

ACTUALITÉS DU CCLIN EST ET DE SES 5 ANTENNES RÉGIONALES



Novembre 2013

GESTION PRE-OPÉRATOIRE DU RISQUE INFECTIEUX (MISE À JOUR SF2H 2013)

La SF2H vient de proposer une mise à jour de la conférence de consensus « Gestion préopératoire du risque infectieux » qui datait de 2004. Cette actualisation est basée sur une méthodologie rigoureuse utilisant notamment la méthode GRADE qui permet une meilleure analyse de la littérature scientifique.

Comme le rappellent les auteurs de cette mise à jour « Les recommandations de 2004 ne pouvaient qu'avoir un impact sur la réduction du risque infectieux. Mais elles représentent un coût financier et humain, qui impose que chaque recommandation soit pesée au regard de l'évidence scientifique, de son impact sur le risque infectieux et les conséquences médico-légales éventuelles. »

Certaines recommandations vont surprendre, voire choquer. Elles s'appuient sur une revue rigoureuse de la littérature scientifique, et se rapprochent maintenant des recommandations internationales sur la prévention des ISO. Rien n'interdit de conserver les mesures de prévention telles qu'elles étaient édictées en 2004. Certaines sont peut-être utiles, mais sans démonstration de leur efficacité à ce jour. D'autres sont superflues, par exemple la répétition quasiment incantatoire des douches antiseptiques préopératoires. »

Voici quelques exemples de recommandations qui vont probablement interpeller les hygiénistes. Il faut rappeler que cette actualisation nécessitera une appropriation par les différents acteurs puis une discussion pluridisciplinaire visant à définir dans leur établissement la meilleure stratégie de prévention du risque d'infection du site opératoire :

Recommandations Douche préopératoire

Remarque préliminaire: le terme « savon » est souvent utilisé dans la littérature. Il peut s'agir d'une solution moussante.

D1 Il est recommandé de réaliser au moins une douche préopératoire. (B3)

D2 Aucune recommandation ne peut être émise sur le type de savon (savon antiseptique ou savon non antiseptique) à utiliser pour la douche préopératoire. (C2)

D3 Aucune recommandation ne peut être émise concernant le nombre de douches préopératoires. (C3)

D4 Aucune recommandation ne peut être émise concernant le moment de la douche préopératoire. (C3)

D5 Aucune recommandation ne peut être émise concernant la réalisation systématique d'un shampoing. (C3)

Recommandations Déterision

De1 Aucune recommandation ne peut être émise concernant la déterision avant la réalisation d'une antiseptie sur une peau sans souillure. (B2)

Il est recommandé de réaliser une déterision sur une peau souillée. (C3)

Recommandations Antiseptie

A1 S'il est fortement recommandé de pratiquer une désinfection large du site opératoire (A1), aucune recommandation ne peut être émise concernant l'antiseptique à utiliser entre la chlorhexidine et la povidone iodée. (C2)

Aucune recommandation ne peut être émise concernant l'application successive de deux antiseptiques de gamme différente (chlorhexidine, povidone iodée) dans la prévention des infections du site opératoire. (C3)

Dans ce numéro :

| | |
|------------------------------|---|
| « Recos » SF21H | 1 |
| A l'agenda | 2 |
| Creutzfeldt-Jakob | 3 |
| Vaccination | 4 |
| Coronavirus | 5 |
| Rougeole | 6 |
| <i>Clostridium difficile</i> | 7 |
| Semaine sécurité patients | 8 |

Chaque bulletin contient des points de :

- Formations
- Surveillances
- Signalements
- Réglementation

Ces recommandations seront accessibles dans quelques jours sur le site de la SF2H :

<http://www.sf2h.net/>

Calendrier des événements

NOVEMBRE 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 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |

Le **rapport REA-RAISIN 2012** (surveillance des infections nosocomiales en réanimation adulte) vient d'être mis en ligne sur le site du RAISIN

<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2013/Surveillance-des-infections-nosocomiales-en-reanimation-adulte2>

COLLOQUES - JOURNEES - CONGRES

2ème Journée d'actualité sur les maladies à prions – Quels risques de transmission en 2013? le jeudi 05 décembre 2013 à La Pitié-Salpêtrière Paris Inscription obligatoire, contacter « La Cellule Nationale de Référence des M.C.J. », Tel : 01 42 16 26 26 ou Fax : 01 42 16 26 25, Mail : corinne.royer@psl.aphp.fr

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.jrhh.org/> ou http://www.cclin-est.org/UserFiles/File/congres/2013/depliant_JRHH2013_20130403_web.pdf

Journée nationale d'échanges du réseau REA-RAISIN au Centre Jean Bosco à Lyon, le 12 décembre 2013 de 10h00 à 16h30—Programme et inscription http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/Reseaux/REA/Journee/2013/Programme_JourneeREARASIN2013.pdf

Journée ARLIN Champagne-Ardenne : Reims le 24 janvier 2014 sur « Les indicateurs et l'amélioration de la sécurité des soins » - programme et bulletin d'inscription à venir

2ème Colloque National sur « les bactéries multirésistantes émergentes » Paris le vendredi 07 février 2014 Programme—<http://www.le-clef.fr/Evenements-2014,40.html>

9ème congrès "Biologie et Hygiène Hospitalière", Paris le mardi 8 avril 2014 au Lycée Pierre-Gilles de Gennes - ENCPB - Paris 13ème—programme et bulletin d'inscription à venir

Journée Cclin Est/ARLIN : Strasbourg le 17 avril 2014 sur « Application des méthodes et outils de la gestion des risques à l'hygiène » - programme et bulletin d'inscription à venir

NETTOYAGE : MÉTIER À RISQUE

La plupart des emplois dans le nettoyage sont à risque de dermatite des mains en raison d'un contact fréquent avec l'eau, les produits nettoyants et désinfectants ainsi que de la nécessité de porter des gants de protection pendant de longues périodes tous les jours.

Une publication récente fait le point sur les connaissances actuelles sur le sujet.

La prévalence de la dermatite des mains est évaluée entre 10 et 28 % chez les employés du nettoyage. La majorité d'entre eux (60 à 75 %) ont une dermatite irritative alors qu'entre 21 % et 32 % ont une dermatite de contact allergique.

L'existence d'une atopie et de mutations de la « filaggrine » sont des facteurs de risque personnels de dermatite des mains, qu'elle soit irritative ou allergique.

Le travail dans plusieurs sites mais aussi avec de nombreux produits différents est également un facteur de risque de dermatite des mains.

Les allergènes responsables des dermatites de contact allergique des mains dans les métiers du nettoyage sont les aller-

gènes du caoutchouc (thiuram 11,6 %, intervalle de confiance à 95 % [IC 95 %] 9,1-14,1) et les désinfectants (formaldéhyde 3,4 %, IC 95% 2,0-4,7). Le contact avec les allergènes des métaux n'est cependant pas à négliger (outils sur lieu de travail et détergents) même si le sujet reste encore débattu.

Les gants de protection sont la source principale de contact avec les allergènes du caoutchouc.

Les forts taux de sensibilisation aux désinfectants pourraient être expliqués par l'utilisation de gants médicaux jetables pour le nettoyage. Ces gants ne sont pas résistants aux produits chimiques qui pourraient les traverser en quelques minutes ou quelques heures selon leur épaisseur et leur fabrication.

Les jeunes employés (moins de 40 ans) et les plus âgés ont le même type de profil, ce qui laisse à penser que ni l'exposition allergénique ni les mesures de prévention n'ont été améliorées...

La prévention primaire devrait tenir compte de ces résultats en favorisant le port de gants de meilleure qualité, sans thiuram, doublés de coton et réutilisables pour limiter l'exposition allergénique.

Pour en savoir plus : [article à votre disposition sur simple demande au CCLin Est](#)

Bauer A et coll. : Contact dermatitis in the cleaning industry. *Curr Opin Allergy Clin Immunol.*, 2013; 13 : 521–524

LE PORTAGE ASYMPTOMATIQUE DU VARIANT DE CREUTZFELDT-JAKOB AU ROYAUME-UNI CONCERNERAIT UN ANGLAIS SUR 2 000 ?

Au Royaume Uni, l'estimation de la prévalence des sujets asymptomatiques porteurs de la protéine prion anormale (PrP) est passée de 1/4000 à 1/2000 entre 2004 et 2013. Ce sont les conclusions d'une étude portant sur l'examen systématique de 32 441 appendicectomies, un des seuls moyen de rechercher la protéine prion anormale puisqu'il n'existe à ce jour aucun test sanguin ni biologique pour dépister le variant de maladie de Creutzfeldt-Jakob. Dans tous les pays et en particulier au Royaume Uni, la variante de la maladie de Creutzfeldt Jakob (vMCJ) est due à l'exposition au cours des années 1980-90 de la population aux produits contaminés par l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB). Sur le plan physiopathologique, la vMCJ diffère des autres formes MCJ - sporadique ou génétique- par le fait que la protéine prion anormale est retrouvée en périphérie dans les tissus lymphoïdes notamment les amygdales et les appendices. Vingt-sept cas ont été identifiés en France contre 177 au Royaume-Uni.

Dès 2004, une première étude avait recherché la PrP anormale sur des appendices retirées de personnes nées entre 1961 et 1985. À l'époque, l'étude portait sur des patients jeunes, dans la tranche d'âge que l'on pensait la plus à risque de vMCJ. Trois appendices étaient positives sur 12 674 prélèvements. La prévalence des porteurs asymptomatiques avait alors été estimée à 237 cas par million, soit une une personne sur 4 000 porteuses de protéine prion anormale.

Dans cette seconde étude, les auteurs ont cette fois étudié deux groupes de population, l'un constitué de personnes nées entre 1941-1960, l'autre de personnes nées entre 1961-1985 comme dans la première étude. Sur 32 441 appendicectomies réalisées entre 2000 et 2012, 16 appendices étaient positives pour la PrP anormale, soit une prévalence de 493 par million, plus élevée qu'en 2004. Le risque d'être porteur sain du nouveau variant de la maladie de Creutzfeldt-Jakob est passé de 1 sur 4000 en 2004 à 1 sur 2000 en 2012. Mais compte-tenu des écarts-types, il ne faut pas conclure que le risque a doublé.

Les études chez l'animal ont montré que, chez l'homme, le prion bovin se répliquait plus facilement en périphérie qu'au niveau du système nerveux central : la barrière d'espèce entre la vache et l'homme est plutôt plus perméable pour les organes périphériques que pour le système nerveux central. Sur les 16 prélèvements appendiculaires, 8 sont homozygotes méthionine au codon 129 de la PrP comme tous les patients décédés de vMCJ. On ne connaît pas le devenir des porteurs sains homozygotes méthionine-méthionine au codon 129, et encore moins celui des hétérozygotes méthionine-valine ou des homozygotes valine-valine au codon 129.

Avec toutes les mesures prises pour éviter la contamination primaire à partir des dérivés bovins (arrêt de l'alimentation par les farines animales et test systématiques à l'abattoir) ce risque est derrière nous. **Le problème actuel étant d'éviter les contaminations secondaires à partir des porteurs sains.**

Pour en savoir plus : [Prevalent abnormal prion protein in human appendixes after bovine spongiform encephalopathy epizootic: large scale survey.](#), Gill O Noel , *BMJ* 2013 ;347:f5675 ([article à votre disposition sur simple demande au CCLin Est](#))

LES FRANÇAIS ET LA VACCINATION

Une étude publiée dans « Eurosurveillance » confirme l'impact négatif de la controverse de 2009 à propos du vaccin antigrippal pandémique sur l'attitude des Français face à la vaccination en général. Les auteurs alertent sur la perte de confiance apparue à cette occasion et qui risque de se traduire par une baisse des couvertures vaccinales dans les prochaines années.

Les auteurs ont analysé les données du Baromètre santé de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) de 2000, 2005 et 2010. Si de nombreuses études ont tenté de déterminer les facteurs qui ont influencé les comportements face au vaccin pandémique, leur travail est l'un des seuls à étudier spécifiquement les conséquences de la controverse sur l'attitude des Français. Le recueil des données pour le Baromètre 2010 qui s'est étendu d'octobre 2009 à juin 2010 leur a permis d'observer directement les éventuels changements au cours de la campagne de 2009.

L'analyse porte sur les données des répondants âgés de 18 à 75 ans : 12 256 en 2000, 23 931 en 2005 et 8 573 en 2010.

Entre 2000 et 2005, l'étude ne met en évidence aucun changement notable quant à la répartition des comportements face à la vaccination. En particulier, les Français se déclarent en très grande majorité favorables ou très favorables à la vaccination. Seulement 8,5 % en 2000 et 9,6 % en 2010 avouent être défavorables ou très défavorables. Parmi ces derniers, respectivement 22 % et 16 % affirment être opposés à tous les vaccins, les autres étaient spécifiquement opposés à un type de vaccin : 24 % et 20 % d'entre eux sont opposés au vaccin contre la grippe saisonnière, 24 et 37 % à celui contre l'hépatite B, 9 % et 8 % au vaccin contre la rougeole et 9 % en 2000 et 2005 déclaraient être spécifiquement contre le vaccin contre la tuberculose.

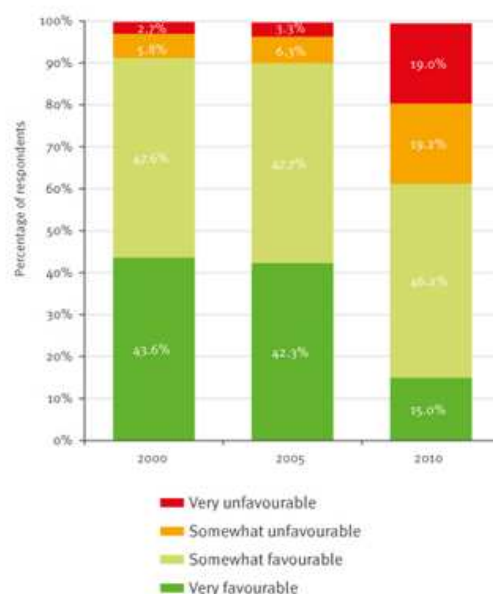
En 2010, l'attitude des Français change radicalement avec une proportion des personnes se déclarant en défaveur ou très en défaveur de la vaccination atteignant les 38,2 %. Et parmi ces derniers, près de la moitié (50 %) s'est spontanément déclarée contre la vaccination avec le vaccin pandémique. Les auteurs ont pu observer des variations au cours de la période : en octobre 2009, la proportion d'attitudes négatives était de 31 % avec un pic allant jusqu'à 40-41 % en décembre 2009 et janvier 2010 au plus fort des critiques contre les autorités françaises et internationale (OMS) accusées d'avoir exagéré la menace d'une pandémie. Le taux de réponses en défaveur de la vaccination n'a commencé à diminuer qu'en mars 2010 (31 % en juin). Les auteurs soulignent que les craintes sur l'innocuité du vaccin lui-même ont commencé à être relayées dans les médias à partir de novembre 2009 alors que le taux des déclarations en défaveur de la vaccination en général avait dépassé les 31 % dès le mois d'octobre. Les premières critiques quant à la gravité supposée de la pandémie sont apparues en juillet 2009.

Si l'analyse souligne le fort impact de la campagne vaccinale de 2009, la chronologie des événements suggère, selon les auteurs, qu'elle « *pourrait ne pas être la cause unique* » de ce désaveu de la vaccination. Ce d'autant que l'analyse des facteurs socio-économiques associés aux attitudes défavorables à la vaccination met en évidence une perte de confiance des Français les plus défavorisés vis-à-vis des autorités. En 2000 et 2005, les femmes étaient plus nombreuses à exprimer leur opposition, de même que les plus âgés (65 à 75 ans). Si le salaire est prédictif d'une attitude favorable, le niveau éducation ou la présence d'un enfant dans la famille n'avait pas d'influence significative sur l'attitude des répondants. Au contraire de 2010, où les attitudes défavorables à la vaccination étaient plus fréquentes chez les personnes de faible niveau scolaire et parmi ceux qui n'avaient pas au moins un enfant de moins de 4 ans à leur domicile. Le fait d'être une femme n'est plus en 2010, un facteur discriminant alors qu'une différenciation sociale apparaît probablement liée à la confiance accordée aux autorités de santé et à l'industrie pharmaceutique qui diminue avec le niveau socio-économique. Selon les auteurs, ce changement exprimé en 2010 pourrait se traduire plus profondément dans les comportements des Français dans les prochaines années, notamment en termes de couverture vaccinale.

Il est urgent pour les autorités de tenir compte de cette perte de confiance dans la vaccination

FIGURE 1

Attitudes towards vaccination in general in the population aged 18–75 years, INPES surveys, France, 2000, 2005, 2010



INPES: French National Institute for Prevention and Health Education.

Percentages do not add up to 100% as a few people refused to answer this question or answered 'don't know'

Pour en savoir plus :

<http://www.eurosurveillance.org/viewarticle.aspx?articleid=20623>

CORONAVIRUS : MISE À JOUR DES RECOMMANDATIONS

Saisi mi-octobre par la Direction générale de la santé (DGS), le Haut conseil de la santé publique (HCSP) vient d'actualiser son avis sur la [gestion et la prévention des infections à MERS-CoV](#), coronavirus responsable du Syndrome respiratoire du Moyen-Orient. Notamment considérant la proposition d'allègement de certaines mesures par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Au 24 octobre, 144 cas d'infections par le MERS-CoV ont été rapportés

par l'OMS, dont 62 décès. Selon les données internationales, la transmission interhumaine semble résulter de contacts étroits avec des patients présentant des formes sévères, et en conséquence que les situations de transmission sont limitées et qu'il n'y a pas à ce jour de cas de transmission démontrée par des cas asymptomatiques.

Le HCSP insiste sur le principe du maintien de l'hospitalisation des cas confirmés, même avec le constat de la

faible transmissibilité du virus, et sur la réalisation le plus tôt possible de prélèvements respiratoires profonds à visée diagnostique. Toutefois, il juge – comme c'était déjà le cas dans son avis du 28 juin – qu'il n'est pas pertinent de réaliser des prélèvements sur une personne contact asymptomatique. Il recommande plutôt la mise en place d'un suivi assuré par l'ARS en lien avec l'Institut de veille sanitaire (InVS).

Pour en savoir plus

http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspace20131030_infectionsmerscovacturecomm.pdf

A LIRE

INFECTIONS NOSOCOMIALES ET TROU DE LA SÉCU

L'horizon des infections nosocomiales s'étend au-delà de leurs frontières traditionnelles. Le risque infectieux en milieu de soins intègre d'autres déterminants jusque-là ignorés. Les bactériémies et leurs 30 000 morts annuels en sont le phénomène le plus marquant. De nombreuses initiatives démontrent que, loin des 70 % déclarées inévitables par les experts, les infections nosocomiales peuvent être fortement réduites. La mise en œuvre des traitements, ou l'art de la médecine, doit évoluer vers une « science des soins », clé de voute de la sécurité des patients. De leur côté, les pouvoirs publics doivent avoir une autre ambition que celle de publier des textes. Partenaires des professionnels de la santé, par une démarche de projets, ils doivent créer l'environnement utile à cette « science des soins ».

Cette meilleure gestion des soins permettra 3 à 4 milliards d'économies. Et quelques milliards de plus par une organisation plus fluide des structures de soins et une meilleure gestion des professionnels ; la maîtrise du risque infectieux, comme tout problème de santé, conduisant au parcours de soins, puis à la carte sanitaire et à la démographie des professionnels. Les effets indirects doubleraient ces économies. Ainsi, une maîtrise professionnelle des dépenses de soins peut prendre le relais d'une maîtrise comptable qui est au bout de ce qui est médicalement acceptable et socialement supportable.

Rationaliser les dépenses sans rationner les soins, tel est le défi que les professionnels de la santé doivent lancer à la société.



Médecin général de santé publique, épidémiologiste et biostatisticien, **Philippe Garnier** rejoint le ministère de la Santé après une longue carrière à l'étranger. Divers dossiers lui sont confiés dont celui des infections nosocomiales.

« **INFECTIONS NOSOCOMIALES ET TROU DE LA SÉCU : Maux croisés de la santé** », Dr Philippe GARNIER, Edition Harmattan

<http://www.editions-harmattan.fr/index.asp?navig=catalogue&obj=livre&no=41444>

- Rapport de surveillance sur les ISO en Europe

Surgical site infections surveillance - latest trends and analysis ECDC – 2013

<http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/SSI-in-europe-2010-2011.pdf>

- **Recommandations :**

Mise en ligne sur le site de l'ARLIN Franche-Comté d'un nouveau document « **Le carnet sanitaire pour la prévention et la maîtrise du risque infectieux en hydro-balnéothérapie** ».

http://projet.chu-besancon.fr/rfclin/guiderfclin/Guides/BALNEO/balneo_2013.pdf

Tests rapides de diagnostic de la grippe. ANSM 2013

http://nosobase.chu-lyon.fr/Actualites/nouveautes_siteNosoBase.html

LA ROUGEOLE CHEZ L'ADULTE : POURQUOI SE VACCINER?

Une étude publiée dans « Médecine et maladies infectieuses » dresse un tableau des cas de rougeole ayant nécessité une hospitalisation chez l'adulte (≥ 15 ans) au cours d'une année, de septembre 2010 à septembre 2011. Quatre cent six cas (âge moyen 26 ans) ont été rapportés par 38 centres. Le diagnostic était posé sur la clinique seule dans 15 % des cas devant un rash typique fébrile (éruption maculopapulaire du visage avec extension secondaire aux bras et au tronc) ; 68 % présentaient une élévation des transaminases et 34 % une pneumonie.

Dans les 85 % autres cas, il a été posé sur l'association avec la biologie (sérologie, PCR salive/gorge/sang, culture virale). Seulement 2 cas étaient posés sur la biologie seule. La durée moyenne d'hospitalisation était de 3,83 jours, pour une médiane à 3. L'âge médian était de 26 ans.

Sur les 406 cas recensés, 29 cas ont été graves, dont 27 hospitalisés en réanimation. **Une patiente immunocompétente de 29 ans ayant développé une pneumonie grave est décédée.**

Elle n'avait jamais présenté de rash ni avant ni après la survenue des symptômes. Près d'un quart des patients (24 %, n = 110) ont reçu une antibiothérapie pendant une durée médiane de 7 jours.

Une élévation des transaminases était fréquente (68 %, n = 312) et un tiers ont présenté une pneumonie (34 %, n = 155).

Soixante-dix (15 %) patients avaient été vaccinés, 205 (45 %) ne l'avaient jamais été et les informations étaient manquantes dans 40 % des cas (185). Parmi les sujets vaccinés, 45 avaient reçu une injection, 11 en avaient reçu 2 et 14 étaient non renseignés. L'épidémie de rougeole en France entre 2008 et 2011 a été rapportée à une faible couverture vaccinale. Malgré des alertes des autorités sanitaires, de nombreux adultes restent non vaccinés, ce qui pourrait se traduire par de nouvelles épidémies chez l'adulte.

Pour en savoir plus : (article à votre disposition sur simple demande au CCLin Est)

Adult patients hospitalized for measles in France, in the 21st century, J.P. Stahl, *Médecine et Maladies Infectieuses*, Volume 43, Issue 10, October 2013, Pages 410-416

ANTIBIOPROPHYLAXIE AVANT CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE (*ERRATUM*)

Réaliser l'antibioprophylaxie dans les 30 minutes avant une chirurgie orthopédique réduit les coûts hospitaliers et les infections du site opératoire, selon les résultats d'une étude américaine publiée en octobre par le Journal of Hospital Infection.

Les infections du site opératoire représentent près de 40% des infections nosocomiales aux Etats-Unis. Or, l'efficacité de l'antibiothérapie prophylactique, dispensée pour prévenir les infections du site opératoire, dépend du moment de son administration avant la chirurgie.

Pourtant, les recommandations en la matière varient selon les sociétés savantes. Pour les chirurgies orthopédiques, les recommandations européennes préconisent d'administrer l'antibiothérapie dans les 30 minutes avant l'incision, contre une heure pour les références américaines. Les auteurs de cette étude ont voulu déterminer la procédure optimale et évaluer la valeur économique des différentes stratégies.

En analysant la littérature consacrée à la chirurgie orthopédique, ils ont identifié quatre créneaux : dans les 30 minutes avant l'opération, entre 31 min et une heure, entre 61 min et 120 min et enfin plus de 120 min.

Ils ont analysé rétrospectivement les données d'hospitalisation de 167 patients pris en charge à l'hôpital universitaire de Pittsburgh pour une pose de prothèse de hanche ou totale du genou.

Selon la modélisation de ces données, administrer l'antibiothérapie entre 0 et **30 minutes (et non une minute)** avant l'intervention correspond aux coûts les plus faibles (379 dollars par opération) et au risque le plus faible de contracter une infection du site opératoire (19/1.000 opérations).

Ces résultats devraient être utilisés par les hôpitaux pour améliorer leurs procédures d'antibiothérapie prophylactique. Selon l'équipe de recherche, en considérant le nombre de chirurgies orthopédiques réalisées chaque année aux Etats-Unis, les économies pourraient être substantielles si les établissements appliquaient cette stratégie.

The economics and timing of pre-operative antibiotics for orthopaedic procedures, B.A. Norman, Journal of Hospital Infection, publication avancée en ligne du 2 octobre (article à votre disposition sur simple demande au CCLin Est)

FAVORISER LA FIDAXOMICINE LORS D'INFECTIONS RÉCIDIVANTES À *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* (ESCMID)

L'antibiotique fidaxomicine (Dificlir*, Astellas), indiqué dans le traitement des infections à *Clostridium difficile*, devrait être privilégié lors de récurrences, selon les recommandations de l'European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID). La fidaxomicine, indiquée dans le traitement des diarrhées associées à *C. difficile* de l'adulte, a obtenu son autorisation de mise sur le marché (AMM) en décembre 2011. Dans un avis rendu en octobre 2012, la Commission de la transparence (CT) s'est prononcée en faveur d'une prise en charge à l'hôpital.

Contrairement aux deux autres options thérapeutiques à large spectre -métronidazole et vancomycine- cet antibiotique a un spectre antimicrobien étroit. "Dans le but de ralentir l'émergence des souches résistantes à la vancomycine, il est recommandé de restreindre son utilisation aux cas où elle est absolument nécessaire", estime la CT. Par ailleurs, selon la CT, ce traitement doit être réservé aux infections à *C. difficile* documentées, l'antibiotique d'action ciblée n'ayant pas apporté les preuves de son efficacité dans les diarrhées qui ne sont pas liées à une infection par *C. difficile*.

De son côté, l'ESCMID préconise le recours à cet antibiotique lors d'une première récurrence ou chez les patients à risque de récurrence d'infection à *C. difficile*. La société savante européenne recommande également la fidaxomicine dans le traitement des infections sévères à *C. difficile*.

La CT estimait quant à elle fin 2012, que le rapport efficacité/effets indésirables était mal établi dans les formes cliniques les plus sévères.

Actuellement, ce médicament agréé aux collectivités n'est pas inscrit dans la liste des médicaments facturables en sus des prestations d'hospitalisation. Son financement est assuré via les tarifs des groupes homogènes de séjours (GHS).

« Pour des raisons économiques, nous essayons de limiter l'usage de cet antibiotique aux patients en échec d'une première ligne, à ceux qui en ont vraiment besoin », explique le Pr Christian Rabaud, du CHU de Nancy, président de la Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF).

Pour en savoir plus :

Article en PDF au lien suivant : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1469-0691.12418/pdf>

PROBLÈME DES PORTEURS SAINS DE *CLOSTRIDIUM DIFFICILE*

Entre un tiers et la moitié des patients hospitalisés qui sont colonisés par *C. difficile* développeront une véritable infection ; les autres deviendront des porteurs asymptomatiques. Qu'en faire, faut-il les prendre en charge ?

Il existe d'assez nombreux arguments pour penser que les porteurs asymptomatiques ne devraient pas être négligés : certaines études montrent que des épisodes de transmissions nosocomiales leur sont liées, d'autres que les seniors en long séjour sont souvent porteurs (jusqu'à plus de 50 %), peau et environnement immédiat inclus. Il existe même une étude suggérant que les malades ne pouvaient pas rendre compte à eux seuls de tous les nouveaux cas hospitaliers, et qu'il fallait souvent chercher ailleurs des sources de contamination...

Les porteurs sains de *C. difficile* sont-ils un danger pour les autres ? DM Guerrero et coll. ont analysé la prévalence, les facteurs de risque et implications en matière de contrôle du portage asymptomatique de *C. difficile* dans un hôpital de soins aigus. Pour ce faire, ils ont réalisé une enquête ponctuelle de prévalence de tous les patients qui l'acceptaient par prélèvements rectaux, cutanés et environnementaux techniques selon les méthodes bactériologiques usuelles. Il leur est apparu, dans ces conditions, que 18/149 (12 %) patients étaient porteurs asymptomatiques de bactéries toxigéniques, répartis dans les différents services de l'établissement et largement plus nombreux (facteur 1 à 3) que les « vrais » malades (les contaminations cutanées restant plus fréquentes chez les malades). En analyse multivariée, le risque de portage asymptomatique s'avérait statistiquement lié à un séjour de plus de 14 jours ou à des traitements antibiotiques dans les 3 mois précédents (1 mois pour les antibiotiques à plus fort risque, clindamycine, fluoroquinolones ou C3G à large spectre).

Cette étude suggère comme d'autres que les porteurs asymptomatiques pourraient jouer un rôle non négligeable dans la dispersion des souches de *C. difficile* toxigènes dans les établissements de soins. Ils proposent un score prédictif de portage : le niveau 1 prend en compte une infection symptomatique ou un traitement antibiotique dans les 3 mois, pour une sensibilité de 89 % et une spécificité de 43 % ; le second inclut les antibiotiques à risque, et augmente la spécificité à 65 % au détriment (minime) de la sensibilité. Ils évoquent aussi, sans le résoudre, le problème des portages à faible charge bactérienne, qui pourraient ne traduire qu'un passage intestinal transitoire de spores bactériennes. Reste la prise en charge de ces portages sains, pour laquelle on ne dispose évidemment pas de réponse satisfaisante...

Pour en savoir plus : Guerrero DM et coll. : Asymptomatic carriage of toxigenic *Clostridium difficile* by hospitalized patients. Journal of Hospital Infection 2013; 85: 155-158. (article à votre disposition sur simple demande au CCLin Est)

SEMAINE DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTS DU 25 AU 29 NOVEMBRE 2013 : « ENGAGEONS-NOUS POUR DES SOINS PLUS SÛRS »



La sécurité des soins apportés aux patients est un objectif majeur pour l'ensemble des acteurs du système de santé. C'est la raison pour laquelle le ministère chargé de la santé organise la 3ème édition de la semaine de la sécurité des patients, afin de favoriser la communication sur la sécurité des soins et mettre en avant le dialogue entre les patients, les usagers et les professionnels de santé.

En actualité : la livraison des outils SSP 2013 débutera le 4 novembre

Découvrez la vidéo du ministère consacrée à la SSP 2013 !



La 3ème édition de la semaine de la sécurité des patients aura lieu du 25 au 29 novembre 2013

Pour en savoir plus :

<http://www.sante.gouv.fr/semaine-de-la-securite-des-patients-du-25-au-29-novembre-2013-engageons-nous-pour-des-soins-plus-surs.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/>