

ACTUALITÉS DU CCLIN EST ET DE SES 5 ANTENNES RÉGIONALES



Novembre 2014

EBOLA : PRISE EN CHARGE D'UN CAS SUSPECT



Fièvre EBOLA prise en charge d'un cas suspect



Actualité au 4 novembre 2014

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
DÉPARTEMENT DE LA SEINE-SAINT-DENIS

Le réseau CCLin-Arlin en lien avec l'EOH de l'AP-HP et l'InVS propose un diaporama pédagogique d'information générale sur Ebola, élaboré à la demande du Ministère.

Ce diaporama est surtout destiné aux EOH des établissements non ESR, c'est-à-dire la grande majorité des ES.

Le document a été construit par une équipe des cinq CCLin en lien avec le groupe de travail du Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) chargé par le Ministère de la Santé de proposer des recommandations dans la prise en charge de patients suspects ou atteints de la maladie d'Ebola.

A travers 52 diapositives, les différents aspects de la prise en charge d'un cas suspect sont évoqués :

- L'épidémiologie en Afrique et dans le reste du Monde
- La clinique et le traitement
- Le mode de transmission
- La définition des cas et le principe de classement des patients
- Les établissements de santé de référence (ESR) avec leurs coordonnées
- **La prise en charges du ou des patients : les lignes directrices**
 - 1/ repérer**
 - 2/ isoler**
 - 3/ se protéger**
 - 4/ alerter pour classer le cas**
 - 5/ continuer à se protéger (déshabillage, élimination des déchets)**
- Les points essentiels
- Liens pour la veille

Ce diaporama n'a pas pour finalité de répondre à toutes les problématiques inhérentes à cette pathologie et donc à la prise en charge des patients infectés. Néanmoins il répondra à une partie des interrogations évoquées ces dernières semaines par les hygiénistes. De plus les recommandations du HCSP élaborées ou en cours d'élaboration (cf liste page 7) permettront aux EOH de se préparer avec le maximum d'informations. Nous rappelons aussi que les antennes régionales des CCLin sont très actives en accompagnant les ES sur cette thématique à travers différents outils pédagogiques ou en organisant des réunions.

Pour finir, il est bon de rappeler le contenu de la dernière diapositive et le garder en mémoire :

« **Surtout restons sereins....et formons nous** »

Lien du diaporama : http://www.cclin-arlin.fr/Alertes/2014/alerte_Ebola.html

Dans ce numéro :

Ebola	1
A l'agenda	2
Bactériémies ENP 2012	3
Vaccin hépatite B et SEP	4
Flore digestive	5
DASRI	6
Ebola (suite)	7
AES	8

Chaque bulletin contient des points de :

- Formations
- Surveillances
- Signalements
- Réglementation

NOVEMBRE 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	NANCY6	7	8	9	10
11	12	13	14	BMR 15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

Surveillance ISO RAISIN 2014 : **Rappel** la date limite de saisie des données a été repoussée au **11/11/2014**

Surveillance BMR RAISIN 2014 : **Rappel** la date limite de saisie des données a été repoussée au **15/11/2014**

COLLOQUES-JOURNEES- CONGRES

Colloque Antibiorésistance chez l'homme et l'animal. - 12/11/2014.- Paris.- Direction générale de la Santé (DGS), Direction générale de l'alimentation (DGAI) - Inscription – Programme
<http://agriculture.gouv.fr/formulaires/index.php/914547/lang-fr>

9e conférence internationale de la HIS (Healthcare infection society) en partenariat avec la SF2H .- 16-18/11/2014.- Lyon.- Informations : <http://www.his.org.uk/events/his2014/>

Génomique et résistance nosocomiale. 26/11/2014. Paris.- Informations : SFM, tél :01 45 66 79 44. Programme - Bulletin d'inscription
http://www.sfm-microbiologie.org/page/page/showpage/page_id/196.html

**POUR RAPPEL**

24 au 28 novembre 2014 : 4^{ème} édition de la semaine de la sécurité des patients

<http://www.sante.gouv.fr/semaine-de-la-securite-des-patients-2014-ensemble-engageons-nous-pour-des-soins-continus-entre-la-ville-et-l-hopital.html>

8e journée nationale d'échanges du réseau REA-RAISIN de surveillance des infections nosocomiales en réanimation adulte, se déroulera à **Lyon au Centre Jean Bosco** (14 rue Roger Radisson, 69005 Lyon), **le 4 décembre 2014** de 10h00 à 16h30.

Programme : http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/Reseaux/REA/Journee/2014/Programme_JourneeREARAISIN2014.pdf

Bulletin d'inscription : <http://cclin-sudest-apps.chu-lyon.fr/jourrea2014/index.php>

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

ANALYSE DES BACTÉRIÉMIES À PARTIR DE L'ENP 2012

A partir de la masse de données recueillies dans le cadre de l'ENP 2012, Marine Giard du CCLin Sud-Est a analysé les résultats des bactériémies colligées à travers cette enquête. Les trois quarts des bactériémies nosocomiales sont survenus en court séjour et y sont plus sévères qu'en réanimation.

Historiquement la surveillance nationale des bactériémies faisait partie du RAISIN (Réseau d'Alerte, d'Information ; de Surveillance des Infections Nosocomiales) mais elle avait été réduite en 2005 et maintenue uniquement en réanimation, alors qu'elle incluait initialement toutes les spécialités. Or, le poids des bactériémies acquises hors réanimation ainsi que leurs caractéristiques nécessitent aujourd'hui d'être mieux définis.

Dans le cadre de l'enquête nationale de prévalence (ENP) 2012, tous les établissements de santé ont été sollicités sur la base du volontariat pour inclure les patients présents le jour de l'enquête en hospitalisation complète (sauf hospitalisation à domicile, psychiatrie, soins de longue durée). L'enquête se limitait aux bactériémies acquises au cours du séjour.

Selon cette enquête qui a porté sur 300.300 patients hospitalisés dans 1938 établissements de santé, la prévalence des infections nosocomiales était de 5,1% (soit 15.180 patients), celle des bactériémies nosocomiales de 0,5%, soit 1.620 patients.

Parmi ces bactériémies, les trois quarts ont été acquises en court séjour, 15% en réanimation et 10% en SSR. Les patients ayant développé une bactériémie en court séjour étaient atteints de manière plus sévère qu'en réanimation. D'autres variables ont été analysées, notamment, les comorbidités (Score de Mac Cabe, immunodépression, cancer évolutif, intervention chirurgicale), la durée d'hospitalisation et l'exposition à un ou plusieurs dispositifs invasifs (intubation, cathéter, sonde urinaire). Les résultats indiquent que l'utilisation de cathéter est responsable de 42 % des BN en réanimation, 44,7 % en court séjour et 19 % en SSR. Les cathéters centraux sont par ailleurs, plus souvent en cause que les périphériques. Les BN qui n'impliquent pas de cathéters sont majoritairement d'origine urinaire en court séjour (14 %) et en SSR (37,1 %) et d'origine pulmonaire (8,9 %) ou digestive (8,3 %) en réanimation. Une part importante des BN est d'origine indéterminée (23,7% en réanimation et 16 % en court séjour et SSR). Les résultats montrent également que *Staphylococcus aureus* est fréquemment retrouvé au sein des BN, à hauteur de 18,7 % suivi d'*Escherichia coli* à 16,1 %. Il est important de noter qu'en réanimation, ces souches sont souvent résistantes aux traitements antibiotiques.

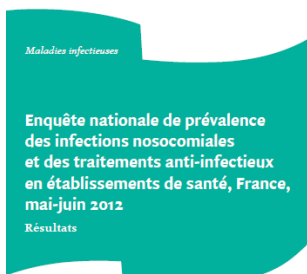
Après ajustement des facteurs individuels des patients, le risque de bactériémies nosocomiales était plus élevé en réanimation qu'en SSR, mais ne différait pas significativement de celui en court séjour.

Cette étude confirme que la grande majorité des bactériémies survient en dehors des services de réanimation. Dans cette enquête, les patients présentaient des caractéristiques plus sévères en court séjour qu'en réanimation en termes de comorbidités.

L'incidence des bactériémies sur cathéter veineux central en réanimation était utilisée comme indicateur national 2009-13. La limitation de la surveillance aux seuls services de réanimation permet de suivre un nombre limité de patients, mais seule une "proportion réduite" des bactériémies est incluse. Seul le Canada propose une surveillance des bactériémies nosocomiales "panhospitalières".

L'équipe estime que la surveillance pourrait être restreinte aux patients les plus à risques: hospitalisés depuis plus d'une semaine, voire dès quatre jours, porteur d'un cathéter central ou périphérique, en court séjour, comme en réanimation.

Pour rappel :



<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2013/Enquete-nationale-de-prevalence-des-infections-nosocomiales-et-des-traitements-anti-infectieux-en-etablissements-de-sante-France-mai-juin-2012>

Pour en savoir plus :

Analyse comparative des bactériémies nosocomiales chez l'adulte en réanimation et hors réanimation : Enquête nationale de prévalence 2012, France, M. Giard et coll, BEH, n°129, p473-481

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

VACCIN HÉPATITE B ET RISQUE DE SEP : UNE NOUVELLE MISE AU POINT DISCULPANT LA VACCINATION

Depuis plus de 10 ans, en France tout particulièrement, des observations de scléroses en plaques (SEP) ou d'autres affections démyélinisantes (ADM) survenues après une vaccination contre l'hépatite B (HB), ont fait suspecter une relation causale entre l'administration de ce vaccin et l'apparition de maladies démyélinisantes. Cette possibilité s'appuyait sur une hypothèse physiopathologique : la parenté antigénique entre certains constituants du vaccin et la myéline.

Pour confirmer ou infirmer cet effet secondaire, plusieurs études épidémiologiques ont été diligentées dans le monde. La plupart d'entre elles ont conclu à une coïncidence temporelle et non à un lien de causalité tandis que deux études retrouvaient une discrète augmentation du risque. D'autres vaccins, en particulier les plus récents ont également été soupçonnés d'augmenter le risque d'ADM. Il en est ainsi d'un vaccin contre certains papillomavirus humains (HPV) pour lequel des observations isolées d'ADM à début brutal ont été rapportées deux à 4 semaines après l'injection. Une étude cas-témoins sur un cinquième de la population de Californie du Sud vient d'être publiée. Pour cette étude cas témoins, 780 cas d'ADM ont été rassemblés (dont 427 SEP et d'autres pathologies auto-immunes neurologiques comme des encéphalomyélites aiguës disséminées, des myélites transverses idiopathiques, des névrites optiques ou des syndromes cliniques isolés).

Ces "cas" ont été comparés à 3 885 contrôles appariés par l'âge, le sexe, l'origine ethnique et le code postal (marqueur du niveau socio-économique). Pour tous ces sujets, les antécédents (datés) de vaccination dans les 3 ans étaient connus et ce pour tous les vaccins sans que l'on puisse toutefois distinguer primo-vaccination et rappel.

Pour le vaccin contre l'HB aucune association significative n'a été trouvée entre cette vaccination et l'apparition d'une ADM dans les 3 ans (que l'on utilise un modèle ajusté ou non ajusté). Ces résultats confirment donc ceux de la majorité des études épidémiologiques conduites sur le sujet depuis 15 ans. Il faut cependant peut-être souligner que le pourcentage de sujets vaccinés dans les 3 ans dans cette population était réduit (4 % pour les cas) ce qui a limité la puissance statistique de l'étude et qu'il y avait très peu de vaccinations chez des nourrissons.

Si un lien causal entre vaccin HB et ADM est infirmé une fois de plus, certains verront aussi très probablement dans ce travail une nouvelle raison de douter de l'innocuité à court terme des vaccins en général et de la vaccination contre l'HPV en particulier. Cependant pour les auteurs, la tendance constatée à une augmentation du risque d'ADM dans le mois qui suit une vaccination HPV ou dans les 3 mois qui suivent n'importe qu'elle vaccination doit être interprétée avec prudence.

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

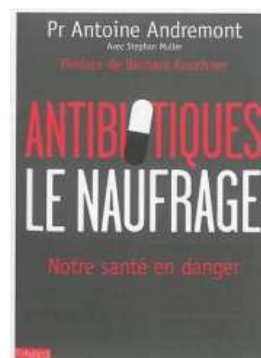
Vaccines and the risk of multiple sclerosis and other central nervous system demyelinating diseases. Langer-Gould A et coll. JAMA Neurol 2014; publication avancée en ligne le 20 octobre 2014

LECTURE ET RÉFLEXION :

« ANTIBIOTIQUES, LE NAUFRAGE : NOTRE SANTÉ EN DANGER »

C'est la fin du « miracle » antibiotique. Soixante-dix ans seulement après l'introduction de ces fabuleux médicaments, la médecine se trouve démunie face à certaines bactéries super-résistantes. Cette résistance des bactéries aux antibiotiques provoque aujourd'hui 25 000 morts par an en Europe (maladies nosocomiales, infections diverses). Et si aucune mesure n'est prise pour changer cette situation, d'ici 20 ans, des opérations bénignes pourront s'avérer mortelles.

Nous avons abusé de l'usage des antibiotiques, nous en abusons toujours, notamment pour la médecine vétérinaire et l'industrie agroalimentaire. Dans ce livre clair et argumenté, le professeur Andreumont, spécialiste mondial de bactériologie, nous alerte et montre aussi que tout n'est pas perdu. Il est temps de relancer la recherche et de mettre en œuvre une solution à portée de main : la réduction drastique de toute utilisation inappropriée des antibiotiques.



Pour en savoir plus :

Pr Antoine Andreumont, avec Stephan Muller, préface de Bernard Kouchner, « Antibiotiques - Le naufrage. Notre santé en danger », Bayard, 204 pages, 18 euros. Parution le 30 octobre.2014.

UN MÉDICAMENT D'AVENIR : LA FLORE DIGESTIVE?

Deux articles récents démontrent l'extraordinaire intérêt porté depuis quelques années à notre microbiote intestinal ou flore intestinale.

Le microbiote peut être comparé à un « supra-organisme » qui est en constante relation avec l'organisme hôte. On comprend dès lors qu'un déséquilibre, quelle qu'en soit la raison, puisse déréguler le système et provoquer potentiellement des pathologies.

C'est ce qu'on observe dans les colites à *Clostridium difficile*, qui apparaissent après un traitement antibiotique. Des dysbioses ont également été décrites dans les maladies allergiques, les maladies inflammatoires de l'intestin (maladie de Crohn, rectocolite hémorragique), l'obésité, le syndrome métabolique, le diabète et les complications cardiovasculaires associées et même l'autisme.

Le transfert du microbiote intestinal d'un sujet sain à un patient porteur d'une de ces maladies paraît une solution attractive à condition d'obtenir une preuve de l'efficacité de ce transfert ainsi qu'une balance bénéfice-risque favorable, laquelle dépend du receveur comme du donneur.

L'absorption d'une capsule de matières fécales congelées pourrait remplacer avantageusement la colonosco-

pie au cours de la transplantation fécale utilisée dans le traitement des diarrhées récidivantes à *Clostridium difficile* : le taux de guérison a atteint 90 % dans un essai mené en ouvert

La transplantation fécale consiste à rétablir la flore intestinale microbienne de patients atteints d'infection récidivante et réfractaire à *Clostridium difficile*. La technique a de nombreux obstacles : l'administration elle-même, qu'elle se fasse par voie endoscopie haute ou basse, mais aussi la conservation des selles de donneurs, estimée à 6 heures, ce qui rend leur sélection extrêmement complexe.

Cet essai en ouvert a inclus 20 patients ayant présenté au moins trois épisodes d'infection à *Clostridium difficile*, en échec thérapeutique après 6 à 8 semaines de traitement de vancomycine, ou au moins 2 épisodes sévères ayant nécessité une hospitalisation. Les donneurs étaient sélectionnés chez des volontaires sains. Ils devaient être âgés de 18 à 50 ans, avoir un IMC compris entre 18,5 kg/m² et 25 kg/m², ne recevoir aucun traitement (en particulier aucune antibiothérapie au cours des 6 mois précédents), n'avoir présenté aucun épisode infectieux. Les selles des donneurs ont été

analysées pour écarter toute infection bactérienne (hépatite). Les prélèvements fécaux (650 µl) étaient conservés à -80 °C, puis à -20 °C avant la transplantation.

Les patients ont ingéré 15 capsules sur 2 jours consécutifs et ont été suivis pendant 6 mois. Quatorze des 20 patients traités présentaient une résolution totale de leurs épisodes diarrhéiques dès la première administration et n'ont présenté aucun symptôme pendant les 8 semaines qui ont suivi. Les 6 patients non répondeurs ont été retraités en moyenne 7 jours après la première administration : 4 ont guéri, amenant le pourcentage global de résolution clinique des symptômes à 90 %.

Cette nouvelle technique, si elle s'avère reproductible, rend la transplantation fécale beaucoup plus accessible. Le fait que les gélules soient congelées demande juste que les donneurs soient sélectionnés en amont avec un maximum de précautions permettant d'éviter toute transmission virale. L'utilisation de capsule congelée rend la procédure nettement moins invasive et peu coûteuse.

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

Bourlioux P et coll.: Pourquoi la flore intestinale a-t-elle vocation à devenir médicament ? Ann Pharm Fr 2014 ; 72 : 325-9

Oral, Capsulized, Frozen Fecal Microbiota Transplantation for Relapsing *Clostridium difficile* Infection. JAMA. Published online October 11, 2014.

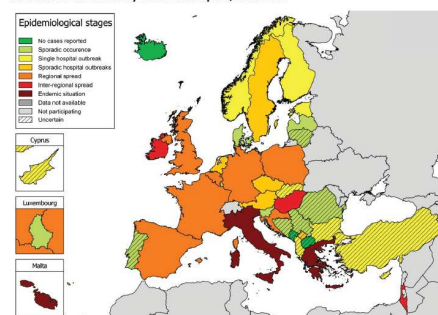
A LIRE - A VOIR - A DÉCOUVRIR

Entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC) : Interim results from the European survey on carbapenemase-producing *Enterobacteriaceae* (EuSCAPE) project 2013

<http://www.ecdc.europa.eu/en/press/press%20releases/antimicrobial-resistance-rates-carbapenem-resistant-infections-continue-to-increase-in-europe.pdf>

Une synthèse de la situation des EPC en Europe. Lire en page 6 la préoccupante évolution des EPC en Italie.

Figure 3 Occurrence of carbapenemase-producing *Enterobacteriaceae* in 38 European countries based on self-assessment by the national experts, March 2013



REX : Cas groupés d'aspergillose pulmonaire dans un service d'oncologie pédiatrique - octobre 2014

<http://www.cclin-arlin.fr/GDR/Rex/rex.html>

Dispositifs médicaux d'assistance respiratoire utilisés à domicile : Recommandations destinées aux patients - Point

d'Information : Avis de l'ANSM du 23/09/2013

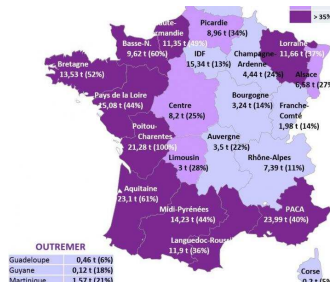
<http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Dispositifs-medicaux-d-assistance-respiratoire-utilises-a-domicile-Recommandations-destinees-aux-patients-Point-d-Information>

DASRI : AMÉLIORER LA COLLECTE EN VILLE

Presque deux ans après le lancement de la filière de collecte des déchets de soin à risque infectieux (DASRI), l'éco-organisme DASTRI va lancer en novembre une grande campagne de communication autour de la collecte des DASRI pour améliorer le système. Les pharmaciens d'officine jouent un rôle clé dans le dispositif. Des efforts seront concentrés sur les dix régions à la traîne en matière de collecte dont la Franche-Comté, Bourgogne et Champagne-Ardenne pour l'Est de la France

Le taux de collecte moyen de janvier à août de cette année a atteint 31 %, soit la moitié de l'objectif que l'éco-organisme de la filière, DASTRI, s'est fixé pour 2016, c'est-à-dire 60 % environ des volumes de déchets. D'où une nouvelle campagne de sensibilisation, « tous en boîte », qui va être nationale. Cette campagne s'adresse avant tout aux patients en auto traitement, 18 pathologies concernées (définies par arrêté) avec en tête les diabétiques, de loin les plus gros utilisateurs de DASRI.

Des focus particuliers vont être portés sur les quelque dix régions de France à la traîne dans le domaine de la collecte. Le chiffre de 31 % annoncé par l'éco-organisme recouvre en effet de grandes disparités, du Poitou Charente où l'on collecte la quasi-totalité des



OUTREMER

Guadeloupe 0,46 (8%)

Guyane 0,32 (8%)

Martinique 1,62 (19%)

Corse 10,9 (100%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

Alsace 0,88 (27%)

DASRI, jusqu'à l'île de France où le taux ne dépasse guère 13 %. Des relations média plus ciblées auront lieu dans ces régions afin d'augmenter les taux de collecte plus nette-

ment qu'ailleurs.

Le lancement de cette campagne de sensibilisation se fait après une enquête de l'IFOP afin de réaliser un état des lieux. Celle-ci a été menée auprès de 1 725 patients en auto traitement, entre la mi-août et la mi-septembre et conforte les acteurs de la filière sur l'efficacité du dispositif mis en place. Ainsi, près de 60 % des patients regroupent et stockent les DASRI dans le contenant adéquat, près d'un quart les ramène chez leur pharmacien avec les médicaments périmés et/ou non utilisés. Ils sont seulement 15 % à les jeter dans les ordures ménagères, précisément ce qu'il ne faut pas faire, puisque la filière a été créée pour éviter des accidents chez les personnes travaillant dans le circuit de collecte et de valorisation des déchets en général.

Pour en savoir plus :

DASTRI est l'éco-organisme agréé par les pouvoirs publics depuis décembre 2012 dans le cadre d'une filière à Responsabilité Élargie des Producteurs (REP) concernant les Déchets d'Activités de Soins à Risques infectieux (DASRI).

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

EPC COLISTINE RÉSISTANT : ÉVOLUTION DRAMATIQUE DE L'ANTIBIORÉSISTANCE CHEZ NOS VOISINS ITALIENS



Des isolats cliniques (n = 191) d'entérobactéries productrices de carbapénèmases (EPC) ont été recueillis à partir de 21 laboratoires hospitaliers à travers l'Italie de Novembre 2013 to Avril 2014 dans le cadre de l'Enquête européenne sur l'étude des EPC (EuSCAPE).

Klebsiella pneumoniae sécrétant une carbapénèmase (KPC-KP) a représenté 178 (93%) des isolats avec 76 (43%) résistant à la colistine, un des rares antibiotiques encore efficace sur les EPC. Les KPC-KP colistine-résistant ont été détectés dans tous les laboratoires participants. Cela souligne une évolution concernant la résistance à la colistine dans un cadre de forte endémicité KPC-KP.

A quand cette résistance dans les établissements de santé français si proche de ceux de nos voisins Italiens?

Pour en savoir plus : Colistin resistance superimposed to endemic carbapenem-resistant *Klebsiella pneumoniae*: a rapidly evolving problem in Italy, November 2013 to April 2014. M. Monaco, T. Giani, M. Raffone, and coll, Eurosurveillance, Volume 19, Issue 42, 23 October 2014

<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20939>

EBOLA : ACTUALITÉS (SUITE PAGE 1)

Avis du HCSP concernant les personnels prenant en charge des cas de MVE (17 pages):

Date du document : 24/10/2014 - Date de mise en ligne 03/11/2014

<http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=458>

Cet avis est relatif à la conduite à tenir concernant :

- l'identification et le suivi des personnes contacts d'un cas possible ou confirmé de maladie à virus Ebola
- les professionnels de santé exposés à un cas confirmé de maladie à virus Ebola

Depuis début 2014, des cas de maladie à virus Ebola (MVE) sont rapportés dans plusieurs pays d'Afrique de l'ouest. Le virus Ebola se transmet à l'homme à partir des animaux sauvages et se propage par transmission interhumaine, notamment les fluides biologiques. La maladie est grevée d'une forte mortalité.

Concernant l'identification et le suivi de la ou des personnes contacts d'un cas possible ou confirmé de maladie à virus Ebola (MVE), le HCSP recommande notamment de mettre en place une démarche de suivi pour toute personne identifiée comme « à risque faible » ou « à risque élevé » et de l'accompagner d'une information adaptée et complète. Il recommande de confier cette démarche à une cellule de coordination placée sous la responsabilité d'un médecin.

Concernant les professionnels de santé exposés à des patients cas confirmés de MVE ne relevant pas de la définition des cas contact car bénéficiant d'équipements de protection individuels (EPI), en particulier pour les professionnels de santé qui ont travaillé dans les centres de traitement Ebola en Afrique, le HCSP recommande une information préalable au départ auprès d'un infectiologue d'un établissement de santé de référence habilité à la prise en charge de ces patients (ESRH) et un suivi au retour.

Ces recommandations sont détaillées dans les documents figurant en annexe de cet avis.

Ces données sont susceptibles d'évoluer en fonction des connaissances et de la situation épidémiologique.

Autres avis du HCSP en cours d'élaboration et de publication :

- fiche ES non R validée et publiée très prochainement.
- Projet d'avis "Procédure de nettoyage et de désinfection des surfaces potentiellement contaminées"
- Projet d'avis "Procédure de nettoyage et de désinfection des DM utilisés lors de la prise en charge des cas confirmés"
- Projet d'avis "Transmission du virus Ebola après guérison clinique, par les liquides biologiques et notamment par voie sexuelle"
- Projet d'avis "Equipements de protection individuelle pour la prise en charge des patients cas suspects, cas possibles et cas confirmés"
- Fiche de recommandations pour la gestion des déchets médicaux produits dans la chambre d'un patient classé "cas suspect", "cas possible" et "cas confirmé" de maladie à virus Ebola dans un établissement de santé.

Pour en savoir plus :

Recommandation: <http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/ebola.html>

OMS. Personal Protective Equipment (PPE) in the Context of Filovirus Disease Outbreak Response : Rapid advice guideline. 2014/10, 10 pages. Technical specifications for PPE equipment to be used by health workers providing clinical care for patients. 2014/10, 10 pages.

ECDC. Critical aspects of the safe use of personal protective equipment. A training tutorial for healthcare professionals. 2014/10, 71 pages.

Réglementation

Arrêté du 3 novembre 2014 modifiant l'arrêté du 31 octobre 2014 modifiant l'arrêté du 18 septembre 2014 modifié autorisant l'utilisation de traitements pour des patients contaminés par le virus Ebola

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029690150&dateTexte=&categorieLien=id>

Arrêté du 31 octobre 2014 modifiant l'arrêté du 18 septembre 2014 modifié autorisant l'utilisation de traitements pour des patients contaminés par le virus Ebola

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029676053&fastPos=1&fastReqId=474630861&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte>

PRÉVENTION DES AES : DE L'HÔPITAL À LA VILLE ET AUX EMS

L'incidence des accidents exposant au sang (AES) a baissé en milieu hospitalier au fil des années. Cette baisse semble liée à la diffusion de matériel sécurisé et aux actions d'information/formation. Cette prévention gagnerait à s'élargir vers le secteur médico-social et l'ambulatoire.

Pour rappel, un AES est défini comme tout contact avec du sang ou un liquide biologique contenant du sang et comportant soit une effraction cutanée (piqûre ou coupure) soit une projection sur une muqueuse (œil, bouche) ou sur une peau lésée.

Les premières victimes sont les para-médicaux. Ils sont à l'origine de près de 60% des 17 à 18 000 déclarations d'AES effectuées chaque année dans les établissements de santé français. L'accident percutané est la cause la plus fréquente d'AES.



Au 30 juin 2012, 14 séroconversions VIH documentées et 35 infections VIH présumées depuis 1991 ont été recensées ainsi que 70 séroconversions VHC documentées depuis 1997.

Au sein des établissements de santé, la prévention des accidents d'exposition au sang (AES) est intégrée dans la surveillance des infections nosocomiales. Les équipes d'hygiène et la santé au travail ont dans ce cadre établi divers protocoles, acheté du matériel sécurisé, assuré des formations... Si bien que le taux d'incidence des AES pour 100 lits a diminué de près de 14% depuis une dizaine d'années. Selon les données du RAISIN (réseau CCLin-Arlin et InVS), en 2012, 18 829 AES ont été recensés dans 1 019 établissements participants au Réseau de surveillance des AES. Mais probablement que la sous-déclaration est importante.

En outre, une enquête réalisée par la Fédération nationale des infirmiers (FNI) et le GERES d'octobre à novembre 2013 auprès de 1 870 infirmiers libéraux montre que 62% d'entre eux ont déjà été victimes d'un AES par piqûre d'aiguille au cours de leur carrière. Sur un an, 53% des répondants se blessent 1 à 2 fois avec du matériel piquant ou coupant, toutefois seuls 19% d'entre eux ont consulté dans les 48 heures un médecin des urgences ou un référent médical hospitalier pour évaluer le risque infectieux lié à cet accident et 86% ne déclarent pas cet accident du travail.

Le secteur hospitalier bénéficie en effet depuis juillet 2013 d'une réglementation renforcée sur le plan de la prévention des blessures par objets tranchants (directive européenne 2010/32/UE transposée par un décret n°2013-607 du 9 juillet 2013 et par un arrêté du 10 juillet 2013). Ces textes imposent à tout employeur une protection du salarié selon l'évaluation du risque.

En complément, une circulaire détaillée et illustrée d'exemples concrets doit aussi paraître d'ici fin 2014, et particulièrement dans l'utilisation de matériel sécurisé à la fois en établissement de santé mais aussi dans le monde libéral

Le nouveau Programme national de prévention des infections nosocomiales (Propin) 2014-2018 devrait contenir un champ qui pourrait plutôt s'orienter vers la couverture vaccinale des soignants et une surveillance à l'échelle régionale des AES. En effet il est nécessaire de rester vigilant dans le domaine de la prévention des AES sous peine de voir s'atténuer l'efficacité des mesures contre les AES.

Pour en savoir plus :

Rapport AES RAISIN : surveillance des AES en France, 2011-2012 <http://www.cclin-est.org/spip.php?article43>

Enquête FNI-GERES : <http://www.fni.fr/>

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/>