

# ACTUALITÉS DU CCLIN EST ET DE SES 5 ANTENNES RÉGIONALES



Février 2012

## ASSOUPPLISSEMENT DU DARI DANS LES ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX

Nous vous annonçons le mois dernier la suspension du Document d'Analyse du Risque Infectieux (DARI) qui initialement devait être réalisé pour fin 2012 par tous les EMS.

Une nouvelle circulaire sera publiée prochainement et actera un **assouplissement du dispositif** qui persistera. Il n'y a donc pas suppression du DARI mais plus de temps sera laissé aux établissements (fin 2013?).

Une version 2 du manuel d'Evaluation du Risque Infectieux, outil du GREPHH, sera proposée aux EHPAD, FAM et MAS en remplacement de ce document :

[http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/2011\\_EHPAD\\_CCLIN\\_Version2\\_13\\_12\\_11.pdf](http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/2011_EHPAD_CCLIN_Version2_13_12_11.pdf)

### Dans ce numéro :

DARI et ATNC	1
A l'agenda	2
Nosobase	3
ISO 2011	4
ENP 2012	5
A lire—réglementation	6
EPC	7
BMR	8

## INSTRUCTION DU 1ER DÉCEMBRE 2011 RELATIVE À L'ACTUALISATION DES RECOMMANDATIONS VISANT À RÉDUIRE LES RISQUES DE TRANSMISSION D'ATNC LORS DES ACTES INVASIFS

Suite à la publication fin décembre 2011 de cette instruction datant du 1er décembre dernier demandant aux établissements de la mettre en œuvre au 01 janvier 2012, vous avez été nombreux à réagir pour relever les difficultés de cet « exercice ».

Des documents pédagogiques ont déjà été proposés et mis en ligne :

<http://www.cclin-est.org/spip.php?rubrique56>

Néanmoins conscients des difficultés les 5 Cclin et le Ministère de la Santé vont vous proposer une **Foire Aux Questions, si possible pour le 15 mars prochain.**

Les premières réponses faisant consensus entre Cclin pourront être publiées sur un site commun (a priori Nosobase), dans le cadre d'une FAQ destinée aux professionnels. Cette FAQ est nourrie par l'ensemble de vos questions.

L'examen collégial des questions permettra de déterminer celles auxquelles les Cclin ne sont pas en capacité de répondre, qui seront à transmettre au groupe national ayant rédigé l'instruction.

L'objectif final est bien sûr d'avoir une seule lecture de cette instruction.

### Sommaire :

- Formations
- Surveillances
- Signalements
- Réglementation

**Calendrier des événements**

FEVRIER 2012

**RAPPEL**

La date limite de retour des données pour l'audit **Hygiène des Mains 2** était le 31 janvier dernier.

Néanmoins les retardataires peuvent encore envoyer leurs données.

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						

**Consulter le calendrier des surveillances RAISIN :**

<http://www.cclin-est.org/UserFiles/File/Surveillance/calendrier%202012.pdf>

**Surveillance BMR 2012 :**

Après la mise en place d'une surveillance à l'aide d'un outil Web pour ISO en 2011, la surveillance des BMR se fera aussi en ligne à partir de cette année. Pour rappel, la surveillance des AES bénéficiera aussi de la saisie en ligne. L'ère du papier semble révolue.

**Surveillance REA 2012 :**

Le protocole et les outils sont en ligne

<http://www.cclin-est.org/spip.php?rubrique114>

**COLLOQUES - JOURNEES - CONGRES - FORMATIONS**

**Journée CCLin Est/ARLIN : Nancy le 03 avril 2012 sur « Prévention des infections associées aux soins à domicile »** - accéder au programme et au bulletin d'inscription :

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

**20<sup>ème</sup> journée régionale d'hygiène et de lutte contre les Infections Nosocomiales de Lorraine :** Nancy les 21 et 22 juin 2012 - accéder au pré-programme

<http://www.cclin-est.org/UserFiles/File/congres/2012/Pre-programme%2020JRH.pdf>

**Journée 8ème congrès Biologie et Hygiène Hospitalière (organisée par l'Association des Biohygiénistes Européens) : Paris le 05 avril 2012 :** gestion du risque IAS en services de réanimations, en - pré-programme et plaquette de présentation : <http://www.cclin-est.org/spip.php?rubrique135>

**Formations organisées par le CCLin Est :**

**La gestion d'un phénomène épidémique : le processus d'investigation" à Nancy les 7 et 8 mars 2012 :**

[http://www.cclin-est.org/UserFiles/File/formation/Phenomene\\_epidémique\\_2012%281%29.pdf](http://www.cclin-est.org/UserFiles/File/formation/Phenomene_epidémique_2012%281%29.pdf)

**Le signalement des infections nosocomiales dans les établissements" à Nancy le 16 mars 2012**

[http://www.cclin-est.org/UserFiles/File/formation/Signalement\\_Infection\\_2012.pdf](http://www.cclin-est.org/UserFiles/File/formation/Signalement_Infection_2012.pdf)

## INFECTIONS NOSOCOMIALES EN BAISSÉ DANS LES HÔPITAUX AYANT ADOPTÉ UNE SURVEILLANCE

La surveillance électronique des infections nosocomiales pourrait aider les hôpitaux à réduire leur incidence. La Pennsylvanie a obligé en 2007 ses hôpitaux à déclarer leurs infections nosocomiales. Elle les a aussi encouragés à mettre en place des systèmes qualifiés de surveillance électronique pour les aider à détecter ces infections nosocomiales.

Des hôpitaux ont alors suivi la recommandation de mise en place d'un système qualifié de surveillance électronique des infections nosocomiales. La proportion des établissements en ayant adopté un est ainsi passée de 18% à 53%. Mais certains hôpitaux ont rapporté de manière anecdotique que les bénéfices additionnels de tels systèmes étaient marginaux et qu'ils ne compensaient pas les coûts.

Aimee Palumbo et ses collègues ont donc décidé d'évaluer l'utilité de ces systèmes sur deux ans, entre la mi-2008 et la mi-2010, sur la réduction des infections nosocomiales et en particulier des infections des voies urinaires associées à une sonde.

Les trois quarts des 234 hôpitaux ont répondu à leur enquête et les données de 68% des répondants ont été analysées.

Les hôpitaux ayant adopté un système de surveillance électronique des infections nosocomiales ont bénéficié d'une baisse de 22% de leur taux brut d'infections associées à une sonde urinaire, contre seulement 8% pour les établissements de santé

ayant conservé un système manuel de surveillance de leurs infections nosocomiales.

Cette diminution était ainsi presque trois fois plus rapide en cas de mise en place d'un système de surveillance électronique, même après avoir contrôlé de multiples facteurs confondants, comme le taux d'utilisation de certains dispositifs médicaux par patient ou le nombre de lits.

Et la faible baisse du taux d'infections urinaires sur sonde dans les établissements ayant conservé un système manuel de surveillance n'était même pas statistiquement significative.

L'étude a également montré que les établissements de santé avec au moins un équivalent temps plein en spécialiste de la prévention du risque infectieux avaient plus de chance d'avoir un système de surveillance électronique des infections nosocomiales.

En revanche, un autre résultat était plus inattendu, à savoir le fait que les spécialistes de la prévention du risque infectieux des établissements avec un système électronique de surveillance aient rapporté passer autant de temps que leur collègues d'établissements avec un système manuel de surveillance au contrôle des données et à la formation.

**Infection Control and Hospital Epidemiology, février, vol.33, n°2, p105-113**

## RESULTATS DE L'ENQUÊTE DE SATISFACTION NOSOBASE

Le site NosoBase est un site d'information et de documentation consacré aux infections associées aux soins et à leur prévention. Il est animé par les cinq centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN). Il regroupe les informations et documents utiles aux professionnels de l'hygiène hospitalière. Une rubrique est également destinée au grand public. NosoBase propose de nombreux documents en texte intégral ainsi qu'une base de données bibliographiques qui signale plus de 31 000 références.

Le site a entièrement été remanié en juin 2010 afin de proposer une navigation plus aisée. Le design du site a été modernisé avec une esthétique épurée et en particulier un nouveau logo.

NosoBase demeure un outil web incontournable dans le domaine des infections associées aux soins et rend service dans la pratique quotidienne.

Parmi les projets 2012 proposés par le comité de pilotage NosoBase, le changement de logiciel documentaire ainsi que la mise en place d'un moteur de recherche répondront aux attentes des utilisateurs.

Un logiciel documentaire plus performant permettra d'optimiser la base de données (ergonomie, interrogation, affichage des résultats...).



Pour en savoir plus : <http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/Newsletter/2011/05/pdf/NosoBase.pdf>

## RAPPORT DE LA SURVEILLANCE DES ISO 2011 DANS L'INTER-RÉGION EST

La surveillance ISO-CCLin Est 2011 a concerné 104 établissements (105 en 2010) et 447 services de chirurgie (426 en 2010). Parmi ces 447 services, 330 ont effectué une surveillance globale et 109 une surveillance prioritaire (8 services ont suivi les deux types de surveillance). La surveillance 2011 concernait 65 257 interventions (61 044 en 2010) dont 50 361 pour la surveillance globale (77,2%) et 14 896 pour la surveillance prioritaire (22,8%).

Au sein des services participants, les spécialités chirurgicales (au niveau des services) les plus représentées sont la chirurgie orthopédique (n=183 : 14,3%), la chirurgie gynécobstétrique (n=179 : 14,0%) et la chirurgie des tissus mous et de la peau (n=176 : 13,8%).

Le suivi des patients opérés est effectif pour 100% des interventions en surveillance globale et en surveillance prioritaire. Ce suivi dans les 30 jours post-opératoires préconisé dans le protocole semble présenter des difficultés méthodologiques de la surveillance des ISO car on note que pour 42,7% des observations en surveillance globale et 51,1% en surveillance prioritaire, le suivi est relevé au delà du 30<sup>ème</sup> jour post-opératoire. L'ISO est diagnostiquée au cours des 14 premiers jours post-opératoires respectivement dans 59,2% des cas (n=182) en surveillance globale (tableau 15) et 67,4% des cas (n=132) en surveillance prioritaire (tableau 30).

### Surveillance globale

Pour les 50 361 interventions suivies en surveillance globale, le **taux brut d'infection est de 0,61 pour 100 patients opérés** (IC95% : [0,55-0,68]). Parmi les 308 ISO renseignées, 50,2% sont superficielles, 36,0% pariétales profondes et 13,8% touchent l'organe ou l'espace.

Plus de la moitié des ISO (55,9%) surviennent après la sortie du patient : 31,7% touchent l'organe, 59,8% sont des ISO profondes et 59,7% sont des ISO superficielles. Sur 297 ISO

recensées, 23,6% font l'objet d'une reprise chirurgicale, dont 54,3% représentent des ISO survenues après la sortie du patient. Les ISO profondes sont responsables de 37,7% des reprises chirurgicales, dont 65,7% sont réalisées après la sortie du patient. Sur 287 ISO renseignées, 65,2% sont diagnostiquées à partir de critères microbiologiques, 15,3% de signes locaux d'infection, 9,1% par la présence de pus provenant de l'incision et 10,4% par l'avis du chirurgien. Parmi les 187 infections documentées, 41 sont plurimicrobiennes (21,9%).

Les deux micro-organismes les plus souvent isolés sont *Staphylococcus aureus* et *Escherichia coli*. Parmi les 51 *Staphylococcus aureus*, 12 (23,5%) étaient résistants à la méticilline.

### Surveillance prioritaire

Sur les 14 896 interventions en surveillance prioritaire (22,8% de l'ensemble des interventions surveillées), 196 infections étaient observées, soit un **taux brut d'infection de 1,30 pour 100 interventions** (IC95% : [1,13-1,50]).

Les résultats de la surveillance prioritaire sont à considérer avec prudence car souvent les effectifs, surtout pour les interventions dont l'index NNIS=2 ou 3, sont assez faibles. L'intérêt non négligeable, pour certaines spécialités chirurgicales, est que cette surveillance contribue à la constitution de la base de données nationale.

Les interventions chirurgicales qui présentent les taux d'ISO les plus importants sont la chirurgie urologique (2,5%), la chirurgie digestive (1,7%) et la chirurgie cardio-vasculaire (1,6%).

### Pour en savoir plus :

<http://www.cclin-est.org/spip.php?article48>

## COLIMYCINE\* EN AÉROSOL EFFICACE DANS LA PNEUMONIE ACQUISE SOUS VENTILATION MÉCANIQUE

L'antibiotique Colimycine\* (colistiméthate sodique, Sanofi) en aérosol est efficace en monothérapie dans le traitement des pneumonies acquises sous ventilation mécanique (PAVM) à germes multirésistants. La faible absorption tissulaire du colistiméthate par voie intraveineuse entraîne une utilisation restreinte en clinique. Son administration en aérosol représente parfois le seul moyen thérapeutique disponible face à l'augmentation des infections à bacilles gram négatif multirésistants, rappellent Qin Lu (hôpital de la Pitié-Salpêtrière, AP-HP, Paris) et ses collègues.

Ils ont évalué son efficacité en monothérapie dans les PAVM à germes multirésistants, par rapport au traitement conventionnel par voie intraveineuse associant une bêta-lactamine et un aminoside dans les PAVM sensibles, chez 164 patients consécutifs ayant une PAVM à *Pseudomonas aeruginosa* ou à *Acinetobacter baumannii*, dont 122 (à germes sensibles) traités par voie IV et 42 (à germes multirésistants) traités par Colimycine\* en aérosol.

Les deux groupes présentaient des caractéristiques cliniques similaires à l'admission.

Le taux de guérison a été de 66% dans le groupe traité de manière conventionnelle et de 67% dans le groupe traité avec Colimycine\* par aérosol. La PAVM à *P. aeruginosa* persistait à la fin du traitement chez 19% des patients du groupe conventionnel et 25% des patients du groupe Colimycine\* par aérosol, une différence non statistiquement significative. Le taux de guérison des PAVM à *P. aeruginosa* et *A. baumannii* multirésistants après Colimycine\* par aérosol est comparable à celui des PAVM à *P. aeruginosa* et *A. baumannii* sensibles après traitement conventionnel par voie IV. Les aérosols de Colimycine\* en monothérapie sont efficaces pour traiter les PAVM à bacilles gram négatif multi-résistants.

**Intensive Care Med (2010) 36:1147-1155**

## ENQUÊTE NATIONALE DE PRÉVALENCE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES ET DES TRAITEMENTS ANTI-INFECTIEUX, 2012

De 1996 à 2006, trois enquêtes de prévalence des infections nosocomiales ont permis de produire des estimations régulières de la fréquence des IN ou de l'usage des anti-infectieux dans les établissements de santé (ES) français. La dernière avait mobilisé très largement la communauté hospitalière : plus de 2 300 ES avait alors participé et plus de 358 000 patients avaient été inclus. En 2006, 1 patient sur 20 (4,97%) avait au moins une IN le jour de l'enquête et plus d'un patient sur 6 (15,52%) recevait un traitement antibiotique.

Une **nouvelle enquête nationale de prévalence (ENP)** des infections nosocomiales (IN) et des traitements anti-infectieux aura lieu en 2012. Conduite sous l'égide du Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des IN (Raisin), elle est coordonnée par les centres de coordination de la lutte contre les IN (CClin) au niveau interrégional et par l'Institut de veille sanitaire (InVS) au niveau national.

Cette nouvelle enquête constituera un temps fort de l'année 2012 en matière de sensibilisation à la lutte contre les IN et au bon usage des antibiotiques, tant pour les professionnels des ES que pour leurs usagers. La baisse régulière de la fréquence des IN observée par ces enquêtes (-11% de 2001 à 2006 par exemple) suggère en effet un impact positif des programmes de prévention, qu'il est important d'évaluer à nouveau en 2012.

Cette nouvelle enquête s'inscrit dans le cadre de deux programmes nationaux : le programme national de prévention des IN et le plan national d'alerte sur les antibiotiques. Elle s'inscrit aussi dans le cadre d'un programme européen et son protocole est compatible avec celui défini par le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC).

Sur la base de ce protocole, tous les états membres de l'Union Européenne ont conduit ou conduiront des enquêtes de prévalence d'ici fin 2012, et transmettront un échantillon représentatif de leurs données à l'ECDC. Ce dernier produira alors un état des lieux de la fréquence des IN et des traitements anti-infectieux en Europe.

**Le protocole de l'ENP 2012 reste très proche du protocole des enquêtes 2006 et 2001**, ce qui facilitera le travail des professionnels ayant déjà participé à ces enquêtes. Son volet anti-infectieux a toutefois été renforcé et **quelques nouveautés** sont introduites dans le cadre de l'harmonisation avec le protocole européen :

- s'agissant des critères d'inclusion, tous les patients présents et admis dans le service avant 8 heures du matin le jour de l'enquête seront inclus (en 2006, les entrants du jour étaient exclus) ;
- quelques définitions ont été modifiées, retirées ou ajoutées mais ne devraient pas avoir un impact majeur sur les prévalences mesurées. Il est toutefois recommandé de consulter ces définitions dans le protocole ;
- quelques variables ont été ajoutées pour décrire certaines IN : mention du dispositif invasif éventuellement en cause pour une pneumonie, une bactériémie ou une infection urinaire ; documentation de l'origine des bactériémies ;
- quelques variables ont été ajoutées pour décrire les traitements anti-infectieux : mention du type d'infection (non nécessairement nosocomiale) ayant conduit à la prescription, existence d'une trace de cette indication dans le dossier du patient, voie d'administration, durée de l'antibioprophylaxie chirurgicale ; ces variables produiront des indicateurs utiles à chaque ES pour travailler sur le bon usage des antibiotiques.

L'ENP 2012 sera pour la première fois proposée aux structures

d'hospitalisation à domicile (HAD) selon un protocole spécifique, les données recueillies en HAD faisant l'objet d'une analyse séparée.

La saisie des données de l'ENP 2012 se fera via une application web sécurisée développée par l'InVS. Les données descriptives de chaque ES (type et statut, nombre de lits) seront pré-renseignées à partir des données administratives disponibles via les bilans standardisés de lutte contre les IN. L'application autorisera l'importation de données (pour les ES souhaitant utiliser leur propre outil de saisie) et restituera de façon immédiate et automatisée les résultats à chaque participant sous forme de tableaux et de rapports synthétiques exportables. Dans un second temps, après consolidation des données au niveau national, tous les participants auront accès aux résultats régionaux, interrégionaux et nationaux sous forme de rapports standardisés.

Le recueil des données de l'ENP 2012 se déroulera du **lundi 14 mai au vendredi 29 juin 2012**. Leur saisie sera possible via l'application web jusqu'au vendredi 14 septembre 2012. Les ES faisant partie de l'échantillon ECDC devront effectuer cette saisie au plus tard le 15 juillet 2012 car les données doivent être transmises à l'ECDC en septembre 2012 ; ils seront informés de cette échéance et feront l'objet d'un suivi et d'une assistance particulière.

**L'inscription à l'ENP 2012 s'effectue auprès de chaque CClin** ; elle est indispensable pour disposer des codes d'accès à l'application web. Le protocole de l'enquête sera disponible fin février 2012 sur le site de l'InVS et sur ceux des CClin. L'application web sera accessible à partir du 2 mai 2012. Les premiers résultats nationaux seront communiqués au cours du 4<sup>ème</sup> trimestre 2012.

## A LIRE OU A VOIR

### **Rapport du HCSP : Prévention de la transmission soignant-soigné des virus hématogènes (VHB, VHC, VIH) (40 pages)**

La transmission d'un virus hématogène d'un professionnel de santé à un patient constitue un évènement exceptionnel. Le risque dépend du type d'acte de soins réalisé, du respect des précautions standard et de la charge virale plasmatique chez le soignant infecté. Le HCSP se prononce dans ce rapport pour : (i) éviter la contamination des patients par le respect des précautions standard et la vaccination systématique des soignants contre le VHB ; (ii) identifier les soignants infectés par un diagnostic précoce ; (iii) mesurer et réduire la charge virale des soignants infectés ; (iv) enfin proposer une démarche responsable aux soignants infectés. Il défend également la mise en place d'une commission nationale d'évaluation du risque de contamination soignant-soigné afin que les quelques cas de professionnels de santé susceptibles de transmettre l'un de ces virus (porteurs chroniques) puissent être informés de ce risque, des moyens de prévention, et qu'une décision éventuelle de restriction d'activité soit proposée sur la base d'une évaluation spécifique.

[http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20110614\\_trstsevirushema.pdf](http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20110614_trstsevirushema.pdf)

### **Trop de traitements inutiles des bactériuries à entérocoques asymptomatiques**

Des chercheurs américains mettent en garde contre les traitements antibiotiques inutiles chez les patients ayant des entérocoques dans les urines mais qui sont asymptomatiques, en constatant que c'est encore fréquent, malgré les recommandations.

[Archives of Internal Medicine, vol.172, n°1, p33-38](#)

### **Investigation and Control of an Outbreak of *Achromobacter xylosoxidans* Bacteremia.**

Une infirmière qui détournait de la morphine a été probablement à l'origine d'une épidémie de bactériémies à *Achromobacter xylosoxidans* dans un hôpital américain, qui a touché huit patients au premier semestre 2006 dans une unité de chirurgie médicale de 50 lits d'un établissement de santé.

[Infection Control and Hospital Epidemiology, février, vol.33, n°2, p180-184](#)

**Outils pédagogiques** : Prévention des IAS en EHPAD : Mise en ligne sur le site du Cclin Sud-Ouest d'une nouvelle page consacrée à des films pédagogiques concernant la prévention des IAS en EHPAD. A ce stade deux sujets ont été traités à savoir les précautions standard et l'entretien des locaux.

[http://www.cclin-sudouest.com/pages/info\\_Films\\_Pedagogiques\\_11.html](http://www.cclin-sudouest.com/pages/info_Films_Pedagogiques_11.html)

### **Points sur les normes de sporicidie (Commission Désinfection de la SF2H, janvier 2012)**

Les conditions d'utilisation de désinfectants à base d'acide peracétique revendiquant une activité sporicide ont été modifiées avec un temps de contact significativement réduit.

La commission Désinfection de la SF2H a été interrogée sur l'opportunité de la modification des procédures requérant un haut niveau de désinfection.

[http://www.sf2h.net/publications-SF2H/SF2H\\_les-normes-de-sporicidie\\_V7.pdf](http://www.sf2h.net/publications-SF2H/SF2H_les-normes-de-sporicidie_V7.pdf)

## REGLEMENTATION

**Centres Nationaux de Référence** : Arrêté du 26 décembre 2011 fixant la liste des centres nationaux de référence pour la lutte contre les maladies transmissibles et des laboratoires associés

<http://nosobase.chu-lyon.fr/Reglementation/2011/Arrete/26122011.pdf>

**Affichage des indicateurs du tableau de bord** : Arrêté du 6 janvier 2012 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins

<http://nosobase.chu-lyon.fr/Reglementation/2012/06012012.pdf>

## INFECTIONS NOSOCOMIALES : UNE SURVEILLANCE PLUS LONGUE DES PATIENTS APRÈS LEUR SORTIE CHANGE LE CLASSEMENT DES HÔPITAUX

Des hôpitaux apparaissent moins bien classés vis-à-vis de l'incidence d'infections nosocomiales lorsque la surveillance est étendue jusqu'à un mois après la sortie des patients. Cette étude a porté plus précisément sur les infections nosocomiales à staphylocoque doré résistant à la méticilline (SARM). Comme les séjours hospitaliers sont de plus en plus courts, les infections nosocomiales à SARM ont plus de probabilité d'être détectées après la sortie de l'hôpital.

Les chercheurs ont mené une étude rétrospective sur 27 hôpitaux du comté d'Orange en Californie et plus précisément sur les admissions en soins aigus d'adultes entre 2002 et 2007.

Si un patient était admis avec une infection à SARM dans un établissement de santé et qu'il avait déjà été hospitalisé avant dans les 30 jours précédant, son infection était comptabilisée dans la première hospitalisation.

L'inclusion de ces infections un mois après la sortie de l'hôpital a triplé l'incidence médiane des infections nosocomiales, qui est passée de 12,2 à 35,7 pour 10.000 admissions à risque.

Les chercheurs ont étendu la surveillance jusqu'à un an après la sortie de l'hôpital et ont confirmé que la vaste majorité des infections à SARM post-hospitalisation étaient survenues dans les premiers mois suivant la sortie de l'hôpital.

La prise en compte des infections nosocomiales jusqu'à 30 jours après la sortie de l'hôpital a également eu un impact sur le classement de presque tous les hôpitaux. Neuf établissements de santé ont même changé de groupe, parmi les quatre définis pour les 27 hôpitaux étudiés. Le pire a concerné un hôpital qui a perdu huit places et est passé du deuxième au quatrième et dernier groupe.

pe.

Une analyse multivariée a montré que les patients avec un séjour hospitalier plus court avaient plus de risque d'avoir une infection à SARM après leur sortie de l'hôpital.

Les chercheurs soulignent l'importance des bases de données régionales, et non pas à l'échelle d'un seul établissement, pour prendre en compte l'ensemble des infections nosocomiales, y compris celles survenant après la sortie de l'hôpital.

En France, la surveillance des infections du site opératoire (ISO) repose sur le suivi du nombre de patients infectés pendant l'hospitalisation et jusqu'à 30 jours suivant la sortie du patient (un an en cas de pose de prothèse).

**Infection Control and Hospital Epidemiology, février, vol.33, n°2, p114-123**

## BILAN NATIONAL DES SIGNALEMENTS DE COLONISATION ET/OU INFECTIONS À EPC

### Nombre et évolution des épisodes impliquant des entérobactéries productrices de carbapénémases au 16 janvier 2012

Le premier épisode impliquant des EPC a été signalé à l'InVS en 2004. A ce jour, 152 épisodes de ce type ont été signalés par les établissements de santé et/ou le CNR Résistance aux antibiotiques ou d'autres laboratoires experts. Le nombre de ces épisodes est en augmentation très nette depuis 2009. On compte 6 épisodes signalés en 2009, 28 en 2010, 109 en 2011 et 1 sur les deux premières semaines de 2012.

Pour en savoir plus (copier le lien ci-dessous) :

<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-associees-aux-soins/Surveillance-des-infections-associees-aux-soins-IAS/Enterobacteries-productrices-de-carbapenemases-EPC/Episodes-impliquant-des-enterobacteries-productrices-de-carbapenemases.-Situation-epidemiologique-du-16-janvier-2012>

Rq : l'inter-région Est, est confrontée à plusieurs foyers impliquant des EPC. En conséquence, il est demandé votre vigilance ; la liste des établissements et des services concernés vous est envoyée chaque semaine.

## UNE MÉTHODE POUR ÉVITER LA FERMETURE D'UN SERVICE HOSPITALIER LORS D'UNE ÉPIDÉMIE DE BACTÉRIES MULTIRÉSISTANTES (BMR)

Le CHU de Montpellier a présenté une méthode qui lui a permis de contrôler une épidémie de BMR en supprimant un réservoir bactérien inattendu sans avoir à fermer partiellement ou totalement l'unité de soins intensifs touchée.

La bactérie multirésistante en cause était un staphylocoque doré résistant à la méticilline (SARM) présentant de surcroît une résistance hétérogène aux glycopeptides (h-GISA). Elle a touché au total 12 patients d'une unité de soins intensifs de 20 lits de la mi-juin à la mi-septembre 2007, cinq patients ayant été infectés et sept colonisés. Aucun des cas n'avaient reçu auparavant de traitement avec un antibiotique de la famille des glycopeptides.

Après la découverte des trois premiers cas par le laboratoire de microbiologie, l'épidémie a continué malgré les précautions barrière et le port de masques par tous les professionnels de santé prenant en charge les patients h-GISA, le cohorting, le nettoyage renforcé et l'information du personnel.

La souche épidémique n'a été détectée chez aucun des 114 professionnels de santé de l'unité de soins intensifs ayant fait l'objet d'un dépistage d'un éventuel portage nasal de staphylocoque doré.

Une enquête environnementale a d'abord été réalisée à partir de prélèvements répétés sur les surfaces des chambres des patients, la pièce d'admission et les zones où les porteurs de h-GISA avaient séjourné. La souche épidémique a été détectée sur une poignée d'un pèse-personne de patient qui a été nettoyée méticuleusement. Un nouveau cas est survenu dans l'une des cinq zones de l'unité de soins intensifs où la BMR n'a cependant pas été détectée ni avant ni après nettoyage complet.

Les hygiénistes décrivent alors une méthode qu'ils qualifient d'"originale" et qu'ils ont commencé à mettre en place à partir de début octobre 2007. Il s'agit d'un dépistage environnemental ciblé visant à sécuriser l'environnement de patients nouvellement admis tout en maintenant l'activité de l'unité de soins intensifs. Il pourrait économiser le coût d'une fermeture totale ou partielle d'une unité, qui peut arriver jusqu'à dans 10% des épidémies à staphylocoque doré.

Dans chaque chambre libérée, après un nettoyage minutieux et une désinfection de surface, des prélèvements de surface étaient réalisés systématiquement dans environ 15 endroits précis sur les équipements et sur les dispositifs pouvant entrer en contact avec les patients et/ou les professionnels de santé. Les résultats des cultures étaient disponibles dans les 36 à 48 heures. L'admission d'un nouveau patient n'était possible que si tous les résultats étaient négatifs. En cas de résultat positif, la chambre était nettoyée à nouveau sans attendre l'identification microbienne complète.

Trois jours après la mise en place de cette méthode, la souche épidémique a été trouvée sur le revêtement intérieur d'un oxymètre de pouls dans la zone de l'unité de soins intensifs où un nouveau cas était survenu sans que l'on ne parvienne pourtant à détecter la bactérie multirésistante incriminée. Ces dispositifs devaient faire l'objet chaque jour d'un nettoyage quotidien avec une solution désinfectante détergente, selon la procédure standard de l'hôpital en accord avec les recommandations du fabricant. Tous les oxymètres de pouls de l'unité de soins intensifs ont été évalués et un autre a été retrouvé positif pour h-GISA. Au total, six souches de staphylocoque doré ont été isolées sur les oxymètres de pouls, suggérant que cet appareil représente une niche appropriée pour le staphylocoque doré. C'est la première fois qu'est rapportée une épidémie de h-GISA pour laquelle un réservoir environnemental a été identifié, à savoir les oxymètres de pouls. L'épidémie a été contrôlée par une combinaison de différentes mesures, y compris l'éradication de ce réservoir.

**Infection Control and Hospital Epidemiology, février, vol.33, n2, p167-174**

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](mailto:cclin.est@chu-nancy.fr)

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

