

Réseau Champagne Ardenne  
de Lutte Contre les Infections Nosocomiales

**RESOLIN Association**

**RAPPORT D'ACTIVITE**

**Année 2003-2004**

# Rapport d'activité du RESCLIN, année 2003-2004

## I – Composition et fonctionnement de l'association

### ▪ Composition de l'association :

Le RESCLIN, association loi 1901, comprend un bureau (Président, Trésorier et Secrétaire) et un conseil d'administration composé de 13 membres. Les membres du conseil d'administration sont issus de professions multiples (infirmières, médecins, biologistes, techniciens, DIM, ...). Au 30 septembre 2003, le RESCLIN comprenait une assemblée de 108 membres adhérents répartis au sein des 4 départements de la région Champagne-Ardenne (tableau I).

L'adhésion se fait soit à titre individuel, soit au titre de représentant d'un établissement

Tableau I. Répartition des membres adhérents au RESCLIN par département

	Ardennes	Aube	Hte Marne	Marne
Total	24	17	13	54

La fonction des membres est la suivante :

Praticiens (médecins ou pharmaciens)	: 61
Infirmières	: 32
Personnels administratifs	: 9
Personnels autres (techniciens, biostatisticien)	: 6

- Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2003, la coordination du RESCLIN bénéficie d'une secrétaire à 0,5 équivalent temps plein (ETP) (Jocelyne Sirot), venue compléter la structure permanente de coordination composée d'un praticien hygiéniste à 0,35 ETP (Véronique Bussy Malgrange) et d'un biostatisticien à 1 ETP (Mounir Jebabli). Le rôle de la secrétaire est d'assurer l'ensemble de la gestion administrative du RESCLIN, de gérer l'organisation des différentes réunions, notamment celle de la réunion régionale annuelle.

En 2003, la Composition du Conseil d'Administration du RESCLIN est la suivante :

JC Réveil (CH Charleville Mézières), président	}	Membres du bureau
M Latreille (CH Charleville Mézières), trésorière		
C Lafaurie (CH Epernay), secrétaire		
O Bajolet (CHU Reims), vice présidente		
C Eloy (CH Troyes), trésorière adjointe		
M Gerdeaux (CI St André, Reims), secrétaire adjointe		
Autres membres : B Bloquaux (CH Châlons en Champagne), B Burgaud (CH Troyes), V Bussy Malgrange (IJG Reims), M Carlier (CHU Reims), C Mestrude (IJG Reims), N Oud (CHU Reims), JL Suinat (CHU Reims)		

### ▪ Réunions du conseil d'administration et réunions des membres adhérents :

Comme chaque année, le conseil d'administration s'est réuni 3 fois en 2003 ainsi que les membres adhérents. Les membres du bureau se sont systématiquement réunis environ 15 jours avant ces réunions afin de les préparer. Les réunions ont eu lieu en janvier, juin et octobre, à l'Institut Jean Godinot. Les ordres du jour sont joints en annexe.

Les réunions des membres adhérents comprenaient à chaque fois entre 30 et 50 personnes.

### • Réunion régionale annuelle :

La réunion du 27 novembre 2003 dernier sur le thème : «Les indicateurs qualité en hygiène» a rassemblé environ 350 participants (programme joint en annexe).

## II BILAN FINANCIER

Le bilan financier de l'année 2003 a été présenté à l'assemblée générale du 12 octobre d'octobre 2004. L'assemblée générale a donné quitus au trésorier à l'unanimité des présents.

## III – SYNTHÈSE DES RESULTATS DES TRAVAUX MENES ENTRE LE 1<sup>ER</sup> OCTOBRE 2002 ET LE 30 SEPTEMBRE 2003

Différents travaux menés depuis plusieurs années sont aujourd'hui à l'origine d'indicateurs fiables de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé de Champagne Ardenne.

### 1. Surveillance des bactériémies :

La coordination de la surveillance des bactériémies pour le C-CLIN Est et au niveau national pour l'Institut de Veille Sanitaire et le RAISIN, est assurée par le RESCLIN.

Cette surveillance annuelle est en place dans le cadre du RESCLIN depuis 1996, en partenariat avec le C-CLIN Est. En 2003, elle a été conduite au sein de 14 établissements, représentant 5 555 lits, soit environ 56% des lits de Champagne-Ardenne (source SAE 2001).

Le taux d'attaque (pour 100 entrées directes), de l'ensemble des bactériémies nosocomiales au sein des services de médecine et chirurgie obstétrique (MCO) est de 0,37. Ce taux est très proche de celui du réseau C-CLIN Est ou du réseau national RAISIN (tableau II).

Tableau II. Taux d'attaque (p 100 entrées directes) de l'ensemble des B.N. au sein des MCO (Comparaison à d'autres réseaux)

Resclin 2003	Cclin Est 2003	Raisin 2002
0,37	0,41	0,35

L'étude plus précise de l'évolution du taux d'attaque des bactériémies nosocomiales en fonction des périodes, de 1997 à 2003, au sein d'un noyau dur de 10 établissements montrait une stabilité des taux à la fois pour l'ensemble des bactériémies nosocomiales et pour les bactériémies nosocomiales à *Staphylococcus aureus* résistants à la Méricilline (SARM) ainsi que pour l'ensemble des portes d'entrées étudiées (figures1-3).

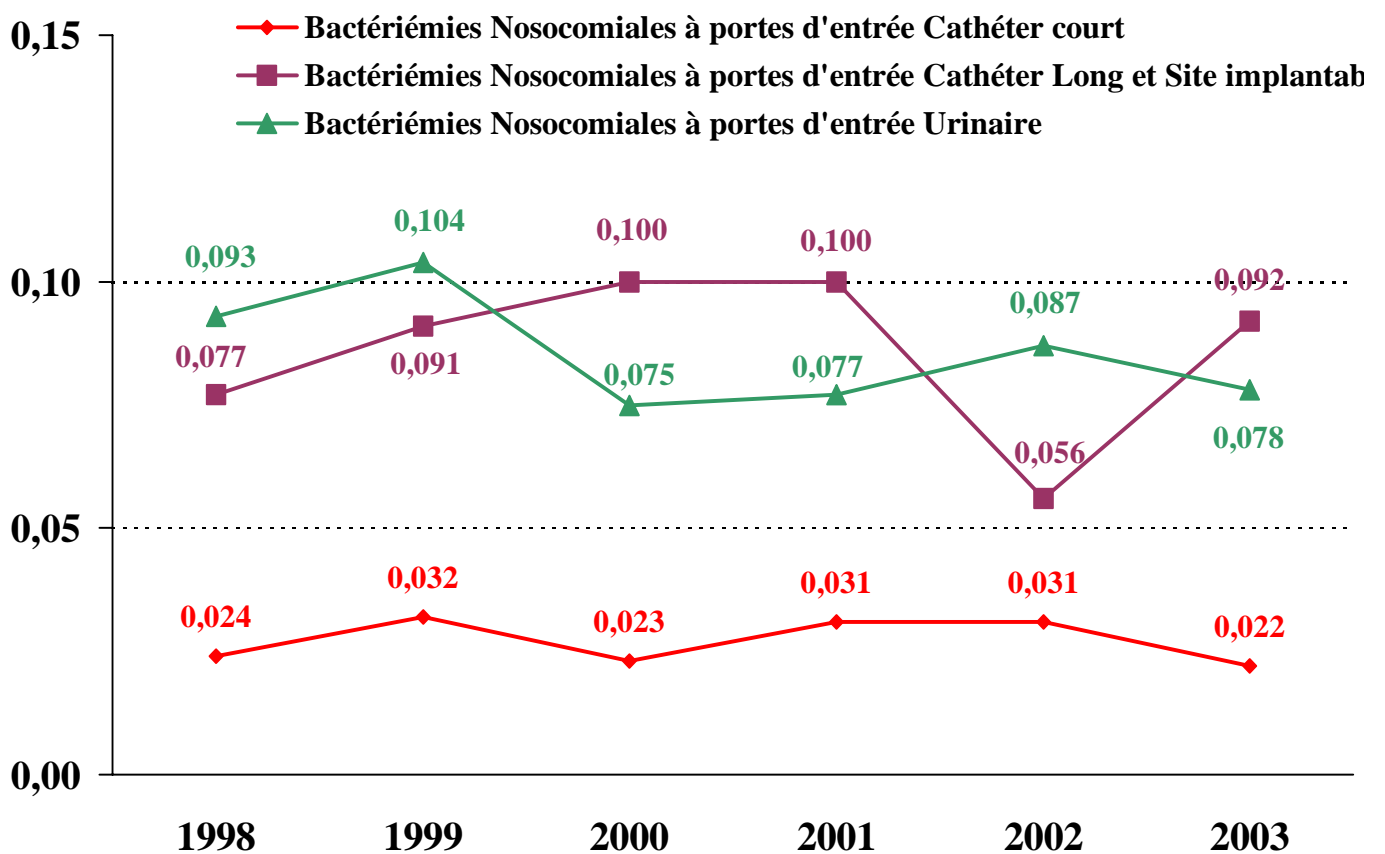
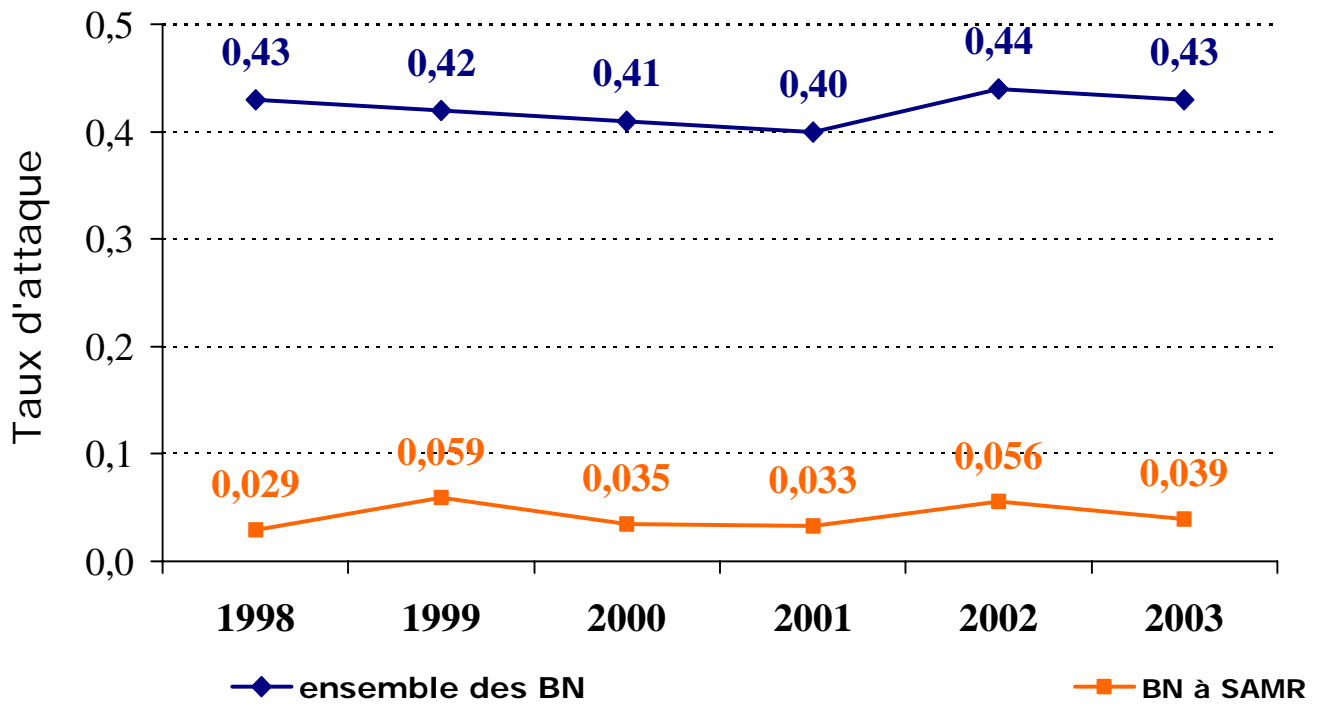


Figure 1 : Evolution du taux d'attaque des bactériémies nosocomiales selon les périodes au sein d'un noyau dur de 10 établissements

Figure 2 : Evolution du taux d'attaque des bactériémies nosocomiales par portes d'entrée selon les périodes au sein d'un noyau dur de 10 établissements

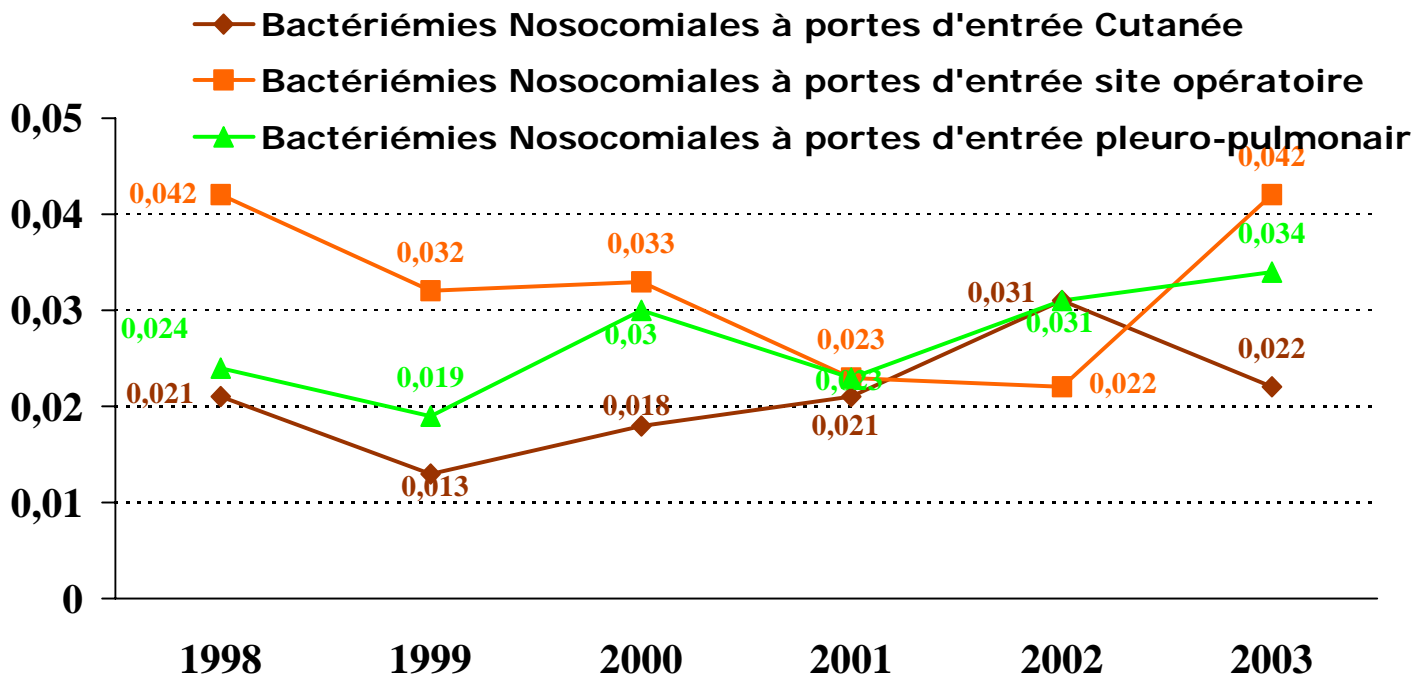


Figure 3 : Evolution du taux d'attaque des bactériémies nosocomiales par portes d'entrée selon les périodes au sein d'un noyau de 10 établissements

## 2. Surveillance de s infections de site opératoire :

Ces travaux se font en étroite collaboration avec le C-CLIN Est pour lequel le RESCLIN apporte sa compétence pour l'analyse en la personne de Mounir jebabli.

Les derniers résultats disponibles sont ceux du 4ème trimestre de l'année 2003. Cette surveillance a concerné 5504 interventions recueillies au sein de 37 services provenant de 12 établissements de Champagne Ardenne. Le nombre d'infections de site opératoire (ISO) était de 86, soit un taux d'attaque de 1,56%. L'infection était superficielle (45 cas), profonde (21 cas) et d'organe (20 cas).

L'intérêt le plus grand de la surveillance des infections de site opératoire se situant au sein des interventions présentant un index NNIS pour lequel le risque théorique d'infection du site opératoire est le plus bas, nous avons étudié le taux d'attaque des infections pour les interventions avec un index NNIS = 0 au cours de cette période. Il était calculé au sein de 3656 interventions et égal à 1,1%, inférieur au taux d'attaque de l'ensemble des infections de site opératoire Ce taux est égal à 0,86 % pour l'enquête nationale RAISIN 2001-2002

La répartition des infections par type de chirurgie pour index NNIS à 0 est présentée tableau III

Tableau III : taux d'attaque des infections par type de chirurgie, pour un NNIS à 0

type de chirurgie	Nb interv	%
chirurgie orthopédique	1085	0,9
neurochirurgie	232	0,9
chirurgie digestive	678	1,3
gynécologie obstétrique	524	1,3
ORL et stomatologie	218	0,5
chir cardio vasc et thoracique	273	2,2
<b>total</b>	<b>3656</b>	<b>1,1</b>

Il faut remarquer que la surveillance des infections de site opératoire est très lourde à conduire et qu'elle nécessite une réelle motivation des personnels des blocs opératoires et donc des chirurgiens,

desquels dépend le plus souvent le recueil des données principales concernant l'intervention elle-même.

Ceci pose le problème du recueil de données sur papiers, le plus souvent redondant avec des données recueillies de façon obligatoire pour alimenter le dossier médical. Il convient donc de se poser la question de la nécessité absolue de disposer le plus rapidement possible d'un dossier médical informatisé duquel on pourrait extraire la plupart des données de surveillance, nécessaires et indispensables à l'organisation de la prévention des infections acquises à l'hôpital.

### 3. Maîtrise des bactéries multirésistantes (BMR)

Ces travaux ont été menés au cours du 2ème trimestre de l'année 2004, ils ont concerné 20 établissements.

**a - La surveillance des SAMR** est mise en place au sein du RESOLIN depuis 1997 à raison d'un trimestre par an. L'étude des données administratives des établissements montre une augmentation de la participation au fil des années. En 2004 la participation concernait 6762 lits, soit 68 % des lits de la région (source SAE 2001), 53 167 entrées directes et 504 807 journées d'hospitalisation complète (Tableau IV).

Tableau IV. Répartition des établissements participants selon le type

Type d'établissement	N
Centre Hospitalier Universitaire	1
Centre Hospitalier	10
Hôpital local	3
Clinique Médecine Chirurgie Obstétrique	3
Centre Hospitalier Spécialisé	2
Centre de Lutte Contre le Cancer	1
Total	20

L'étude menée au sein d'un noyau dur de 9 établissements montre que la fréquence des SAMR au sein de l'espèce *Staphylococcus aureus* est stable comme indiqué figure 4. En effet, les variations observées depuis l'année 2000 ne sont pas statistiquement significatives. L'étude des données au sein d'un noyau dur de 14 établissements présentée figures 5 et 6 montre que le taux d'incidence pour 1 000 journées d'hospitalisation des infections à SARM est en constante diminution depuis 2000 ( $p < 0,005$ ).

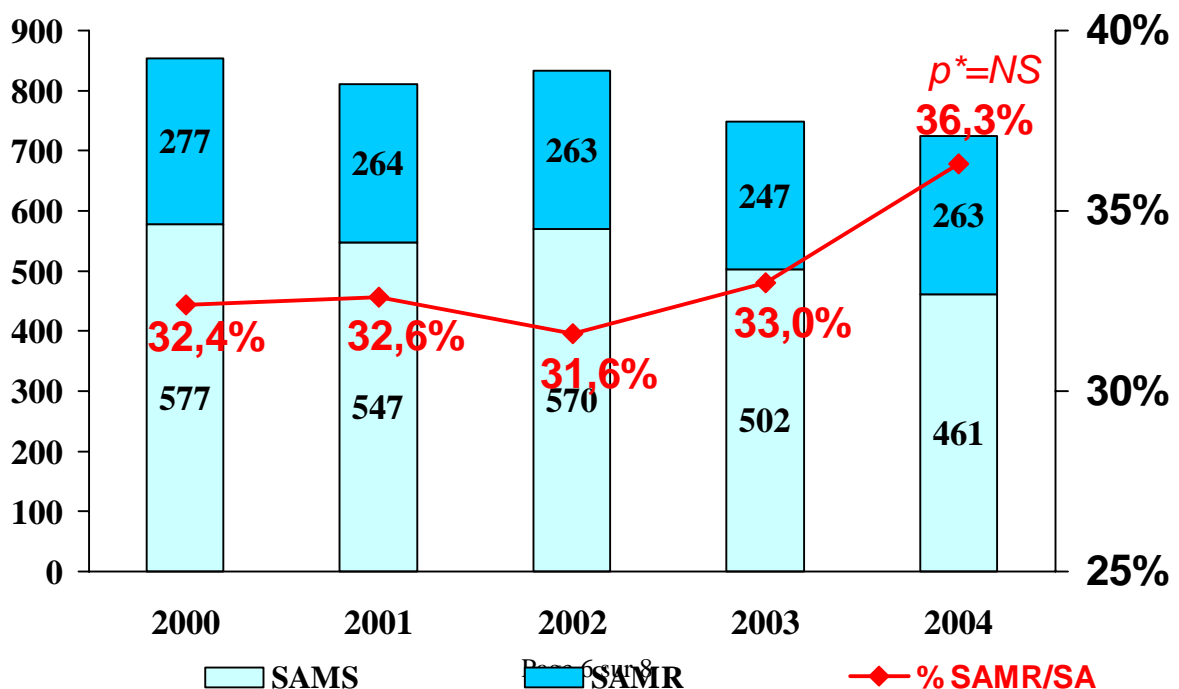
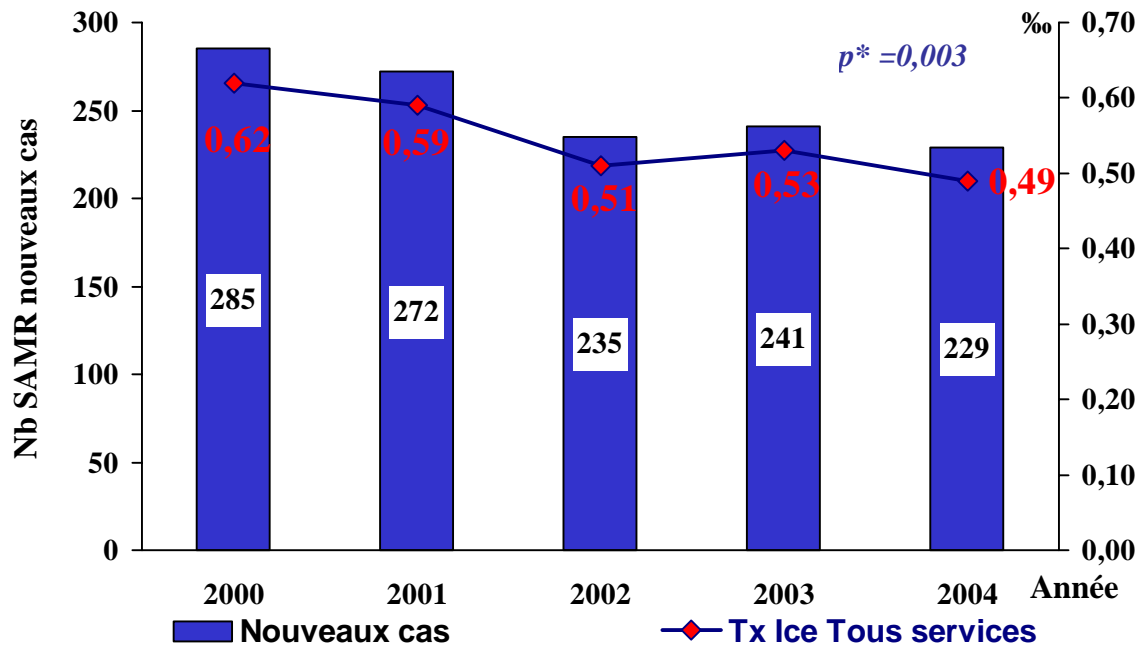
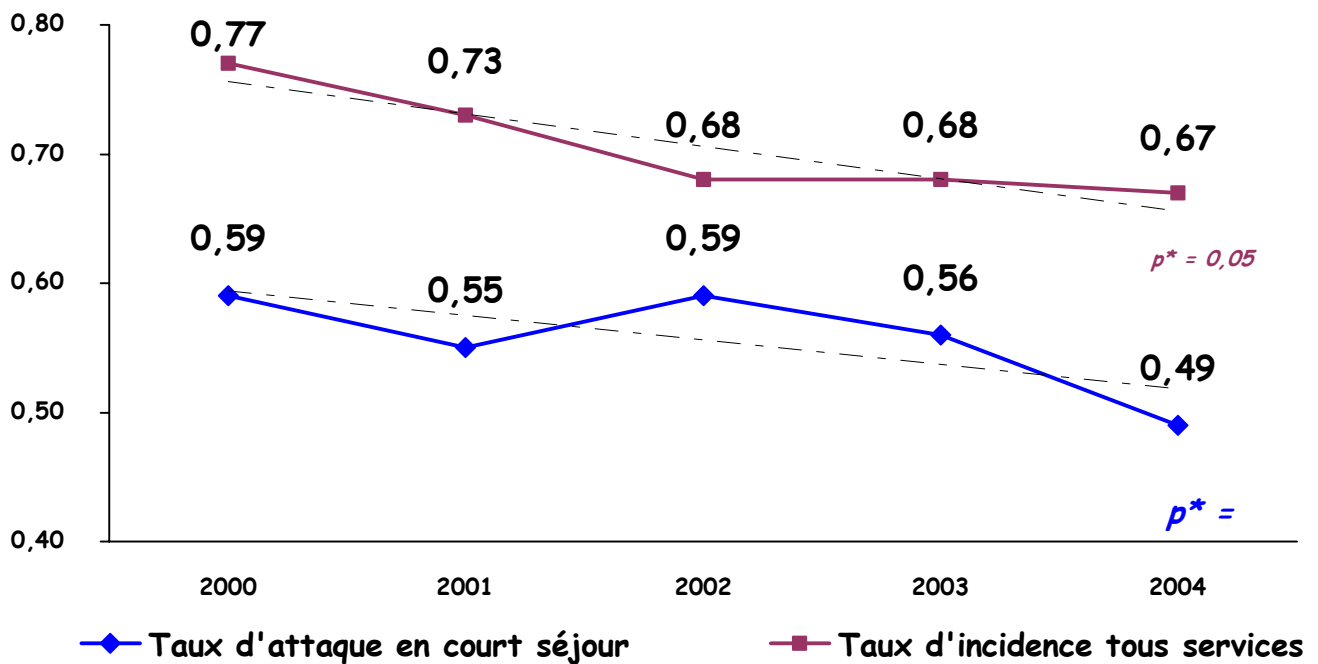


Figure 4. Evolution de la fréquence de la résistance à la métilcilline des *Staphylococcus aureus* au sein de 9 établissements du noyau dur



\* : Chi2 de tendance

Figure 5. Taux d'incidence des nouveaux cas de *Staphylococcus aureus* métilcillinorésistants au sein de 14 établissements du noyau dur



\* : Chi2 de tendance

Figure 6. Evolution des taux d'attaque et d'incidence des *Staphylococcus aureus* au sein de 14 établissements du noyau dur

#### 4. Evaluation de l'isolement technique

Cette évaluation s'est déroulée du 1<sup>er</sup> mai au 30 juin 2004.

L'évaluation a concerné 120 patients au sein de 7 établissements. Les fiches de recueil comprenaient 4 domaines de critères : information patient ou visiteurs, signalisation, pratique de l'isolement technique, transmission de l'information. Les établissements pouvaient centrer leur évaluation sur l'un ou plusieurs des domaines.

Les résultats ont permis de mettre en évidence différents critères à améliorer notamment :

- L'information des patients et des familles (en diminution, bien que réalisé dans 76 % des cas)
- La signalisation par message informatique d'accueil (existant dans 12% des cas)
- Présence de matériel à usage multiple spécifique au patient (tensiomètre : 48 %, thermomètre : 41 %, stéthoscope : 38 %)
- L'information au médecin (59 %) ou sur la fiche de transfert (68 %) lors du transfert vers un autre établissement.

## **5. Recommandations :**

Une plaquette de recommandations et conduite à tenir concernant la prévention de la diffusion des infections à BMR en gériatrie a été finalisée au cours de l'année 2003. 1500 exemplaires sont en cours de diffusion auprès de tous les établissements prenant des personnes âgées de la région Champagne Ardenne.

## **6. Groupes de travail :**

Deux groupes de travail ont conduits des travaux concernant des recommandations au cours de l'année 2003 autour des thèmes suivants :

- hygiène des véhicules de transport sanitaire
- recommandations pour les contrôles de l'environnement

L'objectif de ces travaux est de proposer des outils pratiques à l'intention des professionnels directement concernés par l'un et/ou l'autre des thèmes.

## **V – PROJETS**

Les projets du RESCLIN se situent dans la continuité des actions engagées et dans le développement des axes stratégiques clairement énoncés par le ministère.

Parmi les nouveaux champs d'action on citera notamment :

- L'étude de la consommation des antibiotiques et étude de la relation avec l'incidence des infections à BMR
- Le soutien aux équipes pour les enquêtes lors d'épidémies ou de situations non conformes, les formations aux professionnels, dans le cadre de l'extension du temps praticien pour la coordination
- Le soutien aux praticiens pour les enquêtes et les formations
- Audits des pratiques et évaluation et des actions
- L'évaluation des actions du réseau
- L'aide à l'élaboration de documentation interne, documentation qualité, rédaction de projets
- Le développement d'un site internet
- La rédaction d'un outil d'aide à l'information des patients
- La mise en place de séances de bibliographie ou d'enseignement post universitaire sur le bon usage des antibiotiques

Le recrutement d'une infirmière hygiéniste n'ayant pu aboutir après 6 mois d'essai, dans le cadre d'un budget octroyé par l'ARH, Le directeur de cette dernière a accepté que ce financement soit utilisé pour rémunérer 0,2 ETP de médecin hygiéniste.

Une réflexion s'est engagée sur la constitution d'un groupement de coopération sanitaire qui permettrait de simplifier le fonctionnement administratif du RESCLIN et de légitimer ses actions auprès des établissements de soins de la région Champagne Ardenne.