

ACTUALITÉS DU CCLIN EST ET DE SES 5 ANTENNES RÉGIONALES



Avril 2014

BILAN LIN 2014 : QUOI DE NEUF?

Chaque année, un bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales est établi par l'équipe opérationnelle d'hygiène des établissements de santé selon un modèle défini par arrêté du ministre de la Santé.

Pour cette campagne de recueil 2014, le bilan considère les données d'activités de l'année 2013. Et conformément à l'alternance du recueil qui a précédemment été définie, en 2014, seuls trois indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales (TBIN) sont concernés, à savoir :

- indicateur de consommation de produits hydro-alcooliques version 2 (ICSHA.2)
- indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes (ICA-BMR)

Le score agrégé est bel et bien supprimé en 2014. De même pour l'indicateur triennal SARM qui sera remplacé par un nouvel indicateur "Bactériémies nosocomiales à SARM" (BN-SARM), en cours de simulation. Son objectif principal est que tout épisode de bactériémie nosocomiale à SARM fasse l'objet d'une analyse des causes dont la finalité est de mettre des actions permettant de tendre vers zéro le nombre de bactériémies nosocomiales à SARM évitables. Rappelons aussi que le recueil est optionnel en 2014 pour l'ICALIN.2. Cependant, rien n'empêche les établissements de le maintenir comme outil de pilotage de la qualité et de la sécurité des soins.

Calendrier : la campagne de recueil 2014 relatif au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales 2013 débutera le 24 mars et prendra fin le 4 mai 2014. Les résultats provisoires seront mis à disposition des établissements de santé à partir du 15 octobre 2014. Les résultats définitifs seront quant à eux transmis entre le 15 et le 30 novembre et leur diffusion publique est prévue lors de la semaine de la sécurité des patients, qui se déroulera cette année du 24 au 28 novembre.

En incitant tous les établissements à mesurer leurs actions et leurs résultats dans le domaine de la lutte contre les infections nosocomiales, le TBIN vise aussi à permettre un suivi dans le temps et des comparaisons entre les établissements, facteurs d'amélioration de la qualité. Il répond enfin à une demande légitime d'information et de transparence de la part des usagers.

Les données doivent être transmises à l'ARS et au Centre de coordination de lutte contre les infections nosocomiales (Cclin) via le site sécurisé Bilanlin mis à disposition par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih). Et les établissements rassemblent en parallèle les éléments de preuve énumérés dans le cahier des charges afin d'appuyer leurs déclarations. [\(suite page 5\)](#)

En pratique Arrêté du 11 février 2014 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats publiés chaque année des indicateurs de qualité et de sécurité des soins

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028625878>

Site du Ministère de la santé <http://www.sante.gouv.fr/tableau-de-bord-des-infections-nosocomiales-la-campagne-2013.html>

Site de l'ATIH pour saisie du bilan

<https://pasrel.atih.sante.fr/cas/login?service=https%3A%2F%2Fapplications.atih.sante.fr%2Fbilanlin%2F>

Dans ce numéro :

Bilan LIN	1
A l'agenda	2
Microbiote fécal	3
Stéthoscopes contaminés	4
Bilan LIN (suite)	5
Vapeurs eau oxygénée	6
Hygiène mains Québec	7
Réa RAISIN dans l'Est	8

Chaque bulletin contient des points de :

- Formations
- Surveillances
- Signalements
- Réglementation

AVRIL 2014

Calendrier des événements

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 le secrétariat : 03-83-15-34-73

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

				1	2	3
4	5	6	O. Hoff nous quitte	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

IMPORTANT : Olivier HOFF notre technicien de l'information médicale, fidèle au Cclin Est depuis 2006 nous quitte le 07 avril prochain pour d'autres horizons. Nous le remercions pour son investissement et la qualité de ses réponses fournies à la « hotline » du Cclin. Il n'est pas prévu qu'il soit remplacé prochainement. Il vous faudra donc faire preuve d'une plus grande patience pour obtenir des réponses à vos questions. Il n'y a pas d'urgence dans nos activités mais parfois des « gens pressés ». Nous vous demandons donc de privilégier les boites mail que nous mettons à disposition pour chaque enquête ou surveillance. Si notre secrétariat reste à votre disposition, il ne pourra pas répondre à toutes vos interrogations. Nous sommes conscients d'une diminution de la qualité de nos relations et nous vous prions de bien vouloir nous en excuser mais nos deux biostatisticiennes ne pourront pas toujours répondre instamment à vos demandes. Merci de votre compréhension

Ne pas oublier de s'inscrire aux différentes surveillances proposées : BMR (surveillance +/- contrôle qualité), ISO et REA.

COLLOQUES - JOURNEES - CONGRES

Journée Cclin Est/ARLIN : Strasbourg le 17 avril 2014 sur « Application des méthodes et outils de la gestion des risques à la lutte contre les infections associées aux soins » - programme et bulletin d'inscription : <http://www.cclin-est.org/spip.php?rubrique25>

XVème Congrès SF2H : Marseille les 4, 5 et 6 juin 2014. <http://www.sf2h.net/congres-sf2h.html>

- > facteurs de risque liés à l'hôte : le risque infectieux intrinsèque
- > détection ou prédiction des épidémies : comment intégrer des indicateurs a priori ?
- > système d'information hospitalier et infections associées aux soins : intérêt et limites
- > approche psycho-comportementale des recommandations dans les services à haut risque (réanimation, bloc opératoire) : facteurs influençant la perception du risque.

La SF2H a été agréée pour les pharmaciens et les paramédicaux, organisme de formation développement professionnel continu (ODPC), elle propose pour ces professionnels deux programmes validés par l'OGDPC.

***Parcours 1** : Utilisation des EPI : masques et gants au cours des soins (2 heures)

***Parcours 2** : Gestion du risque infectieux interventionnel à travers 2 exemples : le patient avant intervention chirurgicale et celui de la pose d'un PICC (2 heures)

Journées régionales d'hygiène de l'ARLIN Lorraine : Nancy le 26 et 27 juin 2014 pré-programme et bulletin d'inscription <http://arlin-lorraine.chu-nancy.fr/congres-manifestations/journees-regionales-d-hygiene/2014-22emes-j-r-h/>

ESSAI CLINIQUE DE LA TRANSPLANTATION MICROBIOTE FÉCAL

Pour la première fois en France, la transplantation fécale va être évaluée dans un essai clinique.

La transplantation fécale consiste à injecter dans le tube digestif de patients, des selles saines venant d'un donneur, dans le but de renouveler leur flore intestinale et de rétablir d'éventuels déséquilibres. L'essentiel des essais cliniques évaluant l'intérêt de la transplantation fécale portent sur les infections récidivantes à *Clostridium difficile*. Des taux d'éradication de la bactérie supérieurs à 80% ont déjà été observés.

Ces bons résultats préliminaires ont conduit la société européenne d'infectiologie (European Society of Clinical Microbiology and Infection -ESCMID) et la société américaine de gastro-entérologie (American College of Gastroenterology) à recommander cette approche thérapeutique dans les formes récidivantes d'infection à *C. difficile*.

Mais en France cette stratégie thérapeutique n'est encadrée par aucun texte. Par ailleurs, dans l'Hexagone, aucun essai évaluant cette stratégie thérapeutique n'a jamais été mené.

Dans quelques semaines, la première étude pilote française débutera. C'est la demande d'autorisation de cet essai qui a conduit l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) à réunir un comité scientifique sur ce sujet. Fruit de ce travail, un rapport publié vendredi par l'agence précise que le microbiote fécal "doit être considéré comme un médicament".

L'essai français, piloté par l'hôpital Saint-Antoine, évaluera la greffe fécale dans la maladie de Crohn. L'essai français sera randomisé, mais à la différence des autres études, la flore fécale ne sera pas implantée au moment de la poussée de la maladie de Crohn, mais chez des patients en rémission de leur maladie, afin d'augmenter les chances de prise de la greffe.

Une vingtaine de patients seront inclus au moment de la poussée et mis sous corticothérapie jusqu'à la rémission. Les patients seront alors randomisés entre une transplantation de microbiote fécale ou de sérum physiologique réalisée par coloscopie. Les doses de cortisone seront alors progressivement diminuées dans les deux bras.

Les patients seront soumis à une deuxième coloscopie à six semaines de l'intervention et suivis six mois. Le but est avant tout de vérifier que la greffe prend bien.

Pour en savoir plus :

La transplantation de microbiote fécal et son encadrement dans les essais cliniques (ANSM, Mars 2014)

http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/ansm/2014_MicrobioteFecal%20_ansm.pdf

TEST SANGUIN POUR DÉPISTAGE DE LA V-MCJ

Un test déjà en usage pour le diagnostic de la variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (v-MCJ) liée à l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB) a été mis à l'épreuve avec des résultats satisfaisants pour un dépistage dans la population non malade exposée au prion. Une étude a été réalisée sur des échantillons de sang (États-Unis et Royaume-Uni) provenant de donneurs sains ou de patients ayant une maladie neurodégénérative non à prion ou de patients chez qui le diagnostic étaient possible et de personnes présentant une MCJ confirmée ont été testés.

La spécificité est de 100 %, aucun patient sain ou ayant une maladie d'une autre nature que le prion n'a été testé positif. Et la sensibilité est qualifiée d'élevée, atteignant 72 % (testée à l'aveugle chez des individus sains et de patients souffrant de MCJ). Le test pourrait connaître un usage élargi par les cliniciens, sans crainte de faux positifs. Ce prototype apparaît

suffisamment performant pour justifier son usage dans une population de donneurs de sang, dans les groupes à risque au Royaume-Uni.



Pour en savoir plus :

Population screening for variant Creutzfeldt-Jakob disease using a novel blood test diagnostic accuracy and feasibility Study , Graham S. Jackson; *JAMA Neurol.* Published online March 03, 2014

LES STÉTHOSCOPIES NIDS À BACTÉRIES.....

La densité de bactéries est plus élevée sur le stéthoscope des médecins que dans la paume de leur main, selon une étude de Didier Pittet à laquelle ont participé les Hôpitaux universitaires genevois.



Les prélèvements ont été faits sur la membrane des stéthoscopes après 70 examens médicaux standardisés. Les résultats sont sans appel et montrent qu'il y a davantage de bactéries sur le diaphragme du stéthoscope que sur la paume de la main du médecin. Seul un taux plus élevé de bactéries est retrouvé sur le bout des doigts. Il y en a même davantage sur le tube du stéthoscope que sur le dos de la main. Et les germes pourraient y rester en vie de quelques heures à 1 ou 2 jours : de quoi contaminer plusieurs patients. L'étude a permis de noter que presque aucun des médecins ne désinfectaient [le stéthoscope] alors que plus de 80% se frictionnent systématiquement les mains avec un gel hydroalcoolique avant et après un contact avec un patient. Il faut souligner que pour les patients les plus à risque les hôpitaux fournissent des stéthoscopes individuels, mais cela semble inenvisageable pour l'ensemble d'un établissement de soins.

Il n'y a pas d'autres options que de désinfecter le stéthoscope mais avec quel produit : avec un produit hydroalcoolique ? Mais un écueil persiste car ce type de produit attaque le plastique !!!

Pour en savoir plus :

Les stéthoscopes des médecins sont plus contaminés que leurs mains

Vidéo n°1 : « Les stéthoscopes d'hôpitaux sont souillés de bactéries »

Vidéo n°2 : « Le stéthoscope ou le prolongement de la main du médecin »

Vidéo n°3 : **Les explications du Dr. Didier Pittet (en anglais)**

<http://www.rts.ch/info/sciences-tech/5649185-les-stethoscopes-des-medecins-sont-plus-contamines-que-leurs-mains.html>

Article à votre disposition sur simple demande au CCLin Est

Contamination of stethoscopes and physicians' hands after a physical examination. Longtin Y, Schneider A, Tschopp C, Renzi G, Gayet-Ageron A, Schrenzel J, Pittet D. Mayo Clin Proc. 2014 Mar;89(3):291-9.

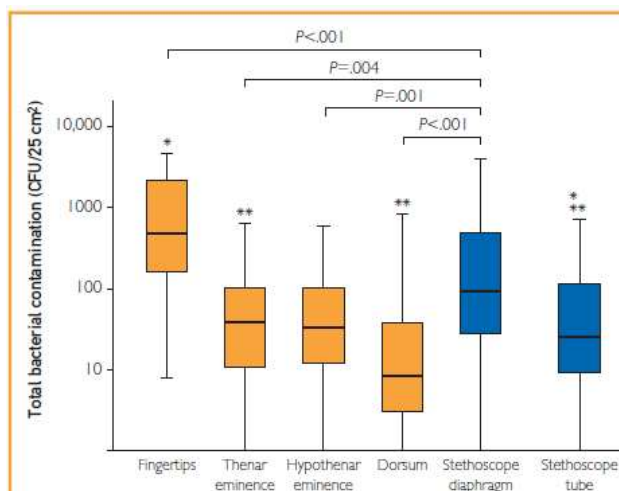


FIGURE 1. Total aerobic colony count recovered from physicians' gloved hands (orange boxes) and stethoscopes (blue boxes) after a single physical examination. Results are presented on a logarithmic scale. The top and bottom of the box plots represent the interquartile ranges, and the horizontal lines represent the median values. The error bars extend to the maximum and minimum values. Differences between levels of contamination were tested using Wilcoxon paired rank-sum tests. CFU = colony-forming unit. * $P < .001$ compared with stethoscope tube. ** $P = .04$ compared with stethoscope tube.

Le praticien observe néanmoins qu'« il y a 15 ans seuls 20% des soignants se lavaient les mains systématiquement, on voit donc que les mentalités peuvent changer, et si des recommandations sont édictées en ce sens, les stéthoscopes ne devraient bientôt plus poser de problèmes ».

En résumé, les stéthoscopes sont **des vecteurs potentiellement importants de transmission de bactéries, y compris *Staphylococcus aureus***. Il est nécessaire de désinfecter le stéthoscope régulièrement et au mieux après chaque utilisation avec un patient.

ADAPTATION DU TBIN AUX DIFFÉRENTS ÉTABLISSEMENTS

(suite de la page 1)

Le TBIN 2014 comprend donc :

- un recueil alterné de deux couples d'indicateurs : ICA-BMR et ICATB2 recueillis en 2014 sur l'activité 2013, ICALIN.2 et ICALISO recueillis en 2015 sur l'activité 2014
- un recueil annuel de l'indicateur ICSHA.2 (ses modalités seront révisées pour une version 3 en 2015)
- la suppression du score agrégé

le remplacement de l'indice SARM par un nouvel indicateur Bactériémies nosocomiales à SARM (BN-SARM) en simulation

Le TBIN s'adapte en outre aux spécificités de certaines catégories d'établissements. Pour ceux catégorisés "psychiatrie", seuls deux indicateurs sont opposables : ICALIN.2 et ICSHA.2. Les types SSR et SLD opèrent quant à eux une séparation; la pondération de l'indicateur ICA-BMR a alors été révisée pour la catégorie SLD.

Est aussi acté dans cette instruction un recueil optionnel ICALIN.2 en 2014, pour ceux souhaitant maintenir un recueil annuel et l'utiliser comme outil de pilotage interne de l'établissement et pour ceux engagés dans l'expérimentation du dispositif d'incitation financière par la qualité (lfaq).

L'indicateur BN-SARM vise les établissements à évaluer leur politique en matière de prévention de la diffusion des bactéries multirésistantes. Il est centré sur les rares infections nosocomiales invasives (bactériémies) dont il est attendu qu'elles tendent vers zéro compte tenu de leur évitabilité potentielle. Il vérifie en cela qu'une analyse approfondie suivant une méthodologie reconnue est mise en place en cas d'une telle survenue et que des actions sont également entreprises. L'indicateur sera en simulation en 2014 (année de recensement des bactériémies nosocomiales) et en 2015 (objectivation des actions conduites) pour une diffusion publique en 2016.

En 2014, le TBIN se compose dès lors de :

- **3 indicateurs opposables généralisés : ICA-BMR, ICA-TB2 et ICSHA.2**

- **1 nouvel indicateur en simulation : BN-SARM**

1 indicateur optionnel généralisé : ICALIN.2

Enfin, en 2014, **10% des établissements de santé seront contrôlés au niveau de chaque région** (et non plus au niveau national comme cela est le cas depuis 2006) sur la qualité de ce recueil au regard des éléments de preuve. En l'absence ou refus de communication de ces éléments, informe la DGOS, "la valorisation des items correspondants sera mise à zéro automatiquement pour le calcul des indicateurs". Et leur validation fera l'objet d'un "constat de validation".

A LIRE - A VOIR - A FAIRE

- **Évolution de la tuberculose en Île-de-France de 2000 à 2010** BEH n°8 (18 mars 2014)

<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire>

- **Réseau CClin-Arlin** : NosoVeille n°3, mars 2014 http://nosobase.chu-lyon.fr/RevuesBiblio/sommaire_biblio.html

- **Centre de Référence des Infections Ostéo-articulaires Complexes (CRIOAC) du Grand- Est**

Depuis le 1er juillet 2012, le CHU de Nancy, associé au SINICAL (Centre Chirurgical Emile Gallé de Nancy), est Centre de Référence des Infections Ostéo-articulaires Complexes (CRIOAC) du Grand- Est.

2 Centres Correspondants lui sont associés : le CHU de Besançon et les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg. Depuis 2008, les Centres de Référence des Infections Ostéo-Articulaires Complexes (CRIOAC) ont été mis en place par le Ministre en charge de la Santé en réponse à ce véritable problème de santé publique.

<http://www.crioacgrandest.fr/>

- **INSTRUCTION N° DGOS/PF2/2014/66 du 04 mars 2014** relative au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2013

<http://nosobase.chu-lyon.fr/Reglementation/Indicateur.html>

- **Infection à virus grippaux émergents HxNy** : comment repérer et prendre en charge un patient suspect d'infection par un nouveau virus grippal ? http://www.infectiologie.com/site/actualite_detail.php?id_actualite=423

ACTION VIRUCIDE DE L'EAU OXYGÉNÉE VAPORISÉE

A l'hôpital, la contamination virale des surfaces peut potentiellement entraîner des infections nosocomiales. Ce phénomène est désormais reconnu, notamment pour les Norovirus, premiers responsables des gastro-entérites humaines. Une fois établis sur une surface sèche inanimée, les virus peuvent survivre de longues périodes et deviennent moins sensibles à la désinfection.

Désinfecter les surfaces vise à réduire le risque d'exposition aux microbes, et notamment aux virus, et à interrompre leur transmission. Toutefois, les Norovirus, sont résistants aux désinfectants communément utilisés.

La vaporisation d'eau oxygénée, méthode de désinfection, est commercialisée sous deux formes, non condensée (Steris) ou condensée (Bioquell). Leur efficacité antibactérienne est bien établie, mais peu de données relatives à leur activité virucide sont disponibles.



Ils ont analysé l'activité virucide *in vitro* d'une part, de virus non enveloppés : un Calicivirus félin pour substituer les Norovirus, premiers responsables des gastro-entérites humaines, et un Adénovirus humain sachant que ce type de virus peut survivre jusqu'à trois mois sur des surfaces sèches. D'autre part, ils ont testé cette méthode de désinfection sur des virus enveloppés : virus de la gastro-entérite du porc (TGEV), pour substituer le Coronavirus à l'origine de l'épidémie de Syndrome respiratoire aigu sévère (Sras) de 2003, un virus influenza aviaire et un autre porcine.

Des disques d'acier inoxydable ont étéensemencés avec les suspensions virales qui ont été ensuite séchées. Trois différents volumes de vapeur de peroxyde d'hydrogène (Bioquell) ont été testés.

Après une nuit d'incubation, tous les disques traités avec de la vapeur de peroxyde d'hydrogène (à 35% et à 120°C) étaient exempts de virus actifs. Au contraire, ils s'étaient multipliés à la surface des disques non traités.

En comparant les populations virales des disques traités et non traités, l'étude montre qu'appliquer de la vapeur de peroxyde d'hydrogène était virucide (réduction de plus de quatre log décimaux de la population virale) contre le coronavirus félin, l'adénovirus, le TGEV et l'influenza aviaire. Comme la croissance des virus influenza porcins avait été très limitée, l'activité virucide était démontrée pour cette espèce seulement pour le grand volume (25 ml).

Cette étude suggère que la désinfection avec de la vapeur de peroxyde d'hydrogène peut être considérée comme une méthode efficace de désinfection de surfaces contaminées par des virus.

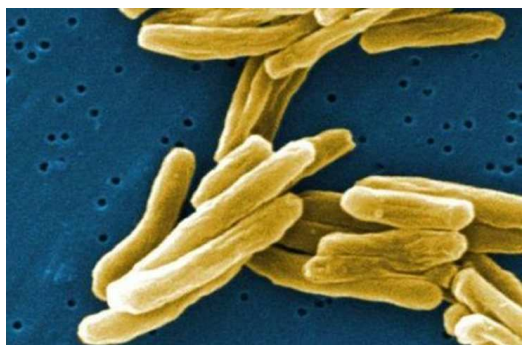
Pour en savoir plus :

Article à votre disposition sur simple demande au CCLin Est

Evaluating the virucidal efficacy of hydrogen peroxide vapour. Goyal SM, Chander Y, Yezli S, Otter JA. J Hosp Infect. 2014 Feb 27. S0195-6701(14)00059-0.

Remarque : parmi les quatre auteurs, deux sont employés par la société Bioquell qui produit des systèmes de désinfection par vapeur d'eau oxygénée à condensation. Les deux autres ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

NOUVEAU TRAITEMENT TUBERCULOSE MULTI-RÉSISTANTE



Un nouveau traitement contre la tuberculose multirésistante, le **Sirturo** (bédaquiline), a reçu une autorisation temporaire conditionnelle de mise sur le marché (AMM) par la Commission européenne, annonce le Laboratoire Janssen-Cilag, qui le commercialise. Le **Sirturo** a déjà été approuvé, fin 2012, aux États-Unis par la FDA, et avait recueilli un avis positif, en décembre, de l'Agence européenne du médicament (EMA). Environ 450 000 cas de tuberculose multirésistante surviennent chaque année dans le monde, soit environ 5 % de l'ensemble des tuberculoses. Les principales raisons de cette multirésistance qui provoque une mortalité élevée (170 000 dans le monde en 2012, selon l'OMS), sont des traitements incomplets ou mal suivis. Le **Sirturo**, premier représentant d'une nouvelle classe de médicament, agit en neutralisant une enzyme, dont le bacille *Mycobacterium tuberculosis*, encore appelé bacille de Koch (BK), se sert pour se multiplier et se propager dans l'organisme.

« LE CHU PUNIRA SES EMPLOYÉS AUX MAINS MALPROPRES !!! »

Dans la rubrique, « Pratique de l'hygiène chez nos voisins », il faut prendre en compte une approche « particulière » de la pédagogie sur l'hygiène des mains au Québec.



QUÉBEC - Le CHU de Québec prend les grands moyens afin de contrer les infections transmises en milieu hospitalier par une nouvelle politique d'hygiène des mains qui prévoit des sanctions pouvant aller jusqu'au congédiement pour les employés récalcitrants.

«C'est une politique assez novatrice qui s'assortit de mesures disciplinaires. On veut que le lavage ou la désinfection des mains avec une mousse alcoolisée devienne une obligation, au même titre que la confidentialité, pour tous nos employés chaque fois qu'ils sont en contact avec un patient», confirme la porte-parole du CHU de Québec.

Des études montrent qu'une hygiène adéquate des mains peut réduire de manière significative les infections nosocomiales, comme le *C difficile* et le SARM, dans les hôpitaux.

Selon l'Association des victimes d'infections nosocomiales, l'an dernier, dans un gros centre hospitalier montréalais, à peine un médecin ou infirmière sur quatre se lavait les mains. La situation serait pire encore en CHSLD.

Bénévoles et visiteurs

La nouvelle politique du CHU de Québec touche aussi bien le personnel soignant que les professionnels qui travaillent auprès des patients hospitalisés, comme les ergothérapeutes par exemple. Tous les travailleurs bénévoles, les visiteurs et le personnel affecté à l'entretien des chambres sont également assujettis à cette politique.

Elle s'applique aussi aux 1700 médecins, pharmaciens et dentistes du CHU de Québec, qui devront se désinfecter les mains avant d'entrer dans la chambre d'un malade. Les médecins délinquants s'exposent à des mesures disciplinaires pouvant aller jusqu'au retrait de leurs privilèges de pratique, selon Mme Dupuis.

Faible taux d'observance

En ce qui concerne les employés du CHU, les mesures prévues vont de l'avertissement verbal, puis écrit, à la suspension, voire au congédiement.

«Selon les départements, le taux d'observance de l'hygiène des mains varie de 15% à 60%, au CHU. On vise un taux de 100%. La politique est nouvellement en vigueur. Nous sommes à élaborer un plan de communication et de l'affichage à l'intention de tout le personnel», rapporte la porte-parole du CHU de Québec.

Pour en savoir plus :

<http://www.journaldequebec.com/2014/03/04/le-chupunira-ses-employes-aux-mains-malpropres>

Publications du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ)

<http://www.inspq.qc.ca/infectionsnosocomiales/publications-du-cinq>

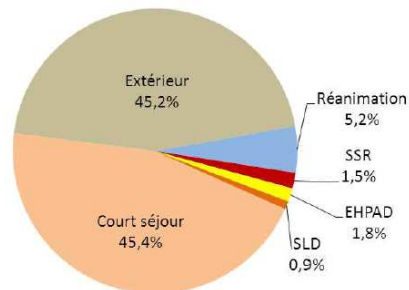
SURVEILLANCE DES INFECTIONS NOSOCOMIALE EN RÉANIMATION ADULTE POUR L'INTER RÉGION EST EN 2013

Participation	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Nombre de services	14	25	23	25	26	30	31	38

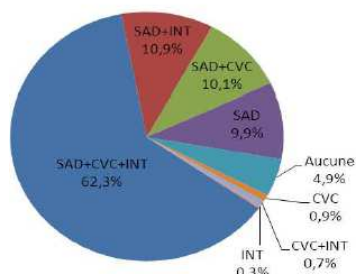
➤ Répartition selon la région

Régions	n	%
Lorraine	12	31,6
Alsace	9	23,7
Champagne-Ardenne	8	21,0
Franche-Comté	5	13,2
Bourgogne	4	10,5
TOTAL	38	100,0

Provenance du patient



Répartition des patients selon l'exposition aux dispositifs invasifs



- SAD = Sondage à demeure
- INT = Intubation
- CVC = Cathéter

Infections surveillées	Effectifs	%
Taux d'incidence cumulée spécifique pour 100 patients exposés		
Pneumopathie	495	9,8/100 patients intubés
Dont pneumopathie certaine	440	8,7/100 patients intubés
Colonisation de cathéters	203	5,2/100 patients avec cathéter
Dont ILC/BLC	31	0,8/100 patients avec cathéter
Dont ILC	57	1,1/100 patients avec cathéter
Dont BLC	28	0,8/100 patients avec cathéter
Bactériémie	242	3,6/100 patients surveillés
Densité d'incidence spécifique pour 1000 jours d'exposition		
Pneumopathie	542	13,6/1000 jours d'intubation
Dont pneumopathie certaine	476	12,2/1000 jours d'intubation
Colonisation de cathéters	203	4,2/1000 jours avec cathéter
Dont ILC/BLC	57	0,9/1000 jours avec cathéter
Dont ILC	31	0,5/1000 jours avec cathéter
Dont BLC	28	0,4/1000 jours avec cathéter
Colonisation de CVC	213	4,0/1000 jours avec CVC
Dont ILC/BLC	46	0,9/1000 jours avec CVC
Dont ILC	24	0,4/1000 jours avec CVC
Dont BLC	23	0,4/1000 jours avec CVC
Colonisation de cathéters d'hémodialyse	50	5,2/1000 jours avec cathéter d'hémodialyse
Dont ILC/BLC	11	1,1/1000 jours avec cathéter d'hémodialyse
Dont ILC	7	0,7/1000 jours avec cathéter d'hémodialyse
Dont BLC	4	0,4/1000 jours avec cathéter d'hémodialyse
Bactériémie	242	3,3/1000 jours de séjour

Résistance à la méticilline parmi <i>Staphylococcus aureus</i>	12,2 %	21/172
Résistance à l'ampicilline parmi les souches d' <i>Enterococcus faecalis et faecium</i>	31,5 %	23/73
Résistance aux C3G parmi les <i>Entérobactéries</i> :		
- CTX-R non BLSE	16,2 %	77/474
- CTX-R BLSE+	23,2 %	110/474
Résistance à la ceftazidime parmi :		
<i>Acinetobacter baumannii</i>	30,0 %	3/10
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	21,3 %	38/178

Pour en savoir plus :

- Rapport sur la surveillance des Infections Nosocomiale en Réanimation Adulte pour l'Inter région Est en 2013

<http://www.cclin-est.org/UserFiles/File/Surveillance/REA/Rapport%20REA%20RAISIN%20CCLIN%20EST%202013vf.pdf>

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

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