Le protocole 2010 était identique à celui de 2009.

## Résultats

### Participation

En 2010, 122 établissements et 350 services ont participé à la surveillance des ISO (globale ou prioritaire). Cela représentait 40 009 interventions (139 services inscrits en globale et 211 services en prioritaire).

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

**Tableau 1 - Nombre de services par spécialité d'interventions prioritaires**

Spécialités prioritaires	Nb services	Nb serv où 25<=N<50	Nb serv où 50<=N<100	Nb serv où N>=100
Chirurgie digestive	103	19	17	37
Chirurgie gynécologique	104	17	23	29
Neurologique	11	0	2	3
Chirurgie orthopédique	96	12	22	40
Chirurgie urologique	40	7	9	8
Vasculaire	55	11	11	6

### Incidence des ISO

Au total, 446 patients ont développé au moins une ISO au cours de leur intervention (n=40 009). Le taux d'ISO était en 2010 de **1,11% (IC 95% [1,02% - 1,22%])**.

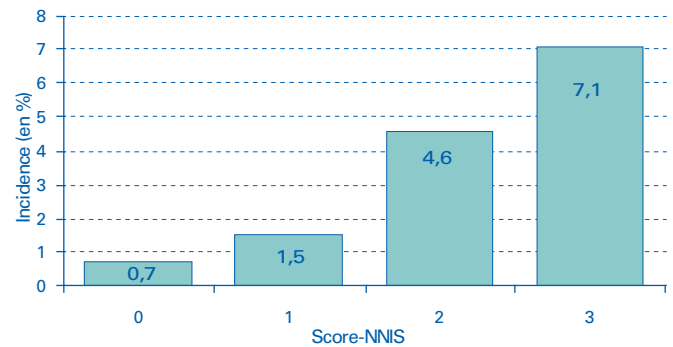
Plus de la moitié des infections étaient des infections profondes ou de l'organe (tableau 2).

**Tableau 2 - Répartition des ISO selon le site infectieux**

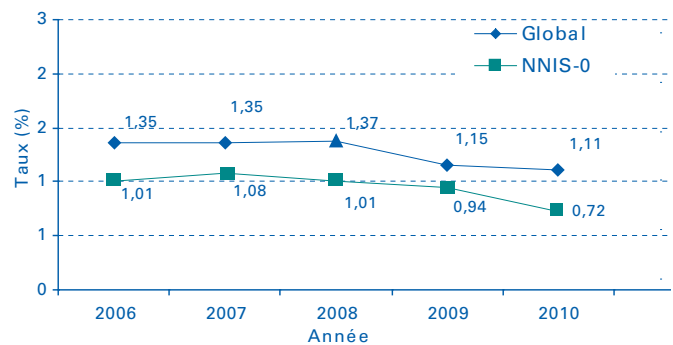
Site	N	%
Superficielle de l'incision	187	41,9
Profonde de l'incision	136	30,5
Organe ou os	113	25,3
Non renseigné	10	2,2
<b>Total</b>	<b>446</b>	<b>100,0</b>

La moitié des ISO était observée moins de 10 jours après l'intervention (moins de 11 jours pour les ISO superficielles, 10 jours pour les ISO profondes et 11 jours pour les ISO touchant les organes). 57,9% des infections (258/446) étaient diagnostiquées pendant le séjour dans l'établissement (26% en NNIS=0). Le taux d'ISO varie selon le score NNIS (comme les années précédentes) : il passe de 0,7% pour les NNIS-0 à 7,1% pour les NNIS 3.

**Figure 1 - taux d'ISO selon le score NNIS en 2010**



**Figure 2 - Évolution du taux d'ISO en global et en NNIS-0 de 2006 à 2010**



Le taux d'ISO global a diminué de façon significative depuis 2006 (test du  $\chi^2$  de tendance ;  $p=0,0003$ ) ainsi que le taux en NNIS-0 ( $p=0,0002$ )<sup>1</sup>.

## Conclusion

La participation à la surveillance ISO continue d'augmenter et les résultats mis en évidence au niveau interrégional sont encourageants et similaires à ceux retrouvés au niveau national. Plusieurs axes doivent être développés pour faciliter le recueil des données dans les ES : perfectionnement des outils de recueil (en 2010, 100% des participants ont utilisé WEBISO), amélioration des rapports automatisés pour le retour d'information au sein des ES (les RSI sont dorénavant dans les posters et rapports résumés), incitation à intégrer la surveillance des ISO dans le SIH pour éviter le double recueil (journée consacrée à ce thème le 19 mai 2011 avec décision de rédiger d'un cahier des charges minimal à destination des services informatiques des ES ; transcodage en cours CCAM ISO mis en ligne), poursuite de l'intégration de la surveillance des ISO dans des démarches plus globales d'amélioration de la qualité, certification et/ou EPP (des journées « gestion du risque et LIN » sont prévues pour le dernier trimestre 2011).

M. Pérennec, A. Tavenard, P. Jarno

1- Les incidences sont différentes de celles présentées en 2009 car les données de la surveillance des interventions prioritaires ont été intégrées dans le calcul.

# Enquête sur le suivi des ISO après la sortie des établissements

L'objectif général de cette enquête était d'améliorer la qualité des données du réseau de surveillance des ISO en affinant les taux d'incidence par un meilleur recensement des ISO survénant en post-hospitalisation.

Plusieurs objectifs opérationnels ont été identifiés :

- faire un état des lieux des modalités de suivi des ISO en post-hospitalisation existant dans les services de chirurgie participant à la surveillance nationale ISO RAISIN ;
- comparer les taux d'incidence des ISO selon l'existence ou non d'un procédé de suivi des ISO en post-hospitalisation et selon le type de procédé ;
- proposer des recommandations de suivi des ISO en post-hospitalisation.

## Méthode

Tous les ES participant à la surveillance nationale ISO 2010 ont été sollicités pour répondre à l'étude complémentaire sur les procédés de suivi. Les données ont été saisies en ligne.

Un procédé de suivi des ISO en post-hospitalisation est un recueil *systématique*, grâce à une organisation spécifique au niveau du service de chirurgie, de la présence ou non d'une ISO après la sortie du patient jusqu'à trente jours après l'intervention chirurgicale.

## Résultats

### Participation

En 2010, 741 établissements de santé comptabilisant un total de 2270 services ont réalisé la surveillance ISO 2010. Au total, 371 ES ont participé à l'étude des procédés de suivi dont 358 qui ont réalisé la surveillance ISO (soit 96% de ceux ayant réalisé l'enquête complémentaire et 48% de ceux ayant participé à la surveillance ISO). Sur les 1152 services participants à cette étude complémentaire, 131 n'ont pas réalisé la surveillance ISO.

La moitié des établissements participants sont des établissements publics (44,5%). Concernant le type d'ES, 52% sont des MCO (N=194), 36% des CH (N=135), 5% des CHU (N=20) et les 7% restants sont d'un autre type (CLCC, hôpital militaire, hôpital psychiatrique, hôpital local, SSR etc...).

Les services les plus représentés sont les services d'orthopédie (18,9% ; N=218), de gynécologie-obstétrique (15,4% ; N=177), de chirurgie digestive (14,4% ; N=166).

### Description des procédés de suivi

Parmi les 1152 services ayant participé à cette étude, 975 (84,6%) déclarent mettre en place un procédé de suivi des ISO en post-hospitalisation. Parmi ces services, 60,9% (N=594) déclarent ne pas avoir de procédé écrit.

La grande majorité des services (83,4%) ont 1 ou 2 procédures existantes. Seuls 2,1% des services déclarent avoir 4 procédures.

Le procédé le plus utilisé est le recueil en cours de consultation chirurgicale post-hospitalisation (N=855 ; 87,7%). Puis vient le recueil à partir du système d'information (N=333 ; 34,2%). Le contact par téléphone et l'envoi d'un questionnaire papier sont des procédés plus rares (respectivement 11,3% ; N=110 vs 6,8% ; N=66).

L'association de procédés la plus représentée est le recueil lors de la consultation chirurgicale post-hospitalisation avec le recueil à partir du système d'information ou un autre procédé (Tableau 1). Les données issues du système d'information peuvent provenir du laboratoire, du bloc opératoire, du PMSI ou d'une autre source. Dans tous les CHU, il existe un procédé de suivi systématique des ISO contrairement aux CLCC (95%), CH (86%) et MCO (82%). Plus de 1 procédé est clairement utilisé dans les CLCC et CHU alors que les proportions sont équivalentes dans les CH et MCO (respectivement 56% vs 44% et 52% vs 48%). La relance téléphonique est utilisée de manière importante par tous les ES sauf les CHU qui n'incluent pas du tout ce procédé. En revanche, la consultation post-hospitalisation est un procédé présent dans tous les CHU. D'autre part, de manière majoritaire, les CLCC ont recours au système d'information (89% vs 31% des CH, 43% des CHU et 34% des MCO). Enfin, les CHU sont les ES utilisant le plus les questionnaires de suivi écrits (31% vs 0% des CLCC, 4% des CH et 6% des MCO).

Tableau 1 - les différents procédés mis en œuvre

Type de procédés	N	%
Consultation post-hospitalisation	350	36,0
Autre	34	3,5
<b>1 procédé</b>		
Relance téléphonique	18	1,8
Système d'information	16	1,6
Questionnaire de suivi	2	0,2
Consultation post-hospitalisation + Autre	142	15,0
Consultation post-hospitalisation + Système d'information	141	15,0
Consultation post-hospitalisation + Questionnaire de suivi	42	4,3
<b>2 procédés</b>		
Consultation post-hospitalisation + Relance téléphonique	32	3,3
Système d'information + Autre	27	2,8
Relance téléphonique + Autre	6	0,6
Relance téléphonique + Questionnaire de suivi	2	0,2
Questionnaire de suivi + Autre	1	0,1
Consultation post-hospitalisation + Système d'information + Autre	100	10,0
Consultation post-hospitalisation + Relance téléphonique + Système d'information	15	1,5
Consultation post-hospitalisation + Relance téléphonique + Autre	9	0,9
<b>3 procédés</b>		
Relance téléphonique + Système d'information + Autre	9	0,9
Système d'information + Questionnaire de suivi + Autre	5	0,5
Consultation post-hospitalisation + Questionnaire de suivi + Autre	3	0,3
Consultation post-hospitalisation + Relance téléphonique + Questionnaire de suivi	1	0,1
Consultation post-hospitalisation + Relance téléphonique + Système d'information + Autre	10	1,0
<b>4 procédés</b>		
Consultation post-hospitalisation + Relance téléphonique + Système d'information + Questionnaire de suivi	8	0,8
Consultation post-hospitalisation + Système d'information + Questionnaire de suivi + Autre	2	0,2
<b>Total</b>	<b>975</b>	<b>100,0</b>

### Incidence des ISO

En 2010, le taux d'incidence des ISO était de 0,96%. Le taux d'incidence extra-hospitalier était de 0,53% (IC=[0,49 ; 0,56]). Le taux d'incidence observé dans les services ayant un procédé de suivi était de 1% (IC=[0,95 ; 1,06]) contre 0,80% (IC=[0,68 ; 0,92]) dans les services sans procédé de suivi, la différence étant significative (Test du chi<sup>2</sup> p=0,0065).

Tableau 2 - Taux d'incidence extra et intra hospitalier

	Avec procédé (975 services)		Pas de procédé (177 services)		Total	
	Taux d'incidence (%)	IC 95%	Taux d'incidence (%)	IC 95%	Taux d'incidence (%)	IC 95%
Extra hospitalier	0,54	[0,50 ; 0,58]	0,44	[0,35 ; 0,53]	0,53	[0,49 ; 0,56]
Intra hospitalier	0,46	[0,42 ; 0,50]	0,36	[0,28 ; 0,44]	0,45	[0,41 ; 0,48]
Total	1,00	[0,95 ; 1,06]	0,80	[0,68 ; 0,92]	0,98	[0,92 ; 1,02]

Les taux d'incidence varient selon la méthode utilisée. En distinguant les 4 types de recueils mentionnés dans l'enquête, les taux vont de 1,05% pour le recueil par questionnaire écrit après la sortie et pour la consultation chirurgicale post-hospitalisation à 1,65% pour le recueil par relance téléphonique.

Plus le nombre de procédés augmente, plus le taux d'incidence augmente (Tableau). La relation entre le nombre de procédés et le nombre d'infections est significative (Test du chi<sup>2</sup> ; p<10-4).

Lorsqu'un seul procédé est utilisé, le taux est de 0,77% contre 1,65% lorsque les 4 procédés sont mis en œuvre.

Tableau 3 - Taux d'incidence selon le nombre de procédés

Nombre de procédés	Taux d'incidence (%)	IC 95%
1	0,77	[0,69 ; 0,85]
2	1,00	[0,91 ; 1,09]
3	1,44	[1,28 ; 1,59]
4	1,65	[1,19 ; 2,11]

### Conclusion

La participation à cette enquête est importante (proche de 50%). Elle permet de mettre en évidence la diversité des procédés utilisés par les ES et confirme les données de la littérature : l'incidence des ISO est plus importante dans les services où un procédé systématique de suivi existe. Cette incidence augmente avec le nombre de procédés complémentaires mis en place. Ces résultats posent donc les bases d'une réflexion pour la rédaction de recommandations pour le suivi des ISO après l'hospitalisation.

A. Tavenard, A. Jouve, M. Pérennec, P. Jarno

# Résultats préliminaires de la surveillance BMR 2010

Le CCLIN Ouest propose depuis 10 ans la surveillance des BMR et participe à la surveillance nationale coordonnée par le Réseau d'Alerte, d'Investigation et de Surveillance des Infections Nosocomiales (RAISIN).

## Méthode

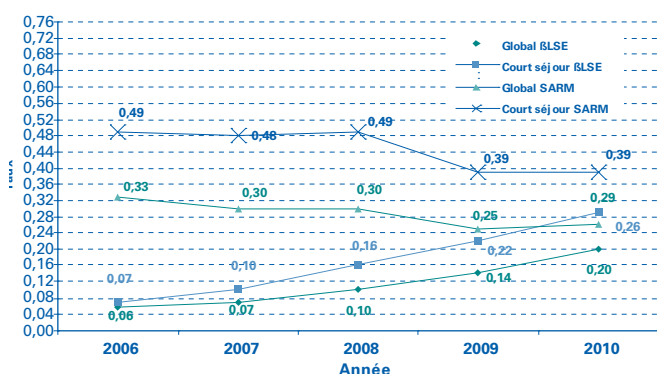
La surveillance 2010 sur 3 mois ou sur l'année a été déclinée en 2 types :

- La surveillance des BMR à isoler : les *Staphylococcus aureus* résistants à la méticilline (SARM), les entérobactéries intermédiaires et résistantes aux céphalosporines de 3<sup>e</sup> génération (EC3G) par production de  $\beta$ -lactamase à spectre élargi ( $\beta$ LSSE), les *Acinetobacter baumannii* résistants à l'imipénème ou les *Acinetobacter baumannii* ne restant sensibles qu'à l'imipénème et les entérocoques résistants aux glycopeptides.
- La surveillance épidémiologique : les entérobactéries intermédiaires et résistantes aux céphalosporines de 3<sup>e</sup> génération (EC3G) par hyper production de céphalosporinase, les *Pseudomonas aeruginosa* résistants simultanément à la cefazidime, l'imipénème et aux fluoroquinolones.

## Participation

En 2010, dans l'interrégion Ouest, 253 ES ont participé à la surveillance interrégionale (256 en 2009, 246 en 2008, 238 en 2007). Cinquante et un pour cent des ES sont publics, 15% PSPH et 34% sont des établissements privés. La participation représente 64% des établissements de l'interrégion.

## Résultats



La densité d'incidence (DI) globale des SARM pour l'interrégion est de 0,26 et de 0,20 pour les EBLSE. Alors que la DI des SARM est stable, la DI des EBLSE augmente fortement (+43% entre 2009 et 2010).

Cinquante deux ES ont 0 SARM soit 21% des ES participant, essentiellement des établissements de SSR (n=14), des établissements psychiatriques (n=14) et des cliniques MCO (n=8).

Tableau 1 - DI SARM et EBLSE par type d'établissement

Type	Nombre de journées	Nombre de SARM	Densité % j	Nombre de EBLSE	Densité % j
CHU	961 237	404	0,42	292	0,30
CH*	5 575 500	1 820	0,33	1 265	0,23
MCO	1 188 383	250	0,21	307	0,26
CLCC	86 397	19	0,22	17	0,20
Hôpital Local	532 881	118	0,22	93	0,18
SSR	1 088 409	147	0,14	176	0,16
SLD	10 767	0	0,0	0	0
CHS/PSY	1 281 650	5	<0,01	13	0,01
Global	10 725 224	2 763	0,26	2 163	0,20

\* CH, CHR et MIL

Tableau 2 - DI SARM et EBLSE par type de séjour

Type	Nombre de journées	Nombre de SARM	Densité % j	Nombre de EBLSE	Densité % j
Court séjour	5 232 231	2 160	0,41	1 683	0,32
Court séjour hors réa	5 108 153	1 995	0,39	1 498	0,29
Réanimation	124 078	165	1,33	185	1,49
SSR	2 330 762	484	0,21	372	0,16

*Escherichia coli* représente 65% des entérobactéries EBLSE. L'incidence d'*E. Coli* est de 0,13 pour 1000 journées en 2010 (0,10 en 2009, 0,07 en 2008, 0,04 en 2007 et 0,03 en 2006).

En 2010, la DI des bactériémies à SARM reste stable depuis 2006 (0,03 pour 1000 JH). En 2009 et 2010, il a été demandé aux ES de comptabiliser les doublons d'hémocultures retrouvés pendant la période d'enquête. Il y en a eu 28 pour les SARM. Ce nombre est faible, il modifie légèrement l'incidence des bactériémies qui passe de 0,028 à 0,031.

## Conclusion

La participation des ES est stable depuis 2008 avec une participation de 5 CHU, 75 CH (dont 1 militaire, 1 CHR, 1 PSPH), 60 MCO, 3 CLCC, 47 SSR/SLD, 45 HL et 18 PSY.

L'incidence des SARM semble avoir atteint un palier et reste basse. Concernant l'incidence des EBLSE, l'augmentation est inquiétante. Parallèlement, les données du signalement des IN montrent un nombre croissant d'épidémies en 2011 mettant en jeu des EBLSE (majoritairement *Klebsiella pneumoniae*) ainsi que l'émergence de bactéries avec carbapénémase d'origine étrangère. Ce mécanisme de résistance pourrait être transféré à ces entérobactéries  $\beta$ LSSE autochtones présageant des difficultés croissantes de prise en charge de ces bactéries hautement résistantes.

N. Garreau, H. Sénéchal

# Résultats de la surveillance des Accidents d'Exposition au Sang 2010

## Objectifs et méthodes

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'Etude 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.

## Matériel et méthodes

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 2010, 195 ES ont participé à la surveillance AES. 3120 AES y ont été recensés. Entre 2009 et 2010, 5 ES supplémentaires ont participé et 17 AES de moins ont été déclarés.

La majorité des ES qui ont participé à la surveillance (67,2%) sont des ES de petite taille (< 300 lits). Mais la plus grande partie

des AES (46,3%) 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 36% en 2010. Près de 65% des agents portaient des gants et 36% avaient un collecteur à portée de la main au moment de l'AES.

L'incidence en 2010 est de 0,13 pour 100 admissions, de 3,20 pour 100 agents et de 5,62 pour 100 IDE. Elle est inférieure à celle observée en 2009.

L'incidence des AES pour 100 IDE 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 pour 100 admissions a tendance à baisser dans les ES de l'interrégion. Les actions de prévention et de sensibilisation doivent donc se poursuivre.

A. Tavenard, M. Pérennec et P. Jarno

NB : il s'agit de résultats provisoires.

# Résultats de la surveillance de la consommation des ATB et de la résistance bactérienne 2010

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

## Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective sur l'ensemble des données de l'année 2009. Les établissements de santé (ES) inclus sont les ES ayant une activité d'hospitalisation complète concernée par la surveillance.

## Résultats

Pour l'année 2009, 158 ES ont fourni des données de consommation des ATB soit 37,4% (158 sur 423) des ES de l'interrégion Ouest et 110 ont fourni les données de résistances bactériennes.

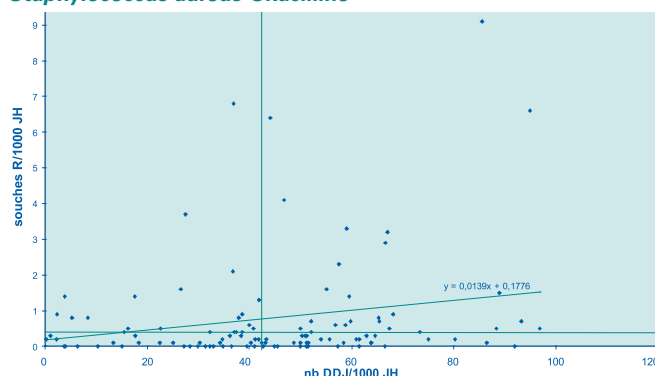
Tableau 1 - Consommation des ATB par type d'ES

Type	Nb ES	Nb lits	Nb de JH	Nombre de DDJ pour 1000 JH			
				Médiane	Moyenne	Max	Min
CH, MIL *	59	22 481	7 254 825	357,9	370,5	662,2	110,9
CHU	4	7 443	2 127 185	484,4	528,7	788,5	372,8
CLCC	2	269	58 826	340,1	435,0	530,0	340,1
LOC	19	1 337	443 644	144,6	172,6	480,6	16
MCO	39	6 290	1 512 265	365,4	382,3	579,1	132,1
PSY	14	3 747	1 090 632	30,3	38,8	117,8	4,3
SSR, SLD	21	2 229	690 852	133,9	143,4	401,8	3,4
Ensemble	158	43 796	13 178 229	287,1	294,9	788,5	3,4

\* ES inter-armées

La médiane du nombre de DDJ/1000 JH varie de 30,3 en PSY à 484,4 pour les CHU.

Graphe 1 : Consommation de fluoroquinolones et résistance *Staphylococcus aureus*-Oxacilline



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).

## Conclusion

Dans 2 régions, la surveillance de la consommation des ATB et des résistances bactériennes s'appuie sur des structures régionales (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.

P. Angora, P. Jarno

# Résultats préliminaires de la surveillance REA 2010

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

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

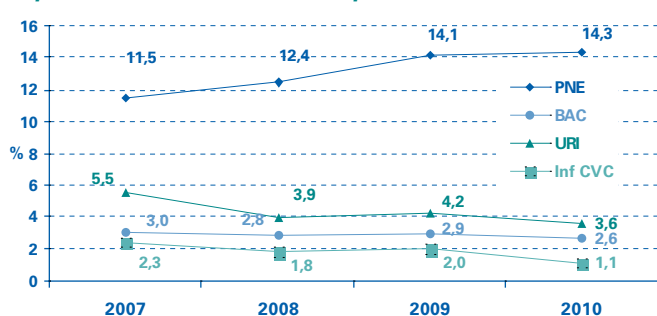
## Participation

En 2010, la surveillance concerne 27 services correspondant à 26 établissements, ce qui représente 82% des établissements ayant au moins un service de réanimation dans l'interrégion Ouest (27/33). 8 506 patients ont été inclus.

## Résultats

1 046 patients ont présenté au moins une infection nosocomiale, soit un taux de patients infectés de 12,3%. 1 528 infections ont été diagnostiquées (1,5 infections par patient infecté), soit un taux d'infections de 18,0%.

Graphe 1 : densité d'incidence depuis 2007\*



\*La densité d'incidence des infections sur cathéter veineux central (CVC) comprend toutes les infections pour un même patient

Les infections se répartissent en 886 pneumopathies (58,0%) dont 828 liées à l'intubation, 279 bactériémies (18,3%), 62 infections liées au cathéter (6,1%), 301 infections urinaires (19,7%) dont 287 liées au sondage.

La densité d'incidence des infections CVC a baissé de près de 50% par rapport à 2009 ( $p < 0,05$ ), comme au niveau national.

Tableau 1 : exposition aux dispositifs invasifs

Dispositif invasif	n*	Patients exposés	
		nb patients	%
Intubation	8 494	5 934	69,9
Cathéter veineux central**	8 506	5 061	59,5
Sondage urinaire**	8 230	7 219	87,7

\* les inconnus ont été exclus

\*\* l'établissement ne faisant pas la surveillance des infections urinaires a été exclu

## Conclusion

La participation des services de réanimation continue de progresser (82% des ES avec au moins un service de réanimation en 2010). 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 forte baisse des infections liées au CVC notamment les bactériémies liées au cathéter qui sont passées de 0,8 en 2009 à 0,4 en 2010.

N. Garreau, P. Jarno

# Résultats de l'enquête de prévalence des infections nosocomiales 2010

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, de décrire leurs caractéristiques, d'évaluer l'exposition aux facteurs de risque et de connaître l'utilisation des traitements anti-infectieux dans les ES.

## Méthodes

Enquête de prévalence de type « un jour donné » effectuée entre mai et décembre 2010. 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 reste celle des « 100 recommandations », actualisée en 2007.**

## Résultats

### Participation

5 990 patients hospitalisés dans 68 ES ont été inclus dans l'analyse 2010 : 18 ES publics, 18 ES PSPH et 32 ES privés.

La majorité des patients inclus proviennent de services de SSR (31 %), de chirurgie (20 %) et de médecine (20 %).

### Prévalence des IN

Le jour de l'enquête, 229 patients avaient une infection nosocomiale soit une prévalence brute de 3,8 %. (*ENP2006 interrégion Ouest* : 4,7%). La prévalence variait selon le type d'ES.

**Tableau 1 - Prévalence des patients infectés selon le type d'ES**

Type	Nb patients	Nb pat infectés	Prévalence (%)	Prévalence (%) ENP IR 2006
CH/CHG	950	39	4,1	4,7
CHS/Psy	1 245	14	1,1	2,1
Hop Local	355	24	6,8	5,6
Clinique MCO	2 164	57	2,6	3,6
CLCC	105	9	8,6	6,9
SSR/ELD	1 090	79	7,3	5,5

Pour les 229 patients infectés, 235 infections nosocomiales ont été recensées soit sur un total de 5 990 patients, une prévalence brute des IN de 3,9% (*ENP2006 interrégion Ouest* : 5%).

Il est à noter que 159 des 235 IN (68%) ont été acquises dans l'ES, 70 ayant été importées d'un autre ES. La prévalence des IN acquises était de 2,7 % (*ENP2006 interrégion Ouest* : 4,1%) et la prévalence des IN importées de 1,3% (*ENP2006 interrégion Ouest* : 0,9%).

Au total, 174 germes ont été retrouvés pour 235 IN. Les plus fréquents étaient *Escherichia coli* (*ENP2006 interrégion Ouest* : 27%), *Staphylococcus aureus* (*ENP2006 interrégion Ouest* : 20%) et *Pseudomonas aeruginosa* (*ENP2006 interrégion Ouest* : 9,5%).

C'est dans les services de réanimation (21,4%) et de SSR (6,3%) que les prévalences d'infectés sont les plus élevées (22,05 % pour la réanimation - 6,9 % pour les SSR - *ENP2006 interrégion Ouest*).

**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	26	1 198	52	4,3	54	4,5
Médecine	32	1 183	32	2,7	32	2,7
Obstétrique	14	292	0	0,0	0	0,0
Pédiatrie	5	62	0	0,0	0	0,0
Réanimation	3	14	3	21,4	3	21,4
Urgence	1	1	0	0,0	0	0,0
Court séjour		2 750	87	3,2	89	3,2
SSR	36	1 869	117	6,3	119	6,4
Psychiatrie	12	1 057	12	1,1	13	1,2
SLD	6	314	13	4,1	14	4,5
Total		5 990	229	3,8	235	3,9

### Anti-infectieux

13,6 % des patients avaient reçu au moins un anti-infectieux le jour de l'enquête (n=813/5 990) (*ENP2006 interrégion Ouest* : 14,7%). Au total, 994 anti-infectieux ont été prescrits.

Dans 46,9% des cas où l'indication de l'anti-infectieux était connue, il s'agissait d'un traitement curatif pour infection communautaire (466/994).

Dans 24,5% des cas, le traitement était curatif pour infection nosocomiale (243/994).

Dans 15,0% il s'agissait d'une antibioprofylaxie chirurgicale (149/994).

Dans 10,0% des cas, il s'agissait d'une prophylaxie pour des infections opportunistes (99/994).

Dans 2,7% des cas, l'indication du traitement anti-infectieux était multiple (27/994).

Pour 10 anti-infectieux, l'indication était inconnue.

### Conclusion

10 ES ont participé aux enquêtes depuis 2007. Cela représente 2 720 patients inclus en 4 ans. La prévalence de patients infectés et des IN a globalement diminué de façon significative sur l'ensemble des 10 ES ( $p < 0,05$ ) mais ces résultats sont à prendre avec précaution du fait des faibles effectifs.

Une application de saisie en ligne est disponible : <https://webpub.chu-rennes.fr/cclin/PrevIN/>

N. Garreau, P. Jarno

# Résultats de l'enquête de prévalence sur l'utilisation des antibiotiques en 2010

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 d'antibiothérapie 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 en matière d'évaluation des pratiques de prescription des ATB.

## Méthodes

Enquête de type « un jour donné », entre le 29 mai et 28 juin 2010 ou au cours du dernier trimestre 2010. 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 (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 parentérale des F-Quinolones (biodisponibilité par voie orale proche de 100%) dans les situations cliniques permettant une voie orale,
- 6 - infections urinaires traitées sans macrolide

En 2010, la saisie des données a été effectuée en ligne sur l'application PREATB web, accessible sur le site du CCLIN Ouest.

### Résultats

Quatre vingt treize ES (1 130 patients sous ATB) ont participé à cette enquête : 37 ES publics, 15 PSPH et 41 ES privés. Les cliniques MCO et les SSR/ELD étaient les ES les plus représentés.

La prévalence de patients ayant reçu un ATB sur l'ensemble des patients présents dans les ES le jour de l'enquête était de 9% (n=1 130/12 530). Le nombre d'ATB prescrits ramené au nombre de patients ayant reçu au moins un ATB était de 1,3 (1 453/1 130). Les traitements curatifs pour infection communautaire (IC) représentaient près de la moitié des traitements (54,7%) et les traitements curatifs pour infection nosocomiale (IN) plus d'un quart des traitements (27,6%). Les principales infections sont respiratoires (26,5%) ou urinaires (22,6%). Les familles d'antibiotiques les plus utilisées sont : Pénicillines (36,8%), F-Quinolones (21,4%) et Céphalosporines (13,8%). La majorité des ATB était administrée en 2 ou 3 prises/24h (77,6%).

#### Indicateurs de bon usage des ATB

Sur 895 antibiothérapies relevant d'une réévaluation, le taux de réévaluation était compris entre 43,6% (384/895) fourchette basse et 51% (384/758, l'item réévaluation n'ayant pas été renseigné ou codé « inconnu » dans 137 cas) fourchette haute.

La proportion de conformité d'ATB prescrits en association était de 92,9%.

Pour les aminosides, 73% ont été prescrits en 1 seule prise/24h, dans 57% des cas, quand le patient était insuffisant rénal, la posologie prescrite était conforme à la posologie usuelle conseillée dans le GPR<sup>1</sup> et 89,6% ont été prescrits 7 jours ou moins.

Pour les glycopeptides, quand le patient était insuffisant rénal, 100% ont été prescrites avec une posologie conforme à la posologie usuelle conseillée dans le GPR<sup>1</sup>.

Pour les fluoroquinolones, 82,1% ont été administrées par voie orale quand c'était possible.

Enfin, 100% des IU ont été traitées sans macrolide, molécule ne diffusant pas ou peu au niveau urinaire.

Sur les indicateurs recherchés, la conformité « globale » de bon usage des ATB était de 81,7% (n=365/447).

### Conclusion

Cette étude permet aux ES de réaliser un état des lieux de leurs pratiques ATB. Elle n'est qu'une étape pour déterminer les 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 ES.

M. Pérennec, E. Piednoir, P. Jarno

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

## Résultats de la surveillance des bactériémies 2010

Le CCLIN Ouest a proposé pour la 9<sup>e</sup> année consécutive la surveillance des bactériémies. La période de surveillance était de trois mois entre janvier et avril 2010. Les objectifs de cette surveillance étaient de déterminer l'incidence des bactériémies, d'évaluer la létalité liée aux bactériémies nosocomiales (BN) et d'améliorer leur prévention. En 2010, 2 684 bactériémies ont été observées.

### Description des établissements participants

En 2010, 91 établissements de santé (ES) ont participé à la surveillance des bactériémies dont 50,5% d'ES publics, 36,3% d'ES privés et 13,2% d'ES privés non lucratifs.

Cinquante sept ES ont un nombre de lits < 250 (62,6%) ; 22 ES ont un nombre de lits compris entre 250 et 499 (24,2%), 7 ES ont un nombre de lits compris entre 500 et 999 lits (7,7%) et 5 ES ont plus de 1000 lits au total (65,5%).

L'enquête 2010 couvre 242 324 admissions et 2 041 472 journées d'hospitalisation. La grande majorité des admissions se font en court séjour (93,7%) et représentent plus de la moitié du nombre total de journées (62,4%).

### Description des épisodes

Sur les 2 684 bactériémies, 53,1% sont d'origine communautaire (N=1 432) et 43,8% (N=1 176) sont d'origine nosocomiale. Parmi les BN, 921 (78%) ont été définies comme acquises en hospitalisation complète au sein de l'établissement (Tableau 1).

Tableau 1 - Origine des épisodes bactériémiques

Origine	N	%
<b>Communautaire</b>	1432	53,4
<b>Nosocomiale</b>	1176	43,8
Nosocomiale acquise en hospitalisation complète	921	34,3
Nosocomiale acquise en hospitalisation incomplète	94	3,5
Nosocomiale acquise dans un autre établissement	161	6
<b>Iatrogène ambulatoire*</b>	75	2,8
<b>Inconnu</b>	1	0
<b>Total</b>	2684	100

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

### Bactériémies nosocomiales

Sur les 91 ES participants, le taux d'incidence en hospitalisation complète est de 0,38 pour 100 entrées et la densité d'incidence de 0,45 pour 1000 journées d'hospitalisation.

L'incidence des bactériémies en réanimation est plus élevée que dans les autres secteurs de l'hôpital : en 2010, l'incidence est de 4,2/100 entrées. Pour l'ensemble du court séjour, l'incidence est de 0,34/100 entrées.

Pour les 1 176 BN, les principales portes d'entrée sont l'appareil urinaire (N=277, 23,6%), les dispositifs intra-vasculaires (N=256, 21,8%), et l'appareil digestif (N=143, 12,2%). Aucune porte d'entrée n'a été retrouvée pour 135 BN (Tableau 2). Près de 55% des 367 BN à porte d'entrée pleuro-pulmonaire ou urinaire présentent un dispositif invasif présumé en cause. Sur la totalité des BN (N=1 176), 1 079 sont monomicrobiennes

(91,8%) et 96 (8,2%) sont polymicrobiennes totalisant 1 284 germes répertoriés.

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

Porte d'entrée	N	%
Cutanée non opératoire	72	6,1
Site opératoire	93	7,9
Pleuro-pulmonaire	90	7,7
Urinaire	277	23,6
Dispositifs intra-vasculaires	256	21,8
- Cathéter central	90	7,7
- Cathéter périphérique	48	4,1
- Chambre implantée	118	10
Digestif et abdominal	143	12,2
Translocation digestive	38	3,2
Autres cathéters et assimilés	13	1,1
Autre	59	5
Inconnue	135	11,5
<b>Total</b>	<b>1176</b>	<b>100</b>

Les principaux micro-organismes isolés sont *Escherichia coli* (N=276, 21,5%) et *Staphylococcus aureus* (N=276, 21,5%). La résistance à la méticilline a été notifiée pour 76 cas (27,5%) soit une incidence de 0,04/1 000 journées d'hospitalisation. En 2010, l'incidence des BN à *Staphylococcus aureus* est de 0,14 pour 1000 journées d'hospitalisation. Sur les 276 BN à *Staphylococcus aureus*, 195 ont été sensibles à la méticilline (70,7%).

### Conclusion

En 2010, l'incidence BN pour les 91 ES participants est de 0,62/1 000 journées d'hospitalisation en court séjour, similaire à celle retrouvée au niveau du réseau national (0,61/1 000 JH). Parmi les BN identifiées, une part notable semble évitable, en particulier les BN liées aux dispositifs intra-vasculaires (22,9% 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 91 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.

A. Tavenard, P. Jarno

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<sup>e</sup> trimestre 2011 - Maquette & impression : ALJ Création