



CENTRE DE
COORDINATION
DE LUTTE CONTRE
LES INFECTIONS
NOSOCOMIALES

**BILAN ANNUEL DE
FONCTIONNEMENT
DU CCLIN SUD-OUEST**

Rapport 2003

Modalités d'organisation

Le schéma de fonctionnement mis en place dans le Sud-Ouest se compose d'une structure à plusieurs degrés allant de l'assemblée générale réunissant tous les établissements de l'inter-région aux responsables techniques chargés du fonctionnement du centre en passant par un comité directeur et un conseil d'orientation..

Le calendrier des réunions des instances dirigeantes du CCLIN SO a été le suivant en 2003 :

*** Comité Directeur :**

- trois réunions les 31 janvier, 28 mars et 31 octobre 2003,

*** Conseil d'orientation :**

- deux réunions les 28 mars et 31 octobre 2003,

*** Assemblée générale :**

- une réunion le 27 juin 2003.

Composition du CCLIN Sud-Ouest

Responsables Techniques :

Responsable

Monsieur le Docteur Jean-Claude LABADIE

Responsable adjoint

Monsieur le Professeur Jean-Pierre GACHIE

Praticiens hospitaliers

Madame le Docteur Catherine DUMARTIN

Monsieur le Docteur Christophe GAUTIER

Monsieur le Docteur Pierre PARNEIX

Membres du Comité Directeur en 2003

Membres représentant des CLIN des hôpitaux universitaires :

CHU Antilles :

Monsieur le Docteur Bruno JARRIGE (CHU Pointe à Pitre)

Madame Jeannine JOUANNELLE (CHU Fort de France)

CHU de Bordeaux :

Monsieur le Docteur Géry BOULARD

Monsieur Jean-Pierre DOSQUE

Monsieur le Professeur Michel DUPON

CHU de Limoges :

Monsieur le Professeur François DENIS

Madame Marcelle MOUNIER

Monsieur le Professeur Pierre WEINBRECK

CHU de Poitiers :

Madame Christine AUBENEAU

Monsieur le Docteur Olivier CASTEL

Madame le Docteur France ROBLOT

Praticiens Hygiénistes :

Madame le Docteur Catherine BENETEAU CH de NIORT
Madame le Docteur Blandine PLACET-THOMAZEAU CH de LIBOURNE

Pharmaciens :

Madame le Docteur Laurence PARNEIX-SEDIEY CH de CADILLAC

Médecins Biologistes :

Monsieur le Docteur Isabelle COMBOURIEU CH Charles Perrens BORDEAUX
Monsieur le Docteur Hélène BIESSY CH de LA ROCHELLE

Médecins ou Chirurgiens Cliniciens :

Monsieur le Docteur Bernard DECOUARD Hôpital Bagatelle TALENCE
Monsieur le Docteur Dominique MONNIN Institut Bergonié BORDEAUX

Directeurs :

Madame Michèle CALS CH JONZAC

Cadres Infirmiers :

Madame Marie-Paule GRANVAL CH TULLE
Madame Sylvie PRE CH ANGOULEME

Médecins du Personnel :

Monsieur le Docteur Jean-Pierre DONES CH LIBOURNE

Représentants des établissements privés :

Monsieur le Docteur Eric CARRIE Clinique du château de Vernhes BONDIGOUX

Personnels spécifiques du CCLIN

Un praticien hospitalier coordinateur inter-régional

Monsieur le Docteur Pierre PARNEIX

Un praticien hospitalier pharmacien

Madame le Docteur Catherine DUMARTIN

Un Cadre infirmier supérieur de santé

Monsieur Daniel ZARO-GONI

Deux analystes programmeurs

Mademoiselle Emmanuelle REYREAUD (remplacement congés maternité par
Mademoiselle J. GONDEL)

Mademoiselle Hélène PRUDHON (à partir du 4 août 2003)

Une secrétaire

Mademoiselle Carole ROY

Un agent administratif

Madame Elizabeth SOUSA

Equipe régionale Aquitaine

Un praticien hospitalier pharmacien (budget ARH Aquitaine)

Monsieur le Docteur Christophe GAUTIER (0,6 ETP puis temps plein à partir du 1^{er}
décembre 2003).

Un cadre infirmier hygiéniste coordonnateur régional (budget ARH Aquitaine)

Monsieur Dominique PILLES

Un analyste programmeur

Mademoiselle Caroline AUBARET (0,8 ETP) (remplacement congés maternité par
Mademoiselle J. GONDEL)

Equipe régionale Midi-Pyrénées

Un praticien hospitalier pharmacien (budget ARH Midi-Pyrénées)

Madame le Docteur Sophie VAN DE STEENE (0,6 ETP à partir du 1^{er} décembre 2003).

Un cadre infirmier hygiéniste coordonnateur régional

Madame Elisabeth GALY

Equipe régionale Limousin

Un cadre infirmier hygiéniste coordonnateur régional

Monsieur Serge MARIE

Equipe régionale Poitou-Charentes

Un cadre infirmier hygiéniste coordonnateur régional

Madame Chantal LEGER

Equipe régionale Guadeloupe (budget ARH Guadeloupe)

Un cadre infirmier supérieur hygiéniste coordonnateur régional

Madame Yolande ARJOUNIN

Un technicien biohygiéniste

Madame Corinne CHERUBIN

En complément de ces instances une organisation a été définie autour des permanents du CCLIN et avec le concours des praticiens hospitaliers en hygiène hospitalière en poste dans les différents CHU de l'inter-région. Cet organigramme technique se composait comme suit en 2003 :

ORGANIGRAMME DE L'EQUIPE TECHNIQUE DU CCLIN SO

Responsable : **Dr J.C. LABADIE**

Responsable adjoint : **Pr. J.P. GACHIE**

Médecin coordonnateur:

P. PARNEIX

Pharmacien :

C. DUMARTIN

Cadre Supérieur de santé :

D. ZARO GONI

Epidémiologiste:

E. REYREAUD

Secrétaires :

C. ROY

Agent administratif

E. SOUZA

PH Hygiénistes

Correspondants Régionaux

Aquitaine :

Dr. A.M. ROGUES

Guadeloupe :

Dr. B. JARRIGE

Limousin :

Dr. M. MOUNIER

Dr C. DEBROCK

Martinique

Dr. C. OLIVE

Dr V. VAN ROSSEM

Poitou Charentes :

Dr. O.CASTEL

Dr. F. ROBLOT

Midi-Pyrénées :

Dr. X. VERDEIL

Dr. S. MALAUD

Equipes régionales

Aquitaine : **C. GAUTIER, D. PILLES**
et C. AUBARET

Limousin : **S. MARIE**

Midi Pyrénées : **S. VAN DE STEENE**
et E. GALY

Poitou-Charentes : **C. LEGER**

Guadeloupe : **Y. ARJOUNIN**
et C. CHERUBIN

Relations avec les DRASS et les DDASS

Chacune des DRASS est représentée au niveau du comité directeur du CCLIN par l'intermédiaire du Médecin Inspecteur Régional (MIR) ou d'un MIR adjoint. Par ailleurs le réseau des médecins inspecteurs de la santé publique, qui comprend en plus un Médecin Inspecteur Départemental par département, est associé à la vie du CCLIN SO au même titre que les autres réseaux. De même les Pharmaciens inspecteurs des DRASS sont associés au réseau des pharmaciens des établissements de santé.

En 2003 le CCLIN a poursuivi son partenariat avec les DDASS et les DRASS pour **expliquer et dynamiser la mise en place du dispositif de signalement** des infections nosocomiales. Une région a fait l'objet d'une réflexion en 2003 à savoir la région Midi-Pyrénées (Toulouse le 20/05/2003).

Le CCLIN SO a poursuivi sa participation aux actions des **Commissions consultatives régionales de sécurité sanitaire** animées par la **DRASS en Aquitaine et en Midi Pyrénées** et au sein desquelles la **nosocomiovigilance** est une des thématiques. En matière de projet concernant le risque infectieux **en milieu libéral** le CCLIN SO a participé dans le cadre de la CCRéSSA à une demi-journée consacrée à la **gestion des déchets** (Bordeaux, 6 novembre 2003). Par ailleurs le CCLIN co-anime avec la DRASS le sous-groupe destiné à mettre en place **une auto-évaluation du risque infectieux chez les chirurgiens-dentistes d'Aquitaine**. Au niveau de la région Midi-Pyrénées le CCLIN a participé à la journée de formation organisée par la DRASS sur le **risque infectieux en auto-dialyse** (Toulouse, le 9 janvier 2003).

Le CCLIN a collaboré avec les différentes DRASS à la mise en place **du projet d'évaluation de la circulaire n°138** de mars 2001. **Quatre visites d'évaluation** ont été réalisées dans la région **Limousin** (9/01, 15/01, 6/03 et 17/03/2003). **Cinq visites** ont été réalisées dans la région **Aquitaine** (25/02, 26/02, 27/02, 5/03 et 27/03/2003). **Quatre visites** ont été réalisées dans la région **Poitou-**

Charentes (14/01, 24/01, 31/01 et 6/02/2003) et **cinq visites** dans la région **Midi-Pyrénées** (11/03, 20/03, 1/04, 4/04 et 9/04/2003).

Le CCLIN a collaboré avec les **DRASS d'Aquitaine et du Limousin** dans le cadre du recueil des données du **bilan annuel d'activité des CLIN** et de leur analyse.

Le CCLIN SO a participé à **l'investigation de deux épisodes infectieux** à la demande d'une part de la **DDASS du Lot et Garonne** et d'autre part de la **DDASS des Haute-Pyrénées**. Le CCLIN a participé à une évaluation de la gestion des patients porteurs de BMR dans une maison de retraite à la demande de la **DDASS de Haute-Garonne**. Le CCLIN a participé à un audit concernant la restructuration du secteur de chirurgie d'un centre hospitalier à la demande de la **DDASS de Charente-Maritime**.

Au niveau de **la région Aquitaine** le CCLIN a participé, avec la DRASS et la DDASS 24, à la mise en place d'une réflexion sur **l'organisation de la lutte** contre les infections nosocomiales dans le département de la **Dordogne** (Périgueux, 10/01 et 12/03/2003).

Relations avec les Agences Régionales de l'Hospitalisation

Un représentant de l'ARH d'Aquitaine, qui est l'agence de rattachement du CCLIN SO sur le plan financier, fait partie du **Comité Directeur** du CCLIN SO.

En partenariat avec les différentes ARH, le CCLIN a construit des projets de **mise en place d'équipes régionales**. Le projet pour la région **Aquitaine** mis en place en 2002, a été renforcé avec le passage à temps plein du poste de **cadre infirmier** (1^{er} janvier) et de celui de **praticien hospitalier** (1^{er} décembre). Un projet similaire a été présenté auprès de l'ARH de **Midi-Pyrénées** et a permis de mettre en

place un poste de **praticien hospitalier à temps partiel** (0,6 ETP) au CHU De Toulouse à compter du 1^{er} décembre 2003..

Relations avec les CLIN

Le Président du CLIN reste l'interlocuteur privilégié par lequel passent obligatoirement toutes les propositions de participation aux actions du CCLIN SO. Fin 2003, le réseau des Présidents de CLIN se compose de **428** personnes contre 407 en 2002. Notre base comportant 462 établissements, cela fait donc **93% d'établissements de santé possédant un CLIN en 2003**. Ils sont répartis par région comme suit :

- Cent-soixante-trois pour la région Aquitaine (165 en 2002),
- Vingt et un pour la région Guadeloupe (17 en 2002)
- Trois pour la région Guyane (4 en 2002)
- Trente-six pour la région Limousin (35 en 2002),
- Neuf pour la région Martinique (7 en 2002),
- Cent-trente-cinq pour la région Midi-Pyrénées (119 en 2002),
- Soixante et un pour la région Poitou-Charentes (60 en 2002).

Financement du CCLIN SO

Le bilan financier 2003 s'établit comme suit :

OBJET	DEPENSES	RECETTES
DOTATION DHOS 2003		649 027,00
SUBVENTION DGS 2003		45 735,00
SUBVENTION INVS 2003		8 000,00
DEPENSES EXPLOITATION		
Fournitures Hôtelières et médicales	35,76	
Fournitures de Bureau	8 000,00	
Imprimés médicaux	15 926,12	
Affranchissement et téléphone	11 612,97	
Documentation	4 147,70	
Reprographie et autres prestations	5 029,50	
Frais de Mission Personnel non Médical	9 051,48	
Frais de Mission Personnel Médical	8 144,20	
Traitement Personnel Médical titulaire	202 137,00	
Traitement Personnel non Médical titulaire	218 370,00	
Traitement Personnel non Médical contractuel	50 522,06	
Amortissement	5 077,57	
REVERSEMENTS		
Personnel détaché	146 147,26	
Frais de déplacement Région	20 584,00	
TOTAUX	704 785,62	702 762,00

Le budget prévisionnel de 2003 prévoyait des dépenses et des recettes équilibrées à 686 295 €. Le bilan final est de **704 785,62 € au titre des dépenses et 702 762 € au titre des recettes** soit un solde débiteur de 2 023,62 €. Les recettes sont légèrement supérieures au prévisionnel en raison du passage à temps plein en fin d'année du praticien de l'équipe régionale Aquitaine.

Le budget prévisionnel de 2004 du CCLIN SO, **validé par le Comité directeur lors de sa réunion du 13 février 2004**, s'établit comme suit :

OBJET	DEPENSES	RECETTES
DOTATION GLOBALE 2004		665 227,00
SUBVENTION DGS 2004		45 735,00
SUBVENTION INVS 2004 (AES RAISIN)		16 000,00
FRAIS DE DEPLACEMENT	22 000,00	
PERSONNEL NON MEDICAL (PNM)	11 000,00	
PERSONNEL MEDICAL	11 000,00	
REMUNERATION TITULAIRE GLOBAL	420 507,00	
PNM TITULAIRES (3 ETP)	112 060,00	
PH PHARMACIENS (2 ETP)	202 137,00	
CADRES INFIRMIERS BORDEAUX (2 ETP)	106 310,00	
REMUNERATION AUTRES PERSONNELS	198 055,00	
PNM CONTACTUELS (1,3 ETP)	52 848,00	
CADRE INFIRMIER POITIERS	44 583,00	
CADRE INFIRMIER TOULOUSE	52 424,00	
CADRE INFIRMIER LIMOGES	48 200,00	
DEPENSES DE FONCTIONNEMENT	43 000,00	
H 6064 20 IMPRIMES MEDICAUX	15 000,00	
H 6064 30 I FRES DE BUREAU	3 000,00	
H 618 20 ABONNEMENTS	4 000,00	
H 618 30 DOCUMENTATION	3 000,00	
H 626 30 AFFRANCHISSEMENT	12 000,00	
H626 50 TELEPHONE	1 000,00	
H 628 80 PHOTOCOPIES	5 000,00	
DEPENSES D'INVESTISSEMENT	11 600,00	
ACHATS MATERIEL INFORMATIQUE	6 000,00	
ACHAT FAX	600,00	
MOBILIER	5 000,00	
REVERSEMENT AUTRES REGIONS	26 000,00	
HEBERGEMENT SITE INTERNET	800,00	
AMORTISSEMENTS (Equipements informatiques)	5 000,00	
TOTAUX	726 962,00 €	726 962,00 €

.
Le **budget prévisionnel 2004** comporte au titre des recettes une **dotation globale de 665 227 €**, une **subvention DGS de 45 735 €** et une **subvention de l'InVS de 16 000 €** au titre de la coordination nationale RAISIN de la surveillance des AES soit des **recettes totales de 726 962 €**. Les dépenses sont équilibrées à cette hauteur avec une enveloppe fixe en personnel CCLIN de 420 507 €, un budget couvrant les postes des cadres de coordination régionaux et le poste d'analyste contractuel du CCLIN de l'ordre de 198 055 € et une partie de budget de fonctionnement qui s'élève à 69 800 euros.

Actions du CCLIN SO

Information

* Fin 2003 la base de données du CCLIN SO contenait **2 305 professionnels** impliqués dans la lutte contre les infections nosocomiales dans notre inter-région. Cela représente une augmentation de **6%** du nombre de ces personnes par rapport à l'année précédente.

* **Trois numéros du bulletin de liaison "CCLIN SUD-OUEST INFO"** ont été diffusés en janvier, juin et décembre 2003, aux professionnels enregistrés dans les différents réseaux du CCLIN SO ainsi qu'aux 140 instituts de formations, et mis en ligne sur le site internet. Ce bulletin reste l'organe principal d'informations et de liaison entre le CCLIN et les établissements de l'inter-région.

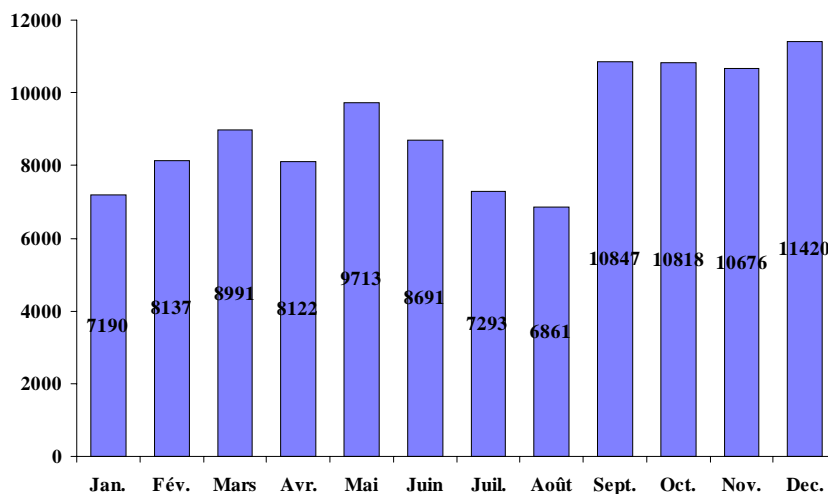
* Un document intitulé « **Bulletin spécial 10 ans** » de 23 pages a été diffusé à tous les professionnels de l'inter-région. Ce document avait pour objet de faire un bilan des 10 années de fonctionnement du CCLIN SO.

Site Internet

* Créé en juin 2000 le site du CCLIN SO est hébergé par la Société Macorbur de Limoges et géré par le cadre infirmier coordonnateur du Limousin, Monsieur Serge Marie.

Sur l'année 2003 un total de **108 755 sessions** a été enregistré sur le site contre 73 410 en 2002 soit une **progression de 48% de la fréquentation de notre site internet**. Le nombre mensuel de sessions est fourni automatiquement par le logiciel LM&A et s'établit comme présenté page suivante :

Répartition mensuelle du nombre des sessions Internet sur le site du CCLIN SO en 2003



Par ailleurs pour informer plus rapidement les correspondants du CCLIN SO des nouveautés en ligne sur le site, il a été créé une **liste de diffusion** en novembre 2000. Cette liste est passée de **950 abonnés** à la fin 2002 à **1 200 fin 2003**, soit une **augmentation de 26%**, et **33 messages** ont été envoyés aux membres de la liste en 2003.

Le site comporte aussi **une zone d'accès protégée** qui comporte une page d'accès spécifique au sein de laquelle on retrouve des informations propres aux réseaux des professionnels du CCLIN SO ainsi que la mise en commun possible de documents. Ces documents peuvent être les présentations proposées lors des réunions de réseaux ou encore **des fichiers pédagogiques** facilitant la préparation d'intervention pédagogique de chacun des professionnels. Cet espace réseau comporte en plus un **forum de discussion**.

Conseils techniques et documentation

* L'équipe du CCLIN SO a traité **1 299** demandes en 2003, adressées par téléphone, mail ou courrier, entre Bordeaux, Limoges, Pointe à Pitre, Poitiers et Toulouse, soit **une hausse de 30%** par rapport à 2002. En terme de région de provenance des demandes on trouve l'Aquitaine (36%), Midi-Pyrénées (24%), Poitou-Charentes (15%), Limousin (6%), Antilles-Guyane (11%) et enfin 8% des demandes émanent de l'extérieur de l'inter-région. Pour la grande majorité de ces appels, il s'agit de questions techniques avec un objectif direct et concret. Plus de la moitié des demandes font l'objet de réponses écrites argumentées. Les thèmes ayant fait l'objet du plus grand nombre d'interrogations au CCLIN SO ont été en 2003, par ordre décroissant de fréquence, les suivants :

- Les thèmes de **l'isolement et des BMR**, est un thème en forte augmentation qui arrive en tête des préoccupations en 2003 avec **94 demandes**. On note que **18** de ces demandes ont concerné le **SRAS**.

- L'**endoscopie**, avec **91 demandes** constituent des thèmes toujours d'actualité avec dans **18 cas** la problématique **du passage à l'acide peracétique**,

- La **désinfection et le nettoyage** des locaux restent des préoccupations constantes **79 demandes**. Ces demandes sont accés essentiellement autour du choix des produits et de l'usage de la désinfection par voie aérienne,

- **Le linge et la tenue vestimentaire**, avec **64 demandes** constitue toujours des préoccupations importantes des établissements avec **19 demandes** concernant l'usage des **masques**,

- **L'eau à l'hôpital**, avec **58 demandes** reste très présente et tout spécialement le thème de la **légiellose et de sa prévention** qui avec **34 demandes** a été une préoccupation importante des établissements du Sud-Ouest

avec fréquemment encore des demandes de conduite à tenir face à un prélèvement d'eau positif,

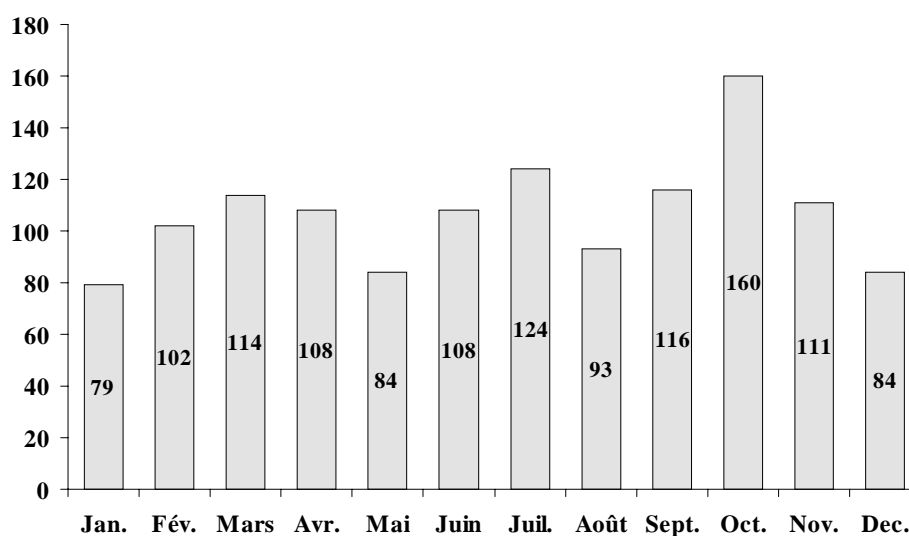
- La **conduite à tenir face à une épidémie ou à un cas d'infection particulier** est une thématique en progression avec **54 demandes**, où était sollicité un avis immédiat face à l'épisode,

- **Les déchets**, avec **52 demandes** constitue une thématique toujours importante avec **10 demandes** concernant **l'élimination des pace-makers**,

Comme toujours de très nombreux thèmes ont été abordés au cours de l'année avec quelques sujets en progression comme **l'architecture et les travaux (47 demandes)** ou encore un thème associé qui est **le risque aspergillaire (35 demandes)**. Il faut souligner enfin que **134 demandes de validation de protocole et fiches techniques** ont été adressées au CCLIN pour un total de **135 protocoles à analyser**. Cette activité est essentiellement réalisée par l'équipe **régionale Guadeloupe** et beaucoup moins développée ailleurs.

La ventilation mensuelle de ces demandes est représentée sur le graphique ci-après.

Répartition mensuelle du nombre des demandes en 2003



Le tableau suivant détaille l'ensemble de ces demandes par thème :

Tableau : Répartition par thème des demandes en 2003

THEME	NOMBRE DE DEMANDES
Isolement et B.M.R	94
Endoscopie	91
Nettoyage et Désinfection des locaux	79
Linge, tenue vestimentaire	64
Eau à l'hôpital	58
Epidémies	54
Déchets	52
Nettoyage et Désinfection des DM	51
Architecture, matériaux, travaux	47
CLIN : organisation et missions	42
Bloc opératoire, air	36
Risque Aspergillaire	35
Stérilisation	30
Formation	30
Cuisine, aliment	26
Maladie de Creutzfeldt-Jakob	25
Contrôles d'environnement	24
Surveillance des infections	22
Accidents d'exposition au sang	22
Lavage et antisepsie des mains	20
Infections liés aux soins	20
Signalement	19
Risque infectieux en chirurgie	16
Manipulation des cytostatiques	12
Sondage urinaire	11
Hygiène en kinésithérapie	11
Droit des patients	8
Validation protocoles	134
Autres	173
TOTAL	1 299

Organisation du centre de documentation :

En 2003, le CCLIN Sud-Ouest a poursuivi le développement de son centre de documentation. Ce dernier a assuré la gestion de la **documentation scientifique**, servant à créer ou à enrichir des dossiers thématiques, et de la **documentation technique** regroupant les dossiers des produits et matériel fabriqués par les laboratoires travaillant dans le domaine de l'hygiène hospitalière. Ces éléments constituent, en particulier, le support documentaire principal aux réponses faites par le CCLIN SO dans le cadre des demandes de conseils.

Le CCLIN a, d'autre part, poursuivi l'organisation d'une documentation vidéo qui contient à ce jour **soixante-dix films**. En cas de demande et selon les cas le CCLIN SO prête certains documents audiovisuels ou oriente la demande vers l'organisme distribuant ou commercialisant le film.

Par ailleurs le CCLIN SO a pris part à la gestion de la base de données documentaire nationale **Nosobase**[®] de la façon suivante :

- **Quarante-deux textes officiels** et réglementaires ont été ajoutés sur le serveur qui contient maintenant 23 rubriques,
- La base des livres a été mise à jour et comporte **132 titres référencés** répartis en 16 rubriques,
- Par ailleurs le CCLIN SO a commencé sa participation directe à la base de données en reprenant à son compte l'indexation de 10 revues en fin 2003.
- Enfin le CCLIN SO a participé aux réunions du **comité de pilotage** de Nosobase.

Animation de réseaux

Réseau des Présidents de CLIN

Réseaux régionaux :

Aquitaine :

* **Une réunion régionale** a eu lieu en 2003 (Bordeaux le 07/10/2003) :

Cette journée avait pour thème principal **l'évaluation de la maîtrise du risque infectieux dans la région** avec en particulier l'usage du manuel d'évaluation du CCLIN SO et a associé **40 personnes**.

Poitou-Charentes :

* **Une réunion régionale** a eu lieu en 2003 (Bois de Saint-Pierre le 25 septembre 2003) :

Cette journée concernait le choix d'un laveur désinfecteur en 2003 et a associé **102 personnes** car les praticiens et les infirmiers hygiénistes avaient aussi été conviés comme les ingénieurs bio-médicaux.

Réseau des Infirmiers Hygiénistes

Le réseau des infirmiers et cadre infirmiers hygiéniste du CCLIN SO était composé à la fin de l'année 2003 de **502 personnes** contre 428 en 2002 **soit un accroissement de 17%**. La répartition régionale s'effectue comme suit :

Réseau des infirmiers hygiénistes

- Trente-cinq pour les régions Antilles-Guyane :
 - Vingt-cinq pour la région Guadeloupe,
 - Cinq pour la région Guyane,
 - Cinq pour la région Martinique,
- Deux-cent-dix pour la région Aquitaine,
- Quarante-cinq pour la région Limousin,
- Cent-trente-cinq pour la région Midi-Pyrénées,
- Soixante-dix-sept pour la région Poitou-Charentes.

Réseaux régionaux :

Aquitaine :

* **Trois réunions régionales** ont eu lieu en 2003 (Bordeaux les 6 mars et 26 juin et Agen le 27 novembre 2003) :

La première journée à laquelle **70 personnes** ont participé avait pour thème **la prévention du risque infectieux respiratoire**. La deuxième journée qui a réuni **60 personnes** avait pour thème **la gestion des déchets**. Enfin la dernière journée a fédéré **70 personnes** autour du thème **des infections urinaires**.

Limousin :

* **Trois réunions régionales** ont eu lieu en 2003 (Limoges les 23 janvier, 13 mai et 16 octobre 2003) :

La première réunion, qui a rassemblé **30 personnes**, a été consacrée à **la surveillance microbiologique de l'environnement et aux droits des patients**. La deuxième rencontre, qui a réuni **22 personnes**, avait pour objet **la formation des nouveaux arrivants**. La troisième réunion a associé **27 personnes** autour de deux thèmes à savoir **la préparation cutanée de l'opéré et la prévention des infections urinaires**.

Midi-Pyrénées :

* **Trois réunions régionales** ont eu lieu en 2003 (Toulouse les 26 mars, 17 juin et 26 novembre) :

La première réunion, qui a rassemblé **61 personnes**, a été consacrée à **la surveillance microbiologique de l'environnement et à la formation des nouveaux arrivants**. La deuxième rencontre, qui a réuni **50 personnes**, avait pour thèmes **le signalement des BMR et le risque infectieux en imagerie médicale**. La troisième réunion a associé **75 personnes** autour des thèmes des **déchets** et des **laveur-désinfecteurs pour endoscope**.

Poitou-Charentes :

* **Trois réunions régionales** ont eu lieu en 2003 (Poitiers les 6 mars, 20 mai et 4 décembre 2003) :

La première journée avait pour thèmes **la surveillance microbiologique de l'environnement et le droit des patients** et a associé **32 personnes**. **L'entretien des véhicules sanitaires et la présentation de mémoires de DU** ont été les thèmes de la deuxième journée qui a réuni **35 personnes**. Enfin **les représentations des infections nosocomiales et la prévention des infections urinaires** ont été abordées au cours de la dernière réunion qui a rassemblé **33 personnes** avec un travail en ateliers.

Guadeloupe :

En 2002, **23 établissements** sont concernés et **7 réunions** de réseau ont été organisées pour les infirmiers hygiéniste et les référents en hygiène de la région (**116 personnes**).

Martinique:

L'enseignement d'un **DIU de stérilisation** entre les Universités d'Antilles-Guyane et de Bordeaux 2 s'est déroulé en Martinique.

Réseau des praticiens en hygiène

* Le réseau des praticiens en hygiène des établissements de santé se composait fin 2003 de **73 personnes** contre 63 en 2002.

Réseau des praticiens en hygiène

- Sept pour les régions Antilles-Guyane:
 - Trois pour la région Guadeloupe,
 - Un pour la région Guyane,
 - Trois pour la région Martinique,
- Vingt-cinq pour la région Aquitaine,
- Sept pour la région Limousin,
- Vingt-un pour la région Midi-Pyrénées,
- Treize pour la région Poitou-Charentes.

Une réunion de travail du réseau a eu lieu en 2003 (Bordeaux le 30 octobre 2003). Vingt-cinq **personnes** ont assisté à cette réunion consacrée **aux représentations** et à **la formation des médecins en matière de prévention des infections nosocomiales** du CCLIN SO.

Réseau des Correspondants en hygiènes

Réseaux régionaux :

Limousin :

* **Deux réunions régionales** ont eu lieu en 2003 (Limoges les 28 mai et 4 décembre 2003) :

La première journée avait pour thème principal le **cathétérisme veineux** et a associé **70 personnes**. La deuxième journée à laquelle **80 personnes** ont participé avait pour thème l'**infection urinaire**.

Réseau des Instituts de Formation

* Le CCLIN SO a continué sa collaboration avec les instituts de formation de l'inter-région et poursuivi la diffusion de documentation (bulletin de liaison, revue de presse, guides nationaux) à l'ensemble des directeurs ou enseignants responsables de l'hygiène hospitalière de ces établissements. Cela représente, pour l'inter-région Sud-ouest fin 2003, **140 instituts publics et privés**.

Par ailleurs le **troisième forum associant CLIN et IMS** sous l'égide du CCLIN s'est tenu à Bordeaux le 30 janvier 2003. Le thème retenu était la **prévention des AES et 180 personnes** ont assisté à cette manifestation (programme en annexe).

Réseau des Microbiologistes des établissements de santé

* Le réseau des Microbiologistes des établissements de santé se composait fin 2003 de **311 personnes**.

Le réseau s'est réuni une fois à **Toulouse** le 24 mars 2003 pour faire en particulier le bilan de la surveillance annuelle des BMR et analyser les résultats du projet de contrôle qualité mené en 2002.

Réseau des Pharmaciens des établissements de santé

* Le réseau des Pharmaciens des établissements de santé se composait fin 2003 de **432 pharmaciens** contre 406 en 2002.

Deux réunions scientifiques de ce réseau ont eu lieu en 2003, l'une à Toulouse le 19 juin pour les pharmaciens de Midi-Pyrénées et l'autre à Bordeaux le 11 septembre pour le reste de l'inter-région. Le thème abordé à chaque fois était le **bon usage des antibiotiques** et ces réunions, auxquelles étaient aussi conviés les praticiens en hygiène, ont réuni respectivement **52 et 118 personnes**.

Par ailleurs **un groupe de travail** a continué son action dans le cadre de ce réseau à savoir celui sur la **consommation des antibiotiques et les résistances bactériennes**.

Réseau des Médecins du travail

* Le réseau des Médecins du travail des établissements de santé se composait fin 2003 de **270 personnes** mais il faut souligner que de nombreux Médecins du travail interviennent dans plusieurs établissements de santé..

Ce réseau a poursuivi en 2003 la **surveillance des AES** avec la première année de surveillance nationale RAISIN. Ce réseau a fait l'objet de formation à l'usage du logiciel EPI INFO et une **réunion** scientifique, au cours de laquelle une présentation des résultats de l'enquête 2002 a été réalisée, a été organisée le 4 septembre 2003 et **40 médecins du travail** y ont participé.

Organisation et participation à des journées scientifiques :

Le CCLIN SO a été officiellement associé à l'organisation et au déroulement de 14 journées scientifiques et de formation destinées à un public national, régional ou local selon les cas :

- ◆ III^{ème} Journée régionale sécurité sanitaire, **Bordeaux**, 2003, 4 mars.
- ◆ XXV^{èmes} Journées Régionales d'Hygiène Hospitalière de **Bordeaux**, 2003, 3 et 4 avril.
- ◆ Les entretiens d'hygièneS, 14^{ème} journée du GERES, **Marseille**, 2003, 21-23 mai.
- ◆ XIII^{ème} Congrès national de la SFHH, **Paris**, 2003, 5 et 6 juin,
- ◆ Réunion de l'AFORCOPi sur les infections nosocomiales, **Agen**, 2003, 26 juin.
- ◆ Journée scientifique du RFCLIN sur les AES, **Besançon**, 2003, 17 septembre.
- ◆ 13^{èmes} journées nationales sur les dispositifs médicaux, Europharmat, **Toulouse**, 2003, 14-16 octobre,
- ◆ Les infections osseuses actualité 2003, **Pau**, 2003, 22 octobre,
- ◆ Journée régionale de l'AIBOA sur l'endoscopie chirurgicale, **Artigues**, 2003, 25 octobre.
- ◆ XIV^{èmes} journées Nationales de la SIIHFF, **Lyon**, 2003, 24 et 25 octobre.
- ◆ Gestion des déchets en milieu libéral, DRASS d'Aquitaine, **Bordeaux**, 2003, 6 novembre,
- ◆ Journée de la Société de Médecine du Travail d'Aquitaine, **Bordeaux**, 2003, 21 novembre.
- ◆ Assemblée générale des CLIN du Sud-Est, **Lyon**, 2003, 18 novembre.
- ◆ Journée des vigilances de l'Hôpital Bagatelle, **Talence**, 2003, 27 novembre,

Formation

Tableau de synthèse des formations réalisées en 2003

Thème	Nombre d'actions	Nombre participants	Nombre d'heures d'enseignement
Correspondants en Hygiène	26	418	918
Sensibilisation à l'hygiène	10	263	106
Autres	9	164	40
EPI INFO	7	47	49
Diplôme universitaire	5	210	162
Milieu libéral	4	13	24
Endoscopie	3	71	28
Total	64	1 186	1 327

*** Formation des correspondants en hygiène hospitalière :**

En 2003 le CCLIN SO a organisé **26 formations de correspondants en hygiène hospitalière** dont 21 ont été réalisées in situ et 5 associaient des représentants de plusieurs établissements :

Aquitaine :

- formation des correspondants issus de 8 établissements sous la forme de six journées (27-28, février, 20-21 mars et 10-11 avril 2003) (**42 heures de formation**). Cette formation a concerné au total **13 correspondants** paramédicaux et médicaux de ces établissements.

- formation des correspondants issus de 9 établissements sous la forme de six journées (2-3, 20-21 octobre et 13-14 novembre 2003) (**42 heures de**

formation). Cette formation a concerné au total **15 correspondants** de ces établissements.

- formation des correspondants d'un centre hospitalier (CH de Sarlat) sous la forme de 2 journées (22-23 avril 203) (**14 heures de formation**). Cette formation a concerné au total **17 correspondants** paramédicaux de l'établissement.

- formation des correspondants d'un centre de soins de suite (Centre Médical La Pignada – Lège Cap Ferret) sous la forme de 4 journées (9-10 et 16-17 janvier 2003) (**28 heures de formation**). Cette formation a concerné au total **15 correspondants** paramédicaux de l'établissement.

- formation des correspondants d'un centre hospitalier (CH de Libourne) sous la forme de 6 journées (10-11, 24-25 mars, 17-18 avril 2003) (**42 heures de formation**). Cette formation a concerné au total **15 correspondants** paramédicaux de l'établissement.

- formation des correspondants d'un centre hospitalier (CH de Dax) sous la forme de 6 journées (28-29 avril, 5-6 et 26-27 mai 2003) (**42 heures de formation**). Cette formation a concerné au total **16 correspondants** paramédicaux de l'établissement.

- formation des correspondants d'un établissement PSPH (Institut Bergonié de Bordeaux) sous la forme 6 journées (3-4, 24-25 février, 3 mars et 6 mai 2003) (**42 heures de formation**). Cette formation a concerné au total **12 correspondants** paramédicaux de l'établissement

- formation des correspondants d'un centre hospitalier spécialisé en psychiatrie (CH de Cadillac) sous la forme de 6 journées (22-24 septembre et 17-19 novembre 2003) (**42 heures de formation**). Cette formation a concerné au total **12 correspondants** paramédicaux de l'établissement.

- formation des correspondants d'un établissement privé (Cliniques des Landes de Mont de Marsan) sous la forme de 4 journées (9, 29 octobre, 12 novembre et 15 décembre 2003) (**28 heures de formation**). Cette formation a concerné au total **18 correspondants** paramédicaux de l'établissement.

- formation des correspondants d'un centre hospitalier (CH de Pau) sous la forme de 6 journées (2-3, 18-19 décembre et 15-16 janvier 2004) (**42 heures de formation**). Cette formation a concerné au total **19 correspondants** paramédicaux de l'établissement.

- formation des correspondants d'un centre hospitalier (CH de Dax) sous la forme de 6 journées (13-14, 30-31 octobre et 3-4 novembre 2003) (**42 heures de formation**). Cette formation a concerné au total **15 correspondants** paramédicaux de l'établissement.

- formation des correspondants d'un service d'HAD-SAD (Service Santé Bayonne) sous la forme de 3 journées (3-5 décembre 2003) (**21 heures de formation**). Cette formation a concerné au total **11 correspondants** paramédicaux de l'établissement.

- deuxième formation des correspondants d'un centre hospitalier (CH de Libourne) sous la forme de 6 journées (4-5, 18-19 septembre et 16-17 octobre 2003) (**42 heures de formation**). Cette formation a concerné au total **17 correspondants** paramédicaux de l'établissement.

- formation des correspondants d'une clinique privée (Clinique Saint-Augustin de Bordeaux) sous la forme de 2 journées (17-18 mars 2003) (**14 heures de formation**). Cette formation a concerné au total **14 correspondants** paramédicaux de l'établissement.

- formation des correspondants d'un établissement PSPH (Tour de Gassie à Bruges) sous la forme d'une journée de suivi (16 décembre 2003) (**7 heures de**

formation). Cette formation a concerné au total **15 correspondants** paramédicaux de l'établissement.

Ces formations ont été réalisées par E. Capdenat, C. Dumartin, E. Galy, C. Gautier, S. Marie, P. Parneix, D. Pilles, F. Ribes et D. Zaro Goni.

Guadeloupe :

- formation continue des correspondants du département issus de 23 établissements sous la forme de 7 jours (**50 heures de formation**). Cette formation a concerné au total **36 correspondants** paramédicaux et médicaux de ces établissements.

Cette formation a été réalisée par Y. Arjounin , B. Jarrige, G. et D. Zaro Goni.

Limousin :

- formation des correspondants issus de 5 établissements sous la forme de six journées (10-11, 24-25 mars et 28-29 avril 2003) (**42 heures de formation**). Cette formation a concerné au total **15 correspondants** paramédicaux de ces établissements.

Cette formation a été réalisée par A. Cubertafond, C. Léger, S. Marie, G. Mathieu, M. Mounier et D. Zaro Goni.

Midi-Pyrénées :

- formation des correspondants issus de 8 établissements sous la forme de six journées (7-10 et 20-21 octobre 2003) (**42 heures de formation**). Cette formation a concerné au total **13 correspondants** paramédicaux de ces établissements.

- formation des correspondants d'un centre hospitalier spécialisé en psychiatrie(CH G. Marchant de Toulouse) sous la forme de 6 journées (17-20 mars et 3-4 avril 2003) (**42 heures de formation**). Cette formation a concerné au total **12 correspondants** paramédicaux de l'établissement.

- formation des correspondants d'un Centre hospitalier (CH de Lannemezan) sous la forme de 6 journées (23-24, 29-30 septembre et 15-16 octobre 2003) (**42 heures de formation**). Cette formation a concerné au total **17 correspondants** paramédicaux et médicaux de l'établissement.

- formation des correspondants d'un établissement privé (Nouvelle Clinique de l'Union à Saint-Jean) sous la forme 6 journées (4-5, 18-19, 24-25 novembre 2003) (**42 heures de formation**). Cette formation a concerné au total **17 correspondants** paramédicaux et médicaux de l'établissement.

Ces formations ont été réalisées par J. Bendayan, A. Brasilès, H. Couquet, N. Estève, M. Hébraud, E. Galy, S. Malavaud, F. Teulier, J. Valentié, X. Verdeil et D. Zaro Goni.

Poitou-Charentes :

- formation des correspondants issus de 7 établissements sous la forme de six journées (31 mars, 1^{er}, 7-8, 28-29 avril 2003) (**42 heures de formation**). Cette formation a concerné au total **14 correspondants** paramédicaux de ces établissements.

- formation des correspondants d'une Maison de retraite (Chaunay) sous la forme de une fois 6 journées (20-21, 27-28 janvier et 3-4 février 2003) (**42 heures de formation**). Cette formation a concerné au total **11 correspondants** médicaux et paramédicaux de l'établissement.

- formation des correspondants d'un centre hospitalier (CH de Saintes) sous la forme de une fois 6 journées (10-11, 17-18, 24-25 mars 2003) (**42 heures de formation**). Cette formation a concerné au total **16 correspondants** médicaux et paramédicaux de l'établissement.

- formation des correspondants d'un Centre hospitalier (CH du Sud-Charentes) sous la forme de 6 journées (2-3, 12-13, 19-20 juin 2003) (**42 heures de formation**). Cette formation a concerné au total **14 correspondants** paramédicaux de l'établissement.

Ces formations ont été réalisées par O. Castel, F. Frugier, P. Giret, G. Guillot, C. Guionnet, N. Lavédrine, C. Léger, D. Machefert et G. Mathieu.

Autre :

- formation des correspondants d'un Centre hospitalier (CH de Saint-Alban en Lozère) sous la forme de deux fois trois journées (11-13 et 18-20 juin 2003) (**42 heures de formation**). Cette première formation a concerné au total **32 correspondants** paramédicaux de l'établissement et sera suivi d'un **volet complémentaire en 2004**.

Ces formations ont été réalisées par E. Galy, C. Léger, S. Marie, G. Mathieu et D. Zaro Goni.

*** Formation continue en hygiène :**

- Le CCLIN SO a réalisé :

Inter-région :

- Participation aux **diplômes universitaires d'hygiène hospitalière et de stérilisation** enseignés dans les universités de l'interrégion (DU d'hygiène de Bordeaux, Limoges, DIU d'hygiène de Poitiers, DU de stérilisation de Bordeaux et DIU de stérilisation d'Antilles-Guyane) sous forme **de 162 heures d'enseignements** (210 étudiants).

Formateur(s) : C. Dumartin, C. Gautier, J-C. Labadie, C. Léger, S. Marie, P. Parneix et D. Zaro Goni.

- Sept sessions de formation destinées à la maîtrise du maniement de **logiciel EPI INFO :**

* 5 sessions **multi-réseaux** (Bordeaux les 31 janvier, 28 mars et 21 novembre, Toulouse les 25 février et 30 avril, Limoges le 18 mars et Poitiers le 17 juin 2003) (**47 participants** au total pour **49 heures** de formation).

Formateur(s) : C. Aubaret, S. Marie et E. Reyreaud

- **Quatre sessions de formation** sur le risque infectieux et sa prévention destinées à des professionnels libéraux à savoir :

* L'hygiène au cabinet médical d'Angiologie (Médecins angiologues libéraux de la région Aquitaine) (16 octobre 2003) (22 personnes, 7 heures de formation).
Formateur(s) : C. Gautier, D. Pilles.

* Gestion des déchets en milieu libéral (journée CCRéSSA Aquitaine) (6 novembre 2003) (40 personnes, 4 heures de formation). Formateur(s) : JC Labadie, P. Parneix.

* Gestion du risque infectieux en autodialyse (journée DRASS Midi-Pyrénées Toulouse) (9 janvier 2003) (50 personnes, 6 heures de formation). Formateur(s) : C. Dumartin, P. Parneix, X. Verdeil.

* Gestion du risque infectieux pour les aides vétérinaires et aides opératoires (14 novembre 2003) (18 personnes, 6 heures de formation). Formateur(s) : D. Zaro Goni.

Autres formations

Aquitaine :

- **une formation sur le risque infectieux en endoscopie** pour des représentants de 7 établissements de santé sous la forme de 2 journées (3-4 avril 2003) (**14 heures de formation**). Cette formation a concerné au total **14** paramédicaux de ces établissements.

- une formation **d'hygiène hospitalière** dans un hôpital local (Hôpital de Nontron) sous la forme de 2 journées (15 et 26 mai 2003) (**14 heures de**

formation). Cette formation a concerné au total **20** personnels médicaux et para-médicaux de l'établissement.

- une formation **d'hygiène hospitalière** dans un centre hospitalier (CH de La Réole) sous la forme de 4 journées (2-3, 23-24 juin 2003) (**28 heures de formation**). Cette formation a concerné au total **16** personnels médicaux et para-médicaux de l'établissement.

- une formation **sur l'hygiène et la prévention des infections nosocomiales pour des infirmiers** issus de différents établissements sous la forme de 4 journées (7-8 avril et 12-13 mai 2003) (**28 heures de formation**). Cette formation a concerné au total **14 infirmiers**.

- trois formations **sur la prévention des AES pour des soignants** issus de différents établissements (Hôpital local de Mauléon le 12 juin, Hôpital local de Nay le 24 septembre et CRF de Salies de Béarn le 25 septembre 2003) (**9 heures de formation**). Cette formation a concerné au total **80 soignants**.

Formateur(s) : F. Bard, E. Galy, C. Gautier, M. Larrède, D. Pilles, M. Thomila et V. Voisin, F. Ribes et D. Zaro Goni.

Guadeloupe :

- **une formation sur le risque infectieux en endoscopie** pour des représentants différents établissements de santé de la région sous la forme d'une journée (20 mai 2003) (**7 heures de formation**). Cette formation a concerné au total **40** paramédicaux de ces établissements.

Limousin :

- **une formation sur le risque infectieux en endoscopie** pour des représentants différents établissements de santé sous la forme d'une journée (15

septembre 2003) (**7 heures de formation**). Cette formation a concerné au total **17** paramédicaux de ces établissements.

- une formation sur **l'utilisation du manuel d'autoévaluation** pour le personnel paramédical de 10 établissements (Limoges) 7 mars 2003 (**7 heures de formation et 13 participants**).

Formateur(s) : S. Marie, D. Zaro Goni

Midi-Pyrénées :

- deux formations sur **l'utilisation du manuel d'autoévaluation** pour le personnel paramédical de différents établissements (Toulouse, 16 et 24 avril 2004 (**14 heures de formation et 36 participants**).

Formateur(s) : E. Galy, D. Zaro Goni

Poitou-Charentes :

- une formation **sur la prévention des infections nosocomiales** pour le personnel technico-commercial d'un laboratoire (Laboratoire Parédes) du 26 au 28 mai 2003 (**21 heures de formation et 4 personnes concernées**).

- six formations **sur l'hygiène des mains** pour des paramédicaux de différentes structures les 20 janvier, 20 et 27 mars, 26 et 29 septembre, 21 octobre et 21 novembre 2003 (**15 heures de formation et 192 personnes concernées**).

- trois formations **sur le port des gants** pour des paramédicaux de deux établissements (Maison de retraite de Chaunay les 6 et 22 mai 2003, Clinique de l'ancienne halle le 27 mai 2003) (**10 heures de formation et 35 personnes concernées**).

Formateur(s) : C. Béneteau, C. Léger.

Interventions dans les établissements de santé

Tableau de synthèse des interventions réalisées en 2003

Type	Nombre d'actions	Nombre de journées
Audit (bilan global initial)	23	49
Audit suite à épidémie	3	7
Autres audit	6	12
Projets architecturaux	4	4
Evaluation de la circulaire 138	18	23
Aide à l'animation d'un CLIN	5	5
Aide à la mise en place du signalement	2	2
Aide à l'utilisation d'EPIINFO	2	2
Autres missions	6	6
Total	69	110

Audits

Le CCLIN a effectué 25 missions d'audit dans des établissements de soins qui donnent lieu à des rapports écrits transmis aux responsables de l'établissement :

Aquitaine:

* Seize audits destinés à faire un bilan des pratiques de lutte contre les infections nosocomiales ont été réalisés dans le cadre du projet régional :

* Hôpital local de Nontron, le 5 février 2003, Hôpital local de Belvès, le 7 avril 2003, Hôpital local de Domme, le 8 avril 2003, Villa Primerose à Hossegor, le 20 mai 2003, Clinique Saint-Antoine de Padoue, le 1^{er} juillet

2003, CRF Les Embruns à Bidart, le 7 juillet 2003, Clinique Pasteur à Bergerac, le 17 juillet 2003, Centre Hospitalier de Lanmary à Antonne (24), le 18 juillet 2003, CLS Pierre Bérégovoy – Morcenx (40), le 29 juillet 2003, CRF Château Ferrié à Penne d'Agenais, le 21/08/03, Hôpital local de Fumel, le 22/08/03, Clinique Mirambeau à Anglet, le 28/08/03, Clinique Jean Villar à Bruges, le 14/11/03, Centre de Soins et Réadaptation « Maison Saint-Louis » à Buglose, le 15/11/03, CH de Cadillac (33), le 25/11/03, CH de Saint Sever (40) le 10/12/03.par C. Gautier et D. Pilles.

* trois audits concernant **l'aide à la mise en place du programme d'action du CLIN** par D. Pilles :

- * Centre Hospitalier d'Arcachon, le 31/07/03
- * Centre Hospitalier de Bergerac, le 25/08/03
- * CHD La Candélie à Agen, le 21/11/03

* un audit concernant **l'investigation de cas d'ISO réalisé** dans une clinique privée (22 et 25 juillet 2003) par P. Parneix et D. Pilles,

* un audit concernant **le fonctionnement du bloc opératoire réalisé** dans une clinique privée (clinique Saint-Vincent de Paul à Dax) (15 décembre 2003) par C. Gautier,

Guadeloupe:

* **Sept** audits destinés à faire un **bilan des pratiques de lutte contre les infections nosocomiales** à l'aide du manuel d'évaluation de la maîtrise du risque infectieux ont été réalisés dans le cadre d'un **projet régional** visant à inclure l'ensemble des 23 établissements de santé de la région en 2003 et 2004 (Y. Arjounin, C. Chérubin et B. Jarrige).

Midi-Pyrénées :

* un audit concernant **l'organisation du bloc opératoire et son architecture** dans un centre hospitalier (CHI du Val d'Ariège) (15 octobre 2003) par E. Galy,

* un audit concernant **l'investigation de cas groupé d'hépatite B** dans une maison de retraite (13 octobre 2003) par C. Dumartin et D. Pilles.

Poitou-Charentes :

* un audit concernant **l'investigation de cas d'infection en maternité** dans une clinique privée (12 février 2003) par C. Léger,

* un audit concernant **la restructuration de la chirurgie** dans un centre hospitalier (CH de Royan) (22 avril 2003) par P. Parneix

Projets architecturaux

Le CCLIN a collaboré à l'élaboration sur plan et au déroulement de **4 projets de restructuration hospitalière** à savoir :

Aquitaine :

* la création d'une réanimation provisoire dans un centre hospitalier (5 février 2003), (CH d'Agen) (P. Parneix),

* la rénovation d'un plateau technique (10 février 2003) (CH de Libourne) (P. Parneix),

* centralisation de la stérilisation de matériel dentaire (2 octobre 2003) (Mutualité 64) (C. Gautier).

Midi-Pyrénées :

* la prévention du risque aspergillaire à l'occasion de travaux dans un centre hospitalier (4 juillet 2003), (P. Parneix),

Missions

Le CCLIN a effectué **au sein d'établissements demandeurs 33 missions de conseil (38 jours d'intervention)** qui ne donnent pas lieu à des rapports écrits spécifiques de la part du CCLIN :

Aquitaine :

* aide à la **définition d'un programme d'actions** dans 3 établissements par C. Gautier et D. Pilles :

* Centre de rééducation fonctionnelle de Salies de Béarn, le 12/06/03,

* Hôpital Local de Mauléon, le 12/06/03,

* Clinique Saint Etienne à Bayonne, le 07/07/03,

* aide à la **mise en place de la prévention du risque aspergillaire lors de travaux** (Polyclinique de Navarre de Pau) (12 juin 2003), C. Gautier,

* aide à la **mise en place d'un programme d'actions** (Centre Toki Eder de Cambo les Bains) (24 mars 2003), D. Zaro Goni,

* aide à l'**animation d'un réseau de correspondants et à la mise en place d'une journée CLIN** (CH de Libourne) (14 octobre et 19 novembre 2003), C. Gautier et D. Pilles,

* aide à l'**évaluation des circuits** (Clinique des Cèdres de Mérignac) (3 décembre 2003), D. Pilles,

Limousin :

* **sensibilisation à l'hygiène des mains** dans un hôpital (8 septembre 2003), S. Marie,

* **aide à la conception et à l'utilisation d'applications spécifiques de surveillance à l'aide du logiciel EPI INFO CRF** de la Forêt à Noth (14 février 2003), S. Marie,

Midi-Pyrénées :

* **aide à la mise en place de protocole** dans la Maison de retraite de Villeneuve su Tarn (31) (19 et 24 mai 2003, E. Galy.

* **aide à la gestion des patients BMR** dans la Maison de retraite Saint-Jacques à Grenade (31) (8 septembre 2003), E. Galy,

* **aide à la mise en place du signalement** (Clinique Pasteur de Toulouse) (12 juin 2003, C. Dumartin.

* **aide à la mise en place du signalement** (Centre Hospitalier de Tarbes) (16 septembre 2003, P. Parneix

Poitou-Charentes :

* **aide à la conception et à l'utilisation d'applications spécifiques de surveillance à l'aide du logiciel EPI INFO** dans un centre hospitalier (CH de Rochefort) (21 janvier 2003), S. Marie,

* **aide à la mise en place d'une stratégie de coopération départementale de l'EOHH** (CH d'Angoulême) (2 juin 2003), P. Parneix,

* aide à la **gestion du risque infectieux** (29 juillet 2003), (Maison de retraite de Saint-Pardoux - 79), C. Léger,

Inter-région :

Le CCLIN a collaboré avec les différentes DRASS à la mise en place **du projet d'évaluation de la circulaire n°138** de mars 2001 sous forme **de 18 missions d'évaluation**. Quatre visites d'évaluation ont été réalisées dans la région Limousin (9/01, 15/01, 6/03 et 17/03/2003). Cinq visites ont été réalisées dans la région Aquitaine (25/02, 26/02, 27/02, 5/03 et 27/03/2003). Quatre visites ont été réalisées dans la région Poitou-Charentes (14/01, 24/01, 31/01 et 6/02/2003) et cinq visites dans la région Midi-Pyrénées (11/03, 20/03, 1/4, 4/04 et 9/04/2003).

Groupes de travail inter-régionaux 2003

Groupe dont les travaux ont été diffusés :

- Un ouvrage intitulé : « **Guide à l'usage des formateurs - Formation du personnel nouvellement recruté** » a été diffusé en avril 2003. Ce document de 147 pages est le fruit d'un groupe régional animé par Madame C. Léger (CCLIN SO - CHU de Poitiers) mis en œuvre dans le cadre d'un programme régional élaboré avec la DRASS de Poitou-Charentes.

Par ailleurs trois recommandations ont fait l'objet d'une réactualisation en 2003 :

- Un document intitulé "**Hygiène et transport sanitaire**" a été diffusé en juin 2003. Ce document de 41 pages est le fruit d'un groupe inter-régional animé par Monsieur J-P. Muller (CH Henri Laborit de Poitiers).

- Un document intitulé "**Prévention de l'infection urinaire. Recommandations pour la pose et la gestion d'une sonde vésicale**" a été diffusé en novembre 2003. Ce document de 29 pages est le fruit d'un groupe inter-régional animé par Monsieur D. Zaro Goni (CCLIN SO – CHU de Bordeaux).

- Un document intitulé : « **Recommandations pour le traitement manuel des endoscopes non autoclavables** » a été diffusé en décembre 2003. Ce document de 40 pages est le fruit d'un groupe inter-régional animé par Madame C. Léger (CCLIN SO - CHU de Poitiers)..

Groupes dont les travaux ont débuté ou se sont poursuivis en 2003 :

- Un groupe régionale pour l'élaboration de recommandations sur **les supports mobiles de soins** est animé par Madame Y. Arjounin (CCLIN SO – CHU de Pointe à Pitre).

- Un groupe de réflexion sur **la méthodologie d'un audit en endoscopie** s'est réuni deux fois en 2003. Ce groupe est animé par Madame E. Galy (CCLIN SO – CHU de Poitiers).

- Un groupe de réflexion sur l'élaboration d'**un guide de gestion d'une épidémie de gale** s'est réuni 4 fois en 2003. Ce groupe est animé par Monsieur S. Marie (CCLIN SO – CH Esquirol de Limoges).

- Un groupe de réflexion sur l'élaboration d'**une grille d'investigation de cas d'ISO** s'est réuni 3 fois en 2003. Ce groupe est animé par Monsieur D. Zaro Goni (CCLIN SO – Chu de Bordeaux).

Instances et groupes de travail nationaux 2003

Les membres de l'équipe du CCLIN SO ont animé ou participé à différents groupes de travaux coordonnés par le CTIN :

- * Groupe permanent désinfection du CTIN (J-C. Labadie, P. Parneix) :
 - * sous-groupes endoscopies (J-C. Labadie)
 - * sous-groupe gaines de protection (C. Gautier).

- * Avis sur la surveillance des ISO (JC Labadie)

- * Audits de pratique (D. Zaro Goni).

* Les responsables du CCLIN SO ont participé aux 4 réunions du CTIN et aux 3 réunions du RAISIN qui se sont déroulées en 2003.

* Le CCLIN SO a participé aux différents groupes de travail sur la méthodologie de surveillance du RAISIN (G. Chauvin, C. Gautier, J-P. Gachie, J-C. Labadie, N. Marty, P. Parneix, E. Reyreaud).

- * Le CCLIN SO a en charge l'animation du groupe RAISIN sur la surveillance nationale des AES (P. Parneix).

- * Le CCLIN SO a en charge l'animation du groupe RAISIN sur les outils informatique de surveillance épidémiologique (P. Parneix).

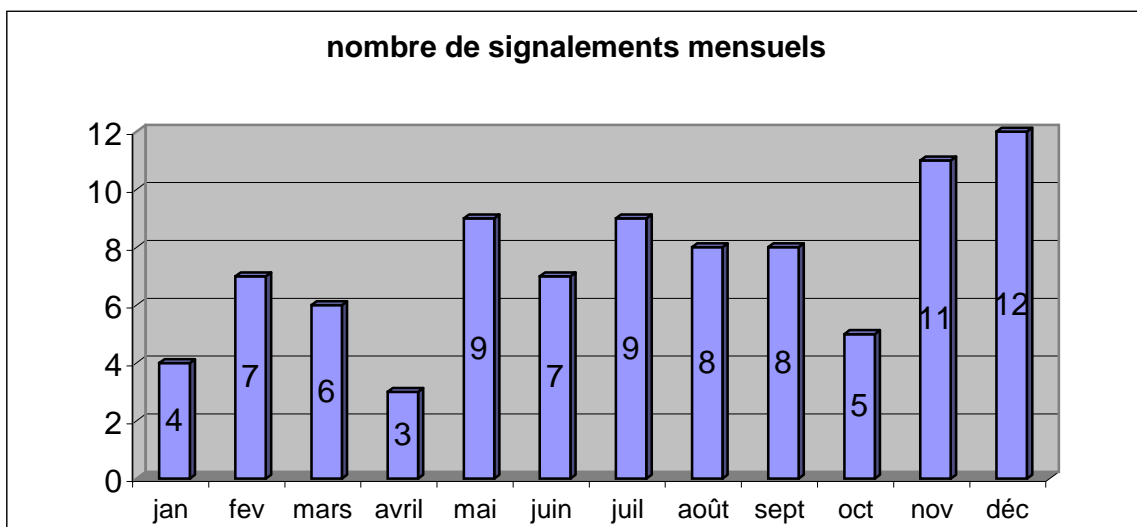
- * Le CCLIN a collaboré au projet concernant l'infection à VHC en hémodialyse (C. Dumartin).

* Les membres de l'équipe du CCLIN SO ont participé aux réunions du réseau inter-CCLIN NOSOBASE sur le fonctionnement de la base de données documentaire nationale (C. Dumartin, P. Parneix,).

Signalement obligatoire des infections nosocomiales

En 2003, **89 signalements** ont été adressés au CCLIN SO en provenance des régions suivantes :

- Aquitaine : 37
- Guadeloupe : 1
- Guyane : 1
- Limousin : 6
- Martinique : 0
- Midi-Pyrénées : 33
- Poitou-Charentes : 11



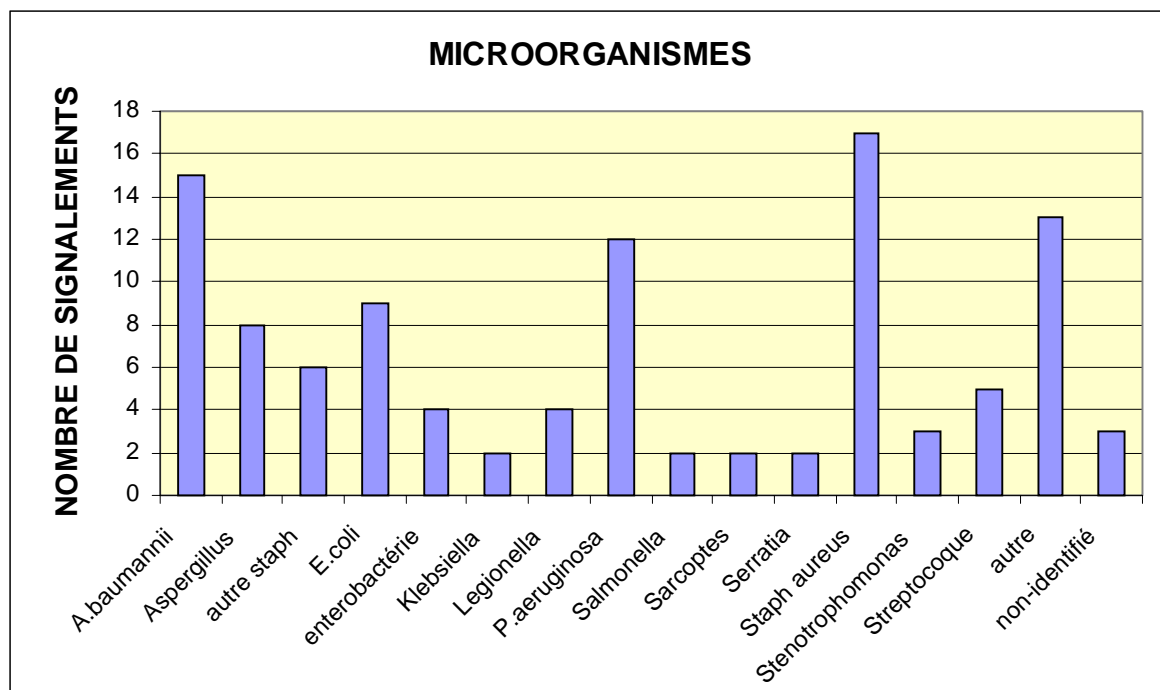
Sept de ces épisodes (7,9%) ont nécessité une aide extérieure à l'établissement déclarant. Au total la charge de travail générée par l'ensemble des signalements pour le CCLIN a été estimée à **37 journées de travail** médical ou paramédical sans compter le travail de secrétariat.

Ces 89 signalements ont concerné 298 patients, dont 62 décès.

Sur ces 89 signalements, on recense 131 critères de signalement (42 signalements à critères multiples). La ventilation de ces signalements en fonction de leur nature est la suivante :

Critères du signalement	Proportion
1a	30 %
1b	15 %
1c	11 %
1d	6 %
2	17 %
3	12 %
4	3 %
Autre	8 %

La ventilation des microorganismes en cause dans les infections signalées est la suivante :



En 2003, **une journée régionale** visant à dynamiser la mise en place du signalement des infections nosocomiales a été réalisée à **Toulouse** le 20 mai 2003.

A la fin 2003, **290 établissements** sur 462 (**63%**) ont transmis au CCLIN le nom du responsable du signalement de leur structure (32% en 2002).

Réseau des responsables du signalement

- Cent-neuf pour la région Aquitaine (43 en 2002),
- Un pour la région Guadeloupe (1 en 2002) :
- Vingt-un pour la région Limousin (23 en 2002),
- Cent-huit pour la région Midi-Pyrénées (13 en 2002),
- Cinquante et un pour la région Poitou-Charentes (51 en 2002)..

Projets multicentriques de surveillance et d'évaluation

Le CCLIN a géré en 2003 **les 5 projets de surveillance** suivants :

- * prévalence des infections nosocomiales,
- * surveillance des AES,
- * surveillance des ISO,
- * surveillance des BMR.
- * surveillance des infections nosocomiales en maternité.

Enquête de prévalence des infections nosocomiales :

Une enquête de prévalence des infections nosocomiales a été réalisée durant les mois de novembre et décembre 2003. Dans la dynamique de l'enquête de prévalence nationale de 2001 nombres d'établissements ont souhaité s'associer à ce projet de surveillance.

Le **nombre d'établissements** ayant renvoyé leurs données est de **221** et l'analyse est en cours de réalisation.

Surveillance des AES

Cette enquête placée sous l'égide du C.CLIN Sud-Ouest a été proposée à tous les établissements de soins publics ou privés ayant un CLIN identifié par celui ci. La participation à l'enquête était basée sur le volontariat des établissements et nécessitait l'accord mutuel du Président de CLIN de l'établissement et du Médecin du Travail.

La surveillance se déroulant sur une année ce sont donc les données 2002 qui ont été analysées en 2003.

Résultats

Quatre vingt sept établissements ont participé à la surveillance qui s'est déroulée du 1^{er} janvier au 31 décembre 2002 (liste en annexe).

Parmi ceux ci, on recense 5 CHU, 29 centres hospitaliers, 10 établissements privés participant au service public, 26 cliniques privées, 5 établissements spécialisés en psychiatrie (dont 4 publics), 1 hôpital militaire, 1 centre de lutte contre le cancer, 1 centre de rééducation fonctionnelle privé, 7 hôpitaux locaux, 1 centre de dialyse privé et 1 EPCD de soins pluridisciplinaires.

Au cours de la période, **3358 accidents d'exposition au sang** ont été recensés (étendue : 0 à 431).

Taux d'incidence des AES

Taux pour 100 aides-soignant(e)s équivalents temps plein

	2002	2001
Nombre d'AES notifiés chez les aides-soignant(e)s	407	312
Nombre d'aides-soignant(e)s	12732	13523
Taux d'AES pour 100 aides-soignant(e)s	3.2	2.3
Intervalle de confiance à 95%	2.9 - 3.5	2.1 - 2.5

2001 : en équivalents temps plein, N=82 établissements

2002 : en équivalents temps plein, N=80 établissements

Taux pour 100 médecins équivalents temps plein

	2002	2001
Nombre d'AES	106	64
Nombre de médecins	3122	2839
Taux d'AES pour 100 médecins	3.4	2.3
Intervalle de confiance à 95%	2.8 - 4.1	1.7 - 2.9

2001 : en équivalents temps plein, N=51 établissements

2002 : en équivalents temps plein, N=65 établissements

Taux pour 100 infirmier(e)s équivalents temps plein

	2002	2001	2000
Nombre d'AES notifiés chez les infirmier(e)s*	1507	1377	1542
Nombre d'infirmier(e)s	18856	26631	23447
Taux d'AES pour 100 infirmier(e)s	8.0	5.2	6.6
Intervalle de confiance à 95%	7.6 - 8.4	4.9 - 5.5	4.2 - 9.0

*IDE+IBODE+IADE

2000 : en effectifs, N=87 établissements

2001 : en équivalents temps plein, N=83 établissements

2002 : en équivalents temps plein, N=81 établissements.

Commentaires

Cette troisième enquête multicentrique réalisée par le C.CLIN Sud Ouest a de nouveau impliqué dans une action de surveillance par enquête d'incidence un grand nombre d'établissements, confirmant ainsi l'importance non négligeable de ce réseau. Les données ainsi obtenues sur 3358 accidents avec exposition au sang ont permis d'obtenir une large documentation sur ceux ci, nous permettant d'affiner notre connaissance épidémiologique.

Comme il est classiquement observé, c'est le personnel para-médical qui a déclaré le plus auprès de la médecine du travail; le personnel infirmier à lui seul étant concerné par 48.4% des AES recensés. Cette profession, dans ses pratiques quotidiennes est la plus exposée et de ce fait, est également la plus sensibilisée au risque. Elle déclare donc plus facilement auprès de la médecine du travail. Mais cette nouvelle surveillance confirme la part non négligeable des déclarations faites par le personnel médical, seconde catégorie la plus accidentée, avec pour exemple un nombre d'AES déclarés par les chirurgiens et anesthésistes-réanimateurs en augmentation par rapport aux données de l'année 2001.

Quelle que soit la catégorie professionnelle, la couverture vaccinale vis à vis de l'hépatite B est importante et est plus élevée qu'en 2001. Sur l'ensemble de la

population des accidentés, ce taux est de 98.6% (personnels vaccinés et immunisés).

La grande majorité des accidents déclarés sont des accidents percutanés avec pour origine la plus fréquente une piqûre. Si la proportion de ces accidents se maintient, on note cependant un accroissement des déclarations d'accidents à plus faible risque de transmission; ainsi, par exemple, le nombre d'AES avec piqûre superficielle liés à une injection sous cutanée est en augmentation ce qui présuppose une bonne déclaration des AES. Ci dessous, la proportion des AES avec mention d'exposition superficielle pour les 3 années de surveillance :

	2000			2001			2002		
	Total	N	%	Total	N	%	Total	N	%
Piqûre	2428	1423	58.6	2251	1367	60.7	2499	1591	63.7
Coupure	348	209	60.1	345	218	63.2	380	238	62.6
Projection	354	92	26.0	387	103	26.6	406	287	70.7

N : piqûres, coupures superficielles, projections sur peau non lésée.

L'injection est le geste le plus fréquemment en cause, acte infirmier fréquent pour lequel il existe peu de matériel sécurisé. La plupart des injections concernent l'administration d'insuline à l'aide d'un stylo, matériel qui requiert un recapuchonnage afin de remplacer l'aiguille, ainsi que l'administration d'héparine en sous cutanée. On note par ailleurs une légère diminution des AES survenant lors d'un prélèvement, soin pour lequel il existe un plus large panel de matériels de sécurité.

Les AES surviennent le plus souvent après le geste (51.5%), lors de manipulations par le soignant d'instruments souillés avant leur élimination. Ces accidents apparaissent plus facilement évitables que ceux survenant lors de la réalisation du geste. Si nous considérons à l'instar du GERES et du C.CLIN Paris Nord les AES survenus après le geste et liés au non respect des Précautions Standard (détail en annexe), ce sont 46% des accidents qui auraient pu être évités, proportion élevée et stable puisqu'en 2001 celle ci était de 44.5%. Le port des gants

bien que plus fréquent qu'en 2001 demeure trop peu respecté, notamment lors de la réalisation d'une injection avec un taux d'utilisation de gants inférieur à 35%.

L'utilisation du conteneur quant à elle bien est fonction du geste réalisé. Ainsi pour la réalisation d'une injection sous-cutanée, geste peu invasif et rapide, 44.2% des soignants dispose d'un conteneur mais ne l'emporte pas dans la chambre du patient (classiquement celui ci est laissé sur le chariot de soins dans le couloir); pour la manipulation d'une chambre implantable, cette proportion n'est que de 28.6% et pour des gestes plus invasifs comme la réalisation d'hémocultures, elle n'est plus que de 20%.

La proportion d'AES avec patient source VHC+ ou VIH+ est stable; de même que la proportion d'AES avec statut sérologique du patient source inconnu. La proportion des accidentés ayant bénéficié d'une surveillance sérologique initiale et ultérieure est stable. La surveillance ultérieure est réalisée dans 98.5% des cas d'AES avec patient source identifié VHC ou VIH positif. On note par ailleurs que pour 2277 AES avec patient source VHC, VIH et HBS négatif une surveillance ultérieure a tout de même été prescrite.

En conclusion, cette troisième enquête multicentrique ne montre pas d'évolution des circonstances de survenue des accidents avec exposition au sang mais permet de mieux caractériser les AES recensés dans l'inter-région, offrant ainsi des pistes de réflexion autour des moyens de prévention à renforcer tels que le port des gants ou encore une utilisation plus adaptée des conteneurs. Il persiste encore 14% de situations où le conteneur est inadapté ou indisponible, et il faudrait tendre vers la disparition de ces situations.

Il faut souligner depuis 2000, une tendance à une meilleure observance des précautions standards. Toutefois, en terme d'incidence, on note une légère hausse difficile à interpréter ; avec une incidence qui reste comparable à celle des autres réseaux de surveillance.

En termes de matériel, les injections sous cutanées posent des problèmes toujours non résolus à ce jour (respectivement 491 et 522 AES en 2001 et 2002).

Parmi ceux ci, les stylos à insuline restent les premiers pourvoyeurs d'AES (166 en 2001 et 238 en 2002). Il faut également relever les risque liés aux héparines de bas poids moléculaire avec 148 AES en 2001 et 110 AES en 2002 dont respectivement 44 et 43 AES liés à du matériel dit de sécurité. Un autre axe majeur de réflexion à développer au regard de ces trois années d'existence du réseau porte sur la connaissance du statut du patient source, notamment vis à vis du VHC. Sachant que celle ci conditionne la prise en charge ultérieure du soignant, il est à déplorer que dans un quart des cas ce statut reste inconnu exception faite des AES sans patient source identifiable, ceci malgré une sensibilisation toujours croissante au risque de contamination.

Surveillance des infections nosocomiales en maternité

Le risque infectieux en maternité a déjà été abordé dans le cadre de nos réseaux de surveillance au travers du suivi des infections du site opératoire dans cette discipline. Toutefois, les ISO ne sont pas les seules causes d'infections nosocomiales en maternité. Il a donc fallu élaborer une étude plus spécifiquement adaptée aux situations rencontrées dans cette spécialité, prenant en compte à la fois des données sur la mère et d'autres sur le nouveau-né.

Aussi le conseil d'orientation du CCLIN SO a décidé de mettre en place une étude pilote sur la faisabilité dans notre région. Ce projet est le fruit du travail d'un groupe méthodologique, qui a appuyé sa réflexion sur les acquis du réseau du CCLIN Sud-Est et sur l'expérience du CHU de Toulouse.

** Participation des maternités :*

124 maternités ont reçu une proposition de participation par le CCLIN Sud-Ouest. 42 maternités ont répondu favorablement à cette proposition ; parmi elles 38 ont effectivement participé à cette enquête (31% de participation sur l'ensemble du réseau).

** Durée du recueil des données : - 3 mois de février à avril 2003 : 27 maternités*

- 3 mois (autre période du 1^{er} semestre 2003) : 2 maternités
- 3,5 à 4 mois : 7 maternités
- 5 mois : 1 maternité
- 1 mois : 1 maternité

** La population :*

7190 accouchées ont été suivies au sein de ce réseau de maternités.

Parmi ces femmes, 102 ont eu des jumeaux et 1 des triplés.

Parmi les 7190 accouchées suivies :

-127 femmes (1.8%) infectées ont été recensées :

81 AVB (1,5%) et 46 césariennes (3,2%)

- pour 177 femmes, la variable infection a été codée inconnue.

Au sein du réseau de la région Sud-Ouest, 38 maternités (issues de 37 établissements) ont participé à cette enquête, dont :

- 24 maternités de niveau 1
- 8 maternités de niveau 2
- 6 maternités de niveau 3

NB : - niveau 1 : maternité assurant des accouchements eutociques, sans unité de néonatalogie

- niveau 2 : maternité disposant d'une unité de néonatalogie

- niveau 3 : maternité disposant d'une unité de réanimation maternelle et d'une unité de réanimation néonatale

NIVEAU DE LA MATERNITE	NBRE D'ACCOUchemENTS	NBRE D'INFECTEES
Niveau 1	3349	54 (1.6%)
Niveau 2	1428	31 (2.2%)
Niveau 3	2236	42 (1.9%)
TOTAL	7013	127 (1.8%)

On retrouve dans cette enquête des taux d'infection nosocomiale de la mère (1,8%) et du nouveau-né (0,6%) globalement identiques à ceux des autres réseaux de surveillance française.

Chez la mère, la moitié des infections sont des atteintes urinaires, puis par ordre décroissant les fièvres inexplicables, les endométrites, les infections d'épisiotomie, les infections du site opératoire, les bactériémies, l'infection locale sur cathéter et une infection pulmonaire. Chez le nouveau-né les infections oculaires sont les plus fréquentes (23%) puis les infections générales et enfin les infections urinaires et cutanées (chacune 1/5 des cas).

Malgré la fréquence de l'infection urinaire de la mère, seul un facteur de risque principal se dégage de cette étude : il s'agit des sondages évacuateurs dont le nombre augmente le risque d'infection urinaire. La fréquence de cette infection est à souligner : c'est certes l'infection nosocomiale la plus fréquente quelle que soit la spécialité médicale en question, mais l'audit des pratiques réalisé par le CCLIN-SO en 2001 avait déjà appuyé sur le fait que la technique du sondage urinaire était moins bien maîtrisée dans les maternités. Peut-être cet axe de prévention pourra-t-il dans l'avenir être rediscuté ?

Pour l'endométrite, aucun facteur de risque n'a pu être mis en évidence (défaut de puissance possible de l'étude ?). L'analyse du réseau Sud-Est met en évidence les facteurs de risque suivants : une anesthésie générale, le sondage vésical, la perte de sang, le caractère urgent de la césarienne et la chirurgie par la méthode de Cohen.

Un fait essentiel en terme de frais d'hospitalisation se dégage : l'infection nosocomiale augmente la durée de séjour de 2,4 jours tous types d'accouchement confondus (l'augmentation de la durée du séjour en Sud-Ouest est plus importante que pour le Sud-Est).

La notion d'antibioprophylaxie méritera d'être mieux définie et mieux renseignée dans l'avenir : il existe en effet de nombreuses disparités entre les différents établissements : question mal posée ? le « flash » d'antibiotiques lors d'une césarienne a-t-il toujours été noté sur la fiche de recueil ? la différence de pratique est-elle réelle ? Il ressort à propos de cette pratique une grande différence avec le réseau Sud-Est d'où ces interrogations.

Enfin, on peut constater que la fréquence des infections nosocomiales ne varie pas selon le type d'établissement : ni le niveau de la maternité, ni son statut public /

privé, ni son expérience en terme de nombre d'accouchements par an ne font varier la fréquence des infections.

Le problème des valeurs manquantes est aussi à souligner : une partie de l'information manque alors pour l'exploitation des données et peut ainsi fausser quelques résultats d'analyse. Lors de cette enquête, les données manquantes concernent surtout la présence ou pas d'une infection vaginale à l'entrée (31%), le nombre de touchers vaginaux pendant le travail (11%), la durée de rupture de la poche des eaux (7%) ainsi que le nombre de sondages évacuateurs (6%).

Ainsi, cette enquête donne des résultats en majorité proche de ceux du réseau Sud-Est. La prochaine surveillance des infections nosocomiales en maternité s'intégrera au sein d'une enquête nationale dans le cadre du RAISIN.

Surveillance des infections du site opératoire

Sur une période de quatre mois, de janvier à mai 2002, chaque service volontaire pour participer au réseau a rempli pour chaque patient opéré une fiche de recueil. Celle-ci comprenait les items minimum nécessaires à la surveillance de l'infection du site opératoire. Chaque service devait inclure un minimum de 100 patients pour que les données recueillies soient suffisamment pertinentes pour être transmises à l'échelon national et avoir un sens au niveau local. Toutefois, cet élément ne constituait pas un critère d'inclusion impératif pour cette analyse. Le dernier mois, mai, devait être consacré au suivi des patients inclus. Ce suivi devait, si possible, durer jusqu'au 30^{ème} jour après l'intervention.

Résultats

Au total, **157 services ou unités de chirurgie** de **54 établissements** ont été volontaires pour participer à cette surveillance (cf. annexe 3).

Au cours de la période, **21212 interventions chirurgicales** ont été incluses. **403 infections du site opératoire** ont été décelées, soit un **taux d'incidence global de 1.9 pour 100 patients opérés**, tous types de chirurgie et d'interventions confondus.

Commentaires :

Depuis sa mise en place en 1995, le réseau de surveillance des infections du site opératoire de l'inter-région Sud-Ouest n'a cessé d'évoluer : connaissant tout d'abord un important élargissement du panel des établissements participant en 1999, avec notamment une participation croissante des établissements privés. En 2001, on observait une forte augmentation du nombre de services d'établissements privés parallèlement à une diminution en proportion des services d'établissements publics. Cette année, le nombre de ces derniers atteint une valeur jusque là jamais observée, parallèlement à une diminution en proportion des services

d'établissements privés. Par ailleurs, la participation des établissements se maintient d'année en année.

L'élément majeur qui accompagne l'évolution des caractéristiques des services participant est l'augmentation de la proportion des interventions moins à risque. L'augmentation de la proportion des interventions d'index NNIS égal à 0 ou 1 observée en 2001 et en 2002 se confirme cette année (89.3% des interventions). Si l'âge moyen des patients tend légèrement à augmenter au fil des surveillances, toutefois une large majorité de patients a un score ASA inférieur à 3 et donc un bon état général. La faible durée de séjour parle aussi dans ce sens.

	1999		2000		2001		2002		2003	
Taux d'infections brut	2.0%		2.1%		1.6%		1.4%		1.9	
SCORE NNIS	%	Taux	%	Taux	%	Taux	%	Taux	%	Taux
0	61.7	1.1	58.8	1.0	71.6	0.8	65.3	0.8	62.1	1.1
1	25.2	3.2	25.8	3.2	19.6	3.3	26.1	2.0	27.2	2.9
2	7.0	5.5	5.1	8.6	4.3	6.5	3.9	5.8	4.3	7.3
3	0.4	19.3	0.4	21.7	0.3	9.2	0.3	11.8	0.3	19.0

% : proportion des interventions.

Conclusion

L'objectif principal de ce réseau de surveillance est atteint puisque chaque service dispose d'un taux d'ISO standardisé lui permettant de se situer. En effet, s'il est hasardeux d'établir des comparaisons entre les résultats des différentes années de surveillance en raison de la variation des services participants et du changement de la population des patients d'une surveillance à l'autre, l'utilisation d'une méthodologie standardisée et l'ajustement des taux d'ISO en fonction de l'index NNIS autorisent les services à situer leur taux d'ISO par rapport à l'ensemble des services participants, et ce pour des niveaux de risque comparables. Cette enquête démontre de nouveau la nécessité d'effectuer un suivi post-opératoire à 30 jours car cette année ce sont 42.4% des ISO qui sont survenues après la sortie du service.

Surveillance des bactéries multirésistantes

Au total **64 laboratoires** du réseau **issus de 64 établissements** ont participé à cette surveillance. Parmi les établissements concernés, on recense 4 CHU (5 laboratoires), 35 centres hospitaliers dont 3 spécialisés (33 établissements publics, 2 PSPH), 21 établissements MCO (16 établissements privés, 5 PSPH), 1 hôpital local, 1 hôpital militaire (PSPH), 2 centres de soins de suite et de réadaptation (PSPH).

Tous les établissements ont effectué la surveillance conjointe des *Staphylococcus aureus* résistants à la méticilline et des entérobactéries productrices de bêta-lactamases à spectre étendu.

SURVEILLANCE DES *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* RESISTANTS A LA METICILLINE

Au cours de la période de surveillance, les laboratoires participant ont répertorié **4046 souches** de *S. aureus* pour lesquelles la sensibilité à l'oxacilline était renseignée dans tous les cas. Au total, 1607 souches résistantes ont été recensées **soit un pourcentage de résistance à la méticilline de 39.7%**.

Origine des souches multirésistantes de *S. aureus* (n=1607).

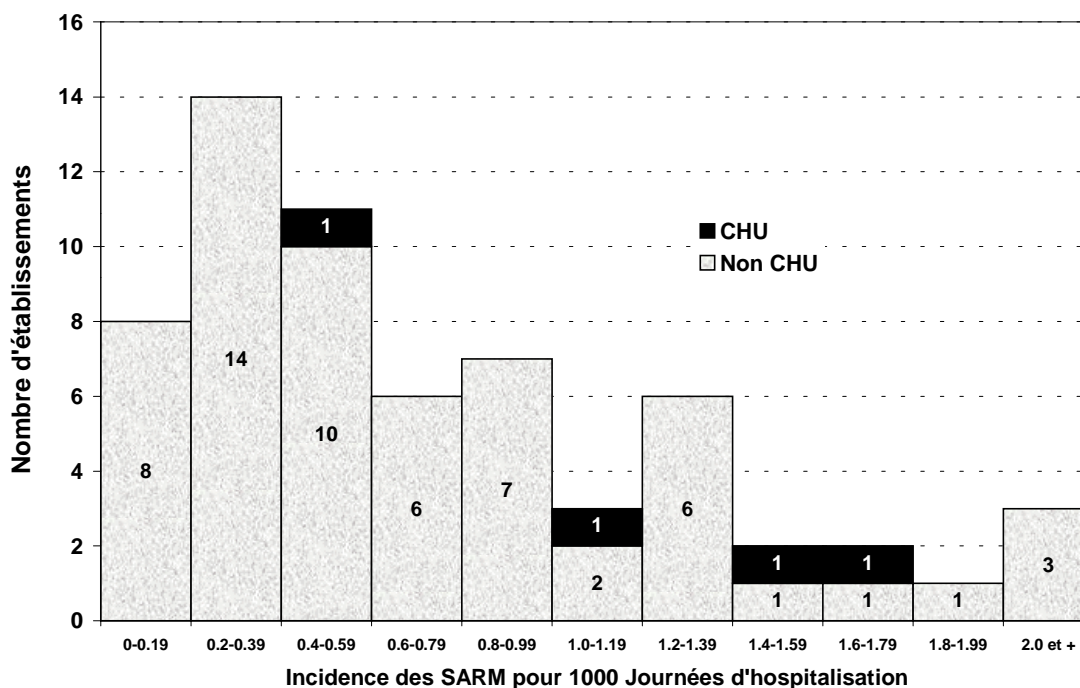
	N	%
Acquise dans le service	951	59.2
Importée d'un autre hôpital	649	40.4
Non précisée	7	0.4

Le délai médian d'acquisition dans le service est de 18 jours.

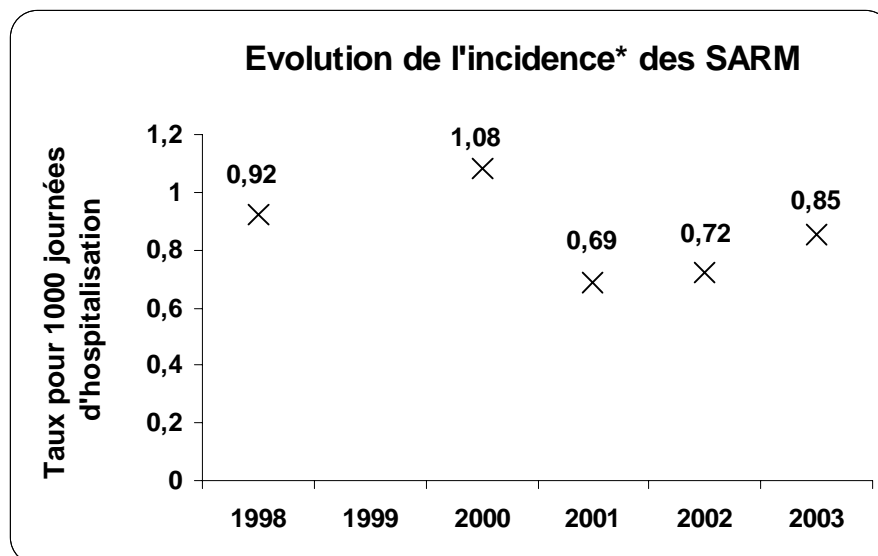
Incidence (hors psychiatrie).		N
<u>Pour 1000 j. d'hospitalisation</u>	0.85 (1575/1855370)	58
% admis, court séjour	0.64 (1253/197305)	55
Pour 1000 j. d'hospitalisation en court séjour	1.06 (1254/1184679)	57
% admis, réanimation	2.11 (191/9045)	42
<u>Pour 1000 j. d'hospitalisation en réanimation</u>	1.83 (191/104213)	41
% admis, soins de suite, réadapt., SLD	4.39 (321/7317)	40
<u>Pour 1000 j. d'hospit. en S. suite, réadapt., SLD</u>	0.48 (321/670691)	41
% admis en psychiatrie	0.27 (15/5460)	16**
<u>Pour 1000 j. d'hospitalisation en psychiatrie</u>	0.10 (15/149185)	16**

** services de psychiatrie dont 3 en établissements spécialisés.

Figure 2 : Distribution des établissements selon le taux d'incidence des SARM pour 1000 journées d'hospitalisation (N=63).



Ci dessous, l'évolution du taux d'incidence global des SARM pour 1000 journées d'hospitalisation (1998-2003) suivie de la répartition des différents types d'établissements selon leur taux d'incidence des souches SARM pour 1000 jours



d'hospitalisation.

SURVEILLANCE DES ENTEROBACTERIES PRODUCTRICES DE BLSE

Tous les établissements ayant participé à la surveillance des SARM ont également participé à cette surveillance.

Le recueil a concerné 315 souches d'*Enterobacter aerogenes* et 787 souches de *Klebsiella pneumoniae* pour lesquelles la production de BLSE était renseignée dans tous les cas. Parmi celles ci, 130 étaient productrices de BLSE.

Par ailleurs le recueil concernait toutes les souches d'entérobactéries autres qu'*Enterobacter aerogenes* et *Klebsiella pneumoniae* et *exclusivement productrices de BLSE. Ces dernières étaient au nombre de 198.

Proportion de souches multirésistantes parmi les *Klebsiella pneumoniae* et les *Enterobacter aerogenes* selon le type de prélèvement.

	SOUCHES				
	TOTAL	S	%	R	% R
Tous prélèvements	1102	972	88.2	130	11.8
Souches selon le type de prélèvement (N=1099)					
Urines	570	502	88.1	68	11.9
Hémocultures	111	99	89.2	12	10.8
Prélèv. respiratoires :					
- non protégés (autres)	171	152	88.9	19	11.1
- protégés (LBA, brosse)	38	32	84.2	6	15.8
Pus profond, séreuse	40	36	90.0	4	10.0
Dispositifs intravasculaires	11	9	9/11	2	2/11
Autres	163	144	88.3	19	11.7

Taux d'incidence pour 1000 journées d'hospitalisation de plus de 24h (hors psychiatrie).

<u>Type de séjour</u>	KpBLSE	EntBLSE	Autres EBLSE	Total BLSE
	/000 j. d'hosp.	/000 j. d'hosp.	/000 j. d'hosp.	/000 j. d'hosp.
Court séjour	0.03	0.06	0.13	0.21
dont SI, réa	0.12	0.15	0.10	0.37
SSR et SLD	0.02	0.03	0.06	0.11
Total	0.02	0.05	0.11	0.17

(Court séjour N=54, SSR-SLD N=43, Réanimation N=43).

L'incidence pour 1000 j d'hospitalisation des entérobactéries productrices de BLSE en court séjour est légèrement supérieure par rapport à 2002 (0.20 contre 0.16 en 2001 et 2002). Toutefois, cette année un patient ayant eu plusieurs prélèvements positifs au cours de plusieurs séjours dans l'établissement pendant la période devait être inclus autant de fois que de séjours pendant la période d'enquête, les données d'incidence présentées les années précédentes quant à elles ne prenaient en compte que le 1^{er} séjour, les comparaisons ne peuvent donc être menées.

ET DE LA RESISTANCE BACTERIENNE

Cette enquête a été réalisée de manière rétrospective sur la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2002. La participation était basée sur le volontariat et une proposition de participation a été adressé à tous les présidents de CLIN de l'interrégion recensés dans la base du CCLIN (395 en février 2003). Les établissements volontaires devaient retourner leurs données, sous forme papier et sous forme informatique avant le 31 mai 2003.

Les données ont été recueillies grâce à un questionnaire composé de quatre volets :

- Volet 1 : Données administratives : les données administratives recueillies concernaient la taille, le type et le statut de l'établissement, son activité en nombre de journées d'hospitalisation de plus de 24 heures et en nombre d'admissions pour des séjours de plus de 24 heures, pour chaque spécialité, sur l'année 2002.
- Volet 2 : Politique d'utilisation des antibiotiques : cette partie du questionnaire avait été élaborée à partir de la circulaire du 2 mai 2002 et du questionnaire proposé dans une précédente enquête menée en 1999. Afin d'avoir une image globale du niveau de mise en place de ces recommandations, un score a été calculé pour chaque établissement, en affectant des valeurs aux réponses données pour certaines questions.
- Volet 3 : Consommation des antibiotiques : des tableaux permettaient de relever les consommations d'antibiotiques pour l'année 2002, en grammes par molécule et par discipline. Les consommations des services d'hôpital de jour, des urgences, des consultations et les rétrocessions externes étaient exclues du champs de l'étude. Lors de l'analyse, le nombre de DDJ a été rapporté à 1000 journées d'hospitalisation à partir des données administratives recueillies auprès des établissements. Des regroupements de molécules par familles d'antibiotiques ont été effectués afin de permettre une comparaison plus aisée.

- Volet 4 : Résistances bactériennes : Les établissements étaient invités à donner des renseignements sur la sensibilité de cinq bactéries ou espèces bactériennes : *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella spp*, *Enterobacter spp* et *Escherichia coli* à certains antibiotiques.

Sur les 395 établissements sollicités, 116 ont répondu vouloir participer à l'étude. 99 ont effectivement répondu de manière totale ou partielle au questionnaire proposé (Liste des établissements ayant répondu en annexe 4). 22 établissements ont répondu aux seuls volets concernant la politique d'utilisation des antibiotiques et la consommation des antibiotiques ; 77 établissements ont participé à l'intégralité de la surveillance, y compris la surveillance de la résistance bactérienne (tableau).

Consommation en nombre de DDJ, tous antibiotiques confondus, rapportée à l'activité en fonction du type d'établissement

Type	Nombre ES	Nombre de lits	Nombre de DDJ pour 1000 JH*
CHU	3	3390	501
CH	33	11547	317
HL	8	648	131
MCO	25	3031	417
CLCC	1	148	313
EHP	8	2353	79
ESSR	21	2128	192
Ensemble des ES	99	23245	311

*JH : journées d'hospitalisation

Cette enquête rétrospective sur la consommation des antibiotiques et la résistance bactérienne a permis de mobiliser 99 établissements de l'interrégion Sud-Ouest, représentant 23 245 lits d'hospitalisation et plus de 7 millions de journées d'hospitalisation en 2002. A cet égard, il s'agit d'une des enquêtes multicentriques les plus importantes réalisée sur ce thème. Les résultats obtenus permettent de disposer de données sur la politique d'utilisation des antibiotiques, les quantités d'antibiotiques consommées et les résistances bactériennes observées, pour des ensembles d'établissements en fonction de leur taille, leur type d'activité, et par spécialité médicale. Ces données permettent aux établissements de se situer par rapport à un ensemble d'établissement de même taille ou de même type de façon globale mais aussi pour une spécialité donnée.

Une précédente enquête, basée sur une méthodologie comparable, avait été menée par le CCLIN Sud-Ouest en 2000, sur les données 1999. 49 établissements avaient participé à cette enquête. Une enquête complémentaire avait été conduite sur les établissements de Gironde, en collaboration avec la DRASS d'Aquitaine. Au total, 77 établissements avaient participé à l'une ou l'autre de ces enquêtes.

Politique d'utilisation des antibiotiques développées par les établissements

La comparaison des résultats en matière de politique antibiotique entre les données « 1999 » et celles de 2002 montrent une proportion plus importante d'établissements ayant tenu des réunions sur le thème des antibiotiques (63% en 2002 vs 41,5% en 1999). Des progrès notables sont également observés en ce qui concerne la diffusion d'information sur les consommations des antibiotiques et sur les résistances bactériennes (76% en 2002 vs 49% et 54% respectivement en 1999). La diffusion des moyens informatiques pour l'analyse des prescriptions et la gestion des dispensations reste limitée, malgré les recommandations diffusées depuis l'ANDEM en 1996. Les scores moyen et médian, reflétant la mise en place des recommandations diffusées depuis 1996 et reprises dans la circulaire du 2 mai 2002, atteignent tout juste la moyenne (5/10). Les établissements de moins de 100 lits sont plus souvent au dessous de cette moyenne. Plus de la moitié des établissements n'avaient pas mis en place en 2002 de référent ou de correspondant « antibiotiques ».

Consommation des antibiotiques

Une grande variabilité est observée en fonction des spécialités, ce qui souligne l'importance de prendre en compte la typologie des patients pris en charge pour toute comparaison. Ainsi, le nombre de DDJ, tous antibiotiques confondus, pour 1000 hospitalisations varie de 80 en psychiatrie à 1126 en USI-réanimation. Globalement, la consommation d'antibiotique ramenée à l'activité en court séjour est deux fois plus importante qu'en moyen séjour, et quatre fois plus importante qu'en long séjour. Sur l'ensemble des antibiotiques, les pénicillines, associées ou non ou inhibiteurs de betalactamases représentent plus de la moitié des DDJ, loin devant

les quinolones urinaires et systémiques (un sixième) suivie par les C3G et les macrolides (1/14^e chaque).

Résistance bactérienne aux antibiotiques

Par rapport à l'enquête menée en 2000, seul quelques couples « bactérie (ou espèce) – antibiotiques » ont été retenus. En effet, la résistance bactérienne est liée pour une part à la pression de sélection antibiotique et pour une autre part à la diffusion de bactéries résistantes du fait d'une mauvaise observance des précautions d'hygiène. Les couples retenus sont ceux susceptibles de constituer des indicateurs comme préconisé dans la circulaire du 2 mai 2002. La mise en relation d'une consommation antibiotique avec la résistance bactérienne reste difficile dans le cadre d'une enquête rétrospective multicentrique, portant sur les données agrégées d'une année, dans des établissements très différents en terme de développement d'une politique de bon usage des antibiotiques. Des analyses complémentaires sont nécessaires afin d'affiner cette relation. Des études espagnoles () ont montré un lien entre la consommation antibiotique et le niveau de résistance bactérienne à ces antibiotiques dans les mois suivants.

Conclusion

La réalisation de cette enquête a mobilisé un grand nombre d'établissements malgré la complexité du recueil des données nécessaires. L'absence d'informatisation des pharmacies hospitalières et des laboratoires a pu constituer un frein pour un grand nombre d'établissements. Le recueil des données administratives a également paru difficile. Toutefois, les données de cette enquête apportent des éléments d'information indispensables dans le cadre de la politique nationale de bon usage des antibiotiques et de maîtrise de la résistance bactérienne, permettant aux établissements ou spécialités de se situer par rapport à un ensemble et d'analyser les écarts. Aussi cette surveillance sera proposée à nouveau aux établissements de santé du SO en 2005, sur les données 2004.

AUDIT SUR L'UTILISATION DES CHAMBRES A CATHETER IMPLANTE

Cette étude avait pour objectif de mesurer l'écart entre les recommandations diffusées pour la maîtrise du risque infectieux lié aux chambres implantables et les soins effectués par les équipes dans les établissements de santé, en tenant compte des spécificités des patients.

Il s'agit de permettre aux établissements volontaires de mesurer cet écart par l'utilisation d'une méthodologie commune et validée.

L'auto-évaluation a été retenue comme mode de recueil des données pour des raisons de facilité d'organisation et d'économie de temps. De plus, cette technique a l'avantage d'être pédagogique, car elle oblige le professionnel à vérifier, à travers les réponses et les critères proposés, et à se questionner sur le degré de qualité qu'il a produit au cours du soin. Elle a donc le mérite de responsabiliser la personne effectuant les actes de soins.

Sur les 37 établissements participants, 83,8 % déclarent assurer eux-mêmes la pose des chambres à cathéter implantables qu'ils utilisent (n=31).

La pose est intégralement réalisée au bloc opératoire pour 93,5 % des établissements (n=29). Sinon, le local utilisé pour tout ou partie des poses est :

- une salle interventionnelle avec traitement d'air pour 2 établissements,
- un local conventionnel pour 1 établissement (remarque : cet établissement déclare réaliser la pose des CIP dans une salle interventionnelle et dans un local conventionnel).

Au total, 38 établissements se sont portés volontaires pour participer à ce travail (soit 16% des établissements de l'inter région appelés à participer (N=238)). Au cours de l'analyse, nous avons pris en compte les données exploitables de 37 établissements. Au cours de la période d'observation (15 septembre 2003 au 15 novembre 2003), **1560 situations de poses ou de déposes de chambres à cathéter implantables ont été observées** dans 108 services (avec un minimum

d'observations de 0, un maximum de 164, une moyenne de 42,2, un écart type de 32,4, et une médiane de 37).

Ponction

	Oui	Non	Non réponse	%oui	%oui*
Le soignant vérifie l'absence de contre-indications	876	6	10	98,2	99,3
L'antisepsie cutanée est réalisée en respectant les étapes :					
- détergence avec savon antiseptique	794	92	6	89,0	89,6
- rinçage avec eau stérile	765	118	9	85,8	86,6
- séchage avec compresses stériles	751	132	9	84,2	85,1
- 1 ^{ère} application antiseptique dermique	867	15	10	97,2	98,3
- 2 ^{ème} application antiseptique	694	181	17	77,8	79,3
- respect temps de séchage	791	77	24	88,7	91,1

*Exclusion des non réponses

Ablation

	Oui	Non	Non réponse	%oui	%oui*
Le soignant utilise un système de protection : si oui, il s'agit d'une :	184	481	3	27,5	27,7
- orthèse	4			2,2	
- pince	69			37,5	
- spatule	93			50,5	
- non réponse	18			9,8	
Les manipulations au niveau de la chambre sont réalisées avec des seringues d'une contenance égale ou supérieure à 10 ml	577	31	60	86,4	94,9

ETAT DES LIEUX DE L'UTILISATION DE L'ACIDE PERACÉTIQUE POUR LA DÉSINFECTION DES ENDOSCOPES DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DE L'INTERRÉGION SUD-OUEST

La prise en compte du risque de transmission du nouveau variant de la maladie de Creutzfeldt-Jakob par les endoscopes non autoclavables conduit à recourir aux désinfectants à base d'acide peracétique (APA) présentant une activité partielle sur les agents transmissibles non conventionnels. Si certains établissements de santé ont mis en place ces nouvelles pratiques sans difficultés, d'autres ont signalé la survenue de phénomènes d'altérations du matériel désinfecté avec un produit à base d'acide peracétique.

Dans ce contexte, le CCLIN Sud-Ouest a mené une enquête, fin 2002-début 2003, afin d'établir un état des lieux de l'utilisation des désinfectants à base d'APA et de recenser les difficultés rencontrées. Un questionnaire, portant sur les modalités d'utilisation d'APA et la description des incidents survenus a été adressée au président du comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) de 222 établissements susceptibles de pratiquer une activité d'endoscopie.

Cent quarante et un établissements ont renvoyé le questionnaire soit 63,5%, dont 13 ne pratiquant pas d'endoscopies. L'analyse des questionnaires renvoyés par les 128 établissements de santé concernés montre que un désinfectant à base d'APA est utilisé par 55 établissements, soit 43%. Les motifs les plus fréquemment avancés par les 73 "non-utilisateurs" sont l'attente de la nouvelle circulaire relative à la désinfection des endoscopes et la crainte de détérioration du matériel. Parmi les 55 établissements utilisateurs d'APA, 18 (33%) signalent la survenue d'un incident au moins, représentant 39 incidents au total. Il s'agit d'altération des joints et colles, de perte d'étanchéité, de détériorations de la gaine, du canal opérateur, du béquillage, des connecteurs.

Les difficultés signalées par les utilisateurs concernent le surcoût lié à l'APA, le ternissement ou le changement de coloration des appareils (non considérés

comme des incidents par les utilisateurs). Les données de cette enquête rejoignent celles collectées par la Société Française d'Endoscopie Digestive (SFED) sur la base de déclarations spontanées d'incidents par ses adhérents. Certains des incidents rapportés sont connus des fabricants (actions sur les colles, joints, vernis) ; d'autres sont peu documentés (perforations, fissures, fuites) rendant difficile la détermination du rôle de l'APA dans leur survenue, notamment en l'absence de données sur la maintenance des endoscopes avant le passage à l'APA. Une analyse de ces incidents, en lien avec les fabricants devrait permettre de préciser la part de ces phénomènes imputable à l'APA. Les commentaires émis par les utilisateurs d'APA soulignent le besoin d'informations plus précises de la part des fournisseurs de désinfectants et de ceux d'endoscopes quant aux incompatibilités et aux conditions optimales d'utilisation des produits (interaction avec des détergents alcalins, importance de la qualité des rinçages...). Dans le cadre des missions de vigilance et d'évaluation de l'AFSSaPS, l'évaluation des produits désinfectants et les laveurs-désinfecteurs à base d'APA est en cours. Des actions pourraient en outre être menées auprès des fabricants pour la conduite d'étude de compatibilité et l'amélioration de l'information diffusée, sur la base des données recueillies dans le cadre de cette enquête.

**AUTO-EVALUATION DES PRATIQUES DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES
DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE D'AQUITAINE**

En 2002, l'élaboration par le CCLIN Sud Ouest du « Manuel d'évaluation de la maîtrise du risque infectieux » a eu pour but de répondre à la demande croissante de nombreux professionnels en terme d'audit. En 2003, le CCLIN Sud-Ouest et son équipe régionale, à la demande de l'Agence Régionale d'Hospitalisation d'Aquitaine et avec son soutien, ont conduit une démarche spécifique ayant pour objectif de généraliser l'utilisation de cet outil à l'ensemble des établissements de la région Aquitaine.

Cette initiative régionale devait permettre à chaque établissement d'effectuer un état des lieux en matière de prévention et de maîtrise du risque infectieux nosocomial, facilitant l'identification des points forts à conforter et points faibles à améliorer.

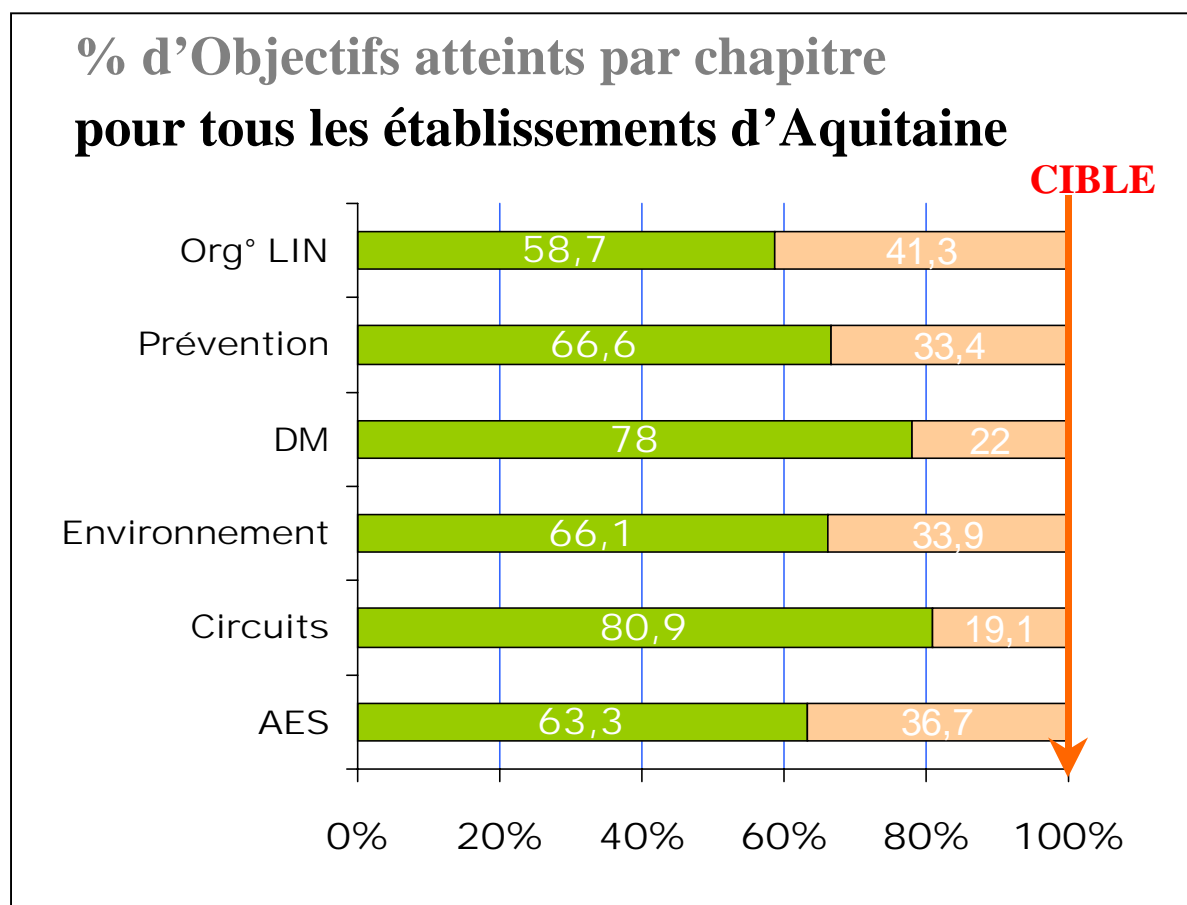
Dans cette optique, de mi-février à mi-mars, l'ensemble des établissements publics et privés d'Aquitaine ont été sollicités pour participer à des réunions d'information concernant l'utilisation du « Manuel d'évaluation de la maîtrise du risque infectieux » élaboré par le CCLIN Sud-Ouest. Ces réunions ont pu être proposées à six dates différentes non seulement à Bordeaux, mais aussi dans plusieurs villes d'Aquitaine grâce à la collaboration des directions, présidents de CLIN et équipes opérationnelles d'hygiène des centres hospitaliers de Mont de Marsan, Bayonne, Agen et Pau

Au total, 104 établissements de la région Aquitaine ont réalisé une auto-évaluation, soit 61,9 % des établissements ayant été appelé à participer en mai 2003 (N=168).

Bilan 2003 des évaluations réalisées en Aquitaine

Nature d'établissement	Nombre de retours	Participation %
CH	21 /26	80,8
Cliniques	33 /58	56,9
Hôpitaux Locaux	8 /11	72,7
Etab. PSY	9 /23	39,1
SSR/SLD	31 /45	68,9
CLCC	0 /1	0,0
Autres	2 /4	50,0
Total	104 /168	61,9

Ce manuel comprend 6 chapitres divisés en sous-chapitre ; l'évaluation a permis d'attribuer un score à chaque chapitre et ainsi de calculer un pourcentage d'objectifs atteints par rapport à un référentiel idéal de 100%.



ENQUETE SUR LA FORMATION DES CORRESPONDANTS EN AQUITAINE

La réalisation de cette enquête a été confiée à l'équipe régionale aquitaine du CCLIN Sud-Ouest. Un auto-questionnaire a été élaboré au premier trimestre 2003 (Annexe 1). Celui-ci a été adressé, au mois de mai 2003, à tous les établissements publics et privés de la région Aquitaine alors recensés dans la base informatique du CCLIN Sud-Ouest, soit 166 établissements.

La date de retour des questionnaires a été fixée au 31 juillet 2003.

Sur les 166 établissements aquitains sollicités pour cette enquête, 116 ont retourné un questionnaire exploitable, soit un taux de participation de 70%.

Répartition des établissements selon l'existence d'un réseau de correspondants en hygiène

Correspondants en hygiène	Nombre d'établissements	%
<i>Existence d'un réseau</i>	89	76,7
Pas de réseau	27*	23,3
* dont 3 déclarent un réseau en cours de mise en place		
Total	116	100,0

Répartition des établissements selon le type de réseau en place

Type de réseau	N	%
<i>Correspondants médicaux uniquement</i>	6	6,7
Correspondants paramédicaux uniquement	41	46,1
<i>Correspondants médicaux + correspondants paramédicaux</i>	42	47,2
Total	89	100,0

Répartition des difficultés rencontrées pour la mise en place de formation

<i>Difficultés</i>	Oui		Non	
	N	%	N	%
<i>Manque de temps</i>	60	71,4	24	28,6
Manque de personnel dans les services	56	66,7	28	33,3
<i>Manque de moyens financiers</i>	40	47,6	44	52,4
Difficulté à élaborer le contenu de la formation	8	9,5	76	91,5
Difficulté à trouver un formateur disponible	8	9,5	76	91,5
Difficulté à développer les objectifs de cette formation	7	8,3	77	91,7
Pas de formation adaptée	4	4,8	80	95,2
Autre	13	14,6	71	85,4

Les difficultés principalement rencontrées sont donc le manque de temps disponible pour le personnel paramédical pour suivre les formations proposées sans léser le fonctionnement des services de soins par manque de personnel.

Un aspect fréquemment évoqué est le manque de moyen alloué à ces formations (47,6 % des établissements).

La circulaire DGS/DHOS/E2 n°645 du 29 décembre 2000, relative à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé recommande la mise en place et la désignation par le responsable médical du service et par le représentant légal de l'établissement, de correspondants médicaux et paramédicaux en hygiène dans chaque service ou par secteur d'activité. Le rôle de relais de ces professionnels au sein de leur service permet de faciliter la mise en œuvre des dispositions adoptées par le CLIN comme les actions de prévention et de surveillance des infections nosocomiales.

Il est précisé dans cette même circulaire qu'il appartient au CLIN et à l'équipe opérationnelle d'hygiène de déterminer le profil des correspondants et le contenu de leur formation inscrite au plan de formation de l'établissement.

RECHERCHE SUR LES REPRESENTATIONS DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Cette étude a permis de décrire, pour la première fois à notre connaissance en se basant sur les méthodologies de recherche en psychologie de la santé, les représentations des infections nosocomiales chez les professionnels de santé.

D'un point de vue général, les soignants manifestent massivement leur accord sur le fait que pour eux le risque 0 n'existe pas, lorsque l'on évoque la problématique des I.N. Cet item constitue un élément fédérateur de tous les statuts professionnels. Toutefois pour mettre à jour la structure des représentations des différents statuts professionnels cet élément a été enlevé car il avait un caractère bloquant de par sa prédominance sur tous les autres items. Par ailleurs le noyau central de la représentation selon les différentes catégories professionnelles, met en évidence l'existence d'un savoir professionnel partagé.

Ainsi, les soignants partageraient une vision commune fondée sur :

- des niveaux de formations disparates d'un professionnel à l'autre (pôle prévention -formation) ;
- le manque de personnel (pôle organisationnel).

Les analyses factorielles nous ont permis de mettre en évidence quatre axes traduisant 4 styles de représentation distincts et respectivement intitulés comme suit :

" Revendications professionnelles "

" Mise en cause des pratiques "

" Perception de la prévention "

" Sentiment de culpabilité ".

Notre projet s'est intéressé aussi aux liens entre représentations et pratiques professionnelles. Ainsi, avoir reçu une formation professionnelle initiale courte, être insatisfait dans son emploi, travailler dans un service à faible risque nosocomial ou

encore rapporter des degrés élevés de stress et de dépersonnalisation (perte de motivation dans le travail) sont significativement associés à des représentations de type " revendicatrices ". Enfin, nous pouvons souligner l'association significative entre le style représentationnel " revendicatif et le fait d'avoir un moindre respect global des règles d'hygiène, en d'autres termes plus les personnels mobilisent des revendications professionnelles, (ce qui correspond à un statut à formation courte, dans l'ordre ascendant ASH - AS - IDE - Médecins), moins ils déclarent se conformer au respect des règles concernant les bonnes pratiques de soin.

Notre recherche nous ouvre de nombreuses pistes en vue d'améliorer l'observance des pratiques de prévention. Quatre perspectives prioritaires ont été retenues.

- **Amélioration des connaissances**

Une première perspective d'application pourrait se centrer sur l'apport de connaissances. Cette perspective n'est certes pas " novatrice " mais elle semble cependant incontournable : nous l'avons vu, les résultats au questionnaire de connaissances sont assez satisfaisants dans l'ensemble, mais certains points mériteraient d'être travaillés. Chaque information doit être pensée en terme de cohérence et d'adaptabilité vis à vis des pratiques professionnelles. La formation doit aussi être renforcée vers certains statuts professionnels comme les médecins, que ce soit au niveau de la formation de base, initiale, ou lors de la formation continue. Au niveau de ces médecins, un axe de travail pourrait s'intéresser à développer des outils spécifiques à leurs pratiques professionnelles.

- **Travail sur la gestion et la perception du risque**

Par ailleurs, les résultats des entretiens sur les perceptions relatives à l'hygiène ont pu montrer une mauvaise appréciation du risque nosocomial chez les soignants (que ce soit par surestimation ou sous-estimation). Nous avons également pu montrer que l'appartenance à un service à faible risque nosocomial est associée à un moindre respect des règles d'hygiène, (ce qui,

par exemple, peut se traduire une plus grande difficulté à faire appliquer des règles d'isolement en médecine, en cas de patient porteur de BMR).

La présence importante de l'explication " le risque 0 n'existe pas " suscite aussi quelques questions. Un axe de travail pourrait être développé autour de la notion de gestion du risque nosocomial chez les soignants. Lors d'une étude, on pourrait s'intéresser précisément à la perception du risque chez les différents soignants mais aussi selon les spécificités professionnelles, à sa définition et à sa maîtrise (qu'est ce que le risque, qu'est qui est " évitable ? ", qu'est ce qui est " inévitable ?").

• **Travail sur les différentes prises de positions**

Nous avons pu remarquer, lors de cette recherche, la présence du lien entre représentation des IN et pratiques déclarées. Nous avons également pu apprécier l'importance et le poids des revendications professionnelles comme un des principaux freins. Il serait intéressant d'effectuer en formation, et ce, en premier lieu, un véritable travail de " déconstruction ", afin de lever les résistances entraînées par ces revendications. Ce travail permettrait ainsi d'avancer vers une prise de conscience plus complète dans une démarche préventive. De même il serait intéressant d'inciter les sujets à réfléchir sur les autres prises de positions évoquées précédemment, telle que la mise en cause des pratiques, l'aspect perception – prévention, et la notion de responsabilité.

• **Mise en place de formations " engageantes "**

Nous pourrions également opter pour des " stratégies " permettant d'engager le plus possible chaque soignant sur des intentions comportementales. Il s'agirait d'amener les soignants à effectuer des actes, en l'occurrence des actes de prévention des I.N. et pour lesquels ils se sentiraient impliqués. Cet engagement ferait suite à une décision prise devant et en accord avec un groupe de collègues (issus des diverses professions de soin). Ce type d'intervention aurait pour but d'améliorer la compliance, en agissant sur les pratiques et, par rétroaction, permettrait d'intervenir

sur les représentations, condition sine qua non d'une véritable intériorisation des recommandations.

Les deux premières perspectives vont être intégrées dans nos programmes de travail habituels. Les deux autres vont faire l'objet d'une poursuite de la recherche dans le cadre d'un financement ANAES. Les résultats de cette étude financée par le PHRC 2000 et le CCLIN SO ont fait l'objet de l'édition **d'une plaquette de synthèse de 34 pages** diffusée à tous les soignants participants et aux établissements de l'inter-région.

Commentaires

En 2003 le **nombre des correspondants** du CCLIN SO a continué de **s'accroître**. De ce fait nous avons continué à privilégier l'outil **internet** pour la diffusion des informations. La **fréquentation** de notre site a encore connu un bon spectaculaire en 2003 avec un **accroissement de près de 50%** pour dépasser les 10 000 sessions mensuelles en fin d'année. **La liste de diffusion**, qui est ouverte à tous, avec plus de 1 200 inscrits témoigne l'intérêt des professionnels pour ce type de transmission rapide et en temps réel de l'information. Par ailleurs le CCLIN SO a continué à **collaborer activement au site national Nosobase®** et on peut estimer que via ces outils les CLIN et les EOHH dispose maintenant d'un **accès à l'information très performant**. Par contre il serait intéressant de **sensibiliser** au niveau national **les établissements de santé** à l'importance de **la mise à disposition des EOHH de l'outil internet**. Le CCLIN SO a aussi édité en 2003 un **bulletin** faisant le point de **10 ans d'activité** montrant le chemin parcouru depuis la création des CCLIN et l'implication toujours croissante des établissements de santé dans les différents domaines prévus par l'arrêté d'août 1992.

Après une année de ralentissement **l'activité de conseil technique** est **revenue en 2003 à son niveau traditionnel** avec près de **1 299 demandes**. Outre les thèmes d'actualité comme le SRAS ou le passage à l'acide peracétique nous avons noté un accroissement important des **préoccupations** autour de la tenue vestimentaire et du **port du masque** en particulier. Les déchets restent un thème récurrent et il faut souligner en leur sein le problème de **l'élimination des pace-maker** qui reste régulièrement **sans solution** pour les établissements dès lors que le fabricant ne reprend pas ces dispositifs. L'architecture et le choix des matériaux font l'objet de sollicitation fréquente et ce domaine reste encore celui où les recommandations sont rares. Un **guide national sur l'architecture et les travaux dans les établissements de santé serait probablement un outil très utile** en matière de gestion du risque infectieux. Il faut souligner qu'en complément 35

demandes ont concerné la conduite à tenir en cas de travaux pour la **prévention du risque aspergillaire**. Si à l'évidence les établissements de santé ont inscrit dans leur fonctionnement cette préoccupation ce risque reste présent et sa gestion, en particulier le suivi du respect par les ouvriers des mesures décidées, demeure très lourde tant pour les équipes opérationnelles que pour les services techniques. Huit signalements concernant des aspergillooses nosocomiales ont été reçus en 2003 par le CCLIN SO dont 7 dans un contexte de travaux ce qui représente **16 cas nosocomiaux possiblement liés aux travaux**. Il faut souligner que **la mise en conformité de la sécurité incendie**, dont l'importance n'est pas discutable, pose des **difficultés parfois insolubles** en matière de prévention du risque aspergillaire lorsqu'il faut effectuer dans des secteurs abritant des patients à risque des travaux dont la durée peut s'étaler sur plusieurs années.

En matière de **surveillance épidémiologique** le CCLIN SO a poursuivi la réalisation d'une **enquête de prévalence** annuelle qui reste le projet de surveillance le plus fédérateur pour les établissements de santé et dont ils perçoivent le mieux le rapport coût/bénéfice dans leur programme de prévention. Par ailleurs le CCLIN a mis en place les **différents objectifs** de surveillance tels qu'ils ont été **définis par le CTIN** et le **RAISIN** au travers des réseaux d'enquête d'incidence. Pour la première fois le CCLIN SO a mis en place un **réseau de surveillance des infections nosocomiales en maternité**. Ce projet a montré **l'intérêt des établissements** ayant une maternité pour la surveillance des infections. Avec un taux d'incidence de 1,8%, cette étude confirme l'importance de **poursuivre la réflexion** avec les équipes d'obstétrique sur **la mise en place de bonnes pratiques de prévention** comme l'avaient déjà souligné nos audits antérieurs sur le sondage urinaire et la préparation cutanée de l'opéré.

En parallèle nous continuons à prôner la mise en œuvre **de projet multicentrique d'évaluation** que l'on souhaite complémentaire des actions de surveillance. En 2003 un **audit sur l'utilisation des chambres à cathéter implanté**

a été réalisé faisant suite à la diffusion par le CCLIN SO de recommandations sur ce thème en 2002. Cet audit montre un **niveau de qualité élevé des pratiques d'asepsie** prise pour ces actes. Par contre, et cela est assez inquiétant pour un acte connu pour être le plus à risque d'AES, **moins d'un tiers des déposes d'aiguille se font avec l'aide d'un matériel de sécurité. La promotion de ces dispositifs et au-delà des nouvelles aiguilles sécurisées paraît indispensable.** L'année 2003 a vu l'utilisation large d'un nouvel **outil plus global d'évaluation de la gestion du risque infectieux** destiné à être utilisé par l'équipe du CCLIN mais aussi par les EOHH des établissements. Dans le cadre d'un **projet promu par l'ARH d'Aquitaine** en 2003 l'usage d'un outil de ce type a montré tout son intérêt à visée interne et externe pour préparer des démarches de type accréditation mais aussi pour se positionner vis à vis d'établissement de nature similaire à l'aide d'un pourcentage d'objectifs atteints. Ce projet original a permis de montrer que **l'usage généralisé d'un score définissant la politique de lutte contre les infections nosocomiales** dans les établissements de santé est **une démarche positive d'amélioration de la qualité** à laquelle les établissements de santé sont maintenant préparés.

Si le nombre de signalement a peu augmenté en 2003, il faut par contre souligner la poursuite de la mise en place de ce dispositif dans les établissements de santé. En effet le **pourcentage d'établissement de santé où le responsable signalement est identifié** et transmis à la DDASS et au CCLIN est **passé de 32% à 63%** en 2003 grâce au très **gros travail réalisé par les DRASS et DDASS.** Le nombre des **actions d'interventions au sein des établissements** demandeurs a été en **très forte hausse** avec la réalisation en 2003 de **69 missions d'audit et de conseils (33 en 2002).** La **poursuite de la mise en place des équipes régionales** par les différentes ARH de l'inter-région est évidemment le **facteur principal** expliquant cette progression.

L'année 2003 a été à nouveau très axée sur **la mission de formation** dévolue au CCLIN qui a réalisé **64 actions de formation pour 1 327 heures**

effectives. En 2003 le CCLIN SO a réalisé **26 actions de formation de réseaux de correspondants** paramédicaux et médicaux pour un total de **418 correspondants formés**. La **coordination de ces actions par les cadres régionaux du CCLIN SO** menée en concertation avec toute l'équipe du CCLIN a permis d'assurer une **cohérence et une homogénéité** des messages délivrés.. La poursuite de ces actions tant dans les établissements publics que privés nous semble toujours nécessaire. Toutefois l'enquête menée par l'équipe régionale Aquitaine sur les réseaux de correspondants souligne la **difficulté rencontrée une fois ces réseaux en place et formé** pour exister et répondre à leurs missions. En effet si les trois quarts des établissements ont mis en place des réseaux de correspondants, **seuls 46% de ces réseaux ont une animation organisée**. Il faut souligner à nouveau en 2003 le **partenariat efficace des structures de formation permanente** et en particulier le rôle facilitant et moteur du **Centre de Formation Permanente des Professionnels de Santé du CHU de Bordeaux qui** assure tous les aspects administratifs et logistiques associés au fonctionnement de la formation permanente et qui nécessite une structure spécialisée et dédiée à ces activités.

Sur le plan financier le CCLIN SO, **l'exercice 2003 a fait l'objet d'un bilan très légèrement déficitaire (2 K€)** avec 87% de dépenses en personnel et 13% de fonctionnement. La première année de fonctionnement sur la base d'un budget annuel fixe n'a pas posé de difficulté particulière. Le **partenariat actif avec les différentes directions du CHU de Bordeaux** impliquées dans la gestion du CCLIN SO a permis un **suivi et ajustement en cours d'année des différentes lignes budgétaires prévisionnelles**. Le renforcement des **pôles régionaux** de notre CCLIN autour des CHU a permis la mise en œuvre d'actions de proximité conformes aux objectifs nationaux et régionaux en matière de prévention du risque infectieux et il paraît capital de poursuivre ce développement. En matière de fonctionnement il paraît par contre nécessaire pour les équipes régionales de pouvoir disposer d'un budget identifié et géré par elles-mêmes dans leur établissement de rattachement, ce qui est le cas dans les régions Aquitaine et Guadeloupe. En effet si le CCLIN a toujours mis à disposition une enveloppe de fonctionnement importante pour chaque région, l'accroissement des activités régionales rend indispensable une **réflexion**

autour des moyens de fonctionnement mis à disposition de ces équipes régionales que la dotation actuelle du CCLIN ne permettra pas de couvrir entièrement à l'avenir.

La **coopération avec les structures régionales** (ARH, DRASS, CRAM) s'est **accrue en 2003** avec le projet d'évaluation de la circulaire sur la prévention de la Maladie de Creutzfeldt-Jakob. Par ailleurs le renforcement de l'équipe régionale Aquitaine a permis une collaboration plus étroite avec ces instances et **la définition d'objectifs régionaux de lutte contre les infections nosocomiales**. Au travers de la commission régionale de sécurité sanitaire (CCRéSSA) l'ouverture du CCLIN SO vers les professionnels libéraux a pu se mettre en place et ce type de commission paraît particulièrement propice à ce champ d'activité.

En conclusion, le CCLIN SO a essayé de répondre à l'ensemble des missions qui lui sont réglementairement dévolues. L'augmentation des moyens régionaux a permis de mieux répondre aux demandes en provenance des établissements et en liaison avec les ARH et les DRASS. La poursuite de ces démarches paraît nécessaire et de nature à **ouvrir en complément le champ d'une organisation de la gestion des infections liées aux soins en dehors des établissements de santé**.

Projets 2004

Coordination et animation inter-régionale

L'animation des **réseaux régionaux d'établissements de santé et d'équipe opérationnelle en hygiène hospitalière** sera poursuivie en 2004 au travers des réseaux existants en Aquitaine, Guadeloupe, Limousin, Midi-Pyrénées et Poitou-Charentes. Les objectifs de ces réseaux seront **d'assurer la formation** des hygiénistes de l'inter-région et de **faciliter les échanges inter-établissements**. L'objectif de ces réseaux sera aussi de contribuer à **l'élaboration de référentiels** en matière d'asepsie des soins. **La mise en place d'une équipe régionale en Midi-Pyrénées** dans un premier temps permettra de développer des projets plus spécifiques à cette région dans les domaines en particulier de l'évaluation. Un des objectifs pour 2004 est de **promouvoir l'usage du manuel d'évaluation de la maîtrise du risque infectieux** ciblé sur une catégorie d'établissements de santé qui sera peut être les hôpitaux locaux. Au niveau de la **région Guadeloupe** le projet **d'évaluation de la gestion du risque infectieux** par l'équipe régionale sera poursuivi afin d'essayer de couvrir par cette évaluation externe l'ensemble des établissements de la région. Au niveau de la **région Aquitaine**, un projet **d'auto-évaluation des pratiques de prévention du risque infectieux chez les chirurgiens-dentistes libéraux** sera mené en partenariat avec la DRASS et les professionnels de cette discipline.

En parallèle sera menée une animation des **réseaux régionaux de Président de CLIN, des Infirmiers et Praticiens en hygiènes, des Pharmaciens hospitaliers et des Médecins du Travail** au travers de réunion de formation et d'échanges. Le CCLIN SO organisera en 2004 deux journées scientifiques inter-réseaux qui se tiendront à Arcachon les 23 et 24 septembre 2004. Trois thèmes ont été retenus pour ces journées à savoir : les infections du site opératoire, l'environnement et l'endoscopie :

La structure interrégionale et ses relais régionaux auront toujours pour objectif de répondre aux diverses **demandes de conseil et d'assistance technique** des

établissements. **Audits, missions de conseils et analyse de projets de restructuration hospitalière** seront réalisés à la demande des établissements.

En matière de **signalement des infections nosocomiales** le CCLIN continuera en 2004 à assurer la **promotion** de ce nouveau dispositif au travers de **réunions régionales** ou inter-régionales.

Organisation du centre de documentation

L'**animation du site Internet du CCLIN SO** constitue à nouveau un objectif prioritaire en matière de communication et de diffusion de l'information pour l'année à venir. Le développement des espaces réseaux **et l'animation d'un forum de discussion commun aux différents réseaux** du CCLIN Sud-Ouest est un objectif pour 2004.

Formation

En 2004, la formation constituera toujours **une des priorités** du centre de coordination. Le CCLIN SO poursuivra ses actions **d'organisation et de formation** orientées toujours en priorité vers la mise en place des **réseaux de correspondants** en hygiène hospitalière. En parallèle le CCLIN essaiera d'aborder plus activement l'animation de ces réseaux une fois en place en continuant la **mise en place de journées régionales** pour ces professionnels. Pour **mieux définir les priorités régionales** dans le domaine de la formation et contribuer à y répondre, une **enquête sera menée dans la région Midi-Pyrénées** comme par le passé en Poitou-Charentes et Aquitaine.

Protocoles et recommandations

Dans le domaine des recommandations, six groupes de travail ont pour objectif de produire en 2004 des **recommandations et guide** sur les thèmes suivants

- * **la gestion des épidémies de gale,**
- * **les supports mobiles de soins,**
- * **la reconstitution des médicaments,**
- * **la prévention du risque infectieux en radiologie,**
- * **la désinfection des dispositifs médicaux en gynécologie,**
- * **l'entretien des locaux et l'usage de la vapeur,**

Projets multicentriques de surveillance et d'évaluation

En 2004, le CCLIN SO souhaite s'inscrire au mieux dans le cadre de la **dynamique de surveillance épidémiologique** organisée dans le cadre du **RAISIN** qu'il a contribué à mettre en place. **Les 5 thématiques prioritaires du RAISIN** seront abordées en 2004, à savoir surveillance :

- * des infections du site opératoire,
- * des infections nosocomiales en réanimation,
- * des bactéries multirésistantes au travers des **SARM** et du problème émergent des **Acinetobacter baumannii**,
- * bactériémies nosocomiales,
- * des accidents avec exposition au sang.

Par ailleurs l'année 2004 verra la réalisation de **la onzième enquête inter-régionale de prévalence des infections nosocomiales.**

En matière **d'évaluation des pratiques** un audit de pratique concernant **la gestion du risque infectieux en endoscopie** sera réalisé. Il s'agit de s'intéresser

aux pratiques lors de l'acte d'endoscopie (tenue, anesthésie...) et non pas à la désinfection du matériel.

Dans le domaine de **la recherche** le CCLIN SO poursuivra l'action engagée autour de la représentation des infections nosocomiales en mettant en œuvre dans le cadre d'un projet ANAES **l'évaluation de l'impact des formations engageantes**. Enfin en terme d'organisation le CCLIN SO s'intéressera en 2004 à **la place de l'utilisateur dans le dispositif** de lutte contre les infections nosocomiales.

Tableau résumé des actions du CCLIN SO en 2003

Activités	
Coordination et animations inter-régionale et régionale	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Gestion et animation d'un site Internet (108 755 sessions et 1 200 abonnés à la liste de diffusion) ✓ CCLIN Sud-Ouest Infos (3 numéros et un bulletin « spécial 10 ans ») <ul style="list-style-type: none"> ✓ Réseau des IDE hygiénistes (502 personnes) (19 réunions régionales) ✓ Réseau des correspondants (2 réunions régionales) ✓ Réseau des Présidents CLIN (428 personnes) (2 réunions régionales) ✓ Réseau des Praticiens en hygiène (73 personnes) (1 réunion inter-régionale) ✓ Réseau des responsables du signalement (290 personnes) (1 réunion régionale) ✓ Réseau des laboratoires de microbiologie (311 personnes, 1 réunion inter-régionale) <ul style="list-style-type: none"> ✓ Réseau des pharmaciens (432 personnes) ✓ 2 journées scientifiques inter-réseaux (170 personnes) ✓ Réseau des médecins du travail (270 personnes) (1 réunion inter-régionale) ✓ Réseau des Instituts de Formation (140 instituts) (1 réunion inter-régionale) <ul style="list-style-type: none"> ✓ 14 journées scientifiques
Guide technique	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 4 recommandations diffusées (257 pages) : ✓ Guide à l'usage des formateurs - Formation du personnel nouvellement recruté <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hygiène et transport sanitaire ✓ Prévention de l'infection urinaire. Recommandations pour la pose et la gestion d'une sonde vésicale <ul style="list-style-type: none"> ✓ Recommandations pour le traitement manuel des endoscopes non autoclavables
Recueil épidémiologique Réseaux de surveillance et signalement	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Enquête de prévalence (221 établissements participants) ✓ Enquête d'incidence des ISO (157 services, 21 212 interventions surveillées) ✓ Surveillance des AES (87 établissements et 3 358 AES) ✓ Surveillance BMR (64 établissements et 4 046 souches de <i>S. aureus</i> et 1 102 Entérobactéries testées) ✓ Surveillance des infections en maternité (38 établissements et 7 190 accouchements) ✓ Surveillance de la consommation des antibiotiques et des résistances bactériennes (99 établissements) ✓ Audit chambre implantable (38 établissements, 1 560 actes audités) <ul style="list-style-type: none"> ✓ 89 signalements traités
Recherche et études	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Représentations des infections nosocomiales (PHRC 2000) ✓ Autoévaluation des pratiques de prévention en Aquitaine et Guadeloupe (111 établissements) <ul style="list-style-type: none"> ✓ Enquête sur les correspondants en Aquitaine (104 établissements) ✓ Enquête sur l'utilisation de l'acide peracétique (141 établissements)
Conseils techniques	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 299 demandes de conseils techniques ✓ 135 fiches techniques et protocoles validés
Audits	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 32 audits (dont 3 épidémies) <ul style="list-style-type: none"> ✓ 4 projets architecturaux ✓ 33 missions de conseil et d'expertise
Formation	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 64 actions de formations (1 327 heures – 1 186 personnes formées)

ANNEXES

III^{ème} colloque

INSTITUTS DE FORMATION

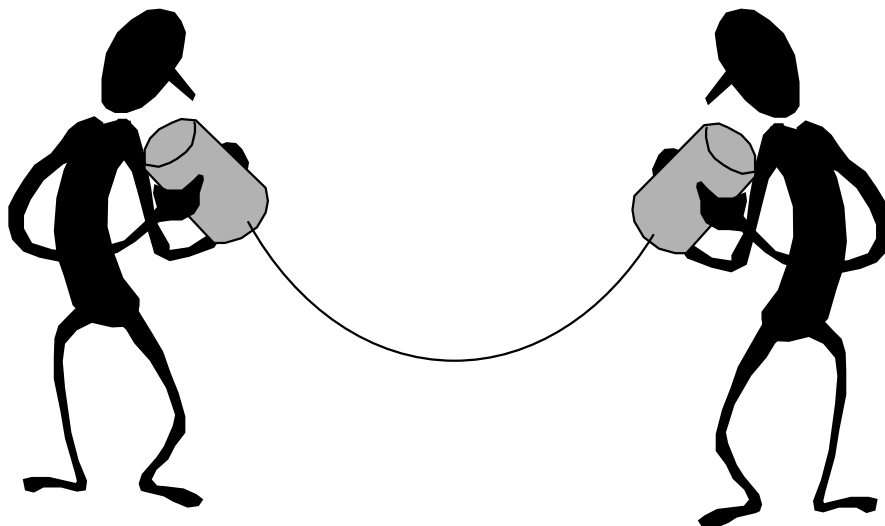
ET

STRUCTURES DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES

La prévention des Accidents Exposant au Sang

Jeudi 30 janvier 2003

I.F.M.S Xavier Arnoz - PESSAC



Centre de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales
Centre Hospitalier Universitaire Pellegrin - Place Amélie Raba-Léon
33076 BORDEAUX ☎ 05.56.79.60.58 - Fax : 05.59.79.60.12

09 h 00

ACCUEIL DES PARTICIPANTS

10 h 00

OUVERTURE DU COLLOQUE

Allocutions de bienvenue

R. ACKER - CHU de Bordeaux ; JC. LABADIE - CCLIN Sud-Ouest

MODERATEURS

P. DENIS – CHU de Bordeaux ; JP. DONES – CH de Libourne

10 h 30 – 11 h 00

La surveillance des Accidents Exposant au Sang : résultats de l'enquête du CCLIN Sud-Ouest

P. PARNEIX – CCLIN Sud-Ouest

11 h 00 – 11 h 30

Evaluation du coût de la prise en charge et du suivi des Accidents Exposant au Sang

D. NIDEGGER – CHU Poitiers

11 h 30 – 12 h 00

Prévention des Accidents Exposant au Sang :
☞ **Enquête auprès des étudiants d'un institut de formation**
☞ **Perception d'un groupe de professionnels**

B. ERIDIA-DUPON ; A. OPEICLE – IFSI CHU Bordeaux
J. NUNES – CHU Bordeaux

12 h 00 – 12 h 15

Les accidents chez les étudiants : relevé sur les trois dernières années

F. POIRIER – IFSI CHU Bordeaux

12 h 15 – 12 h 45

La conduite à tenir lors d'un Accident Exposant au Sang

I. BUISSON-VALES – CHU Bordeaux

12 h 45 – 13 h 00

Discussion générale avec les intervenants

13 h 00 – 14 h 30 Déjeuner au self de l'IMS

MODERATEURS

C. BROSSAIS – ECOLE IBODE BORDEAUX ; D. ZARO-GONI – CCLIN Sud-Ouest

14 h 30 – 15 h 00 Le matériel de sécurité dans la prévention des Accidents Exposant au Sang

G. PELISSIER – GERES Paris

15 h 00 – 15 h 30 **La gestion des containers à aiguilles**

I. GAUTRON – IFSI CH Périgueux
Ch. MARTRINCHAT – IFSI CH Périgueux

15 h 30 – 16 h 30

Table Ronde

☞ **Le port des gants et l'utilisation des containers au cours des soins**

B. ERIDIA-DUPON – IFSI CHU Bordeaux

C. BROSSAIS – Ecole IBODE Bordeaux

M. FRANÇOIS – IMS Agen

I. BUISSON-VALLES – CHU Bordeaux

G. PELISSIER – GERES Paris

C. QUESNEL – Arès, Pessac, Lesparre, Le Bouscat, Talence

D. ZARO-GONI – CCLIN Sud-Ouest

16 h 30 – 16 h 45

DISCUSSION GENERALE

**REUNION DU RESEAU DES PHARMACIENS ET DES PRATICIENS
HYGIENISTES DE MIDI-PYRENEES**

JEUDI 19 JUIN 2003 - HOTEL DIEU DE TOULOUSE

10 h 00 - 10 h 30	accueil
10 h 30 - 12 h 30	<u><i>Bon usage des antibiotiques</i></u>
	<p>📁 Politique de bon usage des antibiotiques au CH de Rodez <i>Catherine MARVILLET, Pharmacie, CH Rodez</i></p> <hr/> <p>📁 Mise en place et fonctionnement de l'antibiovigilance au CHU de Toulouse <i>Dr Muriel ALVAREZ, Maladies infectieuses, Toulouse</i></p> <hr/> <p>📁 Discussion - échanges d'expérience</p>
12 h 30 - 14 h 00	REPAS AVEC LE SOUTIEN DES LABORATOIRES AVENTIS
14 h 00 - 16 h 30	Thèmes d'actualité du CCLIN
	<p>📁 Surveillance microbiologique de l'environnement : présentation du guide du CTIN <i>Marcelle MOUNIER, service d'hygiène, Limoges</i></p> <hr/> <p>📁 Présentation du guide du CCLIN Sud-Ouest : évaluation de la maîtrise du risque infectieux nosocomial</p> <hr/> <p>📁 Signalement des infections nosocomiales : bilan du dispositif en Midi-Pyrénées</p> <hr/> <p>Questions diverses</p>

**REUNION DU RESEAU DES PHARMACIENS ET DES PRATICIENS HYGIENISTES
AQUITAINE, GUADELOUPE, GUYANE, MARTINIQUE, LIMOUSIN, POITOU-CHARENTES
JEUDI 11 SEPTEMBRE 2003**

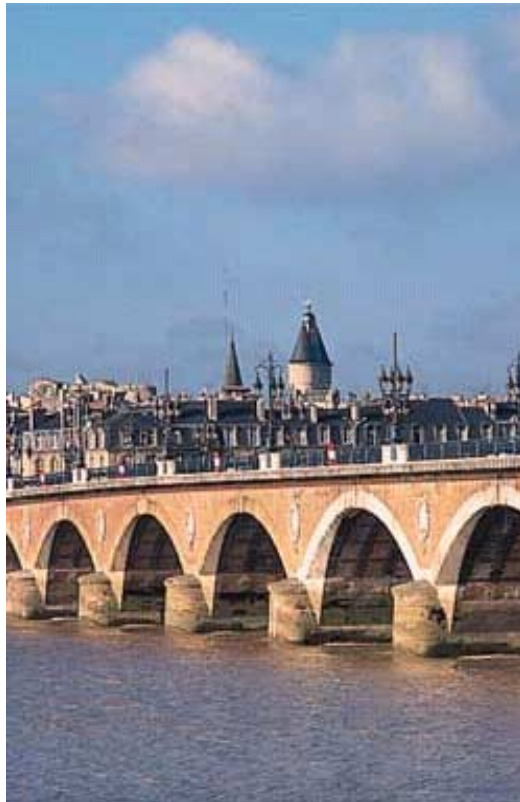
INSTITUT DES METIERS DE LA SANTE - XAVIER ARNOZAN

10 h 00 - 10 h 30	accueil
10 h 30 - 12 h 30	<u>Bon usage des antibiotiques</u>
	<p>☞ Le référent infectiologue au CHU de Poitiers : expérience et résultats <u>Dr France Roblot, service des maladies infectieuses et tropicales, Poitiers</u></p> <hr/> <p>☞ Etude de l'usage des antibiotiques dans le département de la Creuse: impact et difficultés <u>Dr Martine Perroud, unité d'hygiène, syndicat interhospitalier de la Creuse</u></p> <hr/> <p>☞ Bon usage des antibiotiques au GH Haut-Lévêque <u>Dr Anne-Cécile Coupet, service de pharmacie - GH Haut- Lévêque, Bordeaux</u></p> <p>☞ Discussion - partages d'expérience</p>
12 h 30 - 14 h 00	DEJEUNER avec le soutien des Laboratoires AVENTIS
14 h 00 - 16 h 30	Thèmes d'actualité du CCLIN
	<p>☞ Surveillance microbiologique de l'environnement : présentation du guide du CTIN <u>Dr Marcelle Mounier, service d'hygiène, Limoges</u></p> <hr/> <p>☞ Présentation du guide du CCLIN Sud-Ouest : évaluation de la maîtrise du risque infectieux nosocomial <u>Dr Christophe Gautier, CCLIN, Bordeaux</u></p> <hr/> <p>☞ Signalement des infections nosocomiales : bilan du dispositif dans l'interrégion Sud-Ouest <u>Dr Catherine Dumartin, CCLIN, Bordeaux</u></p> <hr/> <p>☞ Questions diverses</p>

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE CCLIN SUD-OUEST

Vendredi 27 juin 2003

IMS Xavier Arnoz - Pessac



Centre de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales

Centre Hospitalier Universitaire Pellegrin - Place Amélie Raba-Léon
33076 BORDEAUX ☎ 05.56.79.60.58 - Fax : 05.59.79.60.12 Site internet : www.cclin-sudouest.com

10 h 15 – 10 h 30

OUVERTURE DE LA SÉANCE

JC. LABADIE - Responsable CCLIN Sud-Ouest

JP. GACHIE – RESPONSABLE ADJOINT CCLIN SUD-OUEST

10 h 30 – 11 h 00

Bilan national des signalements en France

B. Coignard - Institut de Veille Sanitaire Paris

11 h 00 – 11 h 30

Epidémie d'infection à VHC en hémodialyse

A. Savey - CCLIN Sud-Est Lyon

11 h 30 – 12 h 00

Epidémie de légionellose nosocomiale

P. Parneix - CCLIN Sud-Ouest Bordeaux

12 h 00 – 12 h 30

Place et impact du signalement des infections nosocomiales dans le
contexte médico-légal actuel

S. GROMB – CHU BORDEAUX

12 h 30 – 13 h 00

DEBAT

13 h 00 – 14 h 30

Repas

14 h 30 – 14 h 50 **Mise au point sur le Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS)**

C. Dumartin - CCLIN Sud-Ouest Bordeaux

14 h 50 – 15 h 10 **Enquête sur la maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes dans les établissements de santé du Sud-Ouest**

X. Verdeil - CHU Toulouse

15 h 10 – 15 h 30 **Le réseau des laboratoires : Surveillance épidémiologique des BMR et bactériémies**

N. Marty - CHU Toulouse

15 h 30 – 16 h 30 Bilan d'activités du CCLIN Sud-Ouest et proposition de groupes de travail

P. Parneix - CCLIN Sud-Ouest Bordeaux

16 h 30

CLOTURE