

ACTUALITÉS DU CCLIN EST ET DE SES 5 ANTENNES RÉGIONALES



Mars 2015

ENDOSCOPES MAL DÉSINFECTÉS ET BACTÉRIES HAUTEMENT RÉSISTANTES

Une BHRé (bactérie hautement résistante émergente) vient de provoquer ces dernières semaines une panique dans un hôpital de Los Angeles aux États-Unis. Deux duodénoscopes mal désinfectés seraient à l'origine d'infections chez près de 200 personnes par une entérobactérie résistante aux carbapénèmes. Les contaminations aux entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC) sont également à la hausse en France.

Cette épidémie à l'hôpital UCLA de Los Angeles faisait état de deux morts liées aux EPC, apparemment transmises par le biais de duodénoscopes mal désinfectés. Dans le même temps, un autre hôpital de Caroline du Nord rapportait 18 cas d'infection et 1 décès dus aux EPC en 2015. Face à l'émoi de la population américaine, Barack Obama (lui-même) a proposé de doubler les fonds alloués par le gouvernement à la prévention, la détection et la lutte contre les bactéries résistantes. \$1.2 milliards y seront octroyés en 2016 !!!!

Néanmoins les risques que représentent ces BHRé ne sont pas confinés qu'aux États-Unis. L'année dernière, l'OMS a publié son premier rapport sur le sujet et l'on pouvait y lire cette sentence « *À moins que les nombreux acteurs concernés agissent d'urgence, de manière coordonnée, le monde s'achemine vers une ère postantibiotique* ». En décembre 2014, un groupe de travail mandaté par le gouvernement Britannique annonçait, pour sa part, que 10 millions de personnes succomberaient aux BHRé d'ici à 2050 !!!

En France, les infections aux EPC sont à la hausse depuis 2010. En mars 2014, grâce aux données du réseau CCLin-Arlin qui travaille avec les établissements de santé, l'Institut de veille sanitaire (InVS) rapportait que le nombre d'épisodes impliquant des EPC est en augmentation très nette depuis 2009. On dénombre entre 50 et 60 épisodes signalés chaque mois depuis septembre 2013. De janvier à mars 2014, 102 épisodes auraient été signalés.

Dès 2010, le Haut Conseil de la Santé Publique a émis des recommandations à cet égard, réitérées en 2013. Sur le plan hygiénique, la priorité consiste à éviter les épidémies. Il incombe aux hôpitaux de repérer les patients en rapatriements sanitaires et ceux ayant été hospitalisés au cours de l'année à l'étranger. Ces personnes doivent bénéficier de mesures de précautions supplémentaires pour éviter toute dissémination d'une éventuelle BHRé. Des recommandations à destination des microbiologistes ont été proposées pour mettre en place des méthodes de détection plus rapides. Une surveillance microbiologique est effectuée systématiquement sur les matériaux tels que les endoscopes et, cette année, un audit national du Grephe évaluant les pratiques de désinfection des endoscopes avec canaux – les outils actuellement en cause aux États-Unis – est proposé aux établissements de santé avec activité endoscopique.

Clairement, nous devons rester vigilant quant à la problématique des BHRé (dépistage, prise en charge) surtout que la France reste un mauvais élève en matière de consommation d'antibiotiques qui est la cause principale de ces émergences.

Dans le cadre des nouvelles économies que le monde de la santé doit faire en France, il serait incongru que la politique de Santé Publique « paie » un lourd tribut alors que les EOH participent grandement à la réalisation d'économie qu'il est malheureusement difficile de chiffrer.

Il est plus facile de chiffrer le coût de la guerre que celui de la paix!

Dans ce numéro :

Endoscopes et BHRé	1
A l'agenda	2
Lave-vaisselle /Rougeole	3
C. difficile	4
Ebola : actualités	5
Nano-argent	6
Enquête FAM-MAS	7
Chlorhexidine néonate	8

Chaque bulletin contient des points de :

- Formations
- Surveillances
- Signalements
- Réglementation

MARS 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.

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						

Ne pas oublier de s'inscrire aux différentes surveillances proposées : BMR, REA, ISO, AES

1/ Pour **BMR**, un contrôle qualité est organisé en parallèle pour les laboratoires le souhaitant selon les mêmes modalités que l'an dernier : **Date limite d'inscription 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.

2 /Date limite de saisie pour **AES 2014** et **ATB 2014** : **31 Mars 2015**

3/ **Audit Endoscopie :**

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

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

COLLOQUES - JOURNEES - CONGRES

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

XVème 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 (efficience).

23^{èmes} Journées régionales d'hygiène de l'ARLIN Lorraine : Nancy les 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/>

FAUT-IL ABANDONNER LE LAVE-VAISSELLE POUR « REFAIRE » LA VAISSELLE À LA MAIN?

Selon une étude observationnelle dont les résultats sont publiés dans le dernier numéro de la revue *Pediatrics*, les enfants vivant dans un foyer équipé d'un lave-vaisselle seraient davantage exposés au risque de développer des allergies que les enfants vivant dans un foyer où la vaisselle est faite manuellement.

Selon la thèse « hygiéniste », l'exposition précoce à des microbes et à des allergènes (venant de poussières, d'animaux ou d'une diversification alimentaire) réduirait les risques de développer une allergie. Ainsi, les enfants vivant à la ferme seraient moins souvent allergiques que les enfants des villes. Prenant en compte cette théorie, les auteurs de l'étude ont voulu savoir si certaines pratiques domestiques comme la vaisselle étaient ou non susceptibles d'influencer ce risque allergique. Pour cela, ils ont interrogé une population de 1029 enfants âgés de 7 et 8 ans vivant dans deux régions de Suède, à Kiruna dans le nord du pays, ou à Mölndal, sur la côte sud-ouest. Il s'avère que dans les foyers sans lave-vaisselle, le risque de développer une pathologie allergique

(asthme, eczéma, rhinite, conjonctivite) était réduit presque de moitié versus les enfants vivant dans un foyer avec lave-vaisselle (OR = 0.57, IC 95% = 0.37 – 0.85).

Le risque le plus faible était observé chez les enfants qui d'une part vivaient dans un foyer sans lave-vaisselle, d'autre part dont l'alimentation comportait une part importante de produits venant directement de la ferme.

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

Bill Hesselmar et coll. Allergy in children in hand versus machine dishwashing. *Pediatrics*, Volume 135, number 3, March 2015

EPIDÉMIES DE ROUGEOLE EN ALLEMAGNE, AUX USA ET AU CANADA



Un petit garçon de dix-huit mois est mort mercredi dernier des suites de la rougeole dans la capitale allemande où une épidémie sans précédent sévit depuis 2001. De plus, un adolescent souffre de graves séquelles de cette maladie qui a déjà contaminé plus de 600 personnes à Berlin depuis le mois d'octobre 2014, plus que sur l'ensemble du territoire national pour toute l'année 2014. Une école primaire a également fermé ses portes après l'apparition d'un foyer persistant. Les autorités sanitaires de la ville et de l'Etat ont tiré la sonnette d'alarme.

Ce cas tragique, auquel s'attendaient les autorités de santé devant l'ampleur de l'épidémie, a relancé la question de la vaccination obligatoire, alors qu'elle n'est pas exigée pour l'admission en crèche et à l'école. Les autorités de santé rappellent que le taux de mortalité est de 2 pour 1 000. Le risque d'encéphalite est de 1 pour 1 000 et mortel dans 30 % des cas. Cette mise en garde suffira-t-elle à convaincre une population réfractaire à la vaccination de manière générale ? Selon l'Institut Robert Koch, la population n'est en effet couverte qu'à 38,1 % contre la rougeole. Seulement 77,2 % des hommes entre 18 et 29 ans sont vaccinés. Ce taux tombe à 22,8 % pour les 40-49 ans.

Aux Etats-Unis aussi, la rougeole effectue une progression fulgurante. Le pays avait pourtant officiellement éradiqué la maladie depuis 2000. L'épidémie a démarré au début de l'année, à Disneyland. Depuis, plus d'une centaine de cas ont été répertoriés.

De l'autre côté du Rhin comme outre-Atlantique, la mouvance anti-vaccination est pointée du doigt par les autorités. Les "anti" utilisent comme appui une étude de 1998 associant le vaccin ROR (Rougeole-Oreillons-Rubéole) et le risque d'autisme. En Allemagne, le ministre fédéral de la santé, Hermann Gröhe, a dénoncé les actes de "certains irresponsables opposés aux vaccins qui sèment une peur irrationnelle." Le sénateur américain Bill Allen, a de son côté proposé qu'on retire aux parents leur droit de refuser la vaccination de leur enfant.

Il faut dire que la situation est critique. En 2004, les Centres américains de contrôle et de prévention des maladies (CDC) dénombrèrent 37 cas. Dix ans plus tard, ils en signalaient 644.

En élargissant la problématique de la vaccination à la France, le Conseil constitutionnel répondra le 20 mars prochain à la question suivante : « La vaccination doit-elle rester obligatoire en France ? ». Cette question sensible, a été posée par un couple de l'Yonne qui a déposé une question prioritaire de constitutionnalité (QPC) sur le sujet le 15 janvier dernier. De plus une « Madame Vaccin » en la personne de la députée PS, Sandrine Hurel, vient d'être désignée par la Ministre de la Santé et aura pour mission de proposer un nouveau rapport sur la politique vaccinale qui devrait être remis dans un délai de six mois.

Pour en savoir plus : Communiqué de l'OMS sur l'intensification de la vaccination contre la rougeole en Europe (25/02/2015)

<http://www.euro.who.int/fr/media-centre/sections/press-releases/2015/who-europe-calls-for-scaled-up-vaccination-against-measles>

PRÉVALENCE DES INFECTIONS À *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* EN FRANCE CHEZ LES PATIENTS HOSPITALISÉS AVEC UNE DIARRHÉE

Les infections digestives à *Clostridium difficile* (CD) représentent la principale cause de diarrhées associées aux soins chez l'adulte. L'objectif de l'étude était de déterminer l'incidence des infections à *C. difficile* (ICD) en 2012 et d'évaluer l'ampleur du sous-diagnostic en France.

Soixante-dix établissements de santé (ES) répartis sur l'ensemble du territoire ont participé à une étude de prévalence bi-annuelle. Chaque ES a systématiquement adressé au centre national de référence (CNR) *C. difficile*, toutes les selles diarrhéiques de patients hospitalisés reçues au laboratoire au cours de 2 journées (un jour en décembre 2012 et un jour en juillet 2013), indépendamment de la prescription médicale de la recherche de CD. L'analyse des selles au CNR a été réalisée par le test Quik Chek Complete® (Alere). Les selles positives en Glutamate déshydrogénase (GDH) ou en toxines ont été cultivées sur milieu sélectif Taurocholate, Cyclosérine, Céfoxitine, Agar (TCCA) et les souches isolées ont été caractérisées par PCR vis-à-vis des toxines A et B. Les résultats obtenus par le CNR ont été confrontés à ceux obtenus par chaque laboratoire participant. Un questionnaire a permis de recueillir les données d'incidence des ICD en 2012 de chaque ES.

L'incidence moyenne des ICD rapportées en 2012 par les ES participants était de $3,6 \pm 2,9$ pour 10 000 patients-jours ; l'incidence était positivement corrélée à la densité de prescription (nombre de tests réalisés pour 10 000 patients-jours) qui variait largement d'un ES à l'autre (médiane 29 pour 10 000 patients-jours ; IQR 19–50). Lors de l'enquête de prévalence bi-annuelle, 651 selles ont été analysées et 90 se sont révélées positives à CD en culture. La prévalence globale des patients infectés par CD toxigène était de 9,7 % (63/651) et celle des patients colonisés à CD non toxigène était de 4,2 % (27/651). Parmi les ICD diagnostiquées par le CNR, 35/63 (55,6 %) ne l'ont pas été par les laboratoires participants, soit par manque de sensibilité des méthodes utilisées (16/63, 25,4 %) soit par manque de suspicion clinique (19/63, 30,2 %).

L'incidence des ICD en France en 2012 est en augmentation par rapport à 2009 mais reste largement sous-estimée par un défaut de sensibilité des tests utilisés et par un manque de suspicion clinique.

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

Prévalence des infections à *Clostridium difficile* chez les patients hospitalisés avec une diarrhée : résultats d'une étude française prospective multicentrique, F. Barbut, L. Ramé, A. Petit, La Presse médicale, publication avancée en ligne du 28 février

EXISTE-T-IL UNE SOUS-ESTIMATION DES INFECTIONS À *CLOSTRIDIUM DIFFICILE*?

Les diarrhées post-antibiotiques, en particulier à *C. difficile*, sont un réel problème de santé publique mais dont l'importance était jusqu'à présent difficile à estimer avec précision, en particulier dans les pays occidentaux où le recours à des antibiotiques puissants est fréquent, en particulier en milieu hospitalier. Les Centers for Disease Control and Prevention Américains ont, pour la première fois, mené une étude couvrant dix régions des Etats-Unis afin d'estimer précisément l'importance de ce problème.

Clostridium difficile est un bacille à Gram positif anaérobie sporulé responsable de 15 à 25 % des diarrhées post-antibiotiques et de plus de 95 % des cas de colites pseudomembraneuses. C'est la première cause de diarrhées infectieuses nosocomiales chez les adultes.

Au total sur l'année 2011, ce sont 15.461 cas d'infection à *C. difficile* qui ont été identifiés sur l'ensemble des dix territoires étudiés, dont 65,8% étaient considérés comme des cas nosocomiaux et dont 24,2% sont survenus au cours d'une hospitalisation. Après ajustement, le nombre estimé de cas annuels sur l'ensemble du territoire des Etats-Unis aura été de 453.000 (IC 95% = 397.100 – 508.500) avec un risque plus élevé chez les femmes (RR 1.26, IC 95% = 1.25 à 1.27), les sujets d'origine caucasienne (RR 1.72, IC 95% = 1.56 à 2.0) et les plus de 65 ans (RR 8.65, IC 95% = 8.16 à 9.31). Le nombre de décès parmi ces 453.000 cas est de 29.300, dont un sur deux peut être, sans aucun doute, directement imputé à *C. difficile*.

Ces résultats doivent inciter à un usage plus adapté des antibiotiques, les CDC rappelant qu'aux Etats-Unis, près d'une personne hospitalisée sur deux reçoit une antibiothérapie et que dans 30 à 50% des cas, l'antibiothérapie est soit inutile, soit inadaptée ! Les auteurs de l'étude, une équipe d'épidémiologistes rattachés aux CDC, rappellent également les résultats d'une autre étude montrant que si l'usage des antibiotiques en milieu hospitalier était réduit de 10%, les infections à *C. difficile* chuteraient de 34%.

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

Lessa FC et coll. Burden of *Clostridium difficile* Infection in the United States. N Engl J Med 2015; 372:825-834 February 26, 2015 DOI: 10.1056/NEJMoa1408913

http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1408913?query=featured_home

EBOLA : LES ACTUALITÉS

« Simuler pour mieux se préparer »

« ...Service des urgences du CHU d'Angers, 25 novembre 2014. Un patient se présente, il a de la fièvre et des diarrhées. Il est rentré de Guinée, où il a travaillé pour une association humanitaire, neuf jours auparavant. L'infirmier d'accueil identifie un cas suspect d'Ebola, bien sûr. Mais comment le gérer ? Où doit-il attendre ? Que faire de la personne qui l'accompagne ? Comment doit-on s'habiller pour s'occuper de lui ?... »

Le personnel s'affaire, cherche des solutions, mais... il s'agit d'un exercice. Le patient est un patient standardisé, c'est-à-dire une personne qui est chargée d'imiter le comportement de quelqu'un qui se présenterait avec les symptômes d'Ebola. La scène est filmée, et les professionnels pourront bientôt débriefer autour de la vidéo pour savoir ce qu'ils peuvent améliorer. Bref, nous sommes dans un exercice de simulation.

L'arrivée d'un patient suspect Ebola est le type même de situation où la simulation peut faire la différence en tant qu'outil de formation. C'est un événement rare, les équipes médicales et paramédicales ont donc peu d'expérience sur le sujet. Mais il faut y être préparé. C'est pour cela que le virus africain a fait l'objet d'une session à part lors du 4e Colloque francophone de simulation en santé, organisé les 6 et 7 février derniers à l'Institut Pasteur à Paris.

L'expérience du CHU d'Angers n'a pas été le seul exercice en lien avec le virus africain à être présenté lors de cet événement. Ilumens, le laboratoire de l'Université Paris-Descartes dédié à la simulation, y a également relaté comment le personnel de l'hôpital Necker avait pu s'entraîner à la prise en charge d'une parturiente suspecte d'Ebola. Ici, l'exercice a d'abord été effectué avec une patiente standardisée accompagnée de son « mari » (en réalité, deux personnes de l'administration), puis à l'aide d'un mannequin haute-fidélité : l'équipe est allée jusqu'à la procédure de césarienne.

Tout a été fait pour que le personnel se trouve comme en situation réelle. Des problèmes inattendus se sont posés : comment téléphoner à l'extérieur avec le fameux heaume, élément indispensable de la tenue de sécurité renforcée en cas de prise en charge d'un patient Ebola ? Pire : comment utiliser un stéthoscope avec ce casque hermétique sur la tête ?

Les expériences d'Angers et de Necker étaient ponctuelles. Mais lors du colloque de l'Institut Pasteur, la **Société française d'hygiène hospitalière a expliqué qu'elle était en train de mettre au point des scénarii Ebola utilisables dans différents établissements**. Ceux-ci sont maintenant prêts, et seront testés prochainement dans tout le pays... Dans les mois qui viennent, les urgences des hôpitaux français doivent donc s'apprêter à voir déferler une vague de (faux) cas d'Ebola...

Procédure d'habillage et de déshabillage des professionnels de santé

Un récent article sur l'habillage et le déshabillage :

Putting On and Removing Personal Protective Equipment, R. Ortega, N. Bhadelia, O. Obanor, K. Cyr, N Engl J Med. 2015 Mar 11

Surtout cet article est accompagné d'une vidéo très bien faite et réaliste que vous pourrez visionner en cliquant sur le lien suivant <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMvcm1412105#t=article>

Pour en savoir plus :

Documentation sur le site CCLin-Arlin : pas de mise à jour depuis le 09/02/2015

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

A LIRE - A VOIR - A FAIRE

- **EHPAD / Gériatrie** : un REX sur une épidémie de grippe en EHPAD - décembre 2014

http://www.cclin-arlin.fr/GDR/Rex/Rex_GrippeEHPAD_SO.pdf

- **Analyse de scénario** : Evaluation de la prévention des infections associées aux chambres à cathéter implantable

http://www.cclin-arlin.fr/GDR/Analyse_scenario/analyse_scenario.html#catheter

- **Prévention des infections du site opératoire : rôle de l'environnement**, G. Birgand, S. Belorgey, Interbloc Tome XXXIV – n°1 - janvier-mars 2015. [Article à votre disposition sur simple demande au CCLin Est](#)

- **Le risque infectieux au bloc : rôle des comportements**. G. Birgand, Interbloc Tome XXXIV – n°1 - janvier-mars 2015. [Article à votre disposition sur simple demande au CCLin Est](#)

- **ISO, les infections du site opératoire**. G. Birgand, S. Belorgey, Interbloc Tome XXXIV – n°1 - janvier-mars 2015. [Article à votre disposition sur simple demande au CCLin Est](#)

LES NANO-PARTICULES D'ARGENT DANS LA LIGNE DE MIRE DE L'ANSES



L'Anses vient de publier un avis sur les risques liés aux nanoparticules d'argent. Les nanoparticules d'argent sont employées dans différentes applications industrielles. Elles sont notamment utilisées dans l'industrie alimentaire (additifs, emballages, revêtement des réfrigérateurs), textile (vêtements et literie, revendication de propriétés anti-odeur) et cosmétique, des produits d'hygiène et des dispositifs médicaux (brosses à dents, pansements). L'intégration de ces nanoparticules d'argent est supposée répondre principalement à des finalités antibactériennes et antifongiques.

Mais on s'interroge sur leurs effets sur la santé humaine et sur l'environnement. L'Anses a étudié près de 280 publications traitant du nano-argent. Malheureusement les travaux publiés sont souvent contradictoires, ce qui n'a pas permis de statuer sur sa toxicité chez l'homme.

Du fait de sa petite taille, le nano-argent passe la barrière hémato-encéphalique et peut s'accumuler dans certains organes comme le foie et le rein. Existe-t-il un effet reprotoxique, génotoxique ou neurotoxique ? Par ailleurs, le fait que le nano-argent soit utilisé notamment dans des vêtements implique son relargage dans l'environnement lors du lavage de ces textiles. Or les études d'écotoxicité, de plus en plus nombreuses, montrent des effets biologiques du nano-argent sur tous les organismes aquatiques et terrestres étudiés (mortalité, inhibition de croissance, génotoxicité, reprotoxicité, etc.).

De fait, pour l'Anses, l'usage des nanoparticules d'argent devrait être limité aux applications dont "l'utilité est clairement démontrée et pour lesquelles la balance des bénéfices pour la santé humaine au regard des risques pour l'environnement est positive".

Des doutes peuvent par exemple être émis sur leur incorporation dans les textiles et les brosses à dents en raison de l'importance du relargage dans l'environnement lié à ces usages.

Pour en savoir plus :

AVIS de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail relatif à l'expertise concernant la mise à jour des connaissances sur « l'évaluation des risques sanitaires et environnementaux liés à l'exposition aux nanoparticules d'argent »

<https://www.anses.fr/sites/default/files/documents/AP2011sa0224Ra.pdf>

PRODHYBASE : UN NOUVEAU SITE INTERNET

ProdHyBase® répertorie les désinfectants, détergents désinfectants (dispositifs médicaux, sols et surfaces), les produits pour mains et les petits matériels qui leur sont liés. Elle inclut uniquement des produits commercialisés en France en secteurs hospitalier et dentaire (consultez les [mots-clés d'usage](#) du domaine couvert). Les produits doivent répondre aux [critères d'inclusion](#) et être dotés d'un [dossier complet](#) pour entrer dans le circuit d'enregistrement.

L'inscription de nouveaux produits peut s'effectuer tout au long de l'année. Elle est gratuite.

Les informations diffusées sur les fiches Produit et fiches Fournisseur peuvent être mises à jour à tout moment.

Etant donné que ProdHyBase® n'inclut que des produits commercialisés en France et qu'il s'agit d'un site au service des utilisateurs de produits, les dossiers de produits doivent être impérativement en français, en particulier le mode d'emploi, l'étiquetage et la fiche de

données de sécurité,

La référence pour les détergents-désinfectants, désinfectants, produits pour l'hygiène des mains et petits matériels associés : <http://www.prodhybase.fr/>

ORGANISATION ET MOYENS MIS EN ŒUVRE POUR LA PRÉVENTION DES INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS : ENQUÊTE PILOTE EN FAM ET MAS (ÉTUDE DE GREPHH)

La circulaire interministérielle n°DGCS/DGS/2012/118 du 15 mars 2012 relative au programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011/2013 demandait aux établissements concernés une démarche d'auto-évaluation sur la maîtrise du risque infectieux. Dans ce contexte, un manuel adapté aux spécificités des maisons d'accueil spécialisées (MAS) et des foyers d'accueil médicalisés (FAM) a été élaboré par un groupe de travail du GREPHH (Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière) et mis à disposition sur son site Internet (<http://www.grephh.fr/FAM-MAS-GREPHH.html>).

Dans le secteur des FAM et MAS la population est très hétérogène. Pour cette raison, le réseau Cclin-Arlin a proposé à ces EMS une enquête pilote nationale sur l'évaluation de l'organisation et des moyens mis en oeuvre pour la prévention des infections associées aux soins en FAM et MAS sur un échantillon d'établissements.

L'objectif était de mieux connaître les organisations et la prévention des infections associées aux soins, et ainsi d'identifier des axes prioritaires d'actions à mener dans ce domaine.

Un tirage au sort de 30 FAM et 30 MAS a été réalisé en amont de l'étude. Le critère d'inclusion était : tout FAM ou MAS n'ayant jamais réalisé d'auto-évaluation du risque infectieux.

Chaque Cclin ou Arlin a accompagné l'établissement dans la réalisation de son auto-évaluation du risque infectieux.

L'étude reposait sur une évaluation mixte de procédures (formation, organisation) et de ressources déclarées (matériel, consommables). L'évaluation a été réalisée à l'aide du manuel d'auto-évaluation du GREPHH constitué de 7 chapitres. Le manuel a été rempli sur place par la personne chargée de l'étude dans l'établissement. La période de recueil des données s'étendait du 1er janvier au 31 juillet 2014.

Les résultats des données établissements étaient rendus sous forme de pourcentages d'objectifs atteints. Un poids arbitraire a été attribué à chaque question. Il a permis le calcul d'un score obtenu, comparé ensuite au score attendu.

Quelques résultats :

Figure 1 : Résultats globaux par chapitre en pourcentage d'objectifs atteints (N = 30 FAM et 30 MAS)

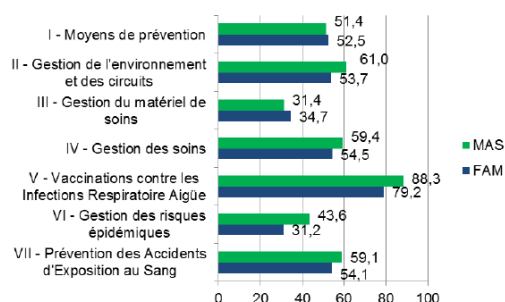


Figure 2 : Résultats relatifs aux moyens de prévention en pourcentage d'objectifs atteints (N = 30 FAM et 30 MAS)

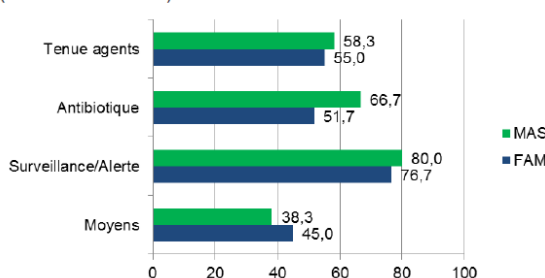


Figure 3 : Résultats relatifs à la gestion de l'environnement et des circuits en pourcentage d'objectifs atteints (N = 30 FAM et 30 MAS)

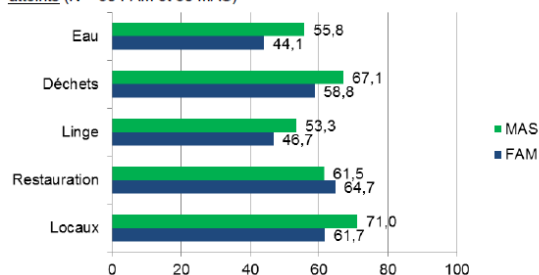
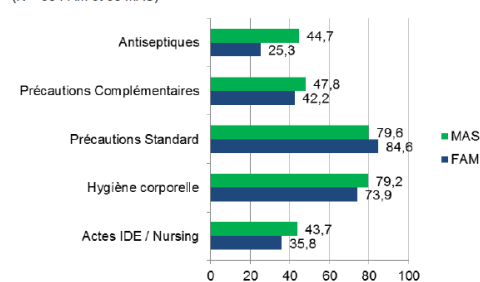


Figure 5 : Résultats relatifs à la gestion des soins en pourcentage d'objectifs atteints (N = 30 FAM et 30 MAS)



Merci aux 30 FAM et aux 30 MAS pour leur participation.

Bibliographie :

L'ensemble des documents relatifs aux résultats de l'étude FAM-MAS sont disponibles sur le site du GREPHH Synthèse, Rapport et diaporama de présentation : <http://cclin.grephh.fr/FAM-MAS-GREPHH.html>

NB : Ce travail fera l'objet d'une communication affichée au congrès national de la SF2H en juin 2015.

Parallèlement, une des premières réponses apportées sera l'actualisation des fiches techniques, et l'élaboration de nouvelles fiches thématiques (tuberculose, gestion d'épidémie...).

LA CHLORHEXIDINE PERMET DE RÉDUIRE LA MORTALITÉ NÉONATALE



Les infections représentent la première cause de mortalité néonatale avec près d'un tiers des décès. Une vaste méta-analyse qui vient d'être publiée dans la Bibliothèque Cochrane, met en évidence que l'utilisation au moment de l'accouchement de l'antiseptique chlorhexidine, permet de réduire ce taux avec des coûts abordables.

Cet antiseptique à large spectre peut en effet être utilisé dans le cadre des soins de maternité, soit comme un désinfectant vaginal pour prévenir la propagation des bactéries de la mère à l'enfant, ou comme agent nettoyant pour la peau du nouveau-né ou le cordon ombilical.

L'étude a regroupé 12 essais portant sur plus de 87 000 nouveaux-nés. Sept essais ont été menés en Asie du Sud-Est, deux en Afrique, deux en Europe et un en Amérique du Sud. Il en ressort que le nettoyage du cordon avec de la chlorhexidine réduit la mortalité infantile de 12 % par rapport au simple séchage du cordon. Elle permet également de diminuer de moitié le nombre de nouveau-nés atteints d'omphalite, une inflammation du cordon ombilical souvent dû à une infection bactérienne.

Les auteurs concluent qu'il est nécessaire d'obtenir davantage de données en provenance de pays africains pour étayer les résultats. Les plus grands bénéfices ont été observés dans les études menées en Asie du Sud-Est

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

Cochrane France. Mars 2015. Sinha A et al. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 3. Art. No.: CD007835.

http://www.cochrane.org/CD007835/NEONATAL_chlorhexidine-skin-care-for-prevention-of-mortality-and-infection-in-neonates



MISSION MAINS PROPRES

Depuis 2009, la France s'est engagée au côté de l'OMS dans le défi mondial : « un soin propre est un soin plus sûr » en participant chaque année à la journée mondiale sur l'hygiène des mains « sauvez des vies : lavez-vous les mains ». Tout d'abord ciblée sur les établissements de santé et médico-sociaux, cette campagne s'est élargie à l'ambulatoire et aux acteurs de la prise en charge des soins en ville

Les inscriptions à la Mission Mains Propres 2015 sont ouvertes sur le site du ministère :

http://www.sante.gouv.fr/mission-mains-propres_12848.html

Les commandes des supports nationaux peuvent être passées jusqu'au **27 mars 2015** sur le site du ministère :

<http://www.sante.gouv.fr/mmp-commande-outils-2014.html>

Le CCLIN Est met également à votre disposition, sur simple demande, des autocollants, sets de table et plaquettes (l'hygiène des mains des professionnels de santé).

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/>