

ACTUALITÉS DU CCLIN EST ET DE SES 5 ANTENNES RÉGIONALES



Février 2015

INFECTIONS NOSOCOMIALES : VERS UN INDICATEUR DE MORTALITÉ?

La ministre des affaires sociales, Mme Marisol Touraine qui s'exprimait en clôture des états généraux du Lien le 05 février dernier, s'est montrée très prudente sur la possibilité de rendre publics des **indicateurs de mortalité par infections nosocomiales**, en craignant que les établissements qui déclareraient le mieux les événements ne soient stigmatisés.

Disposer d'indicateurs de taux d'infections nosocomiales et de mortalité, établissement par établissement, constitue une revendication déjà ancienne du Lien, association de patients centrée sur la lutte contre ces complications. Face à cette demande, la ministre n'a pas apporté les réponses qu'auraient souhaité les membres de l'association.

"Ne faisons pas comme si c'était simple. Le maniement des données est complexe et l'utilisation qu'on pourrait en faire serait redoutable", a-t-elle estimé. "On peut avoir envie de comparer les établissements au regard de leurs performances sur les infections nosocomiales. Mais certains établissements déclareront plus volontiers que d'autres. Il ne faudrait pas qu'ils soient pointés du doigt parce qu'ils auraient engagé déjà pratiques plus vertueuses". "On voit régulièrement des cas où la déclaration d'événements graves a été respectée" par un établissement et cela conduit à une médiatisation au détriment de l'établissement "alors que cela montrait son bon fonctionnement".

Des travaux sont d'ailleurs en cours à la Haute autorité de santé (HAS) pour élaborer des "indicateurs normalisés". Selon Alain-Michel Ceretti, la HAS travaillerait à l'élaboration de ces indicateurs depuis 2008. Il s'agit notamment de prendre en compte l'état initial du patient ainsi que le type de service dans lequel était hospitalisé le patient, pour pondérer les résultats.

Le président de la HAS a indiqué qu'il souhaitait des indicateurs qui servent à la réflexion des établissements, des outils d'alerte "plus que des outils d'information des usagers".

Différentes actions dans le domaine de la lutte contre les infections nosocomiales sont déjà menées, dont le futur Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias) qui sera rendu public très prochainement (fin mars-début avril?). Dans le nouveau Propias, "trois axes ont été retenus: la prévention des infections associées aux soins tout au long du parcours de santé, en impliquant directement les patients; le renforcement de la maîtrise de l'antibiorésistance ; la réduction des risques infectieux associés aux actes invasifs".

La Ministre de la Santé a également cité le plan national d'alerte sur les antibiotiques, "qui prend la suite des précédentes démarches entreprises", le programme national d'amélioration de la politique vaccinale, la réorganisation des vigilances sanitaires pour permettre des déclarations facilitées et l'adhésion de tous, et le plan EcoAntibio sur la consommation d'antibiotiques chez les animaux.

Et récemment, une "task force" sur l'antibiorésistance a été créée, qui "réunit les meilleurs experts de la discipline, les acteurs publics et privés mais également les associations de patients".

Ce groupe de travail devra "faire preuve d'ambition et d'innovation et je les incite à réfléchir 'en dehors du cadre'" car "on ne peut pas rester à attendre que les initiatives déjà lancées produisent leurs effets", a déclaré la ministre. Elle attend des propositions "avant l'été 2015".

Wait and see.

Dans ce numéro :

Indicateurs	1
A l'agenda	2
Hygiène des mains	3
Hépatite B	4
Ebola	5
Audit endoscopie	6
Isolement en réa	7
Réa RAISIN 2013	8

Chaque bulletin contient des points de :

- Formations
- Surveillances
- Signalements
- Réglementation

FÉVRIER 2015

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		

La campagne 2015 des surveillances proposées par le Raisin et le CCLIN Est a commencé. Vous pourrez inscrire votre établissement en ligne sur le site du CCLIN Est : <http://cclin-est.fr/>, à la rubrique de chaque surveillance concernée.

Quelle que soit la surveillance, l'inscription est indispensable (y compris si vous avez participé en 2014).

BMR 2015 : surveillance du 1^{er} avril au 30 juin 2015.

Rappel : Il existe une Option en 2015 avec le **contrôle qualité microbiologique** pour identifier les BMR (date limite d'inscription au contrôle qualité : 31 mars 2015). L'inscription est faite par l'établissement et non par le laboratoire qui peut être privé et donc extérieur à l'établissement :

https://docs.google.com/forms/d/1HELcWLknDFxtChwRe-Yi6q_fCKx0BCiRnhp8JIDQakQ/viewform?c=0&w=1

Le laboratoire recevra par la suite une confirmation de son inscription et des modalités du CQ 2015.

Calendrier du CQ 2015 :

Semaines 21-22 (du 18 mai au 30 mai 2015) le laboratoire Elitech transmettra trois souches aux laboratoires inscrits.

Semaine 26 (du 22 au 27 juin 2015) les résultats du contrôle de qualité seront retournés au CCLIN Est.

COLLOQUES - JOURNEES - CONGRES

2^{ème} Colloque « Sécurité des patients » : Paris les 18 et 19 mars 2015 - organisé par l'EHESP (Ecole des Hautes Etudes de Santé Publique) - programme et inscription

<http://formation-continue.ehesp.fr/wp-content/uploads/2014/12/colloqueS%C3%A9curit%C3%A9Patients2015-A4.pdf>

Journée CCLIN Est/ARLIN : Reims le 21 avril 2015 sur « les indicateurs et les cibles du nouveau PROPIAS » - programme et bulletin d'inscription à venir

XV^{ème} Congrès SF2H : Tours les 3, 4 et 5 juin 2015. <http://www.sf2h.net/congres-sf2h.html>

Les thèmes seront les suivants :

- > nouveaux concepts en architecture hospitalière et leurs enjeux en termes de risque infectieux : « Hôpital du futur »
- > simulation en santé et hygiène hospitalière
- > accès aux abords vasculaires
- > évaluation médico-économique des mesures d'hygiène (efficacité).

23^{èmes} Journées régionales d'hygiène de l'ARLIN Lorraine : Nancy le 18 et 19 juin 2015 (Attention nouveau lieu : Domaine de l'Asnée à Villers les Nancy) pré-programme

<http://arlin-lorraine.chu-nancy.fr/congres-manifestations/journees-regionales-d-hygiene/2015-23emes-j-r-h/Pre-programme%2023%20JRH.pdf/>

TUBERCULOSE MULTI-RÉSISTANTE EN EUROPE DE L'EST : AUTOCHTONE ET COMMUNAUTAIRE?

Si les cas de tuberculose multirésistante sont encore majoritairement importés en Europe de l'Ouest, un groupe de chercheurs (consortium européen TBnet) font le constat assez préoccupant qu'il semblerait que ce ne soit plus le cas dans certains pays d'Europe de l'Est. Les chercheurs du groupe TBnet sont parvenus à cette conclusion en analysant 380 patients infectés par des souches résistantes de *Mycobacterium tuberculosis* et 376 contrôles infectés par une souche non résistante dans 16 pays européens.

Plus le patient vivait dans un pays à incidence élevée de tuberculose, moins il y avait de chance qu'il s'agisse d'un migrant. Seulement 0,5 % des malades étaient des cas importés, dans deux pays ayant plus de 100 cas pour 100 000 habitants par an : la Moldavie et la Roumanie. De plus, pour plus de la moitié des patients, il s'agissait d'un premier épisode de tuberculose, non lié à une hospitalisation. Ces deux éléments suggèrent que les tuberculoses multirésistantes sont devenues des maladies autochtones et communautaires dans ces pays où les traitements de seconde ligne sont parfois difficilement accessibles.

Dans les 10 pays de plus faible prévalence (moins de 20 cas pour 100 000 habitants par an) comme l'Italie ou la Grande Bretagne, 85,4 % des cas de tuberculoses multirésistantes étaient des cas importés, mais seule une minorité d'entre eux provenaient de pays extracommunautaires.

Les politiques européennes de prévention devraient se concentrer sur les pays où l'incidence de la tuberculose est élevée, surtout en Europe de l'Est.

Les auteurs notent que 59,7 % des souches retrouvées sont résistantes aux pyrazinamides, 26,6 % résistent aux agents injectables de seconde ligne et 6,8 % résistent à tous les traitements. Plus inquiétant, 17,6 % des souches de mycobactéries survivent aux fluoroquinolones qui constituent l'épine dorsale des nouveaux traitements de la tuberculose.

Gunnar Günther et al, Multidrug-Resistant Tuberculosis in Europe, 2010–2011, Emerging Infectious Disease, volume XXI, n°3, mars 2015.

HYGIÈNE DES MAINS : COMMENT PROGRESSER? UNE NOUVELLE PISTE

Présenté lors des 5^{èmes} états généraux des infections nosocomiales et de la sécurité du patient organisés à Paris le 05 février dernier, un système automatisé de mesure de l'observance de l'hygiène des mains (MediHandTrace) a été testé à l'AP-HM.



Les résultats obtenus avoisinaient **20% de bonnes pratiques** reflétant davantage la réalité des pratiques qui serait surévaluée par les méthodes actuellement utilisées. Un point très important mis en exergue par ce travail est le fait que l'observance de l'hygiène des mains est corrélée au positionnement de distributeur de SHA. Le système de traçabilité d'hygiène des mains MediHandTrace identifie par radiofréquence un traceur individuel inséré dans les chaussures des soignants reconnu par des antennes posées au sol et situées au niveau des distributeurs de solution hydro-alcoolique. Le système reconstitue les parcours des soignants à l'intérieur et devant les chambres.

L'étude menée à l'AP-HM entre septembre 2013 et mars 2014 a enregistré 14.500 parcours, dont 4.629 ont été inclus dans l'analyse (après élimination des parcours sans patient ou encore réalisés dans les chambres de patients infectés par Clostridium difficile et isolés). Ces données sont relatives aux parcours de 43 soignants et de 132 patients dans sept services. Selon ces résultats, seulement 22,6% des soignants se frictionnent les mains avant un contact avec les patients. Après contact, cette proportion est de 21,4%. Les auteurs estiment que les trois quarts des parcours sont "inacceptables". Par ailleurs, plus les parcours sont courts, moins les soignants se désinfectent les mains. **Plus grave, les différences individuelles sont très marquées: certains se désinfectent toujours correctement les mains, d'autres jamais.**

Les soignants qui ont participé à l'étude ont eu accès à un compte rendu hebdomadaire de leurs "performances" par SMS. On constate que cela fait progresser ceux qui ont des résultats moyens ou bons. En revanche, ces retours n'ont aucun impact sur ceux qui ne se frictionnent jamais les mains. Pour ces derniers, le Pr Brouqui auteur de l'étude préconise la **mise en place de système d'alerte qui pourrait conduire à "écarter des établissements" ceux qui sont "complètement réfractaires" à l'hygiène des mains. A méditer!**

Pour en savoir plus :

<http://www.sciencesetavenir.fr/sante/20150120.OBS0395/hopital-une-puce-dans-la-chaussure-pour-surveiller-l-hygiene-des-mains.html>

VACCINATION HÉPATITE B INSUFFISANTE : REBOND DE LA CIRCULATION VIRALE

La défiance envers le vaccin contre l'hépatite B et la modification de la politique de rattrapage se sont traduites par un rebond de la circulation de ce virus, selon les résultats d'une étude lyonnaise.

En France trois campagnes de vaccination contre l'hépatite B ont été successivement menées. La première ciblait la population à risque en 1992-94, la deuxième, beaucoup plus large, s'adressait aux nourrissons avec rattrapage chez les adolescents en milieu scolaire à partir de 1994. Finalement, la vaccination en milieu scolaire a été interrompue en 1998 en raison de controverses sur la sécurité du vaccin contre l'hépatite B.

Christophe Ramière de l'hôpital de la Croix-Rousse (HCL) et ses collègues ont évalué l'impact des politiques d'immunisation sur la couverture vaccinale et la circulation virale parmi les personnes à risque de contracter le virus de l'hépatite B (VHB).

Ils se sont basés sur 57.113 personnes se rendant dans un centre de dépistage VIH/hépatites de la métropole du Grand Lyon. L'infection par le VHB était évaluée en déterminant, entre 2005 et 2010, les concentrations sériques en antigènes HBs, en anticorps anti-HBs et anti-HBc. La couverture vaccinale et l'incidence du VHC ont été calculées par cohorte de naissance entre 1960 et 1995.

La couverture vaccinale a graduellement progressé de 1960 à 1985 pour atteindre 60%-70% des individus dans la cohorte née entre 1983 et 1985. Au sein des cohortes nées après 1985, les investigateurs ont observé un déclin continu de la couverture vaccinale, tombée au-dessous de 30% pour la plus jeune des cohortes étudiées par l'équipe.

L'incidence de l'infection des non-vaccinés a décliné de 5-7/1.000, chez les personnes nées avant 1986 à 2,5/1.000 chez celles nées en 1986-91. La circulation du virus a ensuite rebondi: l'incidence atteignait 5/1.000 chez les personnes nées après 1991.

La modification de la politique vaccinale en France suite aux controverses sur la sécurité du vaccin contre l'hépatite B "ont conduit à un déclin dramatique de la couverture vaccinale des jeunes adultes et un important rebond de la circulation virale", pointent les auteurs dans le résumé de leur présentation.

Cette étude illustre la pertinence des stratégies combinant vaccination universelle et rattrapage pour contrôler la circulation de l'hépatite B dans les pays de faible endémie.

Pour en savoir plus :

Conséquences des politiques publiques de vaccination contre le VHB sur l'incidence de l'infection dans une cohorte française d'individus nés entre 1960 et 1994, Christophe Ramière, Laboratoire de Virologie, Hospices Civils de Lyon, 15ème Réunion du Réseau National Hépatites, Paris 29-30 janvier 2015

L'INDEMNISATION DU PATIENT NE PEUT ÊTRE LIMITÉE S'IL SE SOUSTRAIT AUX SOINS

Le refus d'un patient de soigner une infection nosocomiale contractée dans un établissement de soins, à l'origine de complications supplémentaires, ne permet pas de limiter l'indemnisation à laquelle il peut prétendre, selon la Cour de cassation.

Après avoir subi deux interventions chirurgicales pratiquées par un urologue dans cette clinique, le patient avait contracté une infection nosocomiale, qui s'était manifestée après la deuxième opération.

L'équipe médicale avait enregistré le 4 avril 2005 une hyperthermie révélatrice d'un état infectieux. Mais le patient, sans attendre le résultat des examens prescrits pour connaître la nature de l'infection, avait d'abord refusé de recevoir une antibiothérapie, avant de quitter la clinique le 8 avril "en dépit d'un état fébrile et contre avis médical après signature d'une décharge explicite". La cour d'appel avait relevé qu'il avait refusé tout suivi médical "pendant près d'un mois malgré des signes cliniques avérés", avant de consulter un médecin homéopathe "au bout de 15 jours", de suivre un "séjour de repos sans aucun autre traitement pendant une dizaine de jours", avant finalement d'être ré-hospitalisé en urgence le 9 mai 2005 dans une clinique mutualiste.

Atteint d'une septicémie par streptocoque, il souffrait d'atteintes secondaires à l'épaule, au foie et au cœur qui ont nécessité plusieurs traitements. La cour d'appel de Bordeaux, après avoir reconnu la responsabilité de la clinique dans l'infection nosocomiale, avait toutefois décidé de réduire son indemnisation, en ne tenant compte des conséquences de l'infection que si elle avait été "normalement traitée", sans inclure les complications qui découlaient du refus de soins. La cour d'appel s'appuyait notamment sur les expertises, relevant que si le patient n'avait pas quitté l'établissement, il aurait pu bénéficier d'une "antibiothérapie adaptée au germe qui aurait pu être identifié par la poursuite des examens et analyses engagés lors de son séjour à la clinique et interrompus avant d'avoir abouti", permettant ainsi de résorber l'infection et d'éviter des complications.

La cour estimait que "les complications de l'infection initiale sont la conséquence du refus par ce patient, pendant plus d'un mois et en raison de ses convictions personnelles, de traitements qui ne revêtaient pas un caractère lourd et pénible". La cour notait ainsi que le patient, un masseur-kinésithérapeute en exercice, "préférerait les médecines naturelles".

La Cour de cassation a invalidé l'analyse de la cour d'appel. Elle souligne ainsi que "le refus d'une personne, victime d'une infection nosocomiale dont un établissement de santé a été reconnu responsable [...] de se soumettre à des traitements médicaux, qui [...] ne peuvent être pratiqués sans son consentement, ne peut entraîner la perte ou la diminution de son droit à indemnisation de l'intégralité des préjudices résultant de l'infection".

La cour d'appel ne pouvait donc pas imputer l'aggravation de l'état du patient au refus des traitements proposés, "alors que ceux-ci n'avaient été rendus nécessaires que parce qu'il avait contracté une infection nosocomiale engageant la responsabilité de la clinique". La Cour de cassation a donc cassé l'arrêt renvoyé l'affaire devant la cour d'appel de Toulouse.

Pour en savoir plus : Arrêt n°13-21180 de la Cour de cassation, Première chambre civile

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?idTexte=JURITEXT000030114056>

EBOLA : LES ACTUALITÉS

La multiplicité des informations concernant la fièvre hémorragique à virus Ebola rend difficile la lisibilité et la compréhension des mesures à connaître voire à mettre en œuvre.

Il est souhaitable que les hygiénistes prennent connaissance régulièrement des documents mis à disposition.

Le plus pertinent est de lire :

Documentation sur le site CCLin-Arlin (mise à jour le 09/02/2015)

CCLin-Arlin

- Désinfection des surfaces **Nouveau**
Format pdf - Format powerpoint

Un test rapide pour Ebola disponible en mars 2015.



Dès le mois prochain il sera possible en quelques secondes, et à partir d'une seule goutte de sang, de diagnostiquer une infection déclarée au virus Ebola. Il permettra une mise en quarantaine rapide, et ainsi une barrière plus efficace à l'épidémie. La sécurité du test Ebola a été validée sur plusieurs centaines de prélèvements en Guinée. La charge de virus est si importante chez les personnes décédées du virus Ebola qu'un simple prélèvement pharyngé suffit pour

effectuer le test Cette information est essentielle quand on sait que de nombreuses personnes sont contaminées à la suite de contacts avec des cadavres. Le test Stada sera proposé dans le monde entier au prix de 3,20 euros le kit.

1976 à la découverte du virus EBOLA : un article essentiel sur l'histoire de la découverte de ce virus par Peter PIOT.

http://www.lemonde.fr/planete/article/2014/08/10/1976-a-la-decouverte-du-virus-ebola_4469215_3244.html#J1ftGp6velbyorpt.99

Pour en savoir plus : http://www.cclin-arlin.fr/Alertes/2014/alerte_Ebola.html

A LIRE - A VOIR - A FAIRE

- HCSP : Rapport relatif à la conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de coqueluches, HCSP, 2014.

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=461>

Le Haut Conseil de la Santé Publique vient de publier de nouvelles recommandations de prise en charge, en particulier des cas groupés. Ce rapport détaille la situation épidémiologique, les manifestations cliniques de la coqueluche, les modalités de diagnostic et de traitement, et les moyens de prévention.

En complément :

Épidémie de coqueluche dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, Bouches-du-Rhône, août 2013, Thiphany Succo et coll. BEH N°5 | 3 février 2015

http://www.invs.sante.fr/beh/2015/5/2015_5_2.html

- Littérature commentée sur les infections associées aux soins : mise en ligne tous les 15 jours sur le site internet dont l'adresse est la suivante: <http://www.gabrielbirgand.fr/2015/02/>

- Rapport annuel sur les zoonoses, publié par l'Agence européenne de sécurité des aliments (Efsa) et le Centre européen de prévention des maladies (ECDC)

<http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/EU-summary-report-trends-sources-zoonoses-2013.pdf>

Entre 2012 et 2013, le nombre de cas de listériose a augmenté de 8,6 % en Union européenne. En 2013, le taux de salmonellose a diminué de 7,9 % dans l'UE par rapport à 2012, confirmant une tendance à la baisse pour la huitième année consécutive. Les infections de campylobactérioses chez l'homme se sont stabilisées depuis le rapport 2012, enregistrant une légère baisse du nombre de cas par rapport aux cinq dernières années.

- 1^{er} rapport européen intégrant consommation des antibiotiques et résistances chez l'homme et l'animal

<http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/antimicrobial-resistance-JIACRA-report.pdf>

Lorsque la consommation d'antibiotiques est ainsi exprimée, la France arrive largement en tête des pays de l'Union européenne pour ce qui concerne la santé humaine. En 2012, la consommation française d'antibiotiques s'élevait à 175,8 mg/kg, soit bien plus que la moyenne européenne de 116,4 mg/kg. Lorsque la consommation est exprimée en doses journalières pour 1.000 habitants/jour, la France restait en 2012 dans le peloton de tête, mais occupait la quatrième place, selon un rapport publié en décembre 2014 par l'Organisation de coopération et de développement économiques. La France fait partie des 15 pays de l'UE où la consommation d'antibiotiques est relativement moins importante chez les animaux d'élevage que chez l'homme. Le rapport confirme le lien entre consommation d'antibiotiques et émergence de résistances chez l'homme.

AUDIT « ENDOSCOPIE » DU GREPHH : AUDIT NATIONAL 2015

Le Grephh a mis à votre disposition depuis début janvier 2015 un nouvel audit qui s'intéresse à l'endoscopie et plus précisément à l'utilisation des endoscopes souples non autoclavables avec canaux internes . Cet audit est considéré comme un audit national et donc fortement recommandé.

Cet audit se compose de deux parties : un tronc commun est déjà disponible sur le site du GREPHH et quatre modules complémentaires optionnels qui seront proposés au cours du 1^{er} semestre 2015.

Les inscriptions pour les établissements de l'inter-région Est se font en ligne par l'intermédiaire d'un formulaire

L'information et la formation des futurs auditeurs sont organisées au sein de chaque région. Sont programmées les réunions suivantes :

- **Strasbourg : 19 février 2015**, Grande salle du CA - Hôpital Civil - CHU Strasbourg
- **Besançon : 09 mars 2015**, Amphi A (Messiaen) - Centre Diocésain, 20 rue Mégevand
- **Reims : 10 mars 2015**, lieu à préciser
- **Nancy : 17 mars 2015**, Salle de réunion Arlin-CClin, hôpitaux de Brabois, Vandoeuvre les Nancy
- **Dijon : 31 mars et 16 avril** (à voir avec Graziella GUERRE, Arlin Bourgogne)

Les inscriptions sont obligatoires auprès de l'Arlin pour des raisons d'organisation.

Pour en savoir plus :

Inscriptions : <http://www.cclin-est.org/spip.php?rubrique49>

Les outils : <http://www.grephh.fr/Endoscopie-GREPHH.html>

La réglementation : Instruction n°DGOS/PF2/2014/338 du 8 décembre 2014 relative à l'audit national en endoscopie concernant les endoscopes souples non autoclavables avec canaux :

DEUX ENQUÊTES SF2H

Etat des lieux de la fonction entretien des locaux :

Dans le cadre du sous-groupe « entretien des locaux et alternatives » de sa commission développement durable, la Société Française d'Hygiène Hospitalière a souhaité réaliser un état des lieux de la fonction entretien des locaux dans les établissements sanitaires et médicosociaux.

Nous vous proposons de participer à ce projet en remplissant en ligne, d'ici le **28 février prochain**, un court questionnaire établissement (une réponse par établissement) dont le lien de saisie est le suivant :

<https://docs.google.com/forms/d/1mH4Yt4yz7WyxPWLpQFoyhD59YeLq7iGVGy--Td3gZdl/viewform?c=0&w=1>

Les résultats globaux feront l'objet d'une publication avec les différents travaux de la commission.

Enquête sur l'état des lieux du parc de laveurs-désinfecteurs d'endoscopes en France :

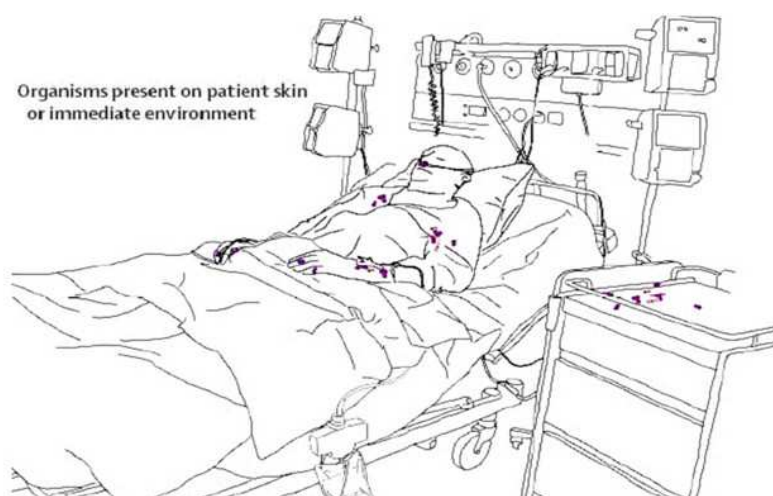
Enquête de la SFED en collaboration avec la SF2H du **09 au 28 février 2015** portant sur l'état des lieux des LDE en France.

http://www.videodigest-coursintensif.fr/forms/Enquete-sur-l-etat-des-lieux-du-parc-de-laveurs-desinfecteurs-d-endoscopes-en-France_f7.html

RÉANIMATION : L'ISOLEMENT CIBLÉ DES PATIENTS À RISQUE DE MULTIRÉSISTANCE AUSSI EFFICACE QUE L'ISOLEMENT SYSTÉMATIQUE

Une politique d'isolement des patients admis en réanimation ciblée sur ceux à risque de porter une bactérie multirésistante est aussi efficace que l'isolement systématique, montrent des études présentées au congrès de la Société de réanimation de langue française (SRLF) en janvier 2015.

L'efficacité d'un isolement systématique des patients admis en réanimation, en attendant les résultats du dépistage de bactéries résistantes -qui permet de décider de lever ou maintenir l'isolement- est débattue, rappellent G. Ledoux du CHU de Lille et ses collègues. L'isolement systématique peut être associé à une augmentation des effets indésirables graves et de l'anxiété des patients, et cette pratique induit un surcoût.



Une alternative est un isolement ciblé, seulement quand les patients présentent à l'admission au moins un facteur de risque de portage de bactérie multirésistante.

Ils ont conduit à Lille une étude comparant deux périodes d'un an. Dans la première période, tous les patients admis étaient isolés, et dans la deuxième période, c'était le cas des seuls patients ayant un facteur de risque. Dans les deux cas, un dépistage systématique était réalisé à l'entrée, permettant secondairement de décider la levée ou la poursuite de l'isolement.

Au total, 585 patients durant la première période ont été comparés à 636 patients durant la seconde période.

Le taux d'infection lié à une bactérie multirésistante s'est avéré similaire dans les deux groupes: respectivement 16,6% durant la

période d'isolement systématique et 15,6% durant la période d'isolement ciblé. Et l'incidence des acquisitions de bactérie multirésistante était également similaire: respectivement 23,6% et 21,7%.

Cela montre la "non-infériorité" de la stratégie d'isolement ciblé, notent les chercheurs.

La stratégie d'isolement ciblé a permis de diminuer de plus d'un tiers le taux d'isolement initial des patients: 64,2% d'isolement contre 100%.

Une autre étude a été présentée durant la même session, par S. Fedun de l'hôpital Tenon (AP-HP) à Paris. Deux périodes de six mois ont été comparées, permettant d'analyser respectivement 413 patients durant la première période où un isolement systématique était pratiqué, puis 369 patients durant la période où un isolement ciblé était pratiqué.

Les facteurs de risque pris en compte pour l'isolement ciblé sont d'avoir eu une antibiothérapie dans les trois mois précédents, une hospitalisation dans l'année précédente, un transfert d'un autre service avec une durée d'hospitalisation de plus de cinq jours, une immunodépression, une hémodialyse, un transfert d'une maison de retraite médicalisée ou d'un service de soins de suite, ou un voyage à l'étranger de moins d'un an.

Dans cette étude, le risque de portage d'une bactérie multirésistante a été considéré comme nul pour 20% des patients, qui n'ont donc pas été isolés. Parmi eux, un seul cas sur 57 s'est finalement avéré positif pour une bactérie multirésistante.

Le taux de portage au départ était similaire, et le risque d'acquisition d'une bactérie multirésistante a été similaire dans les deux périodes: respectivement 3,6% et 4% des patients.

Bibliographie :

Impact de l'isolement ciblé à l'admission sur l'incidence des infections acquises en réanimation à bactéries multirésistantes, G. Ledoux (Lille - FRANCE), Congrès national de la SLRF, Paris, janvier 2015.

Isolement guidé par une estimation du risque de portage de BMR à l'admission en réanimation, S. Fedun, M. Djibre (Paris - FRANCE), Congrès national de la SLRF, Paris, janvier 2015.

RÉSULTATS NATIONAUX RAISIN 2013 DE LA SURVEILLANCE DES INFECTIONS EN RÉANIMATION

Selon la surveillance RAISIN des infections en réanimation, l'incidence des pneumopathies liées à l'intubation et des bactériémies associées à un cathéter veineux central ont significativement fléchi en 2013. La surveillance des infections nosocomiales est prioritaire en réanimation, secteur à haut risque du fait de l'état critique des patients et de leur exposition aux dispositifs invasifs. Les infections associées à un dispositif invasif pour lesquelles une démarche de prévention est possible sont suivies depuis 2004. Les services volontaires recueillent pendant six mois les données concernant tout patient hospitalisé plus de deux jours.

Les données publiées concernent la période de janvier à juin 2013 et portent sur 213 services et 34.278 patients hospitalisés en moyenne 12 jours. Dans cette population, 67% des patients étaient intubés, 88% avaient une sonde urinaire et 61% un cathéter veineux central. Parmi eux, 10% ont présenté au moins une infection.

Pseudomonas aeruginosa (15,5%), *Staphylococcus aureus* (12,2%) et *Escherichia coli* (9,1%) étaient les bactéries les plus fréquemment en cause. L'étude des résistances bactériennes aux antibiotiques confirme les données déjà disponibles par ailleurs: tendance à la baisse des staphylocoques aureus résistants à la méticilline (Sarm) et augmentation alarmante des entérobactéries productrices de bêta-lactamases à spectre étendu (BLSE).

Les taux d'incidence s'élevaient à 13 pneumopathies/1.000 jours d'intubation, trois bactériémies/1.000 jours d'hospitalisation en réanimation et six patients avec une culture positive/100 patients exposés à un cathéter veineux central.

Entre 2004 et 2013, les bactériémies ont légèrement diminué (-2,7%), les pneumopathies de 20%. Les infections urinaires liées au sondage, recueillies entre 2004 et 2012, ont également décliné de 54%.

Néanmoins, au cours des cinq dernières années, certains facteurs de risque ont augmenté (âge, antibiotiques à l'entrée, immunodépression...), alors que l'exposition aux dispositifs invasifs diminue. L'analyse multivariée confirme la baisse significative en 2013 des pneumopathies liées à l'intubation (Odd ratio -OR- de 0,81) et des bactériémies liées aux cathéters veineux centraux (OR de 0,69).

Pour en savoir plus : Surveillance des infections en réanimation adulte en 2013

<http://www.invs.sante.fr/layout/set/print/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2015/Surveillance-des-infections-nosocomiales-en-reanimation-adulte/?print=1&>

Un nouveau MOOC organisé par le CNAM

Un nouveau MOOC (cours en ligne ouvert et massif) intitulé **Concepts et méthodes en épidémiologie**, est disponible sur la plate-forme en ligne France universitaire numérique (FUN), dirigé par le Pr Arnaud Fontanet, responsable de l'unité d'Épidémiologie des maladies émergentes et détenteur de la chair « Santé et Développement » du Conservatoire des arts et métiers. L'objectif du cours est d'enseigner « *comment est organisée la surveillance des maladies en populations, comment sont menées les enquêtes en populations,* » et de donner « *les clés pour comprendre les articles scientifiques qui traitent de ces sujets* », selon une vidéo de présentation du Pr Arnaud Fontanet. Il n'y a pas de prérequis pour ce MOOC qui se décompose en 30 vidéos de 10-15 minutes chacune, à écouter à son rythme. Les inscriptions s'effectuent en ligne et sont ouvertes jusqu'au 28 février.

Inscription sur le site : www.france-universite-numerique-mooc.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/>