

ACTUALITÉS DU CCLIN EST ET DE SES 5 ANTENNES RÉGIONALES



Octobre 2012

RÉSISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES : DES TESTS RAPIDES COMMERCIALISÉS EN 2013

L'équipe du Pr Patrice Nordmann (Unité INSERM 914) a mis au point des tests simples d'utilisation et peu coûteux qui permettront de savoir en 2 heures si un patient est infecté ou colonisé par une bactérie résistante à l'action de deux importantes familles d'antibiotiques. Ces travaux viennent d'être publiés en septembre dans les revues *Emerging Infectious Disease* et *The Journal of Clinical Microbiology* *.

Les deux tests, dont le coût individuel est évalué à 5 € pièce, visent des entérobactéries comme *E. coli* et fonctionnent de la même manière : des bactéries issues d'un prélèvement (urine, selles, sang) sont mises en contact avec la bandelette de papier-test, qui vire du rouge au jaune en cas de résistance à l'antibiotique visé, en raison d'un changement de pH. La méthode a été mise au point pour deux familles d'antibiotiques aux problématiques différentes. Le premier test, destiné aux hôpitaux, permet de détecter les bactéries multirésistantes aux carbapénèmes. Les carbapénèmes sont en effet des antibiotiques de dernier recours qu'il est donc essentiel d'en limiter au maximum l'usage, pour lui conserver son efficacité. L'autre test est également destiné aux hôpitaux, mais pourrait aussi être utilisé en cabinet médical, pour détecter les bactéries résistantes aux céphalosporines par sécrétion de BLSE en cas d'infection urinaire.

Les infections urinaires causées par ces bactéries sont de plus en plus fréquentes : elles représentent aujourd'hui 6 à 8% des quelque 800.000 cas enregistrés en France chaque année.

La commercialisation de ces tests ayant une sensibilité de 90-100% et une spécificité de 100% est attendue dans les 12 à 16 mois.

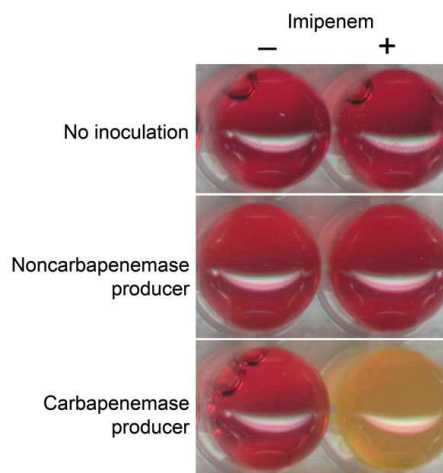


Figure 1. Representative results of the Carba NP test. The Carba NP test was performed with a non-carbapenemase producer (*Escherichia coli* producing the extended-spectrum β -lactamase CTX-M-15, upper panel) and with a carbapenemase producer (*Klebsiella pneumoniae* producing New Delhi metallo- β -lactamase-1, lower panel) in a reaction medium without (left panel) and with (right panel) imipenem. Uninoculated wells are shown as controls. Photographs were taken after a 1.5-hour incubation.

Dans ce numéro :

Tests rapides	1
A l'agenda	2
Check-list bloc op.	3
Grippe	4
Coronavirus	5
SARM	6
Semaine sécurité patients	7
DASRI	8

Sommaire :

- Formations
- Surveillances
- Signalements
- Réglementation

Pour en savoir plus

* *Emerging Infectious diseases* <http://dx.doi.org/10.3201/eid1809.120355> (Septembre 2012) et *Journal of Clinical Microbiology* <http://dx.doi.org/10.1128/JCM.00859-12> (Septembre 2012).

Calendrier des événements

OCTOBRE 2012

Rappel :

- Pour toutes questions concernant votre inscription et le suivi de vos surveillances, contacter M. Olivier Hoff au 03-83-15-35-45 et o.hoff@chu-nancy.fr
- Pour toutes questions concernant la méthodologie, l'interprétation des résultats d'une surveillance, contacter le coordonnateur inter-régionale de la surveillance <http://cclin-est.fr/spip.php?rubrique115> (lien vers le calendrier des surveillances)

				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

Carnet : Nous sommes heureux d'accueillir depuis le 1er Octobre dernier une nouvelle biostatisticienne en la personne de Mme Lory MOUCHOT qui remplace Mlle Camille NEELS partie en juin dernier. Mme MOUCHOT n'est pas une inconnue puisqu'elle a travaillé au CCLin Est en 2006 et 2007. Bon retour chez nous!

De plus Olivia ALI-BRANDMEYER est aussi revenue le 08 octobre après avoir fait un 2ème bébé. Félicitations.

L'équipe des « biostats » est donc reconstituée

BMR 2012 : **deadline le 1^{er} novembre** (ne pas oublier les étapes **vérification** et **d'envoi** des données pour le CCLIN)

L'édition des résultats « établissement » est maintenant possible. Vous pouvez imprimer ces résultats directement, les imprimer au format pdf ou faire un copier/coller dans Word pour pouvoir revoir la mise en page, utiliser les éléments dans le cadre d'un document Powerpoint...

COLLOQUES - JOURNEES - CONGRES - FORMATIONS

Journée CCLin Est/ARLIN couplée avec la 17ème journée régionale de formation de l'antenne régionale Champagne-Ardenne : Reims le 25 octobre 2012 sur « Où en somme-nous avec les EPC? » - accéder au programme (les inscriptions sont closes)

<http://www.cclin-est.org/spip.php?rubrique25>

Séminaire de recherche SF2H : Paris le 6 décembre 2012— inscription obligatoire avant le 12 novembre 2012 : Marie-Christine BROCHOT, Unité de Gestion du Risque Infectieux CHU Nantes tél : 02 40 08 70 67 ou par email mariechristine.brochot@chu-nantes.fr

http://www.sf2h.net/actus/SF2H_seminaire-recherche-2012.pdf

VIème Journée nationale Réa-RAISIN pour la prévention du risque infectieux en réanimation : Lyon le 14 décembre 2012

http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/Reseaux/REA/sommaire_REA.html

« Picc et Site et colégram... » Les dispositifs intraveineux de longue durée de l'hôpital au domicile : Nancy - Centre Alexis Vautrin – 18 décembre 2012 accéder au programme et aux inscriptions

<http://www.cclin-est.org/spip.php?article160>

CHECK-LIST AU BLOC OPÉRATOIRE : PEUT MIEUX FAIRE

« *Bien, mais peut mieux faire* ». Voilà la note qui peut être appliquée aux chirurgiens, anesthésistes et autres professionnels des blocs opératoires, 2 ans et demi après la mise en œuvre obligatoire d'une check-list lors de toute intervention chirurgicale dans les hôpitaux et cliniques de France

Depuis le 1er janvier 2010, avant toute anesthésie et intervention en salle d'opération puis en fin d'intervention, 10 critères doivent systématiquement être vérifiés : l'identité du patient, le bon côté de la zone opératoire, le bon fonctionnement du matériel, le compte final des compresses, aiguilles, instruments... L'efficacité de ces programmes a été démontrée, sa mise en œuvre permettant de réduire de 30% les complications à la suite d'une intervention chirurgicale, dans les pays les plus développés.

La HAS a demandé à un groupe de travail spécialisé d'auditer par voie de questionnaire et surtout - ce qui est inédit - par des enquêtes sur place d'un échantillon de blocs opératoires. La région Limousin a été choisie, 9 hôpitaux et cliniques et 169 professionnels ont participé à cette investigation, entre fin 2010 et mi-2011.

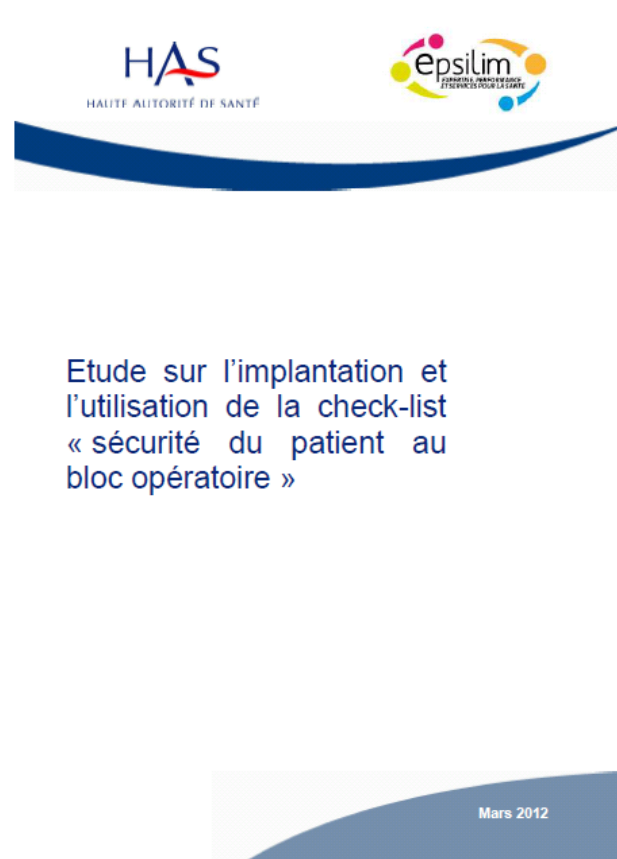
La "check-list" est trop souvent exécutée à contre-cœur par les équipes médicales.

Point positif, son utilisation est largement généralisée, elle l'est même toujours dans 78% des cas. L'emploi de cette procédure a permis concrètement de détecter à plusieurs reprises un dysfonctionnement, et ainsi d'éviter des erreurs : confusion sur le patient à deux occasions, oubli d'un traitement antibiotique préventif dans deux autres cas, erreur de côté, radiographie non réalisée, découverte d'un matériel de prothèse non stérile (une fois pour chacun de ces cas). A plusieurs reprises, la tenue de cette check-list a donc entraîné la déprogrammation d'une intervention, car le dysfonctionnement découvert à cette occasion était important.

Point négatif, la check-list n'est pas pour autant utilisée de manière optimale. La majorité des professionnels considère cette nouvelle procédure comme une contrainte administrative supplémentaire. Les temps de pause - avant l'anesthésie,

avant et après l'intervention - durant lesquels on doit procéder à une vérification collective et à haute voix des critères ne sont que minoritairement respectés. La verbalisation des critères n'est pas systématique. Les questions n'ont été formulées en équipe que pour seulement 13% des interventions observées lors du temps de pause avant l'endormissement du patient, et seulement 33% des interventions observées lors des deux autres temps de pause.

Les auteurs de cette enquête remarquent ainsi que l'utilisation de la check-list paraît encore insuffisamment développée.



Pour en savoir plus

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/rapport_epsilon_has_checklist.pdf

GRIPPE : NOUVELLE CAMPAGNE DE VACCINATION SUR FOND DE PARTICIPATION EN BAISSSE

La campagne 2012-2013 de vaccination contre la grippe vient de débiter depuis quelques jours, alors que la participation à la vaccination la saison dernière poursuit une chute amorcée par la pandémie de 2009. L'épidémie de grippe s'est achevée dans l'hémisphère Sud à la fin du mois de juillet. Cette année, le vaccin intègre, selon les recommandations de l'OMS, une nouvelle souche A(H3N2), qui a été à l'origine d'un nombre significatif de cas de grippe la saison dernière, la souche A(H1N1) de la saison précédente et une nouvelle souche B.

Les vaccins antigrippaux pris en charge dans le cadre de la campagne sont exempts d'adjuvant, un argument mis en avant par les autorités sanitaires. Les vaccins actuels, non-adjuvants, sont dépourvus de squalène, à la différence du vaccin Pandemrix* (GlaxoSmithKline) utilisé en majorité durant l'hiver 2009 en France.

La liste des personnes pour lesquelles la vaccination est recommandée par le Haut Conseil de la santé publique (HSCP) a été modifiée. Elle comprend cette année toutes les femmes enceintes, quel que soit le stade de leur grossesse, ainsi que les obésités morbides, c'est-à-dire dont l'indice de masse corporelle est supérieur ou égal à 40kg/m². Ces personnes n'étant pas identifiables par l'assurance maladie, elles ne seront pas directement invitées à se faire vacciner gratuitement par courrier, comme c'est le cas pour les plus de 65 ans, les patients souffrant d'une affection longue durée (ALD) concernés par la vaccination grip-pale, les personnes souffrant d'un asthme ou d'une bronchopneumopathie chronique obstructive et les professionnels de santé libéraux.

C'est sur les médecins traitants que reposera la vac-

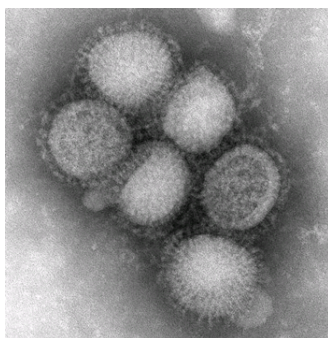
ciation de ces personnes identifiées comme étant particulièrement à risque, comme pour la vaccination de l'entourage des nourrissons de moins de six mois.

Le ministère de la santé compte sur eux pour "redonner confiance à chacun (...) notamment après les polémiques relatives à la vaccination contre le H1N1". L'un des arguments avancé dans ce document est la modification de deux des trois souches vaccinales pour 2012/2013.

L'épidémie 2011-2012, d'intensité modérée, a été tardive, puisqu'elle est survenue entre fin janvier et fin mars. Le virus qui a circulé était à 86% un type A (H3N2), dont une proportion "importante", selon le terme de l'Institut de veille sanitaire (InVS), était différente de la souche vaccinale.

En raison de cette inadéquation, la vaccination a été moins efficace. Globalement, on peut considérer l'efficacité de la vaccination autour de 85% les bonnes années ; en revanche, elle chute autour de 50% les mauvaises années, comme durant l'hiver 2011-2012. En plus d'une efficacité modérée de la vaccination en raison de la circulation importante d'un variant non inclus dans le vaccin, la couverture a été mauvaise. Elle poursuit sa chute depuis la pandémie de 2009. La vaccination des personnes âgées (plus de 65 ans) a diminué de 56,2% à 55,2% en une année. Mais la chute sur plusieurs années est plus importante : lors de la campagne 2008, la couverture vaccinale des personnes âgées s'élevait à 68%.

Parmi les personnes à risque, l'inflexion la plus importante concerne les patients en ALD. Alors que 40,1% de ces patients avaient participé lors de la campagne 2010 (49% en 2008), ils n'étaient plus que 33% l'année dernière.



Pour en savoir plus

Evolution de la surveillance épidémiologique

<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Grippe/Grippe-generalites/Donnees-de-surveillance>

<http://www.grog.org/>

ENQUÊTE NATIONALE DE PRÉVALENCE (ENP) DES INFECTIONS NOSOCOMIALES ET DES TRAITEMENTS ANTI-INFECTIEUX, 2012

L'ENP 2012 qui s'inscrit dans le cadre de la 1^{ère} enquête Européenne de prévalence des IN a débuté depuis plusieurs semaines.

Calendrier :

- **Mi-février au 11 mai** : inscription en ligne
- **Mi-avril** : **REALISE** sélection de l'échantillon européen (tirage au sort de 55 ES de court séjour sur l'ensemble des ES participant à l'ENP 2012 au niveau national)

- **13 juillet** : **REALISE** date limite de saisie des données (échantillon européen)

- **26 septembre** : date limite de saisie des données hors échantillon **REALISE** (ensemble des ES européen)

Rappel : lien pour la saisie de l'ENP 2012

<http://eprev.invs.sante.fr/enp/identification.faces>

- **Fin novembre** : résultats préliminaires nationaux

Coordonnateur ENP 2012 pour le CCLin Est :

Loïc SIMON, praticien hygiéniste (tel : 03-83-15-34-73)

NOUVEAU CORONAVIRUS : LE RISQUE DE TRANSMISSION DE PATIENT À PATIENT EST FAIBLE

Depuis l'identification d'un nouveau coronavirus chez deux patients – un homme de 60 ans résidant en Arabie Saoudite ; un homme de 49 ans d'origine Qatarie transféré dans un hôpital londonien et ayant effectué un voyage en Arabie Saoudite – les autorités sanitaires internationales sont en alerte. Le bulletin « Eurosurveillance » qui revient sur ces deux cas. Le premier a présenté une pneumonie le 13 juin dernier 7 jours après le début de ses symptômes respiratoires. Il meurt le 24 juin dans un tableau d'insuffisance rénale. Le second a également présenté des troubles respiratoires sévères avec insuffisance rénale ayant nécessité son transfert puis son hospitalisation en soins intensifs. La comparaison entre les deux virus a montré qu'il s'agissait de la même souche virale (identique à 99,5 %). Aucun lien épidémiologique entre les deux patients n'a pu être établi.

Beaucoup d'inconnus demeurent sur ce nouveau coronavirus. Toutefois, *la longue durée de l'intervalle entre les deux cas et l'absence de cas secondaires parmi les cas contact suggère un risque faible de transmission d'homme à homme*. Même s'il appartient à la même famille, le nouveau coronavirus présente des différences avec celui qui avait émergé en 2003, d'abord identifié dans un hôpital de Hanoï (Vietnam) chez un homme d'affaires américain revenant d'un voyage en Chine et qui avait provoqué la mort de près de 900 personnes à travers le monde. Pour l'heure, il n'existe pas de test de diagnostic rapide pour ce nouveau virus mais, les professionnels de santé doivent être alertés. En effet, un patient présentant des symptômes d'infection respiratoire sévère chez qui on retrouve la notion d'un séjour en Arabie Saoudite ou au Qatar au cours des dix derniers jours peut être infecté par le nouveau coronavirus. Le cas doit alors être signalé aux autorités nationales.

Pour en savoir plus

<http://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V17N40/art20290.pdf>

A LIRE

Structures et organisation des unités de réanimation : 300 recommandations

Fourrier F; Boiteau R; Charbonneau P; Drault JN; Dray S; Farkas JC; *et al.* 300 recommandations and guidelines on structural and organizational requirements for intensive care units. Réanimation 2012; in press: 17 pages.

Ce référentiel de structures et d'organisation a été réalisé en prenant pour bases les recommandations nationales, européennes et nord-américaines et l'analyse de la littérature médicale des 20 dernières années. Les domaines suivants ont été étudiés : architecture générale et structuration physique de l'unité ; architecture des zones de soins et des chambres des patients ; organisation logistique, management et indicateurs ; organisation de l'unité pour l'enseignement et la recherche ; gestion et organisation des ressources humaines médicales et paramédicales ; droits des patients et principes de bientraitance. Ce référentiel propose 300 recommandations concernant l'organisation fonctionnelle, matérielle et humaine d'une unité de réanimation (UR) autorisée selon les critères des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS), située au sein d'un établissement de santé (eS) public ou privé. Il en détermine les caractéristiques optimales. Il ne traite pas de l'organisation et des structures des unités de soins intensifs ni des unités de surveillance continue (USC).

COÛT-EFFICACITÉ D'UNE SURVEILLANCE ET D'UNE DÉCOLONISATION DES SARM À L'ADMISSION EN UNITÉ NÉONATALE DE SOINS INTENSIFS

Une stratégie alliant la surveillance active des staphylocoques dorés résistants à la méticilline (SARM) à leur décolonisation à l'admission en unité néonatale de soins intensifs apparaît coût-efficace, suggère une étude Hong-Kongaise .

La surveillance active des SARM, qui repose sur l'analyse par PCR des prélèvements nasaux à l'admission puis chaque semaine, est recommandée notamment par la Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA) pour les patients à risque élevé.

Les porteurs de SARM dans les unités néonatales de soins intensifs sont alors habituellement placés en Précautions complémentaires de type contact et reçoivent des soins comme dans le cadre du regroupement de patients ("cohorting"). Mais la surveillance active avec ces regroupements n'est pas toujours possible dans toutes les unités néonatales de soins intensifs.

Cette étude a consisté à comparer dans une analyse de modélisation, cette stratégie standard à celle consistant à allier surveillance active et décolonisation.

La décolonisation comprenait l'application dans le nez de mupirocine chaque jour pendant 7 à 10 jours chez tous les patients porteurs de SARM et l'application de chlorhexidine aux patients âgés de plus de 4 semaines ou ayant un âge gestationnel supérieur à 36 semaines.

Ils ont montré une supériorité de la surveillance active alliée à la décolonisation, qui permettait d'obtenir un taux inférieur attendu d'infection par SARM (0,9%, contre 1,8% pour la surveillance active seule), un taux inférieur de mortalité associée aux SARM (0,2% contre 0,4%) et un moindre coût total par patient (47.294 contre 48.031 dollars).

Ces résultats restaient robustes, selon l'analyse de sensibilité, que la prévalence des patients colonisés par des SARM à l'admission en unité néonatale de soins intensifs était faible (0,7%) ou élevée (8,6%).

Des études cliniques prospectives sont cependant nécessaires pour déterminer l'impact clinique sur le risque d'infection par les SARM de l'ajout de la décolonisation à la surveillance active, soulignent les auteurs.

Pour en savoir plus

Infection Control and Hospital Epidemiology, octobre, vol.33, n°10, p1024-1030

A LIRE

25ème numéro de MATERLIEN, le bulletin du réseau MATER

Le réseau Mater est le réseau de surveillance des infections nosocomiales en maternité.

http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/Reseaux/Mater/Sommaire_Mater.html

Retour d'Expérience—Signalement d'infections nosocomiales

Deux cas d'infections post-opératoires à *Streptococcus pyogenes* en chirurgie viscérale

http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/Signalement/REX/REX8_juil12_StreptoA_V2.pdf

NosoVeille n°10, bulletin de veille, octobre 2012.

http://nosobase.chu-lyon.fr/RevueBiblio/NosoVeille/sommaire_NosoVeille.html

Tri des déchets d'activités de soins des professionnels de santé du secteur diffus.

ADEME 2012, 19 pages

http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/ademe/2012_dechets_Ademe.pdf

SEMAINE DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTS DU 26 AU 30 NOVEMBRE 2012 : « ENGAGEONS-NOUS POUR DES SOINS PLUS SÛRS »



**semaine
de la sécurité
des patients :**
du 26 au 30
novembre 2012
mobilisez-vous !

La sécurité des soins apportés aux patients est un objectif majeur pour l'ensemble des acteurs du système de santé et tout particulièrement des pouvoirs publics et des associations de patients.

C'est pourquoi le ministère chargé de la santé lance la 2^{ème} édition de la semaine de la sécurité des patients pour que chacun, professionnel et usager, puisse s'informer, échanger et prendre conscience de son rôle dans ce domaine.

La semaine se déroulera du 26 au 30 novembre, sous la signature : « ma participation est essentielle pour des soins plus sûrs », autour de 4 thèmes forts :

- > prévenir les infections associées aux soins à travers la mission mains propres
- > bien utiliser les médicaments
- > favoriser la communication
- > soulager la douleur

Le ministère chargé de la santé invite l'ensemble des professionnels de santé, hospitaliers et libéraux, médicaux et non médicaux, les associations de patients, les agences régionales de santé (ARS) et les institutions à s'engager dans l'opération et à mener des actions d'information et de sensibilisation.



Des brochures sur les 4 thèmes ainsi que des affiches sont mis à disposition gratuitement par le ministère et peuvent être commandés sur le site dédié :

www.sante.gouv.fr/ssp



Le **formulaire d'inscription dédié à la « Mission Mains Propres »** est en ligne au lien suivant :

<http://www.sante.gouv.fr/mission-mains-propres.html>

il restera accessible **jusqu'au 30 novembre**.

Le formulaire de **commande des outils** de communication de la Semaine de la Sécurité des Patients et de la Mission Mains Propres accessible depuis le 31 juillet

<http://www.sante.gouv.fr/semaine-de-la-securite-des-patients-du-26-au-30-novembre-2012-engageons-nous-pour-des-soins-plus-surs.html>

Il permettra d'enregistrer les commandes **jusqu'au 7 octobre**.

La commande des outils de la semaine sécurité des patients devait être passée avant le 08 octobre 2012 à partir du site du ministère de la santé. Les retardataires pourront adresser un mail au CCLIN Est qui les dépannera dans la mesure des stocks disponibles

A ce jour, déjà 2 040 inscrits dont 1 757 établissements de santé, continuons la mobilisation !

MINI COLLECTEURS DE DASRI MIS GRATUITEMENT À LA DISPOSITION DES PHARMACIENS

Les mini-collecteurs de DASRI doivent être disponibles dans les officines et les PUI des établissements de santé. En attendant l'agrément de l'éco-organisme, les pharmaciens peuvent passer commande et s'approvisionner gratuitement auprès des laboratoires concernés.

Ce sont les fabricants de médicaments et de dispositifs médicaux à l'origine des DASRI-PAT* piquants ou coupants qui assurent, gratuitement, la fourniture de collecteurs vides aux pharmacies d'officine et aux PUI (pharmacies à usage intérieur). Ces réceptacles permettent aux patients de stocker puis déposer dans des lieux adéquats sécurisés, les déchets à risque infectieux produits à domicile (seringues, aiguilles, guides de cathéter...). En juillet dernier, la commission consultative de la filière des DASRI-PAT qui s'est tenue au ministère de l'Ecologie et du Développement durable, a cependant soulevé les difficultés des pharmaciens pour s'approvisionner en mini-collecteurs.

Concrètement, comment le pharmacien d'officine passe commande ?

Dans l'attente de l'agrément de l'éco-organisme qui gèrera de façon centralisée et coordonnée l'ensemble de la filière, et se chargera donc d'approvisionner les pharmacies, les industriels concernés sont tenus de fournir les collecteurs aux pharmaciens qui le demandent, jusqu'à la fin de l'année 2012 au minimum.

L'association *Dastr*** a recensé les producteurs qui fournissent les mini-collecteurs et a publié une liste des contacts disponibles pour chacune de ces entreprises. Accessible sur l'Espace pharmaciens du site Internet de l'Ordre, ce document fournit les informations nécessaires pour passer directement commande auprès des industriels.

* Déchets d'activités de soins à risques infectieux produits par les patients en autotraitement (DASRI-PAT) / Décret du 22 octobre 2010 fixant les conditions d'agrément des éco-organismes chargés d'organiser la collecte

** L'association *Dastr* est la structure constituée par les industriels concernés. Elle a déposé un dossier d'agrément en tant qu'éco-organisme de la filière d'élimination des DASRI auprès de l'Administration qui est attendu pour la fin de l'année.



Adresse:
Hôpitaux de Brabois
Rue du Morvan
54 511 Vandoeuvre les Nancy
Secrétariat central:
Tél. 03 83 15 34 73
Fax 03 83 15 39 73
Email. cclin.est@chu-nancy.fr

Retrouvez nous sur le
Web
<http://www.cclin-est.org/>

