

ACTUALITÉS DU CCLIN EST ET DE SES 5 ANTENNES RÉGIONALES



Septembre 2014

POING COGNÉ CONTRE MAIN SERRÉE : MODERNES CONTRE ANCIENS?

Plusieurs articles scientifiques récents ont conseillé d'abandonner la poignée de main, source de contamination bactérienne, au profit d'autres saluts moins usuels, comme le « check ».

Barack Obama, tout président qu'il est, est un adepte du « fist bump », que l'on pourrait traduire par un « poing cogné ». Cela consiste, comme son nom l'indique, à saluer son interlocuteur par un contact entre poings serrés, au niveau de la jointure des doigts. Plutôt prisé des jeunes, qui l'appellent également « check », il suscite l'attention des hygiénistes pour d'autres raisons que celles du Président Obama.



En moins d'un an, plusieurs publications ont plaidé pour l'adoption de cette forme de salutation en milieu hospitalier, au motif qu'elle réduirait sensiblement la transmission des germes par rapport à la traditionnelle poignée de mains. La toute dernière, rédigée par une équipe de l'université Aberystwyth (Grande-Bretagne), fait le comparatif de la contamination bactérienne associée au salut poing cogné, main serrée ou main frappée, façon top là (ou high five en anglais).

Pour cela, les expérimentateurs se sont salués à de multiples reprises équipés de gants stériles, qui avaient été au préalable, trempés dans un bain d'*Escherichia coli*. Il en ressort que le facteur principal de contamination est la surface de peau en contact.

Le « fist bump » divise par dix la transmission bactérienne par rapport à une poignée de mains. Le « high five » comporte un risque intermédiaire. La durée de contact joue aussi, de même que l'intensité : une poignée de main ferme double ainsi la quantité de germes transmis par rapport à

un geste plus modéré.

David Whitworth, qui, de son propre aveu, maîtrise moins bien le « fist bump » que Barack Obama, restreint sa recommandation de substituer ce geste à la poignée de mains au milieu hospitalier. Et encore, « les services où les risques sont faibles peuvent être exemptés », spécifie-t-il. Il n'est en revanche pas nécessaire d'étendre la consigne au quotidien, puisque nous sommes constamment exposés à des bactéries, sans que cela n'ait d'incidence sur notre santé. Mais en temps d'épidémie de grippe, ne plus se serrer la main peut toutefois être utile.

La question se pose encore plus en milieux de soins où prédomine le risque de portage de bactéries résistantes aux antibiotiques sur les mains des professionnels. Faudra-t-il interdire aux médecins de serrer la main de leurs patients ? Il paraît plutôt nécessaire de se concentrer sur la seule mesure efficace pour réduire les risques de transmission manuportée : se laver les mains ou mieux se frictionner les mains avec un produit hydro-alcoolique après chaque soin. En plus des professionnels de santé, les familles et les visiteurs doivent eux aussi contribuer à cette prévention en se frictionnant les mains.

Alors l'avenir c'est quoi : « fist bump » ou mains serrées ?

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

The fist bump: A more hygienic alternative to the handshake. Mela S, Whitworth DE. Am J Infect Control. 2014 Aug;42(8):916-7.

Reducing pathogen transmission in a hospital setting. Handshake versus fist bump : a pilot study. P.A. Ghareeb, T. Bourlai, W. Dutton, W.T. McClellan. Journal of Hospital Infection, Volume 85, Issue 4, December 2013, Pages 321–323

Dans ce numéro :

« Fist bump »	1
A l'agenda	2
Bundle contre ISO	3
GREPHH endoscopie	4
Gants chez prématurés	5
Creutzfeldt-Jakob	6
Ebola : actualités	7
Sécurité des patients	8

Chaque bulletin contient des points de :

- Formations
- Surveillances
- Signalements
- Réglementation

SEPTEMBRE 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	REIMS 25	26	27	28	29	30

Surveillance ISO RAISIN 2014 : la date limite de saisie des données est le **01/11/2014** au lieu du 30/09/2014

Surveillance ISO RAISIN 2014 : transcodage CCAM-RAISIN <http://cclin-est.fr/spip.php?rubrique113>

Surveillance REA RAISIN 2014 : la date limite de saisie des données (1er semestre) est le **01/10/2014**

Rapport CCLin Est ATB RAISIN 2013 : les résultats seront accessibles dans quelques jours
<http://www.cclin-est.org/spip.php?article47>

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

Xème Conférence Internationale de la Fédération Européenne des Enseignants En Soins Infirmiers. Nancy du 24 au 26 septembre 2014 "La formation et l'exercice infirmier quel avenir?" Programme et bulletin d'inscription
<http://www.fine-europe.eu/>

Journée ARLIN Champagne-Ardenne : Reims le 25 septembre 2014 « Hygiène et prévention du risque infectieux en EHPAD » - Programme et bulletin d'inscription <http://www.cclin-est.org/spip.php?article160>

Partenariat Aspec/SF2H : Paris le 09 octobre 2014 « Maîtrise du risque aéroporté dans les blocs et secteurs opératoires des établissements de santé » Programme et bulletin d'inscription :
http://www.aspec.fr/formations/inter-entreprises/2014/partenariat_aspec_sf2h_maitrise_du_risque_aeroporte_dans_les_blocs_et_secteurs_operatoires_des_etablissements_de_sante

Journée CCLin Est/ARLIN : Nancy le 06 novembre 2014 sur « La gestion des risques pour les décideurs des Etablissements Médico-Sociaux ou EMS » - programme et bulletin d'inscription à venir

Colloque Direction générale de la santé (DGS) et Direction générale de l'alimentation (DGAI), Paris mercredi 12 novembre 2014 « L'antibiorésistance chez l'homme et chez l'animal ». Les modalités d'inscription vous parviendront prochainement. Lieu : Amphithéâtre Laroque - Ministère des Affaires sociales et de la santé - 14, Avenue Duquesne 75007 Paris

3ème Journée d'actualité sur les maladies à prions : Paris le 18 décembre 2014 de 9h30 à 17h30, Auditorium de l'I.C.M. (Institut du Cerveau et de la Moelle épinière), Cellule Nationale de Référence des Maladies de Creutzfeldt Jakob Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, 83 Blv de l'hôpital, 75013 Paris

PRÉVENIR LES INFECTIONS DU SITE OPÉRATOIRE EN CHIRURGIE COLORECTALE : « BUNDLE » DE MESURE COÛT-EFFICACE

Le risque d'infection du site opératoire est compris entre 15% et 30% et constitue le principal effet secondaire de la chirurgie colorectale aux Etats-Unis. Les études évaluant les actions de lutte contre ces infections nosocomiales suggèrent que les mesures isolées ont peu d'impact. Par ailleurs, les résultats portant sur des séries de mesures ou « bundle » sont très variables et les économies potentielles mal connues.

Cette étude a évalué l'impact d'un programme multidisciplinaire de lutte contre les infections nosocomiales en menant une étude rétrospective centrée sur les chirurgies colorectales laparoscopiques et classiques réalisées entre janvier 2008 et décembre 2012.

Les auteurs ont comparé l'incidence des infections et le coût de la prise en charge de la chirurgie avant et après la mise en place de cette série de mesures en juillet 2011.

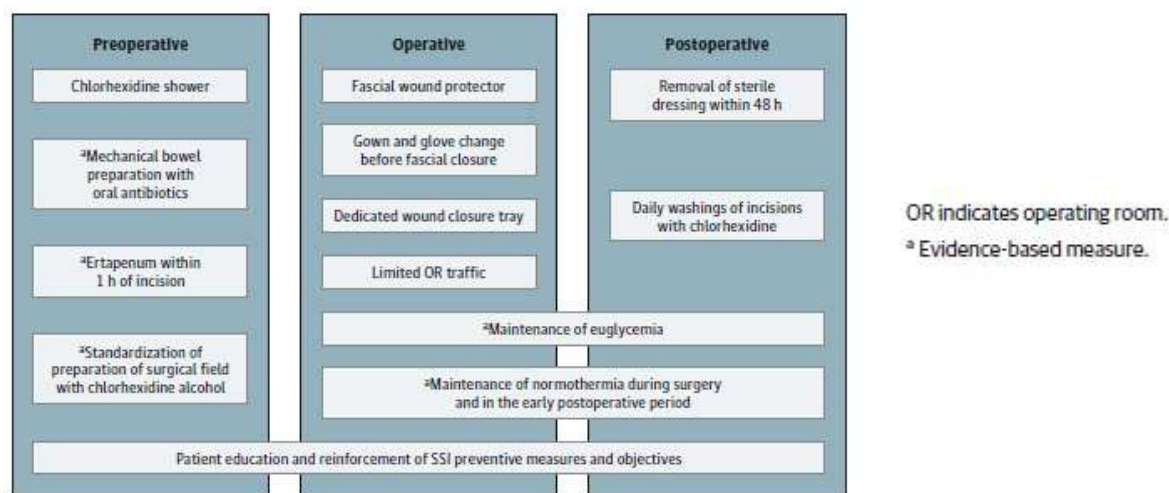
Le programme de lutte contre les infections nosocomiales

En revanche, les investigateurs ne rapportent aucun impact significatif sur les infections profondes, la durée d'hospitalisation, le taux de réadmission dans les 30 jours suivant l'opération, ni sur les coûts directs.

Pour évaluer les économies engendrées par la réduction du taux d'infections superficielles, les auteurs ont procédé à une analyse comparative après l'introduction du programme. Entre juillet 2011 et décembre 2012, les infections superficielles étaient associées à une augmentation des coûts directs de 35% (13.253 dollars contre 9.779 dollars) et de 71% de la durée d'hospitalisation (7,9 jours versus 4,6 jours).

L'équipe américaine considère qu'appliquer une série de mesures destinées à prévenir les infections au site opératoire (SSI) lors de chirurgies colorectales permet de réduire substantiellement leur incidence et de faire des économies.

Figure 1. The Preventive Surgical Site Infection (SSI) Bundle in Colorectal Surgery



comprendait des formations dispensées régulièrement aux équipes médicales et paramédicales intervenant en salle d'opération et la sensibilisation des patients. La douche avec le gluconate de chlorhexidine était proposée systématiquement aux patients avant la chirurgie, l'antibioprophylaxie et les méthodes de nettoyage de la salle d'opération étaient standardisées. Le personnel autorisé en salle d'opération était "limité à l'essentiel", la glycémie et la température étaient maintenues aux valeurs normales, les chirurgiens devaient changer de blouse et de gants avant de suturer et les équipes devaient utiliser un plateau de suture consacré exclusivement à cet usage. Un protocole de prise en charge de la plaie était également imposé.

Les investigateurs ont analysé 559 opérations: 346 avant l'instauration du programme, 213 après.

Le programme a significativement réduit l'incidence des infections superficielles (19% avant, contre 6% après) et des sepsis postopératoires (8,5% avant et 2,4% après).

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

The Preventive Surgical Site Infection Bundle in Colorectal Surgery: An Effective Approach to Surgical Site Infection Reduction and Health Care Cost Savings. Keenan JE, Speicher PJ, Thacker JK, Walter M, Kuchibhatla M, Mantyh CR. JAMA Surg. 2014 Aug 27

GREPHH : AUDIT ENDOSCOPIE EN 2015

Le Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière finalise actuellement un audit qui évaluera les risques infectieux en endoscopie.

L'amélioration de la prévention des infections associées aux actes invasifs constitue un axe important du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013.

L'augmentation des alertes et des signalements liée à l'utilisation d'endoscopes souples non autoclavables est symptomatique d'une problématique qui mérite des réponses. En effet, la complexité des dispositifs comme des procédures de nettoyage et de désinfection ainsi que leur répétition augmentent le risque d'erreur humaine et exposent au risque de transmission de micro-organismes avec un endoscope contaminé.

Les sociétés savantes (SF2H, SFED...) ont largement prouvé l'évitabilité de ce risque. La mise en place et la stricte application d'une politique de prévention reposant sur le respect des précautions standard, de l'hygiène et des bonnes pratiques de nettoyage et de désinfection des endoscopes le réduit considérablement.

Sur la base de ces éléments, le traitement des endoscopes est une activité devant faire l'objet d'une démarche qualité, afin d'écartier le risque d'infection au décours d'un acte endoscopique.

En effet, les dysfonctionnements en endoscopie peuvent avoir de nombreuses causes :

- Complexité de certains endoscopes
- Technicité des actes
- Fragilité des patients
- Secteurs de prise en charge « sous contraintes » : activité en augmentation continue, gestion des urgences, rotation du personnel...
- Équipements vieillissants : endoscopes, LDE

Il est donc apparu nécessaire de proposer un outil permettant l'évaluation de la prévention du risque infectieux d'origine exogène en endoscopie par mesure des écarts aux référentiels.

Le Ministère de la santé par l'intermédiaire de la COSPIN (Commission de suivi des programmes de prévention des infections associées aux soins en établissement de santé et dans le secteur de soins de ville) a souhaité que cet audit du GREPHH soit accompagné d'une instruction qui sortira à la fin de l'année 2014. Cette instruction incitera les établissements de santé disposant d'une activité endoscopique à participer à cet audit.

L'élaboration de cet audit repose sur une méthodologie éprouvée par le GREPHH. N'ont été retenus comme items que les référentiels ayant fait l'objet d'une recommandation ou d'une réglementation.

Méthodologie :

1) Type d'étude :

Audit mixte : Documentaire (procédures), de ressources (matériel, consommables), auto-évaluation et observationnel.

Niveaux de l'audit : Etablissement - Site de traitement - Professionnel

2) Champs d'application

Etablissements concernés

- Tout établissement de santé, quel que soit son statut (public, privé, ESPIC) ayant une activité d'endoscopie
- Eventuellement les cabinets médicaux non rattachés à un établissement de santé (pour partie de l'audit)

Professionnels concernés

L'audit s'adresse au personnel soignant (paramédical et médical) et aux autres professionnels prenant en charge régulièrement les endoscopes : médecins seniors et internes, infirmiers spécialisés, infirmiers, aides-soignants, agents hospitaliers, autres professionnels amenés à prendre en charge des endoscopes.

Recueil des données

Huit modules seront mis à disposition :

- Quatre modules constituant le tronc commun (obligatoire) :

Tronc commun

- 1- **Fiche « Etablissement »** : Gestion des risques dont Creutzfeldt Jakob + Maintenance + Contrôles microbiologique (organisation et interprétations)
- 2- **Fiche « Site de traitement »** : Locaux, architecture
- 3- **Fiche « Personnel »** : Formation
- 4- **Fiche « Observations » du traitement**

- Quatre modules complémentaires indépendants (au choix) :

Modules complémentaires

- 5- **ESET** : qualification, formation, contrôles
- 6- **Maintenance** : LDE, endoscopes
- 7- **Contrôles microbiologiques** : techniques, analyses
- 8- **Traçabilité** : outil Traça-test

Calendrier :

- Mise à disposition des outils début 2015
- Réalisation de l'audit en 2015
- Diffusion résultats nationaux en 2016

Pour en savoir plus : consulter le site du GREPHH <http://cclin.grephh.fr>

PORT DE GANTS ET DIMINUTION DE L'INCIDENCE DES INFECTIONS TARDIVES CHEZ LES GRANDS PRÉMATURÉS

Le risque d'infections tardives chez les très grands prématurés (28 à 32 semaines d'aménorrhée) est malheureusement fréquent. Il est associé à des taux de mortalité élevés et à souvent pour conséquence des troubles du développement.

Le lavage des mains ne permet pas systématiquement d'obtenir une hygiène des mains satisfaisante puisqu'il y a présence de micro-organismes dans plus de 50% des cas.

Dans une étude américaine à Charlottesville, les médecins d'un service de néonatalogie ont voulu déterminer si le port de gants après le lavage des mains permettait de réduire le risque d'infections tardives.

Une étude randomisée dans leur seul établissement à inclus des enfants de moins 8 jours admis en soins intensifs de néonatalogie et pesant moins d'un

kilogramme. L'âge gestationnel devait être inférieur à moins de 29 semaines. Les 120 enfants inclus étaient randomisés en deux groupes : après lavage des mains, soit les soignants portaient des gants, soient ils étaient mains



nues pour tous les contacts directs. Les auteurs ont évalué l'impact de cette précaution supplémentaire sur l'incidence des infections tardives :

bactériémies, entérocolites nécrosantes, infections sur voies urinaires et liquide céphalorachidien.

En prenant en compte l'ensemble des infections tardives, les résultats n'étaient pas statistiquement significatifs.

Par contre, l'incidence des bactériémies à bactéries à Gram positives était réduite de 53% alors que les infections sur CVC étaient diminuées de 64%.

En conclusion, l'équipe estime que le port des gants après le lavage des mains est une mesure susceptible de réduire le risque infectieux chez les prématurés à haut risque.

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

Nonsterile Glove Use in Addition to Hand Hygiene to Prevent Late-Onset Infection in Preterm Infants: Randomized Clinical Trial. Kaufman DA, Blackman A, Conaway MR, Sinkin RA. JAMA Pediatr. 2014 Aug 11

A LIRE - A VOIR - A DÉCOUVRIR

Understanding and using tuberculosis data : document OMS sur les systèmes d'information de santé des pays qui constituent à la fois une riche source de données sur la problématique de la tuberculose (TB) et l'efficacité des programmes pour réduire ce fléau : http://www.who.int/tb/publications/understanding_and_using_tb_data/en/

Virus de l'hépatite E présent dans 1 don du sang sur 2800 : Hepatitis E virus in blood components: a prevalence and transmission study in southeast England, Patricia E Hewitt, The Lancet, Early Online Publication, 28 July 2014 (Article à votre disposition sur simple demande au CCLin Est)

NosoVeille n°8 bulletin de veille, août 2014. http://nosobase.chu-lyon.fr/NosoVeille/sommaire_NosoVeille.html

Augmentation spectaculaire des entérocoques résistant à la vancomycine en Allemagne Gastmeier P; Schröder C; Behnke M; Meyer E; Geffers C. Dramatic increase in vancomycin-resistant enterococci in Germany. Journal of antimicrobial chemotherapy 2014/06; 69(6): 1660-1664. (Article à votre disposition sur simple demande au CCLin Est)

SF2H : diaporamas du Congrès de Marseille en juin 2014 <http://www.sf2h.net/congres-sf2h.html>

Plaquette Informations concernant les EBLSE (Pour le patient et sa famille) : <http://www.cclin-est.org/spip.php?article139>

Ebola : modification de la réglementation - Arrêté du 6 août 2014 relatif à l'autorisation de manipulation dérogatoire de l'agent biologique de groupe 4 Ebola à des fins de réalisation d'examen biologiques pour les patients atteints d'infection avérée à cet agent http://nosobase.chu-lyon.fr/Reglementation/2014/Arrete/ar_060814.pdf

DIAGNOSTIC NASAL OU URINAIRE DE LA MALADIE DE CREUTZFELDT-JAKOB

La maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ), quelles que soient ses formes (sporadique, familiale ou variant), est une pathologie de diagnostic difficile, qui demande notamment de mettre en évidence la présence du prion dans le cerveau. Un test non invasif serait à la fois plus facile à manier et utile pour les cliniciens et plus confortable pour les patients.

Deux tests de détection de la protéine prion, ont donné des résultats encourageants pour le diagnostic de maladie de Creutzfeldt-Jakob :

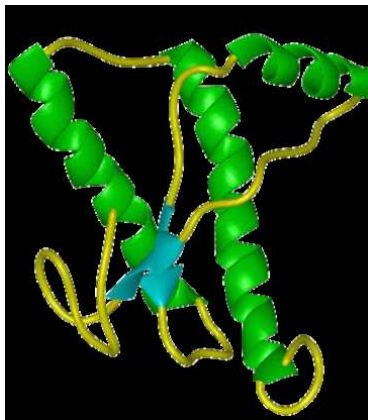
l'un dans l'épithélium olfactif

Dans la première étude, les chercheurs ont évalué une nouvelle technique d'amplification de la protéine prion, le RT-QuIC (Real-Time Quaking-Induced Conversion), développée initialement pour analyser le liquide céphalorachidien (LCR). Ce test repose sur l'incubation de la forme pathologique du prion dans le LCR avec une forme recombinante native. Après agitation, le prion pathologique et la protéine native interagissent de manière à former des fibrilles qui sont détectées par fluorescence de la thioflavine.

Les chercheurs ont évalué le test à la fois sur des échantillons d'épithélium olfactif, de précédentes études ayant montré que le prion tendait à s'y accumuler chez les patients atteints de MCJ, et des échantillons de LCR de 31 malades et 43 contrôles.

Le RT-QuIC avec l'épithélium olfactif a permis de détecter le prion pathologique chez 30 des 31 patients (les 15 avec une forme sporadique définitive, 13 des 14 avec une forme sporadique probable et les deux avec une forme familiale) et a donné un résultat négatif chez les 43 contrôles, indiquant une sensibilité de 97% et une spécificité de 100%.

Les résultats étaient meilleurs qu'avec le LCR puisque le test affichait une sensibilité de 77% et une spécificité de 100%. Ils ont en outre été obtenus en 50 heures au lieu de 90 heures. Cette étude préliminaire suggère que cette procédure est potentiellement utile pour établir un diagnostic définitif de MCJ in vivo.



Ils font par ailleurs observer que la détection du prion pathologique dans la muqueuse olfactive suggère un risque de transmission aéroportée, qui a été documenté dans des modèles animaux mais jamais mis en évidence encore chez l'homme. Des instruments médicaux en contact avec la muqueuse nasale pourraient également être contaminés, ce qui soulève aussi la question d'un risque iatrogène.

et l'autre dans les urines,

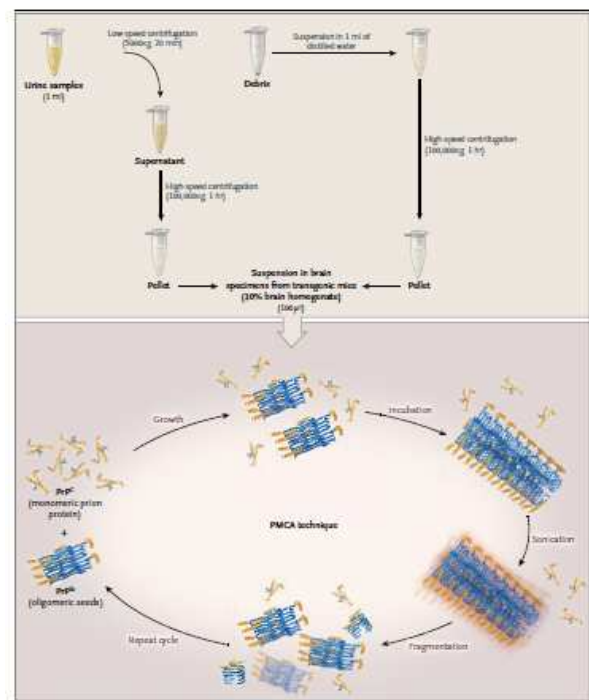
Dans la seconde étude, d'autres chercheurs ont évalué un test de détection du prion pathologique dans les urines pour le diagnostic de la MCJ en particulier.

Pour cela, ils ont utilisé une technique d'amplification in vitro de la protéine (PMCA) présente dans des échantillons d'urine de 68 patients atteints de la forme sporadique de la MCJ, 15 atteints du variant (vMCJ), quatre avec la forme familiale, et 50 contrôles avec une autre maladie neurodégénérative, 50 avec une maladie non neurodégénérative et 52 personnes en bonne santé.

Le prion a été détecté uniquement dans l'urine des patients atteints du vMCJ, avec un profil d'électrophorèse typique. Le résultat a été positif chez 13 des 14 échantillons testés et négatif pour les 224 échantillons contrôles, soit une sensibilité de 92,9% et une spécificité de 100%.

Les chercheurs notent que le prion était détectable seulement après une amplification importante par PCMA, suggérant que la concentration de la protéine dans les urines est faible.

D'autres études seront nécessaires pour confirmer l'intérêt et la valeur de ce test pour le diagnostic de vMCJ.



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

A Test for Creutzfeldt–Jakob Disease Using Nasal Brushings. C.D. Orrú and col. N Engl J Med 2014;371:519-529

Prions in the Urine of Patients with Variant Creutzfeldt–Jakob Disease. F. Moda and coll. N Engl J Med 2014;371:530-539

EBOLA : ACTUALITÉS



En ce début de mois de septembre, les hygiénistes Français s'inquiètent de l'organisation de la prise en charge potentielle d'un ou plusieurs patients suspects de la maladie à virus Ebola dans leur établissement. Plusieurs intervenants (Ministère de la Santé par l'intermédiaire de la DGS et de son DUS, HCSP, Sociétés Savantes, ARS, InVS, groupes de travail) participent à l'élaboration de stratégies débouchant sur de nombreux documents de travail. Comme rien n'est encore totalement clair, pouvant même donner l'impression d'une certaine confusion avec une hétérogénéité des recommandations, vous ne trouverez ci-dessous que le document de synthèse des CClin-ARLIN. Par contre nous ne manquerons pas de vous informer de l'évolution des recommandations quand nous jugerons qu'elles seront compréhensibles et applicables. Nous y travaillons actuellement.

La maladie à virus Ebola est l'une des maladies virales les plus graves connues chez l'homme. Le taux de létalité peut atteindre 90%. Les flambées de fièvre hémorragique provoquées par le virus Ebola surviennent principalement en Afrique. Le virus Ebola se transmet à l'homme à partir des animaux sauvages et se propage ensuite dans les populations par transmission interhumaine : par contact direct avec le sang, les liquides biologiques ou les tissus des sujets et animaux infectés. Il n'existe aucun traitement ni vaccin homologués et la prise en charge repose généralement sur un traitement symptomatique.

Le risque d'importation du virus Ebola, par le biais des voyageurs au sein de l'Union européenne ou en France, reste faible mais ne peut être exclu. Cette situation sanitaire inédite et grave accroît ainsi la possibilité d'avoir à gérer des cas suspects et requiert en conséquence une vigilance accrue de la part des professionnels et des établissements de santé.

En l'absence de traitement ou de vaccin spécifiques, **le respect de mesures de protection est le seul moyen de prévenir l'infection**. Le HCSP a émis des recommandations en avril 2014 adaptées aux différentes situations : personne asymptomatique revenant d'un pays touché, patient classé "cas possible" ou "confirmé". Il détaille les modalités de la prise en charge en cabinet de ville et en établissement de santé en termes notamment de précautions spécifiques d'hygiène (strict respect des précautions standard complétées par des précautions complémentaires de type "air" et "contact"), du transport et de l'hospitalisation, des examens biologiques pour le diagnostic positif, les diagnostics différentiels et la surveillance, de la gestion des excréta, des déchets d'activité de soins à risques infectieux, des matériels et de l'environnement.

Un cas suspect est défini comme toute personne présentant, dans un délai de 21 jours après son retour de la zone à risque une fièvre supérieure ou égale à 38,5°C.

La zone à risque est définie au 05/08/14 comme les pays suivants : Sierra Leone, Guinée, Libéria et Nigéria.

> Si vous êtes en présence d'un cas suspect, après avoir mis en place les mesures barrières, appelez immédiatement le SAMU-Centre 15 qui en lien avec l'Agence régionale de santé (ARS) et l'Institut de veille sanitaire (InVS) mèneront une évaluation épidémiologique du cas (exclusion ou classement en cas possible).

> Si le cas est classé comme possible, le SAMU prendra en charge le patient qui sera dirigé vers l'établissement de santé de référence désigné pour prendre en charge spécifiquement ce type de patient.

Pour en savoir plus :

Ministère des Affaires sociales et de la Santé <http://www.sante.gouv.fr/ebola.html>

Haut Conseil de la santé publique <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=414>

Ministère des Affaires étrangères <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs/>

Institut de Veille Sanitaire (bulletins épidémiologiques) www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Fievre-hemorragique-virale-FHV-a-virus-Ebola

CNR des fièvres hémorragiques virales (Institut Pasteur - Lyon) <http://www.pasteur.fr/ip/easysite/pasteur/fr/sante/centres-nationaux-de-referance-et-centres-collaborateurs-de-l-oms/cnr-et-ccoms/cnr-ccoms-des-fievres-hemorragiques-virales/missions-specifiques>

INRS <http://www.inrs.fr/accueil/header/actualites/information-fievre-ebola.html>

NosoBase <http://nosobase.chu-lyon.fr/>

SPIILF http://www.infectiologie.com/site/actualite_detail.php?id_actualite=444

Organisation Mondiale de la Santé <http://www.who.int/csr/disease/ebola/fr/>

Et pour les anglophones le site du CDC :

<http://www.cdc.gov/vhf/ebola/index.html> Accueil

<http://www.cdc.gov/vhf/ebola/hcp/index.html> Personnels de Santé ... suivre le menu à la carte à gauche ...

SEMAINE DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

24 AU 28 NOVEMBRE 2014



Commandez les outils 2014 !

La 4^{ème} édition de la semaine de la sécurité des patients se déroulera du 24 au 28 novembre 2014.

Destinée à sensibiliser et à susciter un dialogue entre les soignants et les soignés, elle mettra à l'honneur 3 thèmes définis avec des représentants de professionnels libéraux et hospitaliers, ainsi que des représentants des usagers :



Direction générale de l'offre de soins

« **médicaments : ayons les bons réflexes** » pour faire progresser leur bonne utilisation par les patients, pour garantir la sécurité de la prise en charge médicamenteuse par les professionnels

« **accompagnons les traitements** » pour informer sur leur maniement parfois complexe, avec l'exemple de la chimiothérapie par voie orale

« **partageons les informations** » pour contribuer à la qualité et à la continuité de la prise en charge, avec l'exemple de la lettre de liaison ville - hôpital.



En appui des actions que vous avez prévu de mener dans le cadre de l'édition 2014, le ministère vous propose 4 supports de communication (une affiche, 3 flyers) sur les 3 thèmes, aux couleurs de l'événement et adaptés à la fois aux patients et aux professionnels de santé.

Inscrivez-vous à l'événement et commandez gracieusement, **avant le 9 octobre**, les supports de communication depuis le site du ministère :

www.sante.gouv.fr/formulaire-commande-d-outils.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/>