

ACTUALITÉS DU CCLIN EST ET DE SES 5 ANTENNES RÉGIONALES

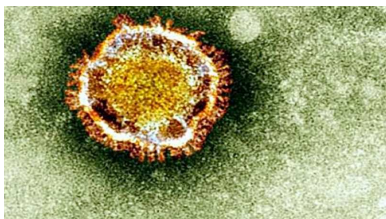


Mai 2013

ALERTES SANITAIRES : CORONAVIRUS ET H7N9

Deux alertes sanitaires relatives à des infections émergentes - à transmission respiratoire - se télescopent aujourd'hui.

Un nouveau Coronavirus (HCoV-EMC) a émergé dans la péninsule arabique depuis Septembre 2012, alors qu'un nouveau virus grippal H7N9 est apparu beaucoup plus récemment en Chine.



Concernant le Coronavirus, et à ce jour, une trentaine de cas ont été confirmés (mais des formes pauci- ou asymptomatiques sont possibles) conduisant à une vingtaine de décès ; pour H7N9 ces chiffres étaient respectivement - début mai - de 128 cas et 26 décès.

Pour le premier, la possibilité de transmissions inter-humaines est avérée alors que pour le second, une telle contagiosité n'a pas été mise en évidence à ce jour.

Face à chacune de ces émergences, le Haut Conseil de la Santé Publique, et en particulier les Commissions spécialisées Maladies Transmissibles et Sécurité du Patient, ont été mobilisées par une saisine de la Direction Générale de la Santé, conduisant, dans un cas comme dans l'autre à un avis quant à la conduite à tenir face à des cas suspects.

[Coronavirus : <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=314> ; H7N9 : <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=323>]

Les mots d'ordre :

1/ savoir suspecter ces infections face à des signes de pneumopathie chez des patients revenant récemment de zones à risque

2/ savoir - dès lors - et sans retard - mettre en œuvre les mesures permettant de protéger les personnels de santé qui assureront la prise en charge de ces cas suspects (précautions complémentaires air et contact)

3/ contacter l'InVS (7 jours/7, 24 h/24) pour déterminer si le cas est possible et réaliser alors les prélèvements qui permettront la confirmation à l'adresse mail suivante Alerte@invs.sante.fr ou à ce numéro téléphonique : 08 20 42 67 15

4/ savoir identifier et surveiller les patients « contact » pour le Coronaravirus.

[Lire la suite en dernière page](#)

Dans ce numéro :

Alertes sanitaires	1
A l'agenda	2
BMR 2012	3
Clostridium difficile	4
Probiotiques	5
SARM	6
AES	7
Alertes sanitaires (suite)	8

Chaque bulletin contient des points de :

- Formations
- Surveillances
- Signalements
- Réglementation

Calendrier des événements

MAI 2013

Pour toutes difficultés concernant les inscriptions ou la compréhension d'une surveillance (AES 2013, ATB 2012, ISO 2013, BMR 2013 et REA 2013) :

Prendre contact si nécessaire avec Olivier HOFF : 03-83-15-35-45

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 audit) 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
CQ 27	28	29	30	31		

Surveillance BMR et Contrôle qualité BMR en 2013 : Nous vous avons proposé début 2013 en plus de la surveillance des BMR en 2013 de participer à un contrôle qualité (CQ) microbiologique pour identifier des BMR. Soixante-deux laboratoires de microbiologie de l'inter-région Est se sont inscrits. Le CQ va bientôt débuter selon le calendrier suivant :

Semaine 22 (du 27 mai au 31 mai) le laboratoire Elitech transmet les souches aux laboratoires.

Semaine 25 (du 17 au 21 juin) les résultats du contrôle de qualité seront transmis aux correspondants régionaux.

ATB 2012 : les fichiers (Consommation et, éventuellement, Résistance et Fongémie) sont à retourner, y compris pour les utilisateurs de Consores à atb-cclin.est@chu-nancy.fr avant le 16 mai.

e-SIN : cette enquête sur le signalement électronique est ouverte jusqu'au 26 mai. Pour accéder à l'enquête, cliquez sur ce lien : <https://voozanoo.invs.sante.fr/178447646/scripts/aindex.php>

COLLOQUES-JOURNEES- CONGRES

XXIV Congrès de la SF2H Paris les 29, 30 et 31 mai 2013 - accéder au programme et inscriptions

<http://www.sf2h.net/congres-sf2h.html>

- > les sciences humaines et sociales et la gestion du risque infectieux.
- > risque infectieux hors établissements de santé.
- > l'ennemi public n°1 : les entérobactéries BLSE. Comme nt les gérer, l'importance du contrôle des antibiotiques, les spécificités de l'épidémiologie.
- > risque infectieux et activités ambulatoires.

Journée Cclin Est/ARLIN : Besançon le 08 octobre 2013 sur « Prévention du risque infectieux en HAD » - pré-programme : <http://www.cclin-est.org/spip.php?rubrique25>

Formations : Les 5 Cclin et leurs antennes régionales ont créé une rubrique regroupant l'ensemble des formations sur leur site Internet commun.

http://www.cclin-arlin.fr/Formation/sommaire_ formations.html

Vous trouverez 2 sous-rubriques : Formations diplômantes et Formations dispensées par les Cclin

RÉSULTATS 2012 SURVEILLANCE BMR INTER-RÉGION EST

Les données 2012 sont issues de 177 établissements de soins (97 établissements publics, 30 PSPH, 50 privés), totalisant 36 551 lits. Ces établissements représentent 76,0 % des lits d'hospitalisation de l'inter-région Nord Est.

Pendant la période d'étude, 2 249 BMR ont été isolées : 959 SARM, 1 290 EBLSE.

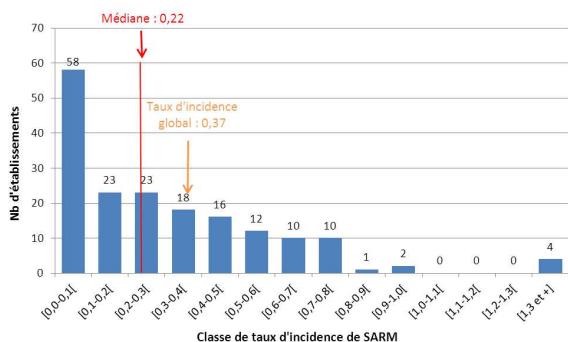
Vingt-trois établissements n'ont pas isolé de BMR : 9 « centres hospitaliers ou hôpitaux locaux », 7 établissements de soins MCO privés, 4 établissements de soins de suite et de réadaptation, 3 établissements de soins de longue durée.

Le nombre de cas de SARM en 2012 était de **959** dont 46,2 % en médecine, 19,5 % en chirurgie, 14,0 % en SSR, 8,9 % en réanimation, 5,3 % en unité post-urgences, 4,4 % en SLD, 0,9 % en gynécologie et 0,8 % en pédiatrie

La fréquence des SARM au sein de l'espèce *S. aureus* est de 19,4 % (959 SARM/ 4 952 *S. aureus*) avec une médiane à 20,0 % :

Les sites les plus fréquents des infections à SARM étaient : site cutané (27,2 %), urine (23,2 %) et hémoculture (14,3 %).

La densité d'incidence globale des SARM était de **0,37/1000JH** et variait de 0 à 3,42 avec une **médiane à 0,22**



Le nombre de cas incidents d'EBLSE était de **1 290** en 2012 dont 43,0 % en médecine, 18,6 % en chirurgie, 13,4 % en SSR, 10,7 % en réanimation, 6,9 % en unité post-urgence, 4,3 % en SLD, 1,8 % en gynécologie, et 1,3 % en pédiatrie.

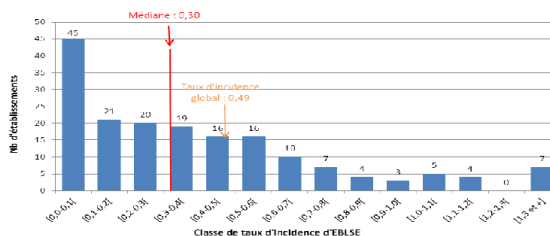
Le site d'isolement majeur des EBLSE restait le site urinaire (69,4 %). On note cependant que 8,4 % des isolats provenaient d'hémocultures.

Pour en savoir plus :

Rapport BMR CClin Est : résultats 2012

<http://www.cclin-est.org/UserFiles/File/Surveillance/BMR/RAPPORT%20BMR2012%20CClin%20Est.pdf>

La densité d'incidence globale des EBLSE était de **0,49/1000 JH** avec des extrêmes variant de 0 à 15,4 et **une médiane à 0,30**.



Le taux d'attaque global en court séjour était de 0,28/100 admis. La densité d'incidence la plus importante est observée pour les services de réanimation.

E. coli est, en 2012, la première espèce isolée parmi les entérobactéries productrices de BLSE représentant 62,3 % (n=804) des isolats.

Evolution au cours du temps

Quatre-vingt-un établissements participent à la surveillance BMR-CCLIN Est depuis 2008 (17 en Alsace, 16 en Bourgogne, 18 en Champagne-Ardenne, 9 en Franche-Comté et 21 en Lorraine).

Evolution des densités d'incidence des SARM, des EBLSE et de la prévalence de la résistance des SARM



En conclusion, la surveillance des BMR dans l'inter-région Est en 2012, montre une stabilisation des données relatives aux SARM et une augmentation des EBLSE.

PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION CROISÉE PAR VOIE RESPIRATOIRE : AIR OU GOUTTELETTES

Ces recommandations d'une grande actualité (Coronavirus, H7N9) sont désormais accessible en ligne sur le site de la Société Française d'Hygiène Hospitalière.

Prévention de la transmission croisée par voie respiratoire : Air ou Gouttelettes

> lire les recommandations

> voir la vidéo de présentation

Une FAQ sera bientôt disponible...

Pour la 1ère fois, une recommandation de la SF2H est accompagnée d'une vidéo de quelques minutes :

- **O. Keita-Perse** présente l'enjeu de cette « reco »
- **A. Carbonne** discute de l'intérêt des appareils de protection respiratoire, de la tuberculose...
- **B. Croze** aborde les changements par rapport aux anciennes « recos »

Pour en savoir plus :

> lire les recommandations :

http://www.sf2h.net/publications-SF2H/SF2H_recommandations_air-ou-gouttelettes_2013.pdf

> voir la vidéo de présentation

<https://www.youtube.com/watch?v=a6yxa4E7bSE>

UN QUART DES INFECTIONS À CLOSTRIDIUM DIFFICILE NON DIAGNOSTIQUÉES DANS LES HÔPITAUX EUROPÉENS

En Europe, le taux moyen d'incidence des infections à *Clostridium difficile* (ICD) a été estimé à 6,6 pour 10 000 journées d'hospitalisation. Un quart des infections à *Clostridium difficile* qui auraient dû être diagnostiquées à l'hôpital ne l'ont pas été dans l'étude européenne EUCLID présentée au 23^{ème} congrès de l'European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID). Les données révèlent qu'un diagnostic erroné a pu être rendu pour plus d'un patient sur cinq hospitalisés souffrant de diarrhée et possiblement atteint d'ICD.

Une équipe britannique de l'université de Leeds, a évalué le niveau de sous-diagnostic de l'infection à *C. difficile* auprès de 3 920 échantillons fécaux provenant de 482 hôpitaux répartis dans 20 différents pays. L'étude a été financée par le groupe Astellas.

Sur une journée entre décembre 2012 et janvier 2013, les échantillons de l'ensemble des patients diarrhéiques hospitalisés ont été analysés par le laboratoire national coordonnateur du projet EUCLID. Ces analyses ont été confrontées à celles réalisées au sein de chaque hôpital.

Près d'un quart (24,6 %) des échantillons découverts positifs pour *C. difficile* n'avaient pas été testés au niveau de l'établissement d'origine. De plus, dans le cas de 47 patients (2,3 %), *C. difficile* avait été recherché à l'hôpital mais avec un résultat négatif erroné. L'étude révèle que seulement 10,6 % des hôpitaux ont testé tous les échantillons fécaux diarrhéiques chez les patients hospitalisés ; 27,4 % d'entre eux ont utilisé un algorithme optimisé de diagnostic d'ICD pour les tests de routine. D'importantes disparités existent entre les pays avec des taux de l'ordre de 97 % d'échantillons testés dans un pays comme la République tchèque alors que la Bulgarie affiche le taux le plus bas proche de 0 %.

Le taux de sous-diagnostic était très important : un quart de tests non réalisés par les établissements se sont révélés positifs lors de l'analyse par les laboratoires agréés par EUCLID. En une journée, à travers l'Europe, 82 patients infectés par *Clostridium difficile* n'ont pas été diagnostiqués faute de suspicion clinique.

L'ICD est un enjeu majeur pour la sécurité des patients et crée également un fardeau économique important pour les hôpitaux et les systèmes de santé. Il faut mettre en place des méthodes optimales de diagnostic, dans la mesure où des erreurs peuvent conduire au traitement inapproprié ou inadéquat des patients et à des mesures de contrôle des infections inadéquates.

Une deuxième vague d'échantillonnages et d'essais est prévue au cours de l'été 2013. Les résultats complets devraient être disponibles en 2014.

UN MÉLANGE DE PROBIOTIQUES FORTEMENT DOSÉS PRÉVIENT LES DIARRHÉES INDUITES PAR LES ANTIBIOTIQUES

Un mélange de probiotiques fortement dosés (VSL#3) est associé à une réduction des diarrhées induites par les antibiotiques, selon les résultats d'une étude britannique menée à l'hôpital.

Les antibiothérapies induisent fréquemment des diarrhées qui peuvent potentiellement provoquer des complications. L'incidence de celles liées à une infection à *Clostridium difficile*, les plus graves, augmente depuis 1995 avec l'émergence de bactéries hypervirulentes.

La stratégie thérapeutique la plus efficace serait donc de prévenir ces diarrhées. En outre, des données scientifiques suggèrent l'intérêt de probiotiques tels que *Saccharomyces boulardii* et plusieurs espèces de lactobacilles pour prévenir les diarrhées entraînées par les antibiotiques.

L'équipe britannique a évalué dans

un essai randomisé contre placebo l'efficacité d'un mélange de plusieurs probiotiques fortement dosés contenant trois espèces de Bifidobacterium, quatre lactobacilles, et un streptocoque. Les auteurs précisent que cette préparation, contenant 450 milliards de bactéries vivantes par sachet, présente des concentrations supérieures à tous les probiotiques du marché. L'étude a été en partie financée par Ferring.

Ils ont recruté 231 patients entre avril 2010 et février 2012 traités par antibiothérapie dans quatre hôpitaux du National Health Service (NHS). Le mélange de probiotiques ou le placebo était administré pendant la durée de l'antibiothérapie et les sept jours suivant.

Globalement, les probiotiques ont été bien tolérés par les patients. Le taux de diarrhées induites par les antibiotiques était significativement plus faible dans le groupe de

patients traités par probiotiques (0% versus 11,4%). Toutefois, selon l'analyse en intention de traiter, cette différence n'était pas statistiquement significative.

Aucune diarrhée liée à *C. difficile* n'étant survenue pendant l'étude, l'analyse n'a pas pu porter sur la prévention de ces diarrhées.

Les auteurs précisent qu'à la différence d'études antérieures, la leur a inclus des patients à haut risque de diarrhées, qui avaient notamment des antécédents de pathologies gastriques ou même de chirurgie gastro-intestinale.

Selon eux, en l'absence de donnée convaincante sur la durée d'hospitalisation, il n'est pas certain qu'un traitement prophylactique des diarrhées induites par les antibiotiques soit coût-efficace.

Pour en savoir plus :

Probiotic VSL#3 prevents antibiotic-associated diarrhoea in a double-blind, randomized, placebo-controlled clinical trial, Journal of Hospital Infection, publication avancée en ligne du 24 avril

(article à votre disposition sur simple demande au CCLin Est)

A LIRE

Cas groupés d'hépatite E aiguë parmi le personnel d'un centre hospitalier—Languedoc-Roussillon 2011—Rapport d'investigation, 29 pages

<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2013/Cas-groupes-d-hepatite-E-aigue-parmi-le-personnel-d-un-centre-hospitalier>

Episodes impliquant des entérobactéries productrices de carbapénèmases en France. Situation épidémiologique du 1er avril 2013.

<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-en-France.-Situation-epidemiologique-du-1er-avril-2013>

Le Calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2013 selon l'avis du Haut Conseil de la Santé Publique

<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Derniers-numeros-et-archives/Archives/2013/BEH-n-14-15-2013>

L'INFECTION PAR UN SARM AUGMENTE DE DEUX À CINQ FOIS LA DURÉE D'HOSPITALISATION

L'infection par un staphylocoque doré résistant à la métilcilline (SARM) multiplie la durée d'hospitalisation entre 2,1 et 4,8 fois, selon une étude médico-économique suisse publiée par Journal of Hospital Infection.

L'augmentation de la durée d'hospitalisation associée à l'infection par un SARM est l'une des principales causes de la progression des coûts hospitaliers, selon cette étude réalisée aux hôpitaux universitaires de Genève.

De précédentes études ont évalué la progression de la durée d'hospitalisation attribuable à l'infection par des SARM entre 1,3 et 4,6. L'équipe suisse considère que celles-ci comportaient trop de biais méthodologiques qui entraîneraient selon eux une surestimation.

Ainsi l'équipe a établi une stratégie de modélisation originale. Elle a comparé des données recueillies dans les hôpitaux universitaires de Genève en 2009, avec celles relatives à des patients pris en charge dans les mêmes services que les patients infectés par un MRSA. Puis elle a croisé ces données avec deux autres cohortes issues de données administratives de l'hôpital: l'une composée de patients non-infectés appariés à des infectés, l'autre de patients porteurs de MRSA, c'est-à-dire colonisés par ces bactéries à des endroits différents de la peau saine et du nez, mais non infectés.

Afin d'éviter les biais qu'ils dénoncent, les auteurs ont pris en compte la durée de l'infection. Ils ont fixé le début de l'infection par MRSA à la date du premier

prélèvement positif. L'équipe a dénombré 167 patients infectés, 115 colonisés et 25.766 non infectés par un MRSA en 2009. 22% des infections affectaient le site chirurgical, 17% le sang et la peau dans 15% des cas. La durée d'hospitalisation était en moyenne alourdie de 11 jours et demi par une infection. Les allongements les plus importants concernaient des infections du site opératoire (20 jours en plus en moyenne).

En fonction des analyses réalisées par l'équipe qui a procédé à plusieurs croisements de cohortes, la durée d'hospitalisation était prolongée de 11,5 à 15,3 jours, soit la plus longue estimation produite depuis 10 ans. Pour l'expliquer les auteurs rappellent qu'ils ont inclus exclusivement des patients nécessitant une antibiothérapie systémique. Leurs infections étaient donc relativement graves. Ils évoquent également une durée moyenne d'hospitalisation plus longue en Suisse qu'aux Etats-Unis où ont été menées la plupart des études.

La durée médiane d'hospitalisation était multipliée de 2,1 à 4,8 fois par l'infection par un MRSA en fonction du groupe contrôle choisi comme référence. Par ailleurs, le coût d'hospitalisation moyen d'un patient infecté par un MRSA s'élevait à 2.194 euros par jour. En moyenne, l'infection était associée à un surcoût de 50%.

Pour en savoir plus :

Burden of meticillin-resistant *Staphylococcus aureus* infections at a Swiss University hospital: excess length of stay and costs, Journal of Hospital Infection, publication avancée en ligne du 22 avril

(article à votre disposition sur simple demande au CCLin Est)

ÉVITER LES CONFUSIONS ENTRE ANTISEPTIQUE ET ANESTHÉSIQUE

La Haute Autorité de Santé (HAS) a mis en ligne un guide pour éviter les confusions entre antiseptique et anesthésique injectable sur son site.

Lors d'une opération chirurgicale, antiseptique et anesthésique injectable sont en général préparés par un professionnel paramédical, et versés dans des cupules de mêmes tailles et de mêmes couleurs. Les deux produits étant incolores, des confusions sont possibles au cours de l'opération, et peuvent se révéler particulièrement graves si c'est l'antiseptique qui est injecté à la place de l'anesthésiant (risques de douleurs et de lésions).

Cette situation a été mise en évidence par des déclarations spontanées d'événements indésirables: "**219 événements porteurs de risque ont été analysés**" sur les années 2009 et 2010.

Pour éviter les confusions, la HAS émet des recommandations réparties en trois chapitres : la prévention, la récupération, c'est-à-dire les gestes à réaliser en cas de risque de confusion, et l'atténuation, c'est-à-dire les gestes à faire en cas de confusion avérée des produits.

Pour ce qui est de la prévention, la HAS préconise de ne transvaser les produits qu'au moment de leur utilisation, d'utiliser des récipients de tailles et de formes différentes, de présenter les produits à haute voix à l'utilisateur final, et d'évacuer le plus vite possible les produits après leur utilisation.

En ce qui concerne la récupération, la HAS suggère de stopper l'injection au moindre signe suspect de douleur, et de recommencer l'opération de transvasement à zéro en cas de doute.

Enfin, si une confusion a été commise, la HAS estime qu'il faut immédiatement informer le patient, et lui demander son accord pour une intervention rapide sur la zone nécrosée, puis prendre des photos de la zone.

Comment éviter la confusion entre antiseptique et anesthésique injectable :

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/confusion_antiseptique_anesthesique_injectable_pcssp.pdf

UNE NOUVELLE RÉGLEMENTATION POUR LA PRÉVENTION DES ACCIDENTS EXPOSANT AU SANG ?

Le 11 mai 2013 était la date-limite de transposition de la directive européenne visant à harmoniser les procédures de prévention des personnels soignants contre les blessures par objets tranchants. Un décret et un arrêté doivent paraître d'ici peu en France. Les établissements pourront-ils répondre dans les temps aux nouvelles obligations ?

L'enquête

Il n'y a pas d'affolement à transposer dans le droit français la directive européenne 2010/32/UE du 10 mai 2010 visant à harmoniser les procédures de prévention des personnels soignants contre les blessures par objets tranchants, car la France dispose déjà d'un arsenal réglementaire de qualité en matière de prévention des Accidents Exposant au Sang (AES) parmi lequel la circulaire du 13 mars 2008. Néanmoins, "on peut penser que les textes vont dynamiser la prévention, notamment dans le secteur privé, où s'observe un décalage en termes d'équipements sécurisés", souligne Gérard Pellisier, responsable scientifique du Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants aux agents infectieux (GERES)

En effet, selon les derniers résultats nationaux de 2010 du réseau de surveillance des AES dans les établissements de santé, 17 039 accidents ont été recensés dans 810 établissements de santé, soit une diminution du taux des AES pour 100 lits d'hospitalisation (à 6,7% en 2010) et pour 100 Équivalents temps plein (incidence de 5,6 sur la catégorie professionnelle des infirmières) depuis plusieurs années. Les trois quarts des accidents sont percutanés et la moitié associée à la manipulation d'aiguille. Le taux de port de gants s'est quant à lui amélioré, de 67,1% en 2006 à 71,5% en 2010. Et la part des AES évitables a baissé à 43,3% en 2010. Le réseau constate par ailleurs une augmentation des matériels de sécurité commandés par les établissements avec une tendance à sécuriser davantage de gestes au fur et à mesure des années. Mais il observe aussi une implantation moindre dans les établissements privés (14,8% de matériels sécurisés commandés dans le secteur privé contre 58,1% dans le public et 46,9% dans les ESPIC) et une grande variabilité selon le type d'établissement.

Le matériel sécurisé introduit une culture de la sécurité

Certes, les experts ne nient pas une sous-déclaration des accidents. Toutefois, ils positivent sur la réelle prise de conscience institutionnelle et les progrès des entreprises spécialisées dans les dispositifs sécurisés. La société Becton,-Dickinson (BD), organisatrice d'un symposium sur la sécurité des soignants le 18 avril dernier à Paris, évoque cependant quelques préoccupations. Fiona Garin, manager européen du programme Sécurité soignant BD, a ainsi souligné la faible prise de conscience du danger de l'injection, trop banalisée, et a relevé la problématique de la définition de la biosécurité et la participation-implication des travailleurs. On en revient alors encore une fois à la "culture de la sécurité" des professionnels et à leur formation, comme le promeut le programme national pour la sécurité des patients. Véronique Barre, conseillère prévention des risques professionnels à l'hôpital Antoine Béclère (AP-HP), l'a bien compris et a insisté sur ce point lors du symposium. Elle a ainsi indiqué avoir formé 1 500 personnes entre 2007 et 2011 : en Institut de formation en soins infirmiers (IFSI) dès la première année pour rappeler "qu'un matériel sécurisé n'est pas totalement inoffensif", les nouveaux arrivants dans son établissement au cours de journées d'intégration organisées deux fois l'an, mais aussi dans chaque service dès l'introduction d'un nouveau dispositif. Un travail de longue haleine qui porte ses fruits puisqu'elle observe une nette diminution des AES.

Un décret de précision, un arrêté d'application et des annexes de rappel

Les textes en cours de finalisation destinés à transposer la directive européenne dans le code du Travail français devraient encore accélérer cette tendance. Un projet de décret, actuellement à l'examen du conseil d'État, indique la DGOS, complètera par un article unique les dispositions actuelles sur les moyens de prévention des risques biologiques. Il précisera la notion "d'objet perforant susceptible de transmettre un agent infectieux nécessitant des mesures de prévention des blessures et des risques de contamination". Ce projet de décret, ajoute la DGOS, renverra à un arrêté "pour définir le champ d'application, l'obligation d'information et de formation des personnels ainsi que les obligations des employeurs en matière de prise en charge immédiate". Et en annexe, figurera un rappel concernant les précautions standard, l'organisation de la prise en charge après un AES et une information sur la conduite à tenir.

Pour en savoir plus :

Résultats nationaux surveillance AES 2010 :

http://www.cclin-est.org/UserFiles/File/Surveillance/AES/rapport_aes_raisin_2010.pdf

Directive européenne 2010/32/UE du 10 mai 2010 :

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2010:134:0066:0072:FR:PDF>

Circulaire du 13 mars 2008 :

http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2008/08-05/ste_20080005_0100_0079.pdf

Suivi des AES dans les établissements de santé. Place et intérêt des matériels de sécurité. Feuilles de Biologie VOL LIII N°309 - Novembre 2012 (article à votre disposition sur simple demande au CCLin Est)

ALERTES SANITAIRES : CORONAVIRUS ET H7N9

(suite page 1)

Cette conduite pratique pour le premier soignant qui voit le premier patient a été déclinée pour le Coronavirus dans une procédure rédigée par les membres du réseau national des Coordinations Opérationnelles régionales des urgences infectieuses et du Risque Epidémique et Biologique de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (COREB SPILF) :

http://www.infectiologie.com/site/actualite_detail.php?id_actualite=392



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Direction Générale de la Santé

Paris, le 10 mai 2013

Département des Urgences Sanitaires (DUS)

LE DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA SANTÉ

A

Mesdames et messieurs les directeurs
des établissements de santé (pour mise
en œuvre)

A l'attention des chefs des services d'urgence, de SAMU – centre 15, de réanimation, de maladies infectieuses et tropicales, de pneumologie, d'hygiène hospitalière et des laboratoires hospitaliers.

Objet : Compléments d'information à la note DGS du 08 mai 2013 relative aux modalités de prise en charge des patients considérés comme cas possible ou confirmé d'infection par le nouveau coronavirus (NCoV)

Annexe : coordonnées des centres nationaux de référence *influenzae*

Suite à la confirmation d'un cas de nouveau coronavirus (NCoV), nous vous avons adressé le mercredi 8 mai dernier (en annexe) les modalités de prise en charge des cas possibles ou confirmés d'infection par le nouveau coronavirus (NCoV). Nous vous demandons une vigilance particulière concernant :

1. **La prise en charge de tout cas suspect de nouveau coronavirus.** Suite à l'avis du HCSP du 19 mars dernier, la prise en charge de tout cas suspect doit être organisée d'emblée sans orientation préalable vers les secteurs d'accueil des urgences. Les mesures de protection habituelles sont à respecter (en particulier, port de masque FFP2, lunette, gants et surblouse pour tout professionnel de santé amené à prendre en charge les cas possibles ou confirmés) avec la mise en place de précautions complémentaires de type « air » et de type contact.
2. **L'envoi des prélèvements.** Dès lors qu'un cas est classé possible par l'InVS, le prélèvement naso-pharyngé doit être transmis dans les plus brefs délais aux Centres Nationaux de Référence du virus *influenzae*. Ces laboratoires fonctionnent en 7jours/7 (Annexe 1 : liste des CNR).

De plus, il vous est demandé d'orienter tout cas classé comme possible par l'InVS vers le Centre Hospitalier Universitaire ou le Centre Hospitalier Régional le plus proche (dès lors que l'état du patient autorise son transfert) avec une information du référent infectiologue du service d'accueil.

Pour le Directeur général de la santé,
Marie-Christine Favrot

Ces recommandations sont provisoires. Elles seront réactualisées au fur et à mesure de l'évolution des connaissances épidémiologiques et biologiques relatives au nouveau coronavirus (NCoV)

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/>

ANNEXE 1 : coordonnées des centres nationaux de référence *influenzae*

CNR COORDONNATEUR

Institut Pasteur
Unité de génétique moléculaire des virus à ARN
Département de virologie
25, rue du Docteur Roux
75724 Paris Cedex 15
Nom du responsable : Pr Sylvie Van Der Werf
Tél : 01 45 68 87 25 (secrétariat) – 01 45 68 87 22 – fax : 01 40 61 32 41
Email : sylvie.van-der-werf@pasteur.fr

CNR LABORATOIRE ASSOCIE

Hospices Civils de Lyon (HCL)
Laboratoire de virologie Est
Institut de microbiologie
Centre de biologie et de pathologie Est
Groupement hospitalier Est
58, Boulevard Pineil
69677 Bron Cedex
Nom du responsable : Pr Bruno Lina
Tél : 04 72 12 96 57 – 04 72 12 96 17 (sec) – Fax : 04 72 12 95 00
Email : bruno.lina@chu-lyon.fr ; lina@univ-lyon.fr