

ACTUALITÉS DU CCLIN EST ET DE SES 5 ANTENNES RÉGIONALES



Octobre 2014

EBOLA : OÙ EN SOMMES-NOUS?

1. Situation épidémiologique

L'épidémie de maladie à virus Ebola est toujours en progression dans 3 pays (Guinée, Sierra-Léone, Libéria) initialement impactés par la maladie. Aucun nouveau cas n'a été rapporté au Nigéria et au Sénégal au cours de la semaine n°40. A la date du 22 septembre 2014, **6 574** (suspects, probables et confirmés) et **3 091** décès estimés ont été rapportés dans 5 pays d'Afrique de l'Ouest (Guinée, Sierra-Léone, Libéria, Nigéria et Sénégal).

Les données épidémiologiques actualisées sont disponibles sur les sites suivants :

OMS : www.who.int/ECDC : www.ecdc.europa.eu/InVS : www.invs.sante.fr

La définition de cas de l'Institut de veille sanitaire (InVS) datée du 25 août 2014 a évolué.

Le seuil de température à prendre en compte pour tout cas suspect ou possible est désormais abaissé à 38°C.

Selon l'European Centre for Disease prevention and Control (ECDC), le risque de survenue d'un cas importé de maladie à virus Ebola dans les pays européens est considéré comme « faible à très faible » à la date du 29 septembre 2014. (Source: *Rapid Risk Assessment – Outbreak of Ebola viral disease in West Africa*). Cependant un risque d'importation de maladie à virus Ebola par le biais de voyageurs ne peut pas être exclu. Les Etats-Unis ont signalé le 30 septembre un cas importé confirmé de maladie à virus Ebola.

Le ministère des affaires étrangères et du développement international (MAEDI) a émis auprès des ressortissants français la recommandation suivante : « *Sauf raison impérative, il est recommandé aux Français de suspendre tout projet de voyage dans les pays où des cas de fièvre hémorragique à virus Ebola sont avérés (Guinée, Sierra Leone, Libéria, Nigéria).* » (Source : site conseil aux voyageurs - MAEDI) : <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs>

2. Prise en charge des patients classés « cas possible »

La stratégie générale de prise en charge des patients reste inchangée, certains points sont précisés dans les paragraphes suivants :

- Au niveau des SAMU-Centre 15

+ Il convient de préciser les modalités spécifiques de prise en charge par les Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR) des patients classés « cas possibles ».

□ Transport du patient « cas possible » :

Conformément aux recommandations/instructions en vigueur, le transport du patient s'effectue en concertation entre le SAMU territorialement compétent et le SAMU de l'ESR. (Suite page 7)

Dans ce numéro :

Ebola	1
A l'agenda	2
Gestion excréments	3
PROPIN et vaccination	4
Sonde endocav. et virus	5
Adénovirus type 1	6
Ebola (suite)	7
Sécurité des patients	8

Chaque bulletin contient des points de :

- Formations
- Surveillances
- Signalements
- Réglementation

OCTOBRE 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

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

Nouveau rapport CCLin Est ATB RAISIN 2013 : les résultats sont accessibles <http://www.cclin-est.org/spip.php?article47>

Nouveau rapport CCLin Est AES RAISIN 2013 : les résultats sont accessibles <http://cclin-est.fr/spip.php?article43>

COLLOQUES-JOURNEES- CONGRES

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 <http://www.cclin-est.org/spip.php?rubrique289>

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* ». Lieu : Amphithéâtre Laroque - Ministère des Affaires sociales et de la santé - 14, Avenue Duquesne 75007 Paris

Inscription en ligne <http://agriculture.gouv.fr/formulaires/index.php/914547/lang-fr>

3^{ème} 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

E. COLI HAUTEMENT RÉSISTANTES TRANSMISES VIA UN DUODÉNOSCOPE AUX ETATS-UNIS

Une épidémie à *Escherichia coli* productrice de New-Delhi métallobêta-lactamase (carbapénémase de type NDM) suite à la contamination d'un duodénolescope a affecté des patients au décours d'une cholangiopancreatographie rétrograde endoscopique (CPRE). Au total, 39 cas ont été colonisés entre janvier et décembre 2013 et 35 d'entre eux avaient été soumis à un examen avec un duodénolescope. Aucune lacune dans la procédure de désinfection de l'appareil n'a été identifiée par les CDC. Toutefois, *E. coli* productrice de NDM a été découverte sur un des duodénosscopes après la procédure de désinfection. Cette bactérie partageait 92% de similarités avec les souches isolées chez tous les patients. La contamination bactérienne persistante malgré l'application stricte de la procédure de désinfection était à l'origine de la colonisation des patients. Après l'adoption d'une nouvelle procédure de désinfection dans l'établissement aucun nouveau cas n'a été identifié.

NewDelhi Metallo-β-Lactamase–Producing Carbapenem-Resistant *Escherichia coli* Associated With Exposure to Duodenoscopes, Epstein L. and Coll, JAMA October 8, 2014, Vol 312, No. 14 (Article à votre disposition sur simple demande au CCLin Est)

GESTION DES EXCRÉMENTS DANS LES UNITÉS DE SOINS : UNE ENQUÊTE À L'AP-HP

L'équipe opérationnelle d'hygiène de l'AP-HP a mené une enquête dans les unités de soins sur la gestion des excréments. En effet, la part des Entérobactéries devenant résistantes aux antibiotiques ne cessent de croître et justifie de s'intéresser au péril fécal.

En effet, pour 1 000 journées d'hospitalisation, l'incidence des entérobactéries productrices de bêta-lactamases à spectre étendu (EBLSE) en MCO a décuplé à l'AP-HP entre 2000 et 2013 avec un taux désormais à 1,18. Quant aux entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC), leur nombre a explosé au cours de ces dernières années : 130 patients – dont les trois quarts originaires d'un pays étrangers – ont été identifiés en 2013. Pour mémoire, un patient élimine chaque jour près de 10 milliards d'entérobactéries dans ses selles

Toutes les unités des services ont reçu un questionnaire sur leurs équipements pour le traitement des excréments et un questionnaire sur leur pratique.

Ont participé 536 services ou unités de 28 hôpitaux sur 38 (16 MCO, 12 SSR-SLD), soit 13 230 lits des 21 000 lits (63%). Presque deux tiers des lits étudiés disposent de WC partagés et 43% des WC sont équipés de douchettes rince-bassins. Et pourtant les douchettes sont parfaitement identifiées comme générateur d'aérosol contenant des bactéries d'origine fécale.

S'agissant des lave-bassins, 68% des services en sont dotés, avec une maintenance préventive dans seulement 26% des cas. De plus deux tiers des lave-bassins

présentent au moins une panne par an. En outre, cela s'accompagne de pratiques inadéquates, tel un rinçage du bassin avant désinfection, recensé dans 71% des services malgré le risque de dissémination des bactéries fécales.

Cette étude a permis d'identifier trois recommandations :

- développer les chambres individuelles pour les patients porteurs de bactéries multi-résistantes (BMR) et lors des opérations de rénovation/reconstruction de services ;
- renforcer les équipements : veiller à l'adéquation bassins et lave-bassins et à leur maintenance (changement de marché pour les lave-bassins), suppression des douchettes rince-bassins et utilisation de sacs de recueil à usage unique pour les bassins ;
- mettre en œuvre un programme de développement professionnel continu (DPC) pour former les paramédicaux.



Photos : Remerciements Denis Thillard, ARLIN Haute Normandie, CHU Charles Nicolle Rouen

Pour en savoir plus :

Diaporama sur la « Gestion des excréments dans les hôpitaux de l'AP-HP », S. Fournier et V. Jarlier.

http://cme.aphp.fr/docs-raps/thematiques_medicales/folder.2008-04-29.8160319907/gestion_excrements_unites_soins092014/file/at_download

PROPIN 2009-2013 : FAIBLE COUVERTURE VACCINALE DU PERSONNEL SOIGNANT

L'évaluation du Programme national de prévention des infections nosocomiales (Propin) 2009-13 a analysé les effets du programme du point de vue des professionnels, des administrations et des usagers, ainsi que les modalités de mise en œuvre opérationnelle des mesures. Elle a été conduite en Ile-de-France, Aquitaine et Franche-Comté, auprès de 30 établissements sanitaires et médico-sociaux, des agences régionales de santé (ARS), des antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales (Arlin) et des cellules interrégionales d'épidémiologie (Cire) de ces régions.

Concernant la promotion d'une "culture partagée de sécurité du patient", 79% des établissements disposaient en 2012 de programmes spécifiques déclinant à l'échelle de l'établissement des objectifs associés à des indicateurs en matière de qualité des soins et de sécurité des patients. De même, la plupart des établissements ont mis en place des analyses approfondies des causes d'évènements indésirables, dont les infections nosocomiales.

De nombreux établissements présentent une couverture vaccinale faible pour les vaccins non obligatoires tels que le vaccin anti-grippal liée probablement à une position institutionnelle peu claire sur cette vaccination.

Seuls 44 % des établissements remplissent les critères de vérification et de surveillance de l'immunisa-

tion contre l'hépatite B, la grippe, la rougeole, la varicelle et la coqueluche. En la matière, le HCSP pointe "d'importantes disparités": des résultats médiocres dans les ex-hôpitaux locaux et les centres de soins de suite et de réadaptation (SSR), et meilleurs dans les CHU et les plus gros établissements publics et privés.

Les données de surveillance disponibles ne sont que très peu utilisées pour définir des priorités régionales et locales ou pour évaluer des actions réalisées. Les programmes d'actions sont davantage guidés par les objectifs nationaux, que par les données de surveillance.

De même, l'intégration des données de surveillance des antibiotiques au système d'information n'est réalisée que de manière très partielle dans les établissements auditionnés. Elle est jugée "non réaliste" par les établissements de type SSR et hospitalisation à domicile (HAD).

Par ailleurs, l'appréciation des critères de signalements des infections associées aux soins reste variable selon les établissements : certains en signalent très peu, d'autres beaucoup. En Ile-de-France, 40% des établissements ne signalent jamais.

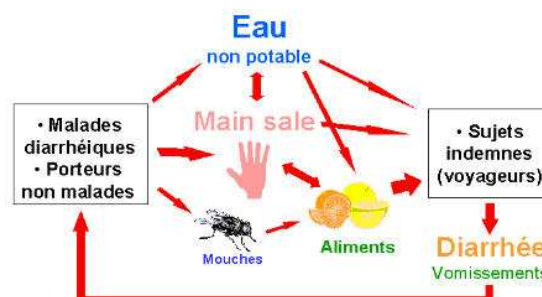
Quant à l'implication des usagers dans la lutte contre les infections nosocomiales, malgré une représentativité quasi systématique dans les établissements visités, la technicité de la thématique cantonne les patients à un rôle d'observation.

Pour en savoir plus : Evaluation du Programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-13 (86 pages) <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=457>

PRODUIT HYDROALCOOLIQUE EFFICACE CONTRE LA TURISTA

Se désinfecter les mains avec un produit hydroalcoolique lors de voyages à l'étranger pourrait diminuer significativement le risque de diarrhées ou « turista » et autres troubles digestifs.

Une étude menée par une équipe Marseillaise a soumis un questionnaire à 200 voyageurs, en transit à l'aéroport international de Marseille, après un retour d'un pays émergent en Asie, Afrique ou des Caraïbes. Ils ont ainsi constaté que deux fois moins de voyageurs utilisant des produits hydroalcooliques ont rapporté des épisodes de diarrhée et/ou de vomissement par rapport à ceux qui n'en utilisaient pas. Les auteurs précisent qu'il ne s'agit que d'une étude préliminaire, à confirmer à plus grande échelle, et qu'on ne peut pas non plus exclure une attitude plus précautionneuse chez les consommateurs de produit hydroalcoolique.



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

Does the use of alcohol-based hand gel sanitizer reduce travellers' diarrhea and gastrointestinal upset? : A preliminary survey, Henriey D., Delmont J., Gautret P., Travel Medicine and Infectious Disease (2014) 12, 494-498.

SONDES ENDOCAVITAIRES : QUEL RISQUE VIRAL ?

La réalisation d'un examen au moyen d'une sonde endocavitaire avec le niveau de désinfection actuellement recommandé en France n'est pas associée à un sur-risque de contamination par le VIH ou le virus de l'hépatite C (VHC) en France, selon une étude menée à Lyon et publiée dans *Infection Control and Hospital Epidemiology*.

Le niveau de désinfection des sondes endocavitaires après utilisation fait l'objet d'un débat en France quant au risque infectieux résiduel. Les recommandations de 2007 et 2008 du Haut conseil de la santé publique (HCSP) préconisent la mise en place d'une gaine de protection suivie, si celle-ci reste intègre en fin d'examen, d'une désinfection de niveau 1 (désinfection de bas niveau).

Une équipe de l'Institut Pasteur

suggérait en juin 2013, après projection mathématique réalisée, chaque année, que les sondes d'échographies vaginales ou rectales pourraient être à l'origine de 60 infections à VIH, 4.000 par *Chlamydia trachomatis*, 1.620 à hépatites B et 230 à hépatites C.

Une revue de la littérature présentée lors du congrès de la Société française d'hygiène hospitalière (SF2H) en juin 2014 semblait confirmer ce risque.

Le Pr Philippe Vanhems des HCL et ses collègues ont cherché à savoir si le fait d'avoir eu une échographie par sonde endocavitaire était associé à un sur-risque de séroconversion VIH et/ou VHC. Leurs travaux ont consisté à prendre en compte l'exposition à des sondes transrectales, endovaginales, et transoesophagiennes de patients testés pour le VIH et le

VHC au CHU de Lyon entre 2004 et 2012.

Parmi plus de 20.000 patients inclus dans l'analyse centrée sur les infections incidentes, les auteurs n'ont constaté aucune séroconversion VIH après exposition à une sonde endocavitaire, et une seule séroconversion VHC. L'incidence des séroconversions VIH est donc estimée à 0/10.000 patients-années et celle des séroconversions VHC à 16/100.000 patients-années, dans l'année suivant une échographie avec une sonde endocavitaire.

Les auteurs concluent que le bas niveau de désinfection actuellement recommandé en France pour les sondes endocavitaires suffirait à maîtriser le risque de transmissions nosocomiales du VIH et du VHC.

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

Risk of Human Immunodeficiency Virus and Hepatitis C Virus Infection Related to Endocavitary Ultrasound Probe Exposure in France, *Infection Control and Hospital Epidemiology*, Benet T., Ritter J., Vanhems P., November 2014, vol. 35, no. 11

A LIRE - A VOIR - A DÉCOUVRIR

Ebola : Diaporamas présentés à une journée d'information organisée par l'ARLIN Champagne-Ardenne (11/09/2014) <http://cclin-est.fr/spip.php?rubrique61>

Politique vaccinale et obligation vaccinale en population générale

Le Haut conseil de la santé publique (HCSP) qualifie le dispositif public de vaccinations d'"illisible, complexe et inégalitaire" et recommande de réorganiser cette offre, dans un avis diffusé le 10/09/2014 qui porte également sur l'obligation vaccinale. <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=455>

Les ectoparasites : Arthropodes d'intérêt médical (106 diapos)

http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/Antennes/Auvergne/Journee/2013/04_10_13/4_les_ectoparasites.pdf

Chambre à cathéter implantable : un livret pédagogique (50 pages)



Travail collectif réalisé par le Centre régional de lutte contre le cancer Paul Strauss (Strasbourg) sous la coordination du Dr B. Pottecher

Les établissements qui posent des CCI peuvent copier ce livret s'ils le souhaitent (simplement, comme indiqué sur la dernière page, en faire la demande au service communication du CLCC Paul Strauss)

Une évaluation de la satisfaction patients / professionnels internes et externes sera réalisée

Si ce travail est concluant, un autre livret sera réalisé pour les PICC-Lines.

http://www.centre-paul-strauss.fr/sites/default/files/livret_cci_2014_bat_sans_trace.pdf

EPIDÉMIE DE PNEUMOPATHIES À ADÉNOVIRUS DE TYPE 1 EN RÉANIMATION

La première épidémie nosocomiale liée à un adénovirus humain de type 1 chez des patients sous assistance respiratoire, est survenue en 2012 au CHU de Marseille.

Il existe plus de 50 types d'adénovirus humains qui peuvent se transmettre par aérosol, par voie oro-fécale et par contact avec des surfaces contaminées.

Les adénovirus peuvent résister plusieurs heures sur la peau et plus longtemps dans l'environnement comme sur des surfaces inertes.

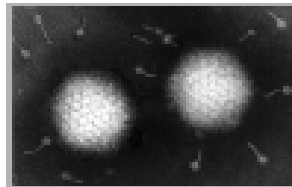
Les adénovirus sont des virus nus ce qui les rend résistants aux désinfectants lipidiques: ils sont inactivés par des solutions alcooliques hautement concentrées, et par l'eau de javel. De plus, le lavage des mains à l'eau et au savon est inefficace.

En septembre 2012, un adénovirus de type 1 a été identifié chez un patient pris en charge au service de réanimation respiratoire de l'hôpital Nord du CHU de Marseille. Ce service de 14 lits prend en charge, entre autres, des patients venant de recevoir une greffe de poumon et des insuffisants respiratoires. Pendant l'épidémie, sept autres patients, tous sous assistance respiratoire, ont été infectés sur les 30 pris en charge. Trois décès ont été constatés : un transplanté et deux immunocompétents.

Pour en savoir plus :

Outbreak of adenovirus type 1 severe pneumonia in a French intensive care unit, September–October 2012, N Cassir, S Hraiech, A Nougairede, C Zandotti, P E Fournier, L Papazian, Eurosurveillance, Volume 19, Issue 39, 02 October 2014 <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20914>

Sur 101 soignants, seuls 43% ont accepté de se soumettre à une analyse d'échantillon nasopharyngé (tous les médecins et 30 infirmières sur 88). Trois ont été infectés.



Les interrogatoires systématiques des soignants en contact avec le premier patient dans les deux semaines avant l'épidémie ont permis d'identifier la source potentielle : une infirmière souffrant de fièvre et de symptômes respiratoires légers venue travailler sans masque dans le service une semaine avant l'épidémie.

Parmi les actions correctrices mises en œuvre par la suite, l'hygiène des mains a été renforcée et utilise désormais des solutions actives contre les virus non enveloppés. De plus il a été rappelé à l'ensemble des soignants d'éviter de venir travailler lorsqu'ils avaient de la fièvre ou qu'ils souffraient de symptômes respiratoires ou, à minima, de porter un masque jusqu'à la disparition des symptômes.

Le fait que moins de la moitié des soignants acceptent l'analyse biologique reflète vraisemblablement leur sous-estimation de la circulation virale.

NOUVELLES RECOMMANDATIONS DU HCSP POUR LES SARM COMMUNAUTAIRES

Les SARM communautaires sont apparus dans les années 1990, ils ont la particularité de produire plusieurs toxines, dont une (leucocidine de Panton-Valentine, PVL) est responsable du tropisme cutané de ces souches.

En 2013, plusieurs épisodes de cas groupés d'infections par la souche américaine USA300 à fort potentiel épidémique ont été détectés, dont un hospitalier ; d'où le souhait de la DGS de réactualiser les recommandations du HCSP sur la prise en charge des SARM Co qui dataient de 2009.

Lors d'une détection de cas groupés de SARM Co, le HCSP recommande d'abord une description de la situation afin d'en éviter son extension : identification du cas index, évaluation de l'étendue de l'épisode de cas groupés, hypothèses quant aux situations contribuant à une transmission, recherche de contacts directs ou indirects entre les cas, et recherche active d'autres cas.

La principale mesure thérapeutique repose sur l'évacuation des abcès, le nettoyage des lésions et leur protection avec des pansements occlusifs.

Afin d'éviter la diffusion du SARM Co dans l'environnement et à d'autres personnes, une décolonisation des sujets porteurs est préconisée, au niveau cutané avec un antiseptique, au niveau nasal avec l'antistaphylococcique mupirocine et au niveau pharyngé avec la chlorhexidine. Sont également préconisées des mesures d'hygiène générales (renforcer l'hygiène des mains et l'hygiène corporelle, ne partager aucun objet personnel en contact avec la peau, renforcer le lavage du linge...) ainsi qu'une protection des lésions cutanées, qui sont à risque d'infection.

Les membres du foyer familial et du premier cercle (partenaires sexuels, assistantes maternelles et compagnons de jeu des enfants, partenaires de sport, codétenus...) doivent bénéficier de mesures de contrôle et de prévention: traitement des affections dermatologiques favorisant, dans certains cas une recherche d'un portage du SARM Co PVL+ et une décolonisation, ainsi que les mesures d'hygiène.

Concernant le signalement aux autorités, si les cas isolés ou les cas groupés strictement intrafamiliaux ne sont pas à signaler, la survenue d'un épisode de cas groupés (c'est-à-dire au moins deux cas) dans une collectivité doit être signalée.

Conduite à tenir lors d'épisodes de cas groupés d'infections cutanées suppuratives liées aux souches de SARM Co, rapport du HCSP : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=453>

EBOLA : ACTUALITÉS (SUITE PAGE 1)

En fonction des possibilités, il est assuré par les ressources SMUR du SAMU territorialement compétent ou du SAMU de l'ESR.

- Transport du cas possible très symptomatique, excréteur

(Le patient est considéré comme excréteur lorsqu'il présente des diarrhées et/ou des vomissements et/ou des saignements) :

Conformément aux recommandations/instructions en vigueur, le transport du patient est assuré par les ressources SMUR du SAMU de l'établissement de santé de référence disposant des capacités opérationnelles de prise en charge Ebola.

Considérant le mode de contamination de la maladie à virus Ebola, le transport d'un cas possible très symptomatique, excréteur doit être, si possible, réalisé à l'aide « d'une housse de transport pour patient contaminé » ayant pour but d'isoler le patient contaminé et d'assurer la protection du milieu extérieur (soignants et autres personnels, moyens de transport, environnement).

- Au niveau des établissements de santé disposant des capacités opérationnelles de prise en charge Ebola (établissements de santé de référence habilités)

+ L'annexe n°2 actualise au 25 septembre 2014 la liste des établissements de santé disposant des capacités opérationnelles de prise en charge Ebola.

N.B. : Si la nécessité d'accueillir un patient dans un hôpital d'instruction des armées (HIA) est envisagée, la régulation sera effectuée par le DUS/CORRUSS.

+ Une fois le cas classé « possible », il est rappelé que tout prélèvement, en vue d'une confirmation virologique **est réalisé exclusivement dans l'ESR habilité** en charge du patient et **seul le CNR FHV est habilité à porter le diagnostic de maladie à virus Ebola ou à l'éliminer**. Pour ce diagnostic de maladie à virus Ebola, le prélèvement de sang total sur tube sec ou EDTA à +4°C reste la seule référence. Sont interdits : le sérum, la mise en carboglace, afin de ne pas exposer les personnels lors des manipulations, ainsi que le prélèvement sur tube hépariné. L'acheminement du prélèvement vers le CNR est réalisé en triple emballage (classe A), avec la fiche d'accompagnement dûment renseignée, via le transporteur agréé habituel de l'établissement.

- Au niveau des établissements de santé des départements français d'Amérique (DFA)

+ Le CHU de Martinique, le CHU de Pointe à Pitre et le CH de Cayenne, sont susceptibles d'assurer, en première intention, la prise en charge des patients cas possibles de maladie à virus Ebola. En cas de confirmation du diagnostic, un transfert vers un ESR de métropole disposant des capacités opérationnelles requises sera organisé par l'ARS territorialement compétente et coordonné par le DUS/CORRUSS.

Le ministère en charge de la santé en liaison avec l'InVS a élaboré une conduite à tenir concernant l'identification et le suivi des personnes-contacts d'un cas possible ou confirmé de maladie à virus Ebola. Si cette situation se présente, nous vous remercions de prendre contact avec votre ARS.

Conformément à la réglementation en vigueur, les professionnels de santé veilleront à informer les personnes cas suspect, possible, ou confirmé de leur état de santé, à chaque étape de la prise en charge.

Pour en savoir plus :

- Avis HCSP du 10 avril 2014 relatif à la conduite à tenir autour des cas suspects de fièvre hémorragique à virus Ebola. Disponible sur le site internet : <http://www.hcsp.fr> : accueil > avis et rapports > mots clés : ebola

- Avis HCSP du 10 septembre 2014 relatif aux cas suspects de maladie Ebola : données complémentaires à l'avis du 10 avril 2014.

- Site du ministère des Affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

Information à destination des professionnels de santé accessible sur le lien suivant :

<http://www.sante.gouv.fr/maladie-a-virus-ebola-informations-a-destination-des-professionnels-de-sante.html>

- Procédure de prise en charge des appels pour suspicion de fièvre à virus Ebola (FVE), Samu-Urgences de France (SUdF), société française de médecine d'urgence (SFMU), septembre 2014.

SEMAINE DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTS 24 AU 28 NOVEMBRE 2014



« Ensemble, engageons-nous pour des soins continus entre la ville et l'hôpital »

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 de la santé organise la 4ème édition de la semaine de la sécurité des patients. Lors de cette manifestation, la communication sur la sécurité des soins, le dialogue entre les patients, les usagers et les professionnels de santé sont favorisés.



Direction générale de l'offre de soins

Cette opération annuelle de sensibilisation s'intègre désormais au [programme national pour la sécurité des patients](#).

L'édition 2014 met à l'honneur **la coordination des professionnels de santé qui permet d'assurer la sécurité des patients entre le domicile, l'hôpital et le secteur médico-social**. Ce thème général est décliné en 3 sous-thèmes qui, sans être exclusifs, pourront être privilégiés :

- médicaments : ayons les bons réflexes
- accompagnons les traitements (exemple de la chimiothérapie par voie orale)

partageons l'information (exemple de la lettre de liaison)

Cette édition 2014 est l'occasion d'investir également l'identito-vigilance, les événements indésirables graves ou tout autre champ illustrant concrètement la coordination des soins.

Les événements dans les structures de santé organisés pour la semaine sécurité patient

Vous organisez un événement dans le cadre de la semaine de la sécurité des patient (stand, débat, rencontre...) ? Vous souhaitez le faire connaître ?

Le ministère met à votre disposition un formulaire permettant de le signaler.

L'ensemble des manifestations signalées sera mis à l'honneur sur le site du ministère.

Les commandes des supports 2014 sont terminées. La livraison des documents débutera à partir de la semaine 45. Vous pouvez néanmoins témoigner de votre engagement en remplissant ce formulaire au lien suivant:

<http://www.sante.gouv.fr/formulaire-de-remontee-d-evenement.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/>