

ACTUALITÉS DU CCLIN EST ET DE SES 5 ANTENNES RÉGIONALES



Juin 2013

ENQUÊTE NATIONALE DE PRÉVALENCE 2012 (ENP 2012)

L'Institut de veille sanitaire (InVS) a publié ces derniers jours les résultats de la quatrième enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales (IN). Un patient hospitalisé sur 20 présente une ou plusieurs infections nosocomiales (5,1%) révèle la dernière enquête nationale de prévalence effectuée l'an dernier dans des établissements de santé français. L'enquête, menée entre mai et juin 2012 auprès de plus de 300 000 patients dans 1 938 établissements de santé – soit plus de 90 % des lits d'hospitalisation en France –, cherchait à mesurer, un jour donné, le nombre de patients infectés et à caractériser les IN.

En 2012, plus de la moitié des patients hospitalisés avaient plus de 65 ans et présentaient un risque accru de complications infectieuses par rapport à la population générale, compte tenu de leur âge, de leur terrain mais aussi des actes médicaux qu'ils avaient subis ou des dispositifs invasifs dont ils étaient porteurs (33 % de cathéter veineux). Le jour de l'enquête, 15 180 patients présentaient une ou plusieurs infections nosocomiales, soit une prévalence (proportion) des patients infectés de 5,1 %, précise l'InVS qui a mené l'enquête en partenariat avec les Centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN).

Trois infections sur quatre avaient été acquises dans l'établissement réalisant l'enquête, un quart seulement ayant été importé d'un autre hôpital. Les trois agents infectieux les plus fréquemment responsables étaient *Escherichia coli* (17,6 % des souches résistantes aux céphalosporines de 3e génération), *Staphylococcus aureus* (38,1 % des souches résistantes à la méticilline) et *Pseudomonas aeruginosa*, avec un développement significatif des souches résistantes aux antibiotiques. Les patients les plus sévères étaient hospitalisés en centre de lutte contre le cancer ou en réanimation, les patients les moins sévères en psychiatrie ou en obstétrique.

Le jour de l'enquête, 50 000 patients étaient traités par au moins un antibiotique, soit un pourcentage de 16,6 %. Cinq antibiotiques représentaient la moitié des prescriptions : amoxicilline/acide clavulanique, ceftriaxone, ofloxacine, amoxicilline et métronidazole.

Par rapport à l'enquête précédente de 2006, la situation s'améliore dans les services de type soins de suite et de réadaptation, les unités de longue durée ou psychiatrie avec une baisse de 21 % des IN. Les évolutions sont plus contrastées en court séjour où la prévalence est restée stable.

[Suite page 8](#)

Dans ce numéro :

ENP 2012	1
A l'agenda	2
Coronavirus	3
<i>Clostridium difficile</i>	4
Réglementation—A lire	5
Indicateurs qualité	6
<i>Staphylococcus aureus</i>	7
ENP 2012 (suite)	8

Chaque bulletin contient des points de :

- Formations
- Surveillances
- Signalements
- Réglementation

Calendrier des événements

JUIN 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	CQ	21	22	23
24	25	26	27	28	29	SF2H	30

Surveillance BMR et Contrôle Qualité BMR en 2013 :

Semaine 22 (du 27 mai au 31 mai) le laboratoire Elitech a transmis les souches aux laboratoires inscrits au CQ.

Semaine 25 (du 17 au **21 juin dernier délai**) : les résultats du contrôle de qualité seront transmis au CCLin Est

Enquête SF2H : sur les pratiques d'antiseptie lors de la pose et de l'entretien des cathéters veineux centraux chez le nouveau-né âgé de moins de trente jours et le prématuré

Deux ans après la parution d'un avis de la SF2H sur l'antiseptie de la peau saine pour la mise en place de cathéters vasculaires, chez le nouveau-né âgé de moins de 30 jours et le prématuré, une enquête est proposée pour évaluer les pratiques. 1 seule réponse par ES **avant le 30 juin à minuit...**

<https://docs.google.com/forms/d/1v-Zrvq8z250AW9d8JtF3cPQ5pUImnKf5pFg3sqd0AoA/viewform>

COLLOQUES-JOURNEES- CONGRES

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

26èmes Journées Régionales d'Hygiène Hospitalière et de Prévention des Infections Nosocomiales les jeudi 12 et vendredi 13 décembre 2013 à Strasbourg – Programme <http://www.jrh.org/> ou http://www.cclin-est.org/UserFiles/File/congres/2013/depliant_JRHH2013_20130403_web.pdf

CONCOURS DE PHOTOGRAPHIE MISSION MAINS PROPRES 2013

Un concours photographie, ouvert aux professionnels de santé **des EHPAD de Bourgogne**, a été organisé par l'ARLIN Bourgogne dans le cadre de sa campagne nationale Mission Mains Propres. Le thème était issu du slogan officiel : « Résidents, soignants, tous concernés ». La photographie devait représenter pour principal sujet l'hygiène des mains ou une situation en lien avec l'hygiène des mains.

Lire l'article associé et voir les photos primées : <http://www.cclin-est.org/spip.php?article160>

Les lauréats sont les suivants :

1ère lauréate : Mme GUTRIN Aurélie, IDE à l'EHPAD de l'hôpital de Belnay à Tournus (71)

2ème lauréate : Mme VERVIER Marie-Jo, Cadre de Santé à l'EHPAD de l'hôpital de Belnay à Tournus (71)

3ème lauréate : Mme MANET Béatrice, IDE à l'EHPAD St Joseph à St Julien (21)

4ème lauréate : Mme PRIEST Régine, Animatrice à l'EHPAD Epinat Simon à Issy l'Evêque (71)

5ème lauréate : Mme FORET Flore, animatrice à l'EHPAD Marcel Jacquelinet à Longvic (21)



RETOUR SUR LES DEUX CAS D'INFECTIONS À CORONAVIRUS

Le 28 mai 2013, un patient infecté par le nouveau coronavirus décédait au CHU de Lille malgré une réanimation intensive. Le 29 mai, une publication du *Lancet* en ligne, signée par une équipe multidisciplinaire française, détaillait les observations de ce malade et d'un second patient français pris en charge également pour une infection à coronavirus dans le centre de référence pour l'ECMO (Extra Corporeal Membrane Oxygenation) du CHU de Lille.

A noter la rapidité de publication, devenue habituelle lors des épidémies dues à de nouveaux virus, et qui nous permet aujourd'hui de mieux connaître certains aspects cliniques et épidémiologiques de cette infection grave.

Ce virus, dénommé depuis peu MERS-CoV (pour *Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus*), est un virus à ARN isolé pour la première fois en Arabie Saoudite en septembre 2012. Au 23 mai 2013, il avait été isolé chez 44 patients, dans la péninsule arabique mais également chez des sujets ayant séjourné dans cette région ou ayant été en contact avec des voyageurs en Allemagne, en Jordanie, en Tunisie, au Royaume Uni et en France.

Si le réservoir de virus n'est pas totalement identifié, on sait que, cliniquement, l'infection entraîne une atteinte pulmonaire avec évolution vers la détresse respiratoire et une insuffisance rénale aiguë. Si la létalité de l'infection ne peut encore être précisée, certains patients étant encore en réanimation, on sait que pour l'instant 50 % des malades sont décédés.

Ces deux cas français qui ont été particulièrement bien étudiés améliorent quelque peu nos connaissances sur la maladie.

Une incubation pouvant atteindre 12 jours

Au plan épidémiologique, ils nous permettent de préciser certaines des conditions de transmission interhumaine. En effet, si le premier patient avait été infecté lors d'un séjour à Dubaï d'une façon non précisée, on sait que le deuxième a été contaminé par le premier lors d'une hospitalisation dans la même chambre de l'hôpital de Valenciennes du 26 au 29 avril 2013. On estime que la transmission du virus entre les deux malades s'est faite par voie respiratoire par l'intermédiaire des gouttelettes de Pflügge. Les symptômes s'étant développés à partir du 8 mai chez ce second patient, on sait maintenant qu'une incubation allant jusqu'à 12 jours est possible. Plus de 100 professionnels de santé ayant été en contact avec le pre-

mier malade et environ 40 personnes avec le second avant qu'ils ne soient isolés, sans savoir être contaminés, la contagiosité du virus semble limitée.

Deux sujets immunodéprimés

Les deux patients étaient immunodéprimés avant la contamination par un traitement immunosuppresseur (prescrit pour une transplantation rénale dans le premier cas ou pour un angio-œdème histamino-induit dans le second). Il apparaît donc qu'une immunodépression pourrait accroître la susceptibilité à l'infection et être considérée comme un critère supplémentaire de suspicion devant un tableau clinique évocateur.

Au plan diagnostique, il semble que les prélèvements les plus utiles pour une identification du virus par PCR soient ceux réalisés sur des échantillons provenant du tractus respiratoire inférieur (expectoration induite ou lavage broncho-alvéolaire) et non sur des écouvillonnages naso-pharyngés dont les résultats ont été négatifs ou non concluants (ce qui explique peut-être la contagiosité limitée).

Au plan thérapeutique, dans les deux cas la prise en charge a nécessité une intubation et une ventilation assistée puis la mise en place d'une ECMO devant l'impossibilité d'obtenir une oxygénation satisfaisante. Une épuration extra-rénale a été également nécessaire chez les deux malades. Si dans le premier cas l'évolution a été fatale sous ECMO avec défaillance multi-viscérale, à la date de publication l'état du second patient s'était amélioré sous ECMO et ventilation assistée, la sédation pouvant être progressivement diminuée.

Isoler les cas suspects après un voyage dans la péninsule arabique

L'enseignement le plus important à tirer de ces observations concerne l'attitude à avoir face à un patient revenant de la péninsule arabique (le pèlerinage à la Mecque [hajj] est prévu cette année du 4 au 19 octobre 2013). Même en l'absence de signes respiratoires (qui peuvent être retardés comme le montre le premier cas, hospitalisé à l'origine pour une diarrhée fébrile) il faut envisager par précaution des mesures de protection de l'entourage et du personnel hospitalier en cas de pathologie fébrile survenant moins de 12 jours après le retour.

Pour en savoir plus :

Clinical features and viral diagnosis of two cases of infection with Middle East Respiratory Syndrome coronavirus: a report of nosocomial transmission. Guery B et coll. *Lancet* 2013 (article à votre disposition sur simple demande au CCLin Est)

Sur le site du réseau CCLin-Arlin une page dédiée au nouveau Coronavirus suite à l'alerte nationale en cours : <http://www.cclin-arlin.fr/Alertes/2013/coronavirus/coronavirus.html>

Avis relatif aux règles d'hygiène pour la prise en charge des patients suspects d'infections dues au nouveau Coronavirus (MERS-CoV) du 24 mai 2013

http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspa20130528_reglehygienecoronavisur.pdf

Flyer a destination des voyageurs :

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/coronavirus_affichette_def_BD.pdf

Site dédié au pèlerinage du hadj du Ministère de la Santé d'Arabie Saoudite avec une version française simplifiée

<http://www.moh.gov.sa/Hajj/Documents/Languages/French.pdf>

RETOURS D'EXPÉRIENCE DU RESEAU CCLIN-ARLIN

La production REX du réseau CCLin/Arlin est des plus vivaces et c'est tant mieux. Deux nouveaux REX en ligne ce jour sur notre site national abordent le sujet des PICCline. Le premier de façon directe et il analyse toutes les problématiques de l'introduction de nouveau matériel dans une structure en insistant sur les interfaces à risque :

Bactériémie à *Staphylococcus hominis* associée à un cathéter veineux central inséré par voie périphérique (PICC)

http://www.cclin-arlin.fr/GDR/Rex/Rex_InfectionsPicc.pdf

Le second, centré sur l'autre sujet d'actualité qu'est le risque infectieux en chirurgie bariatrique aborde le PICCline via la charge de travail que peut entraîner des indications non pertinentes et le rationnement en soins induit en corolaire sur le suivi post opératoire :

Cas groupé d'ISO en chirurgie bariatrique

http://www.cclin-arlin.fr/GDR/Rex/Rex_chirurgie_bariatrique.pdf

FIDAXOMICINE CONTRE *CLOSTRIDIUM DIFFICILE*

L'arrivée sur le marché d'une nouvelle classe thérapeutique est attendue depuis plusieurs années. La fidaxomicine, premier représentant de la classe des macrocycliques, commercialisée sous le nom de Dificlir par les laboratoires Astellas Pharma France, est un réel progrès. Il s'agit du premier nouveau traitement contre l'infection à *Clostridium difficile* depuis plus de 20 ans.

LA FIDAXOMICINE se voit décerné le prix Galien des médicaments réservés à la thérapeutique hospitalière.

Il exerce une activité bactéricide locale, très ciblée sur *C. difficile*, et est indiqué dans les infections à *C. difficile*, ou diarrhées associées à *C. difficile*.

C'est le premier antibiotique spécifique de ce type d'infection, à spectre étroit, bactéricide agissant localement par voie orale lors d'infections intestinales dont on connaît la gravité (colite pseudomembraneuse), le risque élevé de récurrences (30 à 70 % des cas) et la difficulté thérapeutique liée à l'apparition progressive de résistances aux États-Unis, aux deux traitements antibiotiques actuellement utilisables par voie orale.

Aujourd'hui en France, la colite pseudomembraneuse pose un réel problème notamment en milieu hospitalier de par les transmissions et les récurrences. Cette pathologie a une indiscutable morbi-mortalité.

La fidaxomicine agit localement en inhibant la synthèse de l'ARN bactérien, son absorption étant très limitée. Utilisé par voie orale, sous forme de comprimé (200 mg X2 /j pendant 10 jours) il est éliminé exclusivement dans les fèces. Aucune activité inductrice n'existe a priori. À ce jour, aucune résistance croisée n'a été mise en évidence. Plusieurs études, dont deux multicentriques randomisées en double aveugle comparant fidaxomicine versus vancomycine, ont montré sa non infériorité en termes d'efficacité et de tolérance clinique, une meilleure efficacité dans la survenue des récurrences et en termes de guérison persistante.

Compte tenu de la gravité des colites à *C. difficile*, de leur incidence en progression, du problème nosocomial que cela entraîne, de l'apparition de résistances à la vancomycine, la mise à disposition d'un nouvel antibiotique plus efficace (en termes de récurrence) que le traitement de référence, est un progrès thérapeutique ? Le rapport bénéfice/risque de ce produit est favorable. La commission de la transparence a attribué une amélioration du service médical rendu de niveau III pour ce médicament.

Pour en savoir plus :

Synthèse d'avis de la Commission de la Transparence

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/dificlir_synthse_17102012_ct12235.pdf

Groupe de Veille Bibliographique Fidaxomicine : le nouveau traitement de référence pour les infections récurrentes à *Clostridium difficile*? Médecine et Maladies Infectieuses 2012 ; 42 : 621-622.

Conely OA et coll. : Treatment of first recurrence of *Clostridium difficile* infection: fidaxomicin versus vancomycin? Clin Infect Dis., 2012; 55 suppl2: S154-61.

Diaporama : http://www.infectiologie.com/site/medias/JNI/JNI12/2012-JNI-Le-Moing_TT-ICD.pdf

L'HYGIÈNE EN CUISINE : DES PROGRÈS À RÉALISER !

Bactéries, virus, parasites... nos cuisines sont des nids à micro-organismes ! En 2009, 14.000 personnes ont été affectées par des toxi-infections (gastro-entérite, salmonelle, listeria...) après avoir consommé des denrées alimentaires contaminées, selon des données communiquées par l'Anses (Agence nationale de sécurité sa-

nitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail). Dans 40% des cas, ces infections trouvaient leur origine à la maison. C'est pourquoi l'agence lance une enquête (une cinquantaine de questions posées en ligne) pour connaître les pratiques des consommateurs en matière d'hygiène dans leur cuisine.

L'objectif est d'améliorer, au regard des pratiques constatées, les messages permettant de diminuer les toxi-infections d'origine alimentaire. Autant la situation sanitaire s'est améliorée dans la restauration collective, [...] autant on manque de données sur les habitudes des Français chez eux.

Pour participer à l'enquête :

<http://www.anses.fr/fr/content/hygi%C3%A8ne-dans-la-cuisine-l%E2%80%99anses-lance-une-enqu%C3%Aate-pour-connaître-les-habitudes-des-fran%C3%A7ais>

RÉGLEMENTATION

Instruction N° DGS/RI1/2013/182 du 30 avril 2013 met tant à jour le guide relatif aux modalités de mise en œuvre du plan anti-dissémination du chikungunya et de la dengue en métropole.

http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/05/cir_37044.pdf

Instruction N° DGOS/PF2/2013/211 du 17 mai 2013 relative aux modalités pratiques de mise à la disposition du public par l'établissement de santé, des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins

http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/05/cir_37028.pdf

A LIRE

Guide EFICATT "Exposition fortuite à un agent infectieux et conduite à tenir en milieu de travail (mise à jour)

<http://www.inrs.fr/accueil/produits/bdd/eficatt.html>

Nosothème : Gestion des épidémies associées aux soins. Simon L., Diguio N.

http://nosobase.chu-lyon.fr/Nosotheme/epidemies/NosoTheme_gestion_epidemies.pdf

Acinetobacter : le clone de tous les dangers ?

Bonnin RA et coll. : Multidrug-resistant Acinetobacter baumannii clone, France. Emerging Infectious Diseases, 2013; 5: 822-3. (article à votre disposition sur simple demande au CCLin Est)

Du miel et des vers, mais pas d'antibiotiques

Bourlioux P : De quelles alternatives notre arsenal thérapeutique anti-infectieux dispose-t-il face aux bactéries multi-résistantes ? Annales Pharmaceutiques Françaises 2013 ; 71 : 150-158. (article à votre disposition sur simple demande au CCLin Est)

Eau de Javel et détergents : mélange mortel ! H. Labourel*, V. Mausset, J.-F. Bodin, T. Gautier, J. Fusciardi, Ann Fr Anesth Reanim 2013 (article à votre disposition sur simple demande au CCLin Est)

Montée en France d'une nouvelle souche de salmonelle multi-résistante Highly drug-resistant Salmonella enterica serotype Kentucky ST198-X1: a microbiological study. Le Hello S, Harrois D, Bouchrif B, Sontag L, Elhani D, Guibert V, Zerouali K, Weill FX. Lancet Infect Dis. 2013 May 27. S1473-3099(13)70124-5. (article à votre disposition sur simple demande au CCLin Est)

Efficacité d'une utilisation généralisée de savons bactéricides contre les SARM. Targeted versus Universal Decolonization to Prevent ICU Infection. Huang SS, Septimus E, Kleinman K, and coll. N Engl J Med. 2013 May 29. (article à votre disposition sur simple demande au CCLin Est)

NOUVEAUX OBJECTIFS ET RÈGLES DE CALCUL AUX INDICATEURS QUALITÉ

Dans une instruction du 17 mai, la DGOS définit les nouveaux objectifs des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, présente les nouvelles règles de calcul des références nationales et annonce la publication des résultats sur un nouveau site d'information aux usagers.

La publication nationale des résultats des indicateurs interviendra comme chaque année en novembre mais pas sur le site Platinés. La Haute autorité de santé (HAS) a en effet été chargée de créer un nouveau site Internet d'information des usagers sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé. Outre la diffusion, les règles de calcul des références nationales évoluent également. La moyenne arithmétique simple des scores moyens par établissement de santé primait jusqu'à présent. Le nombre de dossiers éligibles par établissement est désormais intégré pour prendre en compte le volume d'activité de la structure. Cette prise en compte du plan de sondage permet ainsi, explique la DGOS, d'intégrer l'ensemble des établissements participant au recueil dans l'estimation des références, de les comparer et classer avec des effectifs faibles par rapport au référentiel et de présenter des moyennes régionales et nationales représentatives.

La DGOS fixe également dans son instruction les nouveaux objectifs minimum à atteindre pour les établissements (minimum puisque les ARS peuvent être plus exigeantes). Ils doivent atteindre les meilleures classes de performance (A et B) pour les activités 2014 pour l'ensemble des indicateurs du tableau de bord de lutte des infections nosocomiales version 2. Les résultats des indicateurs de qualité doivent quant à eux être significativement supérieurs à 80% pour ceux issus du dossier patient, à 90% concernant la prise en charge médicalementeuse de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë, à 80% sur la sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques après un infarctus du myocarde ainsi que sur ceux relatifs à la prise en charge de l'Accident vasculaire cérébral et des hémorragies du post-partum.

En annexe, la DGOS livre enfin un guide méthodologique du contrôle qualité du recueil des indicateurs, contrôle assuré auprès de 10% des établissements de santé.

Un dossier sur la qualité et la sécurité des soins devra être remis à chaque patient à l'admission

Les résultats des indicateurs sur la qualité et la sécurité des soins propres à chaque établissement devront figurer dans un dossier remis à chaque patient à l'admission.

Cette directive définit d'une part, les modalités que les établissements doivent mettre en œuvre pour informer le public, d'autre part, leur contrôle par les agences régionales de santé (ARS). Le texte fixe les conditions d'application de l'arrêté du 5 mars 2013 et précise les objectifs nationaux à atteindre.

Le site sera opérationnel à l'automne 2013 et la publication nationale aura lieu en novembre. Dans un délai de deux mois à compter de cette publication nationale des indicateurs sur ce site internet, chaque établissement devra mettre à disposition du public les résultats le concernant, accompagnés de données de comparaison. Cette publication porte sur les sept indicateurs du tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales et sur les 15 indicateurs qualité.

En complément, une communication régionale pourra être faite sous l'égide de l'ARS. De plus, au sein de chaque établissement, dès sa mise à disposition par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih), les résultats annuels devront être présentés et commentés en interne avec, entre autres, des représentants des usagers et des professionnels, notamment la commission ou la conférence médicale d'établissement (CME).

Par ailleurs, dès la publication des résultats nationaux en novembre 2013, les usagers doivent pouvoir prendre connaissance des résultats des indicateurs des établissements. Cette mise à disposition obligatoire doit être réalisée au moyen d'affichages dans le hall d'accueil, d'un dossier remis à chaque patient à l'admission et, le cas échéant, du site internet de l'établissement.

Pour en savoir plus :

Instruction N°DGOS/PF2/2013/211 du 17 mai 2013 relative aux modalités pratiques de mise à la disposition du public par l'établissement de santé, des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins

http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/05/cir_37028.pdf

EVALUATION DE LA « MISSION MAINS PROPRES 2013 »

Le succès de la mission mains propres 2013, qui s'est tenue le 6 mai dernier témoigne d'un engagement massif des professionnels de santé et des usagers sur le sujet. La France reste le 1er pays contributeur à cette journée mondiale avec 2629 structures inscrites au registre de l'OMS.

Des centaines d'actions de sensibilisation ont été menées sur tout le territoire, plus de 40 000 affiches et de 500 000 documents de prévention ont été commandés via le site du ministère.

Vous êtes invités à donner votre avis sur la « Mission Mains Propres 2013 », en répondant au formulaire d'évaluation (durée de remplissage environ 15 minutes), au lien suivant :

<https://docs.google.com/spreadsheet/viewform?fromEmail=true&formkey=dFQycjVWT2xON3FJNVISURlChkzMIE6MQ>

Date limite de réponse : 31 décembre 2013

DEPISTAGE DES *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* : DU NOUVEAU

Le nez sur *Staphylococcus aureus* !

La prévalence du portage nasal de *Staphylococcus aureus* (SA) méti-S ou méti-R (SARM) a été déterminée chez les participants à l'International Symposium on Staphylococci and Staphylococcal Infections (août 2012). Au total, un tiers de congressistes, issus de 34 pays, ont été inclus dans l'analyse (n = 176). Le SA a été isolé dans le prélèvement nasal d'un sujet sur trois (n = 57 ; 32,4 %) ; il s'agissait d'un SARM dans 5,3 % des cas. Dans une sous-population de sujets en contact régulier avec le SA de part leur travail en laboratoire ou auprès des patients, seul l'usage régulier de solution hydro-alcoolique avait un effet protecteur contre le portage nasal (OR [odds ratio] ajusté = 0,42 ; intervalle de confiance à 95 % de 0,17 à 1,02 ; p = 0,05).

Pour en savoir plus

Saadatian-Elahi M et coll. : *Basic rules of hygiene protect healthcare and lab workers from nasal colonisation by Staphylococcus aureus: an international cross-sectional study. 23rd European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (Berlin) : 27-30 Avril 2013*

Dépistage des *Staphylococcus aureus* méti-R par PCR à l'hôpital : c'est rentable !

Le dépistage hospitalier du portage de *Staphylococcus aureus* méti-R (SARM) par PCR chez les patients à haut risque et l'isolement immédiat de ces porteurs réduit le risque d'infection nosocomiale par le SARM comparativement à la procédure de dépistage classique par microbiologie. C'est le constat d'une équipe Berlinoise qui a dépisté rigoureusement tous les patients à haut risque admis à l'hôpital, d'abord par microbiologie (sept. 2007 – fév. 2008, n = 1 209, période 1), puis par PCR en temps réel, suivie d'un examen microbiologique (avril – sept 2008 ; n = 1 200, période 2). Les porteurs de SARM étaient immédiatement placés en isolement après l'obtention des résultats microbiologiques (période 1 : 62,8 heures en moyenne) ou de la PCR (période 2). Les taux de porteurs de SARM dépistés à leur admission étaient identiques aux deux périodes (2,1 et 1,96 cas/100 patients). Mais il y a eu significativement moins d'infections nosocomiales à SARM au cours de la 2e période (0,10 versus 0,20/1000 patient jours ; p < 0,05) et moins de colonisations (0,35 vs. 0,66/1000 patient jours ; p < 0,01). Le coût total des traitements était plus faible pendant la 2e période en dépit de mesures préventives deux fois plus chères.

Pour en savoir plus

Walter M et coll. : *Rapid polymerase chain reaction (PCR) screening of high risk patients for methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) and immediate contact isolation is a cost-effective tool for infection control in a German emergency hospital. 23rd European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (Berlin) : 27-30 Avril 2013.*

PNEUMOCYSTOSE OU COLONISATION ?

Le commensal *Pneumocystis jirovecii* peut provoquer une pneumocystose opportuniste chez les immunodéprimés, la PCR conventionnelle ne permettant pas de distinguer une pneumocystose d'une colonisation par *P. jirovecii*. Après avoir cherché le germe par PCR en temps réel chez 35 immunodéprimés, quatre groupes ont été identifiés : pneumocystose définie (médiane : 465 000 copies/ml), probable (médiane : 38 000 copies/ml), possible (médiane : 1 032 copies/ml) et autres diagnostics (médiane : 390 copies/ml) ; la différence intergroupes était significative. Deux seuils ont été déterminés pour définir une pneumocystose (31 600 copies/ml) et une colonisation (3 160 copies/ml) avec une « zone d'ombre » entre les deux ; La valeur prédictive positive était de 100 % pour un taux > 31 600 copies/ml et la valeur prédictive négative de 100 % pour un taux < 3 160 copies/ml. La PCR quantitative peut ainsi être utile pour différencier une pneumocystose d'une colonisation par *P. jirovecii*, chez des patients immunodéprimés.

Pour en savoir plus :

Maillet M et coll. : *Pneumocystis jirovecii quantitative polymerase chain reaction (PCR) to differentiate Pneumocystis pneumonia from Pneumocystis jirovecii colonization in immunocompromised patients. 23rd European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (Berlin) : 27-30 Avril 2013.*

ENP 2012 (SUITE)

(suite page 1)

Le nombre des traitements antibiotiques est resté globalement stable, mais a fortement augmenté pour certaines molécules comme la ceftriaxone ou l'imipénème *qui sont particulièrement génératrices de résistances bactériennes*. La consommation des fluoroquinolones a en revanche diminué.

Pour l'inter-région Est :

La prévalence des patients infectés dans les 5 régions de l'Est ainsi que la prévalence des patients traités par antibiotiques sont globalement plus élevées que la moyenne nationale. Néanmoins les caractéristiques des patients de nos 5 régions tendent à montrer qu'ils sont plus âgés, ont un score Mac Cabe plus élevé, plus immunodéprimés, ont plus d'affections malignes, plus d'interventions chirurgicales et ont plus de dispositifs médicaux. Une analyse multivariée permettant d'ajuster les prévalences régionales sur le case-mix sera prochainement réalisée.

FIGURE 6 : PREVALENCE DES PATIENTS INFECTES, PAR REGION

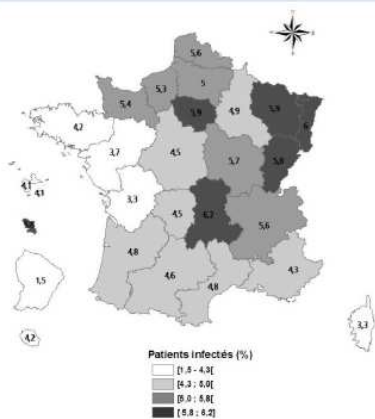
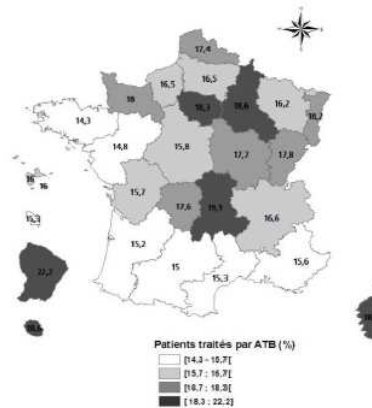


FIGURE 7 : PREVALENCE DES PATIENTS TRAITES PAR ANTIBIOTIQUES, PAR REGION



Pour en savoir plus : <http://www.invs.sante.fr/enp>

- Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (Raisin). Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissements de santé, France, mai-juin 2012. Résultats. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2013. 181 p.
- Lutte contre les infections nosocomiales : des avancées grâce à la forte implication des professionnels et au volontarisme des pouvoirs publics [communiqué de presse du 30/0513]
- Chiffres clés
- Foire aux questions
- Diaporamas (format ppt - format pdf)

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/>