

ACTUALITÉS DU CCLIN EST ET DE SES 5 ANTENNES RÉGIONALES



Octobre 2015

COMMENT L'ÉTAT FRANÇAIS VEUT LIMITER LA CONSOMMATION D'ANTIBIOTIQUES ?

En France, près de 13 000 patients meurent chaque année à cause des bactéries résistantes aux antibiotiques et 160 000 développent une maladie. Ce sont les chiffres d'un récent rapport remis à la Ministre de la Santé qui a annoncé dans la foulée un renforcement de la lutte contre ce fléau, lié à la surconsommation d'antibiotiques.

Après une relative stabilisation au cours des années 2000, la consommation globale d'antibiotiques est à nouveau en hausse depuis 2010. La trop grande prescription d'antibiotiques en ville comme à l'hôpital favorise en effet l'apparition de résistances. La France consomme 30% d'antibiotiques de plus que la moyenne européenne et presque trois fois plus que les Pays-Bas, la Suède ou la Norvège.

Pour réduire la consommation d'antibiotiques de 25%, quatre pistes seront exploitées.

- **Limiter à 7 jours la première prescription d'antibiotiques.** Cette mesure modifierait donc les recommandations actuelles qui conseillent aux médecins de prescrire des antibiotiques entre 7 et 10 jours. Cette proposition semble surtout cibler la médecine de ville où la majorité des infections ne nécessitent pas plus d'une semaine d'antibiothérapie, selon les experts. Dans le cas où l'infection nécessite plus de 7 jours de traitement, le patient devra retourner voir son médecin. Et pour obtenir ses boîtes supplémentaires de médicaments chez le pharmacien, il devra présenter les 2 ordonnances. Si la prescription initiale excède 7 jours, le pharmacien ne serait pas habilité à délivrer plus de 7 jours de traitement.

- **Une ordonnance de non prescription.** Le groupe de travail propose également d'améliorer le dialogue entre le médecin et le patient sur l'antibiorésistance. Il préconise ainsi qu'une "ordonnance de non prescription" soit remise aux patients atteints d'une infection virale, qui ne nécessite donc pas d'antibiotiques. Il s'agit d'une fiche d'information, présentée sous la forme d'un carnet d'ordonnances ou éditée sur un logiciel métier, sur laquelle sont expliquées les raisons pour lesquelles le professionnel de santé ne prescrit pas d'antibiotiques. Pour ces derniers, cette démarche d'accompagnement doit responsabiliser le patient.

- **Une ordonnance pré-remplie et pédagogique.** Le groupe de travail sur le bon usage des antibiotiques propose en effet qu'une ordonnance pré-remplie soit délivrée aux patients. Celle-ci arborera des messages éducatifs sur le bon usage des antibiotiques et la résistance bactérienne, notamment en matière d'observance du traitement et de recyclage des antibiotiques non utilisés.

- **Etendre la vente à l'unité.** Testée dans 4 départements français depuis avril 2014, cette mesure pourrait être généralisée à l'Hexagone si les résultats escomptés étaient obtenus.

Pour en savoir plus :

http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_antibiotiques.pdf

Dans ce numéro :

Consommation ATB	1
A l'agenda	2
Polio : le retour	3
EBLSE en France	4
Diagnostic C. difficile	5
Rougeole	6
Gale	7
Semaine sécurité patients	8

Chaque bulletin contient des points de :

- Formations
- Surveillances
- Signalements
- Réglementation

Calendrier des événements

OCTOBRE 2015

Pour toute difficulté concernant les inscriptions ou la compréhension d'une surveillance (AES, ATB, ISO, BMR et REA) :

Prendre contact si nécessaire avec le secrétariat : 03-83-15-34-73

Les inscriptions se font en ligne sur le site du CCLIN Est à la rubrique surveillance. Vous trouverez également tous les outils nécessaires à la réalisation de ces surveillances (et audits) et les moyens de contacter les personnes responsables de chacune d'elles en cas de nécessité.

	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	ISO 31	BMR 1		

RAISIN :

- Surveillance ISO 2015 : **Rappel la date limite de saisie des données est le 31/10/2015**

- Surveillance BMR 2015 : **Rappel la date limite de saisie des données est le 01/11/2015**

Grephh : <http://www.grephh.fr/>

- Enquête de satisfaction : à réaliser **entre le 12 octobre et le 08 novembre 2015**

- Audit endoscopie : **Votre audit doit être réalisé avant le 31 décembre 2015 ainsi que la saisie de vos résultats**

Cet audit d'intérêt national, accompagné par l'instruction N° DGOS/PF2/2014/338 du 8 décembre 2014 relative à l'audit national en endoscopie concernant les endoscopes souples non autoclavables avec canaux, est à réaliser au cours de l'année 2015. Néanmoins il sera toujours possible de réaliser cet audit après 2015 car les outils resteront disponibles.

Toutefois si vous souhaitez que vos résultats soient intégrés dans la base nationale 2015, qui servira à réaliser une analyse, permettant d'alimenter la réflexion nationale pour proposer de nouvelles recommandations en endoscopie, il vous faudra terminer avant le 31/12/2015.

COLLOQUES-JOURNEES- CONGRES

Journée ARLIN Bourgogne, Chalon sur Saône le 15 septembre 2015 sur « Prévention et maîtrise du risque infectieux en EMS : quelle stratégie pour les décideurs ? » diaporamas à disposition <http://www.cclin-est.org/spip.php?rubrique292>

Journée Cclin Est/ARLIN Bourgogne : Dijon le 27 octobre 2015 sur « Les infections urinaires nosocomiales – prévention et traitement. » - programme et bulletin d'inscription : <http://cclin-est.fr/spip.php?rubrique291>

IIIème Journée «Hygiène et prévention des infections en EMS», Besançon le 3 novembre 2015, Chambre de commerce et d'industrie du Doubs - 46, avenue Villarceau, programme : <http://www.rfclin.info/>

Journée Cclin Est/ARLIN Champagne-Ardenne : Reims le 13 novembre 2015 sur « Les indicateurs et les cibles du PROPIAS » - programme et bulletin d'inscription <http://www.cclin-est.org/spip.php?rubrique291>

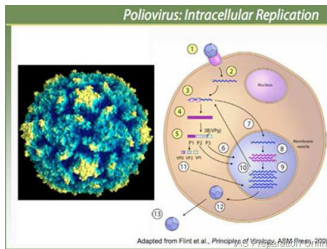
Journée ARLIN Lorraine : Nancy le 17 novembre 2015 sur « Prévention des infections associées aux soins en EMS » - programme et bulletin d'inscription <http://arlin-lorraine.chu-nancy.fr/congres-manifestations/journees-etablissements-medico-sociaux-ems/prevention-des-infections-associees-aux-soins-en-ems/>

Colloque concernant l'antibiorésistance : Paris le 17 novembre 2015 sur "La démarche « une seule santé » appliquée à l'antibiorésistance : le temps des actions" Lieu : Amphithéâtre Laroque - Ministère des Affaires sociales et de la santé - 14, Avenue Duquesne 75007 Paris - Inscription en ligne ici : <http://agriculture.gouv.fr/formulaires/index.php/914547/lang-fr>

1ère Journée régionale antibiothérapie, Besançon le 18 novembre 2015, Centre Diocésain - 20 rue Mégevand - 25 000 Besançon, programme et bulletin d'inscription <http://www.rfclin.info/>

10ème congrès « Biologie et Hygiène Hospitalière », Paris le jeudi 31 mars 2016 au Lycée Pierre-Gilles de Gennes - ENCPB 11 rue Pirandello 75013 Paris. Les projets de communications et les inscriptions gratuites doivent être adressées sous format Word à l'adresse courriel suivante : hygiene.hospitaliere@encpb.org pour le **31 décembre 2015** au plus tard.

LE RETOUR DE LA POLIO EN EUROPE



Les derniers cas de poliomyélite en Europe remontaient à 2010 et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) avait déclaré le continent « exempt » de la maladie en 2012. C'était sans compter le très faible de taux de vaccination des enfants contre la polio en Ukraine, où moins d'un enfant sur deux a reçu toutes les doses du vaccin pour être correctement protégé. Deux enfants de 4 ans et de 10 mois, non vaccinés, de la région de la Transcarpatie, ont été diagnostiqués le 30 juin et le 7 juillet derniers. Le virus a provoqué leur paralysie. L'OMS appelle les autorités ukrainiennes à suivre les recommandations adoptées par l'Assemblée mondiale de la santé en mai dernier, à savoir une campagne de vaccination avec le vaccin oral ciblant une population de 2 millions d'enfants de moins de 5 ans. Le ministre de la Santé ukrainien a répondu que 600 000 vaccins seront acheminés dans les régions où le risque de contagion est connu et élevé, afin de couvrir les besoins jusqu'à la fin de l'année. L'OMS

juge que le risque de contamination à l'international est faible, mais le vice-ministre de la Santé ukrainien reconnaît que le risque de contagion reste élevé, à la fois pour les enfants et les adultes ukrainiens, parce que le virus a connu de nombreuses mutations alors que le niveau d'immunisation est bas. Il s'agit d'un poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 1 (cVSPV1), virus rare mais dont la circulation dans les zones où la population est inégalement protégée est bien documentée.

La poliomyélite était considérée comme éradiquée à 99 % par l'OMS jusqu'à la réapparition du virus en Somalie en 2013. L'instance ne recensait que trois pays d'endémie cette année-là : l'Afghanistan, le Nigeria et le Pakistan.

Pour en savoir plus :

<http://www.sciencesetavenir.fr/sante/maladie-enfant/20150907.OBS5405/ukraine-la-reapparition-de-la-polio-illustre-les-failles-du-systeme-de-vaccination.html>

HYGIÈNE DES MAINS EN UNITÉ DE SOINS INTENSIFS : QUID DES VISITEURS ?

Les bactéries multirésistantes (BMR) suscitent de plus en plus d'inquiétudes. En unité de soins intensifs (USI) et en réanimation, les patients fragiles à l'immunité affaiblie, sont particulièrement à risque de développer une infection nosocomiale avec ces BMR. Le plus souvent, la contamination se fait de patient à patient via le personnel hospitalier. Les auteurs de cette étude se sont demandés à quel point les visiteurs de ces services pouvaient jouer un rôle dans la transmission. Ils ont demandé aux visiteurs d'une USI s'ils s'étaient bien frictionnés les mains avec une solution hydro-alcoolique (SHA) avant d'entrer dans la chambre et s'ils acceptaient un prélèvement sur l'une de leurs mains. Parallèlement, deux observateurs postés, l'un dans l'USI et l'autre à l'extérieur, étaient chargés de vérifier, à l'insu des visiteurs, s'ils avaient bien utilisé le produit désinfectant.

Table 1 Culture results from the dominant hand of fifty-five visitors to a surgical intensive care unit.

	n	CFU/cult ^a	Positive cultures ^b	Pathogenic organisms ^{c,d}
No hand hygiene	35	89.3 ± 14.3	35 (100%)	9 (25.7%)
Hand hygiene	20	0.9 ± 0.3	6 (30%)	0
p value		<0.001	<0.001	0.019

^a Mean ± SE; CFU/culture analyzed with a negative binomial regression.

^b #/% Visitors with positive hand cultures analyzed with Fisher's exact test.

^c #/% Visitors with pathogenic organisms analyzed with Fisher's exact test.

^d MRSA, *E. coli*, *K. pneumoniae*, *Proteus*, *S. maltophilia*, and *Enterobacter* spp.

Une première constatation est plutôt positive puisque, chez les 20 personnes s'étant conformées aux précautions d'hygiène des mains, 14 ont eu des cultures négatives et, chez les 6 autres, il s'agissait de germes appartenant à la flore saprophyte habituelle de la peau. Cependant, sur l'étude ayant inclus 55 personnes, 35 n'ont pas désinfecté leurs mains et, dans ce groupe, 8 cultures ont montré la présence de bacilles Gram négatif et, chez un sujet identification de *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM). Ces données montrent non seulement que l'hygiène des mains n'est pas toujours respectée dans les USI par une bonne partie des visiteurs et que, de plus, il existe un risque réel de transmission infectieuse.

La question est maintenant de savoir pourquoi tant de personnes n'obéissent pas aux règles d'hygiène, ce d'autant qu'elles devraient être particulièrement motivées pour le faire puisqu'elles viennent à priori rendre visite à un proche. Les auteurs avancent le fait que les consignes sont parfois non rappelées verbalement par le personnel et que les sujets ne comprennent pas totalement l'enjeu de telles pratiques ni à quel moment doit avoir lieu la désinfection des mains. Ainsi, ils soulignent que, d'après les observateurs, 43 % des personnes qui avaient déclaré avoir les mains propres n'avaient pas utilisé le SHA avant de rencontrer le malade.

Au-delà d'un renforcement de l'information et d'une meilleure signalisation, certaines approches plus "coercitives" pourraient être plus efficaces, comme la présence d'un "gardien" plaçant directement la solution hydro-alcoolique dans les mains du visiteur, voire d'une porte de chambre ne s'ouvrant que si la procédure a bien été effectuée (sic).

Pour en savoir plus : Article à votre disposition sur simple demande au CCLin Est

Birnback DJ et coll. An evaluation of hand hygiene in an intensive care unit: Are visitors a potential vector for pathogens? J Infect Public Health. 2015 Jun 6. pii: S1876-0341(15)00095-7.

RÉSISTANCE AUX ATB EN FRANCE : EXEMPLE DES EBSLE

Les entérobactéries productrices de bêta-lactamase à spectre étendu (EBLSE) sont une catégorie majeure de microorganismes multirésistants aux antibiotiques pris en compte dans les programmes de surveillance en France. Pour décrire les tendances temporelles et géographiques de ces agents pathogènes, le RAISIN a mené une étude épidémiologique sur la base des données extraites du réseau de surveillance des microorganismes multirésistants aux antibiotiques à l'échelle nationale de 2009 à 2013. Durant cette période, l'incidence des infections à EBLSE dans les hôpitaux français a augmenté de 73%, passant de 0,35 à 0,60 par 1 000 jours-patient ($p < 0,001$) et de 77% pour les bactériémies à EBLSE, de 0,03 à 0,05 pour 1000 jours-patient ($p < 0,001$). L'incidence des infections EBLSE était plus élevée dans les unités de soins intensifs (de 1,62 à 2,44 pour 1000 jours-patient ($p < 0,001$)) que dans les SSR (0,20 à 0,31 pour 1000 jours-patient ($p < 0,001$)). *Escherichia coli* était l'EBLSE la plus fréquente, soit 59% (26 238/44 425) de tous les isolats de EBLSE, suivie par *Klebsiella pneumoniae* (20%; 8856/44425) en 2013. L'infection la plus fréquente était l'infection des voies urinaires, pour toutes les espèces. **L'incidence des EBLSE peut varier selon les régions, mais a montré une tendance à la hausse globale.** Le renforcement des mesures de contrôle pour enrayer la propagation de ces microorganismes multirésistants aux antibiotiques est crucial.

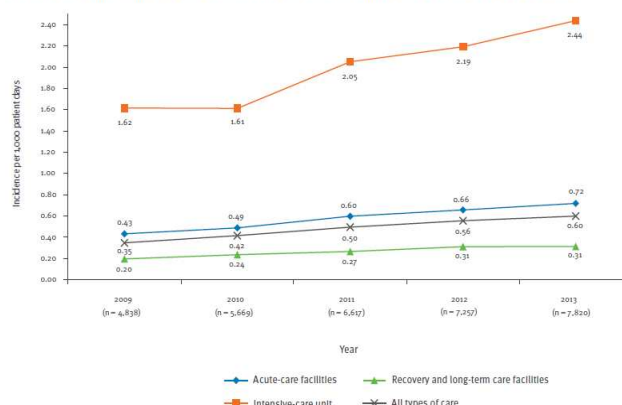
Pour en savoir plus :

Ongoing increasing temporal and geographical trends of the incidence of extended-spectrum beta-lactamase-producing *Enterobacteriaceae* infections in France, 2009 to 2013

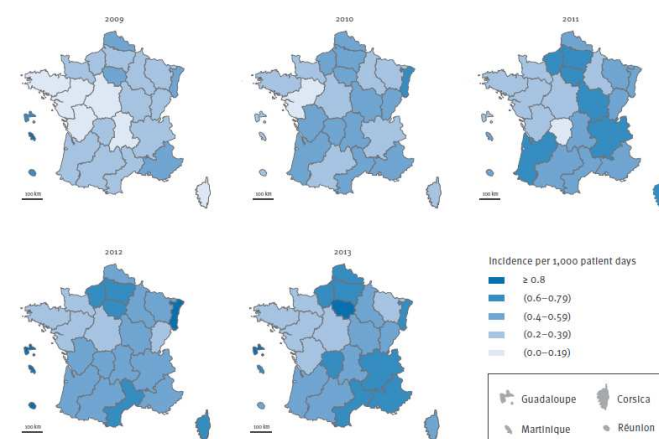
<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=21238>

FIGURE 1

Incidence of extended-spectrum beta-lactamase-producing *Enterobacteriaceae* infections by type of care, healthcare facilities cohort, surveillance network for healthcare-associated infections database, France, 2009–13 (n = 32,201)



Incidence per 1,000 patients–days (PD) trends of Extended-spectrum beta-lactamase-producing (ESBLE) by region, healthcare facilities cohort, surveillance network for healthcare associated infections database, France, 2009–2013 (N ESBLE = 32,201)



HUMOUR : « L'UNION DES « MALADIES MOYENÂGEUSES » FÉLICITE LES MOUVEMENTS ANTIVACCINS POUR LEUR BON TRAVAIL »

Une association regroupant plus d'une centaine de maladies éradiquées ou pratiquement disparues depuis le Moyen-Âge a tenu à féliciter les partisans des mouvements antivaccins, soulignant à quel point leur dévouement était important pour leur survie à long terme.

«Les avancements de la médecine m'ont pratiquement fait disparaître de la surface de la Terre, mais votre acharnement et votre amour me permettent de garder espoir pour l'avenir, a affirmé la diphtérie. Du fond du cœur, je vous dis merci.»

L'Union des maladies moyenâgeuses a d'ailleurs insisté sur le fait que tous ses membres, notamment la rubéole, les oreillons et la poliomyélite, sont «100 % naturels» et n'obéissent pas aux «dogmes des lobbys militaro-pharmaceutiques».

Plusieurs fléaux qui ne sont pas directement combattus par les vaccins mais qui profitent des avancées de la science ont aussi profité de l'occasion pour encourager les activistes à poursuivre leur travail d'opposition sur internet. «Si vous pouviez convaincre vos amis que je ne suis pas si dangereuse que ça, ce serait vraiment nice», a expliqué la peste bubonique.

Au moment de mettre en ligne, des membres du mouvement antivaccin cessaient de respirer de l'air en raison des «composantes chimiques» qui s'y retrouvent.

Pour en savoir plus :

<http://lenavet.ca/4635/union-des-maladies-moyenageuses-felicite-le-mouvement-antivaccin-pour-son-bon-travail/>

FAUX POSITIFS ET SURTRAITEMENT AVEC LES TESTS MOLÉCULAIRES DE DÉTECTION DES *C. DIFFICILE*???

Les tests moléculaires de détection de *Clostridium difficile* détectent aussi les souches non productrices de toxine, de moindre gravité, et pourraient donc conduire à des surtraitements.

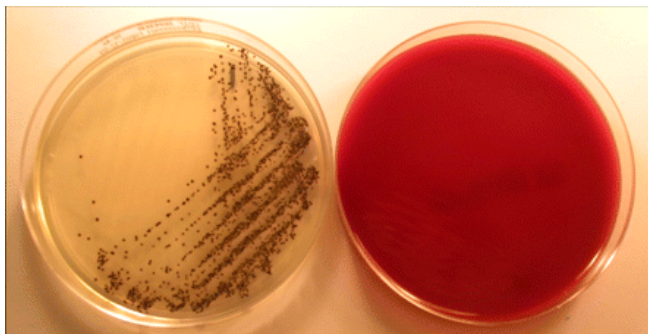
Auparavant, *C. difficile* était recherchée par un test de détection de la toxine. Ce test était préféré à la culture car il est plus rapide et spécifique des souches les plus pathogènes, puisque c'est la toxine qui induit la maladie. Des tests moléculaires sont arrivés sur le marché. Des établissements qui ont

commencé à les utiliser ont constaté une augmentation importante des diagnostics d'infection par *C. difficile*. Or, ces tests peuvent détecter des souches non productrices de toxine.

Dans cette étude, les auteurs ont étudié 1.416 patients ayant eu une recherche de *C. difficile* en raison d'une suspicion, parmi lesquels 21% étaient positifs par PCR. Mais seuls 44,7% de ces patients positifs -et donc infectés par une souche de *C. difficile*- étaient aussi positifs pour le test de recherche de la toxine de *C. difficile*. Or, ces patients positifs pour la bactérie mais sans toxine avaient une charge bactérienne plus faible que ceux avec toxine, une moindre exposition à des antibiotiques, une inflammation fécale et une diarrhée moins impor-

tantes. La durée de la diarrhée était moindre, et similaire aux diarrhées non liées à *C. difficile*, ont constaté les chercheurs. Alors que 7,6% des patients positifs pour la toxine ont eu des complications graves, cela ne fut le cas d'aucun patient parmi ceux positifs pour *C. difficile* mais négatifs pour la toxine. 8,4% des patients positifs pour la toxine ont eu une récurrence d'infection à *C. difficile* qui a contribué au décès dans les 30 jours, cela fut le cas d'un seul patient (0,6%) parmi ceux positifs pour *C. difficile* mais négatifs pour la toxine.

En conclusion, se baser exclusivement sur les tests moléculaires pour le diagnostic d'infection par *C. difficile*, sans rechercher la toxine, risque de conduire à un surdiagnostic, un surtraitement et une augmentation des coûts.



Pour en savoir plus : Article à votre disposition sur simple demande au CCLin Est

Overdiagnosis of Clostridium difficile Infection in the Molecular Test Era, Polage CR and coll, . JAMA Intern Med. 2015 Sep 8:1-10

A LIRE - A VOIR - A DÉCOUVRIR

- « **j'veux du savon** », Un film pour les résidents des FAM et MAS sur l'hygiène des mains. <https://youtu.be/Ff7LT55nV3U>

Il est téléchargeable sur la page régionale de l'ARLIN Languedoc Roussillon ,

<http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/Antennes/LR/Documents&outils/Documents&outils.html> et dans la rubrique vidéo du site NosoBase, rubrique hygiène des mains

http://www.cclin-arlin.fr/nosobase/Video/sommaire_video.html#mains

- **Module de formation sur la CCI** : accessible à tous après avoir créé un compte sur le site du CCLin Sud-Est

<http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/formationenligne/ccl/ccl.html>

- **Tous ensemble, sauvons les antibiotiques** - Rapport du groupe de travail spécial pour la préservation des antibiotiques (Rapporteurs : Carlet, Le Coz) – Septembre 2015 – 150 pages http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_antibiotiques.pdf

- **Enquête sur l'information après pose de PICC (Cathéter central à insertion périphérique) en établissement de santé et en milieu libéral dans l'inter région Sud-Est.** Rapport de 16 pages. <http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/enquete/picc/rapport.pdf>

- **Avis relatif aux propriétés biocides du cuivre participant à la baisse des infections nosocomiales et à son intérêt médico-économique** – 25 mars 2015 – 7 pages <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=520>

- **Le microbiote nasal a un rôle important dans la colonisation par le SARM** : Bessesen MT et coll. MRSA Colonization and the Nasal Microbiome in Adults at High Risk for Colonization and Infection. J Infect. 2015 Publication avancée en ligne le 1er septembre (Article à votre disposition sur simple demande au CCLin Est)

ROUGEOLE : VACCINATION INSUFFISANTE CHEZ LES INTERNES

Alors que la rougeole était devenue sporadique en France, plusieurs épidémies se sont succédées depuis 2008. Entre janvier 2008 et septembre 2013, plus de 23.000 cas de rougeole ont été recensés, dont 1.000 avec pneumonie associée, 32 avec complications neurologiques et 10 décès.

Une récente étude transversale marseillaise a été conduite auprès de 1.152 internes en médecine et 77 internes en pharmacie. La couverture vaccinale a été estimée à 93% pour la première dose. Pour les deux doses, la couverture vaccinale a été évaluée à 76% en médecine et 82% en pharmacie. Cette étude réalisée en 2013 à partir d'un auto-questionnaire confirme les résultats d'une précédente étude parisienne basée sur l'analyse du carnet de santé et qui retrouvait un taux de 46 %.

Quelles sont les raisons de cette sous-vaccination ? La rougeole est en nette recrudescence depuis 2008. Actuellement, deux doses sont recommandées pour toute personne née après 1980, afin d'obtenir une couverture d'au moins 95 % et ainsi protéger la population française. Des études ont montré que le risque de contracter la rougeole était plus élevé pour le personnel de santé qu'en population générale.

Dans l'étude, les internes non vaccinés évoquent le désintérêt et l'oubli, le fait d'avoir déjà contracté la rougeole (maladie immunisante) et le faible risque de la contracter pendant leur formation. Environ 75 % d'entre eux déclarent avoir été vaccinés par leur médecin traitant ou le service de santé scolaire, moins de 7 % par un service de santé universitaire ou de médecine du travail... À l'inverse, les facteurs associés à la vaccination étaient, dans l'ordre, la vaccination contre la coqueluche et la grippe saisonnière à jour, la volonté de protéger les patients, la contraction dans l'enfance de la maladie ainsi que la facilité d'accès au vaccin.

Le fait de se croire protégé figure parmi les motifs de non-vaccination. Or, comme le soulignent les auteurs, dans les années 1980, l'absence de confirmation biologique est à l'origine d'un possible sur-diagnostic de rougeole. D'où d'ailleurs les recommandations du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) de deux doses quels que soient les antécédents.

Concernant le seul vaccin obligatoire analysé dans l'étude, celui de l'hépatite B, on retrouve un taux de vaccination à 99 % chez les médecins, comparables à celui des pharmaciens. Les autres vaccins obligatoires pour les professionnels de santé : diphtérie/tétanos/poliomyélite et BCG se rajoutent à la liste.

Les vaccins recommandés, tout aussi important, montrent des taux bien plus faibles : coqueluche (78 %) et grippe saisonnière (50 %), ce qui est largement insuffisant.

Les motifs de non-vaccination interpellent. Selon les auteurs, une piqûre de rappel serait sans doute nécessaire. Les étudiants devraient être sensibilisés en amont de tout stage hospitalier via les services universitaires de médecine préventive et promotion de la santé (SUMPPS). De plus, la consultation de médecine du travail au cours de l'internat devrait être obligatoire.

Pour en savoir plus :

Couverture vaccinale auto-déclarée de la rougeole chez les internes des facultés de médecine et de pharmacie de l'Université d'Aix-Marseille : raisons de non-vaccination, Marseille, France, 2013. BEH n°28, 08 septembre 2015

<http://www.invs.sante.fr/beh/2015/28/index.html>

ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES D'HYGIÈNE ET DE PRÉVENTION EN NÉONATOLOGIE

En février 2015, la Direction générale de l'offre de soins a saisi les CCLin, demandant de mettre en œuvre, dans un délai de 4 mois, une évaluation des pratiques d'hygiène et de prévention des infections autour de la pose et des manipulations des cathéters veineux centraux de nutrition parentérale, à partir de la mobilisation du réseau national de surveillance des bactériémies sur CVC (Néocat), pour un premier aperçu des **pratiques en néonatalogie**.

Pour en savoir plus : rapport d'enquête du réseau CCLin-Arlin :

Etat des lieux des pratiques d'hygiène et de prévention en néonatalogie. Cathéters veineux centraux et nutrition parentérale. Enquête Nutricat 2015 : rapport. Septembre 2015.

http://www.cclin-arlin.fr/Nutricat_rapport_resultats.pdf

PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE DE LA GALE : DEUX « NOUVEAUX » TRAITEMENTS

1/ La **crème Topiscab 5 % (perméthrine)** a obtenu son remboursement à 65 % dans le traitement de la gale due à l'infestation par *Sarcoptes scabiei* chez les adultes et les enfants âgés de deux mois et plus.

Le traitement consiste en deux applications sur l'ensemble du corps en évitant les muqueuses, sans oublier le cou, la nuque, la paume des mains et la plante des pieds. La première application à J0 est suivie d'une deuxième application à J8. L'intervalle entre les deux ne doit pas être inférieur à 7 jours et supérieur à 14 jours. La crème doit agir au moins 8 heures (pendant la nuit de préférence), puis l'excédent de crème est éliminé en se douchant ou en se lavant avec de l'eau et du savon. La posologie est d'un tube complet (30 g) chez l'adulte et l'adolescent de plus de 12 ans. Elle diminue en fonction de l'âge dans la population pédiatrique. Le médicament n'est pas soumis à prescription mais le traitement de la classe d'âge entre 2 et 23 mois doit se faire sous étroite surveillance médicale. Il convient d'utiliser un tube par patient pour éviter tout risque de contamination entre individus infestés. Pendant le traitement, les symptômes d'irritation cutanée transitoires peuvent faire partie de l'évolution naturelle de la maladie. Le prurit post-scabieux peut persister quatre semaines après la fin du traitement, ce qui est considéré comme une réaction allergique aux parasites morts et non nécessairement comme un échec du traitement.

2/ Mise à disposition d'**ASCABIOL® 10 % Nouvelle Formule, émulsion pour application cutanée** à compter du 12 octobre 2015. Cette formule a été développée par Zambon France suite à une rupture d'approvisionnement devenue définitive de l'un des principes actifs présent dans l'ancienne formule. **ASCABIOL® 10 % Nouvelle Formule** (benzoate de benzyle) vient d'obtenir son autorisation de mise sur le marché en France. ASCABIOL® Nouvelle formule est indiqué dans : le traitement de la gale, la trombidiose automnale (rougets ou aoûtats), à partir de 1 mois.

Les modalités d'application d'**ASCABIOL® Nouvelle Formule** ont changé en raison du changement de formule. Deux applications à 8 jours d'intervalle devront être réalisées.

MÉSUSAGE DES CARPAPÉNÈMES EN RÉANIMATION

Les trois quarts des prescriptions d'antibiotiques de la famille des carbapénèmes, réservés en théorie au dernier recours, ne sont pas fondées sur un prélèvement microbiologique de l'infection en cours justifiant la prescription, selon une étude réalisée dans un service de réanimation français.

Dans la stratégie de lutte contre les bactéries multirésistantes, les carbapénèmes, antibiotiques à large spectre, doivent être réservés au dernier recours et faire l'objet d'une prescription limitée. Marguerite Le Penndu et ses collègues du CHU d'Angers ont évalué la qualité de la prescription des carbapénèmes dans un service de réanimation. Ils ont pour cela étudié rétrospectivement les prescriptions nominatives de ces antibiotiques réalisées entre janvier 2012 et mai 2014.

Sur 107 prescriptions, 75% étaient "probabilistes" ou "orientées" (sur la base d'une colonisation ou documentation antérieure d'une bactérie dont le mécanisme de résistance justifiait la prescription), tandis que seulement 25% étaient documentées avec un prélèvement microbiologique de l'infection en cours justifiant la prescription, rapportent-ils dans le résumé de leur communication.

Les patients étaient comparables dans les trois groupes, mais les prescriptions documentées avaient plus souvent lieu en journée (89% contre 61% pour les probabilistes et 71% pour les orientées).

Les deux tiers des prescriptions non documentées pour l'infection en cours étaient cependant désescaladées au cinquième jour, et le maintien des carbapénèmes au-delà de cinq jours sans justificatif microbiologique ne concernait que 12 prescriptions, soit 17% des prescriptions non documentées et 11% de l'ensemble des prescriptions.

Aucune différence entre les groupes de prescription probabiliste et orientée n'était observée pour la désescalade à J5, même lorsqu'elle était microbiologiquement justifiée. Cela signifie que la colonisation/infection préalable n'était pas associée à une meilleure adaptation de la prescription initiale.

La survie à 28 jours n'était pas différente entre les trois groupes, atteignant 56% pour les prescriptions probabilistes, 57% pour les prescriptions orientées et 70% pour les prescriptions documentées.

Pour en savoir plus :

Peut-on réduire la prescription des carbapénèmes en réanimation ? Un audit de 107 prescriptions, Marguerite Le Penndu, Cédric Darreau, Jean-Ralph Zahar, Frédéric Moal, Sigismond Lasocki, Anesthésie et réanimation, Vol 1 - N°S1, P. A219 - septembre 2015

<http://www.em-consulte.com/revue/ANREA/1/S1/table-des-matieres/>

<http://www.em-consulte.com/article/998535/article/peut-on-reduire-la-prescription-des-carbapenemes-e>

LA SEMAINE DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTS : AMÉLIORER LA COMMUNICATION ENTRE SOIGNÉS ET SOIGNANTS

La sécurité des soins est un objectif majeur pour l'ensemble des acteurs du système de santé. Le ministère chargé de la santé organise du **23 au 27 novembre 2015** la 5ème édition de la semaine de la sécurité des patients (SSP) pour favoriser la communication sur la sécurité des soins et le dialogue entre les patients, les usagers et les professionnels de santé.

Les thématiques de l'édition 2015

L'édition 2015 cible plus particulièrement la coordination des soins.

Des sous-thèmes correspondant à ces enjeux importants de sécurité sont proposés (sans être exclusifs) :

- la lettre de liaison : garantir la continuité des soins immédiate entre les différents secteurs (ville, établissements de santé, et médico-social) en assurant la transmission d'informations entre les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient et en informant le patient lui-même.
- la conciliation médicamenteuse : garantir la continuité de la prise en charge médicamenteuse entre la ville et l'hôpital en prenant en compte les traitements en cours et habituellement pris par le patient lors de l'élaboration d'une nouvelle prescription.
- l'identitovigilance : garantir l'identification du patient à chaque étape de son parcours pour prévenir un défaut d'identification et fiabiliser les documents



Pour en savoir plus :

<http://www.sante.gouv.fr/la-semaine-de-la-securite-des-patients-ameliorer-la-communication-entre-soignes-et-soignants.html>

Adresse Cclin Est :
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/>

Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Associées aux Soins

Bienvenue

Le CCLIN Est assure une mission d'orientation, de coordination et de soutien de l'action de lutte contre les infections nosocomiales auprès des établissements de santé relayé par les antennes régionales pour les missions de proximité.

Notre actualité

lettre d'information du CA-SFM concernant la détection de la production de carbapénèmes chez les entérobactéries