

ACTUALITÉS DU CCLIN EST ET DE SES 5 ANTENNES RÉGIONALES



Mai 2014

« ENSEMBLE NOUS SERONS PLUS FORTS »



La SF2H comme toutes sociétés savantes est un groupe "dont les membres rendent compte de leurs travaux et recherches scientifiques ou érudites ou en discutent" (Dictionnaire Larousse, 1970). Ce sont des "organisations fondées pour un travail commun ou une action commune" (Dictionnaire Robert, 1985) qui consiste à développer le champ disciplinaire dont relèvent les membres par l'organisation de rencontres, de publications, d'interventions diverses, etc.

Derrière ces définitions un peu formalistes, il est nécessaire de rappeler à l'ensemble des hygiénistes de notre inter-région que la SF2H contribue au progrès des connaissances dans le domaine de la prévention du risque infectieux et de l'hygiène par le développement d'activités dans le domaine de l'amélioration des pratiques des professionnels mais aussi de la recherche et dans celui de l'enseignement,

Que serions-nous, hygiénistes de terrain sans cette représentation « intellectuelle » mais surtout pratique, de nos activités variées et si riches, par la SF2H ? Car n'oublions pas que l'hygiène n'est pas une discipline médicale mais un état d'esprit et qu'en conséquence le poids de l'hygiéniste est parfois léger, léger, léger dans nos établissements de santé et médico-sociaux. Nous avons donc besoin d'une représentation nationale forte auprès de nos collègues mais aussi des instances pour que la voix des hygiénistes ne se perde pas dans le brouhaha hospitalo-administratif à cette époque si difficile où l'hygiène n'est pas ou plus une priorité. Nous avons donc besoin du support de la SF2H pour la réflexion, l'écriture et la promotion des bonnes pratiques d'hygiène que vous utilisez au quotidien.

Quelle société savante peut se vanter de réunir para-médicaux, médecins, pharmaciens et tant d'autres apportant une richesse inégalée de notre organisation ?

C'est pour que notre société puisse continuer à vous apporter des réponses à vos interrogations de chaque jour que vous devez apporter votre soutien.

Si vous n'êtes pas adhérent à la SF2H, vous pouvez rejoindre cette « communauté » de professionnels au service de la prévention du risque infectieux et donc du patient ou du résident pour une cotisation annuelle de 30 euros : <http://regISTRATION.NET-RESA.COM/SITE/625>



XXV^e CONGRÈS SF2H

Dans le cadre de votre formation DPC ou non, venez participer au congrès national de la SF2H à Marseille les 4, 5 et 6 juin prochain :

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

Dans ce numéro :

SF2H	1
A l'agenda	2
ATB-résistance et OMS	3
Soignants et vaccinations	4
EPC au retour voyage	5
Mission mains propres	6
Infections prothèses	7
BMR RAISIN dans l'Est	8

Chaque bulletin contient des points de :

- Formations
- Surveillances
- Signalements
- Réglementation

"Engageons nous, pour promouvoir nos valeurs et notre profession".

MAI 2014

Calendrier des événements

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

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

Les inscriptions se font en ligne sur le site du CCLIN Est à la rubrique surveillance. Vous trouverez également tous les outils nécessaires à la réalisation de ces surveillances (et 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	

Rapport national ATB RAISIN : résultats 2012 en ligne <http://cclin-est.fr/spip.php?article47>

mais aussi avec des données complémentaires :

<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2014/Surveillance-de-la-consommation-des-antibiotiques-Reseau-ATB-Raisin-Resultats-2012>

Rapport inter-régional BMR RAISIN : résultats 2013 en ligne sur notre site à l'adresse suivante

<http://cclin-est.fr/spip.php?article44> (voir article spécifique en page 8)

Audit et enquête facultatifs toujours mis à disposition des établissements :

Audit proposé : **Précautions Complémentaires** (<http://cclin-est.fr/spip.php?rubrique285>)

Enquête proposée : **enquête de prévalence** (<http://cclin-est.fr/spip.php?article251>)

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 » - **accéder à toutes les communications** : <http://www.cclin-est.org/spip.php?rubrique25>

XXV^{ème} 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 programme définitif et bulletin d'inscription : <http://arlin-lorraine.chu-nancy.fr/congres-manifestations/journees-regionales-d-hygiene/2014-22emes-j-r-h/>

ACHEMINEMENT DU MONDE VERS "L'ÈRE POST-ANTIBIOTIQUES" SELON L'OMS

« Nos capacités de traitement des infections bactériennes sont en train de diminuer. C'est un phénomène global qui fait que chacun d'entre nous peut être concerné. » selon l'Organisation mondiale de la santé qui se veut alarmiste à l'occasion de cette conférence de presse organisée pour la remise du **premier rapport mondial sur la résistance aux antibiotiques**. L'OMS a estimé que la menace que représentent les souches de bactéries multirésistantes n'est plus une prévision, mais bien une réalité dans chaque région du monde, et que tout un chacun, quel que soit et son pays, peut être touché.

« À moins que les nombreux acteurs concernés agissent d'urgence, de manière coordonnée, le monde s'achemine vers une ère postantibiotique ».

Le rapport dresse une photographie de l'état des résistances de sept bactéries ou familles de bactéries : *Mycobacterium tuberculosis*, *Klebsiella pneumoniae*, le Staphylocoque doré, *Streptococcus pneumoniae*, les Salmonella non typhiques, le gonocoque ainsi que plusieurs espèces de Shigella. Pour chacune d'entre elles, l'OMS s'est interrogée sur la présence dans chaque pays de résistance à des antibiotiques comme les céphalosporines de 3e génération, les fluoroquinolones ou les carbapénèmes. En tout, ce sont neuf combinaisons antibiotiques-bactéries qui ont été considérées.

Sur les 194 pays sollicités par l'OMS pour la constitution de son rapport, 114 étaient en mesure de fournir des données sur l'existence de résistances pour au moins une de ces combinaisons, et seulement 22 pays ont pu renseigner l'OMS sur toutes les combinaisons demandées. En outre beaucoup de pays basaient leurs informations sur un petit nombre de bactéries isolées et testées, ajoutant encore de l'incertitude aux conclusions

de l'OMS qui regrette l'absence de consensus international sur la méthodologie et la collecte de données sur les résistances bactériennes. Dans la plupart des pays, cette surveillance s'appuie seulement sur des prélèvements réalisés sur des patients souffrant d'infections sévères, la plupart du temps nosocomiales, et chez qui un traitement de première ligne a échoué. Selon l'OMS ces lacunes dans la surveillance provoquent une sous-représentation des infections communautaires, et ont gêné la réalisation de ce rapport.

On retrouve des *Escherichia coli* résistantes aux céphalosporines de troisième génération dans 86 pays répartis et résistantes aux fluoroquinolones dans 92 pays. De même, des souches de Staphylocoques dorés multirésistantes étaient signalées dans 85 pays. En ce qui concerne *Streptococcus pneumoniae*, seulement 67 pays étaient en mesure de fournir des informations sur les éventuelles résistances de cette bactérie dont les infections sont principalement communautaires. L'OMS note cependant que des souches résistantes à la pénicilline étaient repérées dans tous les continents.

Selon l'OMS, la résistance au traitement de dernier recours contre les infections par *Klebsiella pneumoniae* -les carbapénèmes- s'est propagée dans toutes les régions du monde. Dans certains pays, du fait de la résistance, les carbapénèmes sont inefficaces chez plus de la moitié des patients traités pour des infections à *K. pneumoniae*, pointe l'OMS. En France, 25% des patients sont résistants, contre 12% en Allemagne et 76% en Grèce, note-t-on. Or, la résistance aux carbapénèmes augmente significativement le risque de mortalité à 30 jours, précise l'OMS sur la base d'une revue systématique évaluant le poids sanitaire des résistances aux antibiotiques

Les responsables de l'OMS ont rappelé l'importance de l'éducation de la population et de l'utilisation raisonnée des antibiotiques. Ils ont également estimé qu'il fallait développer une réflexion autour du passage des antibiotiques de l'état de « biens commerciaux » à celui de « biens publics » dont les risques et les coûts liés au développement seraient assumés conjointement par les pouvoirs publics et les compagnies pharmaceutiques.

Pour en savoir plus :

OMS, Résistance aux antimicrobiens : rapport mondial sur la surveillance (256 pages)

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112642/1/9789241564748_eng.pdf?ua=1



SOIGNANTS ET VACCINATION : « JE T'AIME, MOI NON PLUS »

Pour se faire vacciner, les soignants sont plus influencés par l'impact de la vaccination sur leur propre santé que sur celle des patients, selon une revue systématique de données internationales publiée dans *Infection Control and Hospital Epidemiology*.

Les raisons qui conduisent les professionnels de santé à refuser la vaccination sont certainement nombreuses, complexes et intriquées, mais la nécessité d'augmenter la couverture vaccinale nécessite de les comprendre. Les études antérieures étaient largement centrées sur la vaccination antigrippale. Afin de comprendre plus globalement les facteurs qui influencent la décision des soignants, une revue systématique de la littérature publiée sur ce sujet a été réalisée jusqu'en mai 2012.

Sur 116 études, les auteurs ont sélectionné 37 articles parus entre 1987 et 2012 qui portaient sur des vaccinations variées: grippe, coqueluche, anthrax, hépatite B et variole. Parmi ces travaux, neuf s'appuyaient sur des données européennes et 20 sur des données nord-américaines. Selon la méta-analyse de ces 37 études, les trois facteurs qui faisaient significativement varier le niveau d'adhésion à la vaccination des professionnels de santé étaient :

- le désir de se protéger soi-même,
- de protéger sa famille et ses amis
- ou à l'inverse la peur que le vaccin induise la maladie qu'il est censé prévenir.

Le désir de se protéger soi-même et sa famille était le facteur qui influençait le plus l'adhésion à la vaccination : il multipliait par 3,4 les chances d'adhésion, juste après le souhait de protéger sa famille et ses amis qui faisait progresser l'acceptation de la vaccination de plus de 300%. Au contraire, lorsque les professionnels de santé participant aux études pensaient que le vaccin pouvait induire la maladie qu'il ciblait, l'adhésion chutait de plus de moitié. Le désir de protéger les patients pouvait également améliorer le niveau d'adhésion à la vaccination. Toutefois, les auteurs notent une hétérogénéité significative entre les études. Le fait d'être infirmier réduisait significativement les chances d'accepter la vaccination. Ces données pourraient être utiles pour conduire des programmes de vaccination auprès des professionnels de santé.

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

Infection Control and Hospital Epidemiology, juin 2014, vol. 35, n°6



CALENDRIER VACCINAL 2014

La vaccination contre les infections invasives à méningocoque de sérogroupe B fait l'objet de recommandations spécifiques pour les personnes à risque élevé de contracter une infection invasive à méningocoque et dans des circonstances bien précises. Cette vaccination n'est pas actuellement recommandée en population générale.

Par ailleurs, le calendrier des vaccinations 2014 modifie des recommandations existantes :

- la vaccination contre **les infections à papillomavirus humains** est modifiée avec un schéma à 2 doses au lieu de 3 doses pour les jeunes filles de 11 à 14 ans. Un schéma à 3 doses est recommandé pour les jeunes filles de 15 à 19 ans révolus.
 - la stratégie du cocooning contre **la coqueluche** est renforcée pour les adultes en contact avec des nourrissons âgés de moins de 6 mois et pour les professionnels de santé et de la petite enfance.
 - des précisions sont apportées sur les conditions de vaccination contre **la rougeole** des enfants âgés de 6 à 11 mois exposés à un cas de rougeole, ainsi que contre les oreillons en situation de cas groupés d'oreillons en collectivité.
 - un nouveau schéma vaccinal accéléré contre **l'hépatite B** peut être proposé dans certaines conditions de recherche d'immunisation rapide, par exemple dans un contexte de voyage imprévu dans des pays de forte endémie.
 - les recommandations de prises en charge des plaies en fonction du type de blessure sont actualisées pour la **prévention du tétanos**.
- Enfin, le calendrier intègre les recommandations vaccinales spécifiques pour **les personnes immunodéprimées ou aspléniques**, leur entourage proche et les professionnels de santé à leur contact. Ces recommandations marquent un progrès essentiel dans la prise en charge de ces malades particulièrement fragilisés.

Pour en savoir plus : document de 55 pages <http://www.sante.gouv.fr/calendrier-vaccinal.html>

http://stats.email-infos.com/m/P2jXNvT7wNM6kVRGiUZTn_2f2cw79HVJ3YM_2b001X_2fg_2fbYJ8n4YBnFIPJOsRIO6is2/i.htm

RISQUE DE PORTAGE D'ENTÉROBACTÉRIES PRODUCTRICES DE CARBAPÉNÉMASES AU RETOUR D'INDE, MÊME CHEZ LES VOYAGEURS SAINS

Les voyageurs de retour d'Inde risquent d'être contaminés par des entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC), même s'ils ne sont pas malades et qu'ils ne l'ont pas été lors de leur séjour, selon une étude française publiée dans Eurosurveillance, la revue de l'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Les participants de l'étude française VOYAG-R, qui prévoient un séjour dans une région intertropicale de trois jours à trois mois, ont été recrutés dans six centres de vaccination du voyageur de la région parisienne entre février 2012 et mars 2013. Au total 574 personnes qui s'étaient rendues en Amérique, en Afrique, au Moyen-Orient et dans le Sud-Est de l'Asie ont été incluses. Parmi elles, 57 avaient voyagé en Inde. L'identification d'entérobactéries multi-résistantes (MRE) avant le départ était un critère d'exclusion. A leur retour, les participants devaient

rapporter l'occurrence des troubles digestifs, la prise d'antibiotiques et tout contact avec le système de soins au cours du voyage. En cas d'échantillons positifs aux MRE, les selles des voyageurs étaient soumises à quatre analyses bactériologiques échelonnées sur 12 mois.

Dans cette étude, des EPC ont été identifiés uniquement chez les voyageurs qui revenaient d'Inde.

Parmi les 57 voyageurs qui revenaient d'Inde, trois étaient porteurs d'une EPC. Sur ces trois cas, deux n'ont pas du tout été malades et un a rapporté quelques troubles digestifs pendant le voyage. Aucun n'a eu recours au système de soins sur place ni pris d'antibiotiques.

L'acquisition d'entérobactéries multi-résistantes est un phénomène aujourd'hui documenté dont l'ampleur varie entre 14% et 30%.

Néanmoins, c'est la première fois que le portage de EPC est mis en évidence chez des personnes non malades, qui ne déclarent aucun contact avec les structures de soins au cours de leur séjour. Ce constat est inquiétant parce qu'il reflète le développement du réservoir communautaire de EPC, au moins en Inde. Un point est néanmoins rassurant, selon les auteurs: la durée du portage était de moins d'un mois. L'équipe rappelle que les recommandations visant à limiter l'introduction des EPC en France concernent les voyageurs rapatriés ou hospitalisés pendant leur séjour. Leur étude montre que le risque de portage de EPC concerne également les voyageurs sains.

Le nombre d'épisodes d'EPC reste limité en France mais progresse très nettement depuis 2010,

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

Acquisition of carbapenemase-producing *Enterobacteriaceae* by healthy travellers to India, France, February 2012 to March 2013, Euro Surveill. 2014 Apr 10;19(14).

A LIRE - A VOIR - A FAIRE

- **ICSHA — CCLin 2014** : Clip conçu pour la journée du 5 mai au nom du réseau Cclin-Arlin disponible en version française et anglaise :

<https://www.youtube.com/watch?v=zbnr2fJ9Tdg>

<https://www.youtube.com/watch?v=Uw9SKbACiJg>

Pour télécharger :

http://www.cclin-arlin.fr/Campagnes/Hygiene_Mains/hygienedesmains.html

- **FORMATIONS** organisées par l'EHESP :

Surveillance et veille sanitaire en région : principes et priorités : 2 jours, du 24 au 25 juin 2014 à Paris –

<http://formation-continue.ehesp.fr/formation/surveillance-et-veille-sanitaire-en-region-principes-et-priorites/>

Prévention de la légionellose : 2,5 jours, du 18 au 20 novembre 2014 à Rennes

http://formation-continue.ehesp.fr/formation/prevention-de-la-legionellose/?utm_source=http%3A%2F%2Fformation-continue.ehesp.fr%2Fformation%2Fprevention-de-la-legionellose%2F&utm_medium=emailing_Veillesanitaire30%2F04&utm_campaign=Veille_sanitaire

Les maladies à transmission vectorielle en France métropolitaine (nouveau intra établissement) : 3 à 5 jours sur demande dans votre établissement ou votre région

<http://formation-continue.ehesp.fr/formation/les-maladies-a-transmission-vectorielle-en-france-metropolitaine/>

- **Conduite à tenir autour des cas suspects de fièvre hémorragique à virus EBOLA**

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=414>

MISSION MAINS PROPRES 2014 : LES RÉSULTATS



A l'occasion de l'édition 2014 de la journée « mission mains propres » du 5 mai 2014 dans le cadre de la journée mondiale sur l'hygiène des mains, un appel à projets « affiche » et « vidéo » a été réalisé.

Sur le terrain, de nombreux acteurs de santé, patients et usagers font preuve de créativité pour mener des actions d'information et de sensibilisation ciblées sur l'hygiène des mains. En 2014, la DGOS a souhaité mettre en lumière ces actions par le biais de 2 appels à projets, l'un vidéo et l'autre éditorial.

Précédée d'une table ronde consacrée aux enjeux liés à l'hygiène des mains et à la sécurité des soins, une cérémonie de remise de prix organisée au ministère le 29 avril a permis de remettre leurs trophées aux 5 lauréats de l'appel à projets vidéo et aux 7 lauréats de l'appel à projets éditorial. Ce fut une très belle soirée.



Dans l'inter-région Est, deux équipes ont été récompensées :

- dans la rubrique vidéo : **le CH d'Haguenau** pour le film « **Professionnels, patients, visiteurs : ensemble contre les infections nosocomiales !** »
- Dans la rubrique Poster : **Hôpital de Ribeauvillé**
L'établissement propose une affiche intitulée « **avançons main dans la main** » qui sensibilise les patients, les résidents, le personnel et les visiteurs à une bonne hygiène des mains quel que soit leur âge et leur culture.

Félicitations à ces deux établissements Alsaciens et rendez-vous en 2015.

Pour en savoir plus :

Toutes les vidéos et affiches des lauréats sont en ligne. Allez les visionner car elles sont d'une remarquable qualité.

<http://www.sante.gouv.fr/la-ceremonie-de-remise-des-prix.html>

AUDIT A DISPOSITION

En complément de l'audit « Précautions complémentaires » du GREPHH, à noter la mise à disposition de 2 audits, clés en mains, concernant la **gestion des excréta pour les établissements de santé et médico-sociaux**. Il s'agit :

- d'un audit « change au lit d'un patient dépendant »
- d'une enquête « un jour donné » sur les équipements destinés à l'élimination des excréta

Les 2 évaluations sont indépendantes mais complémentaires. Ces documents sont disponibles sur le site du CCLin Paris Nord, onglet « région Nord Pas de Calais » :

http://www.cclinparisnord.org/REGION/ARLINnpc_actu.htm

PRISE EN CHARGE DES INFECTIONS SUR PROTHÈSE : RECOMMANDATIONS DE LA HAS

La Haute Autorité de santé (HAS) publie des recommandations pour une meilleure prise en charge des infections sur prothèse de hanche ou de genou. Complication rare, elle touche 2 500 patients chaque année alors que, pour l'année 2012 par exemple, 220 934 prothèses de hanche et de genou ont été posées.

Lorsqu'elle survient dans le premier mois suivant l'intervention, c'est une urgence médico-chirurgicale qui nécessite une stratégie de diagnostic et de prise en charge optimale de différents professionnels, afin d'éviter aux patients une hospitalisation prolongée (plusieurs semaines), des séquelles ou la chronicité de l'infection.

L'élément clé est le repérage *entraînant* le caractère urgent de la prise en charge. Le diagnostic clinique peut être évident en cas d'écoulement purulent ou d'abcès. En cas de signes cliniques évocateurs ou de doute, la ponction articulaire en conditions optimales d'asepsie et d'acheminement des échantillons est essentielle, notamment pour le diagnostic microbiologique.

La HAS recommande que l'équipe qui a posé la prothèse soit celle qui prend de nouveau en charge le patient pour la complication. Celle-ci doit comprendre au moins un chirurgien orthopédiste, un médecin infectiologue et un microbiologiste. Elle peut, si nécessaire, solliciter un centre spécialisé (CRIOA ou centres de référence des infections ostéoarticulaires).

Le traitement chirurgical repose sur la synovectomie par arthrotomie reprenant au minimum la voie d'abord initiale et emportant tous les tissus macroscopiquement infectés. Ce traitement s'accompagne de prélèvements microbiologiques multiples préalablement définis. Le traitement peut nécessiter le changement de l'implant en un temps. L'antibiothérapie est du ressort d'un infectiologue du fait des particularités pharmacocinétiques et pharmacodynamiques des antibiotiques en jeu (pénétration osseuse des antibiotiques, relais per os, pathogènes responsables...).

La Haute Autorité recommande au patient lui-même ainsi que son entourage d'être vigilants. Pour un meilleur repérage de l'infection dans le mois suivant l'implantation, il doit être informé des principaux signes d'alerte : problèmes de cicatrisation (inflammation locale, tout écoulement même non purulent...), réapparition ou aggravation de la douleur locale après l'opération, dégradation des fonctions du membre concerné, épanchement douloureux du genou, fièvre. Un document d'information à destination des patients est en préparation.

Pour en savoir plus : document de 24 pages

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1228574/fr/prothese-de-hanche-ou-de-genou-diagnostic-et-prise-en-charge-de-l-infection-dans-le-mois-suivant-limplantation

NOS CUISINES : RÉSERVOIRS DE BMR?



La multiplication des bactéries résistantes inquiète les professionnels de santé, qui affirment disposer de moins en moins d'antibiotiques pour lutter contre ces micro-organismes. Or, nos cuisines en contiendraient des traces non négligeables, révèle une étude conduite dans plusieurs pays, publiée dans la revue *Infection Control and Hospital Epidemiology*.

Pendant 16 mois, une équipe du CHU de Bâle (Suisse) a analysé des planches à découper utilisées quotidiennement dans la cuisine de l'hôpital, ainsi que dans des maisons particulières en Suisse, France et Allemagne. Sur les 154 planches provenant du CHU, 10 présentaient des traces d'une bactérie résistante, *E. coli* BLSE, (6,5%), véhiculée par la volaille. [...] Dans les maisons, le ratio de planches contaminées par *E. coli* était de 5 pour 144 (3,5%).

Il faut rappeler que manipuler de la viande crue requiert des mesures d'hygiène strictes au quotidien, comme de se laver systématiquement les mains après avoir coupé de la viande crue. Le couteau souillé ne doit pas servir pour d'autres aliments, car il pourrait leur transmettre les germes de la viande. Les planches à découper doivent être systématiquement nettoyées avec de l'eau chaude et du liquide vaisselle. [...] La volaille peut toutefois être consommée sans crainte si elle est bien cuite, car les hautes températures détruisent les bactéries.

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

Extended-Spectrum β -Lactamase (ESBL)-Producing Enterobacteriaceae: A Threat from the Kitchen, Sarah Tschudin-Sutter and coll, *Infection Control and Hospital Epidemiol.* Vol. 35, No. 5, May 2014

SURVEILLANCE DES BMR POUR L'INTER RÉGION EST EN 2013

Tableau 1 : répartition des établissements, des lits d'hospitalisation des admissions et des journées d'hospitalisation en fonction du type de l'établissement

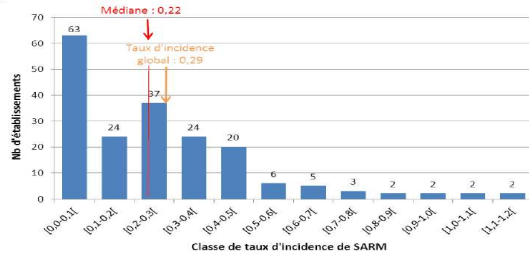
Type de l'établissement	N	Lits	AD ¹	JH ²
CHU/CHR	6	9 535	93 197	697 231
Centre hospitalier public (CH) et Hôpital local (LOC)	86	19 817	178 807	1 476 431
Etablissement de soins MCO privé (MCO)	53	8 616	94 130	547 370
Etablissement de suite et de réadaptation (SSR)	33	2 596	5 907	205 435
Etablissement de soins de longue durée (SLD)	7	743	256	61 915
Hôpital militaire (ML)	1	224	2 794	10 185
Centre de lutte contre le cancer (CAC)	4	500	5 384	25 269
Total	190	42031	380 475	3 023 836

¹AD : admissions ²JH : journées d'hospitalisation

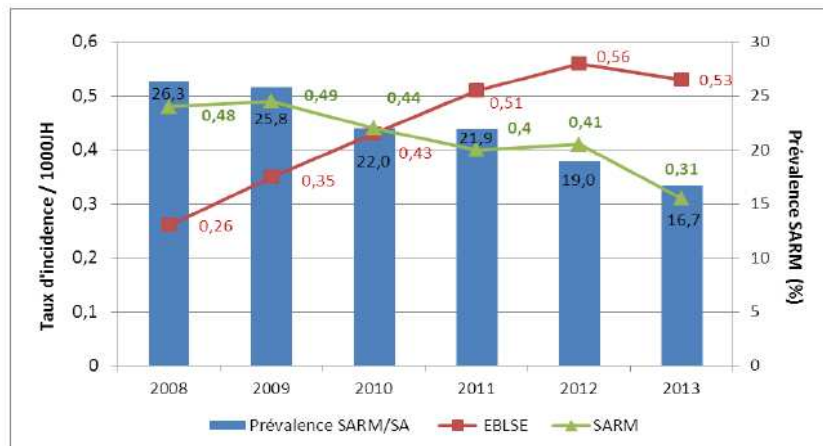
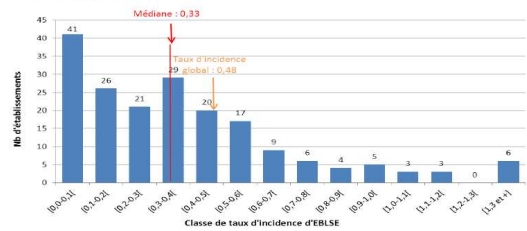
Pendant la période d'étude, 2 336 BMR ont été isolées : 881 SARM, 1 455 EBLSE.

Dix-huit établissements n'ont pas isolé de BMR : 8 « centres hospitaliers ou hôpitaux locaux », 1 établissements de soins MCO privés et 9 établissements de soins de suite et de réadaptation.

La densité d'incidence globale des SARM était de 0,29/1000JH et variait de 0 à 1,18 avec une médiane à 0,22 (figure 2).



La densité d'incidence globale des EBLSE était de 0,48/1000 JH avec des extrêmes variant de 0 à 1,87 et une médiane à 0,33 (figure 3).



Pour en savoir plus :

- Rapport sur la surveillance des Bactéries multi-résistantes pour l'Inter région Est en 2013

<http://cclin-est.fr/spip.php?article44>

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/>