

ACTUALITÉS DU CCLIN EST ET DE SES 5 ANTENNES RÉGIONALES



Mai 2015

SUCCÈS DE L'OPÉRATION « MISSION MAINS PROPRES » DU 05 05 2015



L'opération « Mission mains propres » 2015 a été à nouveau un succès. La France s'est engagée depuis 2009 au côté de l'Organisation mondiale de la santé dans la démarche « *un soin propre est un soin plus sûr* ». Cette campagne vise à encourager les patients et professionnels de santé à de meilleures pratiques d'hygiène des mains, dans le but de prévenir les infections associées aux soins, et notamment aux bactéries multirésistantes.

La France est toujours parmi les premiers pays contributeurs à la journée mondiale, avec près de 2600 structures de santé engagées et des centaines d'actions de sensibilisation menées sur tout le territoire.

Les lauréats « affiche » 2015

- Centre hospitalier du Pays d'Eygurande, Monestrier-Merlines, région Limousin
- Centre de l'obésité Bernard Descottes de la Mutualité Française Limousine, Saint Yrieix-la-Perche, région Limousin
- Hôpital de jour Baudin de la Mutualité Française Limousine, Limoges, région Limousin
- Représentants d'usagers du centre hospitalier de Vire au groupe de travail du CCLIN Ouest, Vire, Basse Normandie et Rennes, Bretagne
- ESEAN, établissement de santé pour Enfants et Adolescents, Nantes, région Pays de la Loire,

Les lauréats « vidéo » 2015

- Institut Educatif, Thérapeutique et Pédagogique « les Guérets », Laversines, région Picardie,
- **Résidence Médico-Sociale Jean d'Orbais, Reims, région Champagne-Ardenne : Mobilisation du secteur médico-social dans la prévention du risque infectieux, la promotion de l'hygiène des mains des professionnels, patients, résidents, familles / proches, intervenants extérieurs**

Les lauréats « prix spéciaux » 2015

- Prix spécial « jeu » : CEMBREU, Centre Européen Médical Bioclimatique de Recherche et d'Enseignement Universitaire, Villard Saint Pancrace, région Provence-Alpes-Côte d'Azur

Prix spécial « accessibilité » (Affiche en braille)

- Centre hospitalier Robert Bisson, Lisieux, région Basse-Normandie

Téléchargements des différents travaux primés (posters, vidéos, jeu) :

<http://www.sante.gouv.fr/les-laureats-du-concours-mmp-2015.html>

Pour en savoir plus sur l'hygiène des mains : <http://www.cclin-arlin.fr/Campagnes/grhym.html>

Dans ce numéro :

« Mission mains propres »	1
A l'agenda	2
Résistance ATB	3
Rougeole	4
Eau de Javel	5
C. difficile	6
CVC/nutrition parentérale	7
BHRe	8

Chaque bulletin contient des points de :

- Formations
- Surveillances
- Signalements
- Réglementation

MAI 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 audits) 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					

1/ Contrôle qualité (CQ) BMR 2015 organisé par le CCLin Est en partenariat avec les CCLin Ouest et Sud-Ouest :

Calendrier du CQ 2015 :

- Semaine 22 : le laboratoire Elitech transmettra à partir du 26 mai les 3 souches à tester aux labos inscrits.
- Semaine 26 (du 22 au 27 juin 2015) les résultats du contrôle de qualité seront retournés au CCLin Est.

2/ Audit Endoscopie : en mai, il y a actuellement **69 établissements inscrits** à cet audit dans l'Est

Nous rappelons que l'**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, incite les établissements ayant une activité d'endoscopie de participer à cet audit. :

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

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

COLLOQUES - JOURNEES - CONGRES

XVème Congrès SF2H : Tours les 3, 4 et 5 juin 2015. <http://www.sf2h.net/congres-sf2h.html>

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/>

Ou <http://www.cclin-est.org/spip.php?article160>

Journée ARLIN Bourgogne, Chalon sur Saône le 15 septembre 2015 sur « Prévention et maîtrise du risque infectieux en EMS : quelle stratégie pour les décideurs ? » programme <http://www.cclin-est.org/spip.php?article160>

Journée CCLin Est/ARLIN Bourgogne : Dijon le 27 octobre 2015 sur « Les infections urinaires nosocomiales – prévention et traitement. » - programme et bulletin d'inscription à venir

10ème congrès « Biologie et Hygiène Hospitalière », Paris le jeudi 31 mars 2016 au Lycée Pierre-Gilles de Gennes - ENCPB 11 rue Pirandello 75013 Paris. Inscription gratuite par mail par mail à l'adresse suivante : hygiene.hospitaliere@encpb.org

RÉSISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES EN EUROPE : UN MILLION DE MORTS D'ICI 2025 ?



La 7ème Journée internationale de lutte contre les infections, organisée le 24 avril dernier par la Société européenne pour la microbiologie clinique et les maladies infectieuses (ESCMID, *European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases*), en collaboration avec le bureau régional de l'OMS pour l'Europe, a rappelé la grande préoccupation des spécialistes sur l'importance du risque lié à l'utilisation d'antibiotiques inefficaces. L'OMS a appelé à plus d'efforts, un rapport intermédiaire sur les avancées du Plan d'action mondial pour les vaccins de 2012 ayant mis en évidence un retard sur 5 des 6 cibles fixées..

L'avertissement est grave : « *D'ici à 2025, plus d'un million de personnes trouveront la mort en Europe suite à l'utilisation d'antibiotiques inefficaces* », estime l'ESCMID.

Selon les chiffres de 2009, de **25 à 30 000 Européens environ meurent chaque année de la résistance aux**

antimicrobiens et le nombre total de décès dépasse les 400 000. Les données pour 2013 du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) seront disponibles plus tard dans l'année. Cependant, au vu des nouvelles épidémies pour lesquelles il était presque impossible de traiter les microorganismes, l'ESCMID prévoit une augmentation significative certaine du taux de mortalité actuel. La Société annonce aussi qu'au cours des 10 prochaines années, le nombre annuel de décès en Europe pourrait atteindre les 50 000. La situation internationale est encore plus critique, et le nombre annuel de décès pourrait atteindre les 10 millions d'ici à 2050, surpassant les plus grands tueurs tels que le cancer, le diabète et les accidents de la route.

Pour la France, nous avons un problème important de résistance aux antibiotiques en France, étant donné que les bactéries résistantes venues de pays étrangers se propagent de plus en plus ici – notamment du fait de nos relations particulières de population avec l'Afrique du Nord, réservoir important de multirésistances aux antibiotiques. A présent, nous commençons à assister à une propagation aussi bien hospitalière que communautaire de bactéries multirésistantes, par exemple des Entérobactéries sécrétrice de bêta-lactamases à spectre étendu. D'autre part il y a une prévalence de plus en plus importante en France de la résistance chez des espèces bactériennes typiquement hospitalières comme *P. aeruginosa* et *A. baumannii*.

A noter deux problèmes majeurs en France, l'existence d'un très grand risque bien réel, notamment concernant la résistance bactérienne, se propageant de l'Amérique du nord aux États de la Méditerranée tels que la Grèce ; d'autre part, les bactéries ne respectent pas les frontières entre pays, il est donc fort probable que nous assistions à une propagation de microbes hautement résistants provenant des nations présentant un problème plus grave. Les pays d'Europe les plus affectés sont la Grèce, l'Espagne et l'Italie, avec un risque apocalyptique lié à une inefficacité des antibiotiques. Pour la Société européenne, le problème ne vient pas seulement du manque de nouveaux antibiotiques mais est aussi d'une gestion et d'un contrôle médiocres de l'approvisionnement en médicaments et du contrôle insuffisant des infections dans de nombreux hôpitaux et institutions .

En France, il faudrait détecter très tôt les patients porteurs et infectés et séparer les patients porteurs des patients indemnes., Il devient souhaitable que les organismes de santé investissent dans le diagnostic rapide de ces résistances et leur implémentation large afin de contenir autant que possible leurs diffusion.

NOSOBASE : DU NOUVEAU


 Site national d'information et de documentation réalisé par les cinq Centres de coordination de la lutte contre les infections associées aux soins (CCLin) pour la gestion du risque infectieux.


 Cliquez ici pour accéder au site CCLin-Arlin

Nouveautés	Base de données	Trucs et astuces
Réglementation	NosoThème	Liste de discussion
Recommandations	NosoVeille	Autres sites

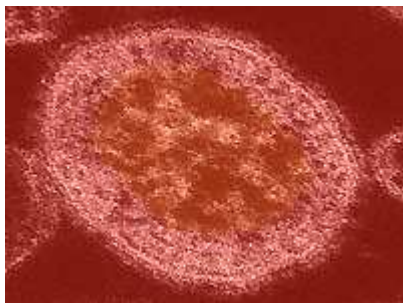
ou consultez notre ? plan du site - contact XIII

Le site NosoBase change d'adresse et devient :

<http://www.cclin-arlin.fr/nosobase>

ROUGEOLE : LA VACCINATION EFFICACE SUR D'AUTRES INFECTIONS

« Science sans conscience n'est que ruine de l'âme » *François RABELAIS*



A ceux qui dénie l'intérêt des vaccinations, il est nécessaire de rappeler certains études scientifiques :

La vaccination contre la rougeole a un effet préventif plus large que sur cette seule maladie, elle diminue aussi le risque d'autres maladies infectieuses car la rougeole a un effet immunomodulateur qui favorise.

Ces observations renforcent l'intérêt de la vaccination contre la rougeole, en cette période où elle est parfois perçue comme une maladie infantile bénigne, conduisant à une couverture vaccinale insuffisante. Elles permettent aussi de comprendre pourquoi la vaccination de masse contre la rougeole a eu, dans les pays où elle était mise en place, un impact sur la mortalité infantile qui dépassait largement l'impact attendu de la seule prévention de la rougeole.

On sait que l'infection par le virus de la rougeole induit un état d'immunosuppression, qui peut donc prédisposer à d'autres maladies infectieuses opportunistes. Mais cette immunosuppression est supposée durer de quelques semaines à quelques mois. Or des chercheurs de l'université de Princeton viennent de montrer qu'elle pouvait durer plus de deux ans après la rougeole. Les auteurs ont analysé les données de décès chez les enfants de 1 à 9 ans en Europe et de 1 à 14 ans aux États-Unis dans les périodes pré et post-vaccinales. Ils ont constaté une très forte corrélation entre l'incidence de la rougeole et les décès dus à d'autres maladies, pendant 28 mois après l'infection. D'où l'importance de la vaccination, qui permet de réduire l'incidence de la rougeole, mais aussi la mortalité due à d'autres infections.

L'hypothèse pour expliquer cela est que l'infection par le virus de la rougeole provoque une perte de cellules immunitaires mémoires. Cela induit une perte de l'immunité précédemment acquise par les enfants, qui deviennent sensibles à des agents infectieux dont ils auraient dû être protégés. En empêchant cela, la vaccination favorise une "immunité de groupe polymicrobienne", concluent les chercheurs.

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

Vaccines. Long-term measles-induced immunomodulation increases overall childhood infectious disease mortality. Mina MJ, Metcalf CJ de Swart RL, Osterhaus AD, Grenfell BT. Science. 2015 May 8;348(6235):694-9.

VACCINATION : UNE EMBELLIE?



Le Baromètre santé 2014, réalisé par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), révèle que l'adhésion à la vaccination repart à la hausse. Alors que 61 % des 18-75 ans se disaient favorables à la vaccination en 2010, ils sont désormais 79 % à déclarer y adhérer. Les données récentes de l'Institut de veille sanitaire (InVS) confirment cette tendance, avec le maintien de niveaux de couverture vaccinale élevés, voire en augmentation pour de nombreux vaccins.

En 2014, pour la première fois, plus de 90 % des nourrissons de 6 mois ont reçu au moins une dose de vaccin contre l'hépatite B. Concernant le pneumocoque, plus de 95 % des nourrissons ayant eu 6 mois en 2014 ont reçu au moins une dose de vaccin. Les données de couverture vaccinale des enfants nés en 2012 montrent également que la couverture contre la rougeole à l'âge de 2 ans progresse, atteignant 92 % pour la première dose et 66 % pour la seconde dose.

La couverture vaccinale contre le méningocoque, recommandée chez tous les sujets âgés de 1 à 24 ans augmente régulièrement mais reste cependant insuffisante. Elle est estimée à la fin 2014 à 64 % à l'âge de 2 ans, mais diminue avec l'âge,

avec moins d'un quart des enfants âgés de 15 à 19 ans vaccinés.

Toutefois, d'autres vaccins font l'objet de réticences et voient leur couverture vaccinale poursuivre leur diminution. Ainsi, moins de 20 % des jeunes filles qui ont eu 15 ans en 2014 se sont fait vacciner contre les papillomavirus, et moins de 50 % des sujets à risque (personnes âgées et sujets souffrant de certaines maladies chroniques) se sont fait vacciner contre la grippe durant la saison hivernale 2014-2015.

Pour en savoir plus : <http://www.inpes.sante.fr/70000/cp/15/cp150416-vaccination-2015.asp>

L'EAU DE JAVEL POURRAIT FAVORISER CERTAINES INFECTIONS CHEZ LES ENFANTS



L'utilisation domestique de l'eau de Javel favoriserait-elle le développement d'infections ORL et respiratoires chez les enfants de 6 à 12 ans ? C'est ce que suggère une étude menée en Belgique par le Centre pour la santé et l'environnement de l'Université catholique de Louvain et dont les résultats ont été publiés dans *Occupational and Environmental Medicine*.

L'objectif de l'étude était d'établir l'existence d'un lien entre l'usage de l'eau de Javel et la fréquence des infections telles que sinusites, bronchites, otites, rhinopharyngites, amygdalite, angines, etc..

Les travaux se sont portés sur l'étude de 9.102 enfants âgés de 6 à 12 ans, recrutés dans des écoles primaires de 3 pays européens : Espagne, Finlande et Pays-Bas. Des questionnaires adressés aux parents des enfants ont permis aux chercheurs d'évaluer la fréquence des infections ORL et respiratoire contractées sur les 12 derniers mois. Il était également demandé aux parents la fréquence d'utilisation de l'eau de Javel pour nettoyer la maison .

L'ensemble de l'étude a donc été réalisée sur une base déclarative, toujours moins fiable que des données vérifiées. Par ailleurs, divers facteurs comme le tabagisme passif, l'éducation parentale ou la présence de moisissures ont été pris en compte.

L'usage de l'eau de Javel à des fins domestiques varie énormément d'un pays à l'autre. En Espagne, 72% des ménages interrogés déclaraient avoir régulièrement recours à l'eau de Javel contre seulement 7% en Finlande. Surtout, il s'est avéré que la fréquence des infections était supérieure chez ceux l'utilisant comme nettoyant domestique.

Ainsi, dans les foyers déclarant se servir d'eau de Javel en moyenne une fois par semaine le risque de contracter la grippe était augmentée de 20% et celui d'avoir une amygdalite de 35%.

Deux hypothèses ont été formulées par les chercheurs pour expliquer cette corrélation : d'abord les propriétés irritantes des composés générés par l'eau de Javel pourraient endommager les parois des voies respiratoires et favoriser ainsi l'infection de la flore locale. L'autre hypothèse est que l'eau de Javel pourrait dans une certaine mesure bloquer les réponses immunitaires de l'organisme. Mais ce dernier point n'a jamais été démontré chez l'homme.

Il apparaît donc nécessaire de réaliser d'autres études plus détaillées sur le sujet, d'autant plus que les propriétés antimicrobienne de l'eau de Javel ne sont pas remises en cause.

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

Domestic use of bleach and infections in children: a multicentre cross-sectional study. Casas L, Espinosa A, Borràs-Santos A, Occup Environ Med. 2015 Apr 2

A LIRE - A VOIR - A FAIRE

- **Nouveau rapport de l'OMS « Analyse mondiale de la situation dans les pays : réponse à la résistance aux antimicrobiens »**, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/163468/1/9789241564946_eng.pdf?ua=1&ua=1

Le rapport, incluant 133 pays, rend compte de l'évaluation par les gouvernements de leur action, entre 2013 et 2014, contre la résistance aux antimicrobiens utilisés pour traiter des maladies comme les infections sanguines, la pneumonie, la tuberculose, le paludisme et le VIH. Il pointe du doigt des « lacunes majeures au niveau des actions » dans les six régions de l'OMS (Africaine, Amériques, Méditerranée orientale, européenne, Asie du Sud-Est, Pacifique occidental).

- **Nouvelles instructions de nettoyage pour le duodénofibroscopie OLYMPUS TJF-Q180V**

<http://ansm.sante.fr/S-informer/Informations-de-securite-Autres-mesures-de-securite/Duodenoscope-TJF-Q180V-Olympus-Information-de-securite2>

- **Aucune association entre le vaccin ROR et l'autisme, même chez les enfants à risque**, JAMA, 21 avril, vol.313, n°15, p1534-1540

- **Vaccinations : attitudes et pratiques des médecins généralistes** - Enquête auprès des médecins généralistes (DREES)

<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er910.pdf>

La quasi-totalité (97 %) des médecins interrogés sont favorables à la vaccination en générale et neuf sur dix considèrent que leur rôle est d'inciter les patients à se faire vacciner. On constate cependant une grande hétérogénéité de leurs comportements selon le type de vaccin et la population cible.

CLOSTRIDIUM DIFFICILE NON TOXIGÈNE POUR LUTTER CONTRE LA RÉINFECTION PAR UNE SOUCHE PATHOGÈNE



Une étude internationale publiée dans le « JAMA », montre comment la colonisation du système digestif par une souche à *C. difficile* inoffensive, non productrice de toxine, permet de prévenir les infections à la bactérie pathogène. Dans cette étude de phase 2, menée dans 44 centres aux États-Unis, en Europe et au Canada, l'administration orale sous forme liquide de spores non toxigène a apporté les premières preuves d'efficacité chez des sujets ayant eu un premier épisode infectieux. Dans cette population, le risque de récurrences est connu pour être élevé, de l'ordre de 25 à 30 %. Ces premiers résultats satisfaisants ne semblent pas avoir de contrepartie pour la tolérance, qui s'est révélée plus que rassurante. Et même s'il est encore trop tôt pour le tester en pratique, il pourrait y avoir une application en prévention primaire chez les sujets âgés vulnérables traités par anti-

biotiques et vivant en institution.

Chez 173 sujets ayant eu un premier épisode d'infection à *C. difficile* traité et guéri, l'équipe a comparé l'administration de ces spores dans 3 bras selon le dosage et la durée de traitement, - 104 spores/ jour pendant 7 jours (n=43), 107/j pendant 7 jours (n=44) et 107/j pendant 14 jours (n=42) -, par rapport au placebo pendant 14 jours (n=44). À 6 semaines du traitement, il y a eu 11% de récurrences dans le groupe *C.difficile* non toxigène versus 30% dans le groupe placebo. Avec la dose la plus favorable, 107 spores/ jours pendant 7 jours, le taux de récurrence est tombé à moins de 5%.

La colonisation digestive par la bactérie non toxigène est corrélée à la protection obtenue, ce qui en fait le phénomène central. En effet, le taux de récurrences était de l'ordre de 2% chez les 86 sujets correctement colonisés (n=2) quand il était de 31% chez les 39 patients traités par spores mais non colonisés (n=12). La colonisation fécale a ainsi été obtenue chez 69 % des sujets traités, au mieux à 71 % avec la dose la plus haute à 107 par rapport à 63 % avec celle à 104. L'hypothèse la plus vraisemblable est que la souche non pathogène emprunte les mêmes voies métaboliques ou d'adhérence, faisant compétition aux bactéries résidentes et aux souches toxigènes nouvellement ingérées.

La tolérance constatée était excellente avec davantage d'effets secondaires dans le groupe placebo (86 %) que dans le groupe traité par spores (78 %). Et plus précisément au plan digestif, les symptômes à type de diarrhée et de douleurs abdominales étaient rapportés respectivement à 46 % et 17 % dans le groupe spores par rapport à 60 % et 33 % dans le groupe placebo.

Dans l'étude, les sujets inclus avaient été traités lors du premier épisode par du métronidazole, de la vancomycine orale ou les deux, pendant 10 à 21 jours, et avaient complètement récupéré sur le plan clinique. La précision a de l'importance car les choses pourraient être différentes en l'absence d'antibiothérapie efficace. Les auteurs rapportent ainsi les inquiétudes exprimées quant au risque de recombinaison génétique entre les différentes souches. Les auteurs insistent ainsi sur l'importance d'éliminer le *C. difficile* toxigénique avec un traitement, si possible, pour réduire au minimum le risque de conjugaison in vivo et de transfert de locus de pathogénicité.

Cette approche, très séduisante, n'est pas exclusive des autres pistes explorées contre l'infection à *C. difficile*. La colonisation bactérienne est fragile et peut être compromise par un nouveau traitement antibiotique. Pour les auteurs, les vaccins antitoxines injectables en cours de développement pourraient offrir une protection plus durable. Comme la réponse anticorps vaccinale met des semaines, voire des mois, pour atteindre un taux suffisant, en particulier chez les sujets âgés, la bactériothérapie peut être une solution transitoire, le temps que le vaccin soit efficace. Les spores non toxigéniques défendent aussi leur place à côté d'autres thérapeutiques prometteuses, comme les anticorps monoclonaux anti-toxine et la transplantation fécale. Car la rapidité de l'effet obtenu et son excellente tolérance sont des arguments en faveur de son utilisation pour limiter les transmissions dans les collectivités à haut risque, tels que les hôpitaux et les maisons de retraite.

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

Administration of spores of nontoxigenic *Clostridium difficile* strain M3 for prevention of recurrent *C. difficile* infection: a randomized clinical trial. Gerding DN, Meyer T, Lee C, JAMA. 2015 May 5 ; 313(17):1719-2.

PMSI ET BHRE

A noter qu'un nouveau code PMSI est en cours de déploiement pour les séjours de patients ayant une BHRe.

Code PMSI pour BHRe = **U83.70** : Bactérie hautement résistante émergente [BHRe] :

- Entérobactéries productrices de carbapénémases [EPC]
- Entérocoques résistants aux glycopeptides [ERG] *Enterococcus faecium*

Il sera subdivisé en :

- U83.700 : Bactérie hautement résistante émergente [BHRe], situation d'infection
- U83.701 : Bactérie hautement résistante émergente [BHRe], situation de portage sain.

Mise à jour de la CIM-10 FR 2015 à usage PMSI : <http://www.atih.sante.fr/cim-10-fr-2015-usage-pmsi>

CVC ET NUTRITION PARENTÉRALE EN NÉONATOLOGIE : UNE ENQUÊTE NATIONALE À VENIR

Un audit national en néonatalogie et pédiatrie concernant la prévention du risque infectieux lors de la pose et des manipulations des cathéters veineux centraux de nutrition parentérale est en cours et se poursuivra dans les prochains mois.

Pour mémoire, les accidents dramatiques de Chambéry en réanimation néo-natale en décembre 2013 ont donné lieu à un retour d'expérience conduit à partir de janvier 2014 en liens avec les sociétés savantes, l'ANSM et la HAS. L'IGAS avait été saisie du sujet avec une double mission sur la gestion de la crise et l'évaluation des pratiques de nutrition parentérale dans les établissements qui a permis de proposer un plan d'actions de 41 préconisations.

Le décès récent d'un enfant dans un contexte de bactériémies sur cathéter de nutrition parentérale, relance la nécessité, de réaliser un état des lieux des pratiques d'hygiène et de prévention des infections autour de la pose et des manipulations des cathéters centraux utilisés pour la nutrition parentérale en néonatalogie et pédiatrie.



L'INSTRUCTION N° DGOS/PF2/DGS/PP2/2015/85 du 20 mars 2015 relative à la gestion des risques liée à l'activité de nutrition parentérale en réanimation néonatale, en néonatalogie et en pédiatrie par la mise en place de bonnes pratiques organisationnelles émet des recommandations aux ARS et aux établissements de santé (ES).

Pour les établissements de santé, ces actions visent en particulier à :

1. réaliser des évaluations de pratiques sur des thèmes prioritaires et, **sous 6 mois à compter de la présente**

instruction, réaliser un audit des pratiques d'administration de nutrition parentérale au sein des services visés ;

2. élaborer un référentiel de prescription privilégiant les prescriptions de spécialités avec autorisation de mise sur le marché ;

3. arrêter les préparations de mélange nutritif dans les services de soins, placer sous responsabilité pharmaceutique la production et renforcer la qualité de la production ;

4. réaliser des revues de morbi-mortalité sur tous les décès de nouveau-nés suspects ou inattendus selon les guides publiés par la Haute autorité de santé et l'instruction n°352 du 28 septembre 2012 .

Sur un plan pratique, le réseau CClin-Arlin en lien avec le Ministère de la Santé (DGOS) propose 2 phases :

- 1^{er} temps : évaluation des pratiques auprès des ES participant déjà au **réseau Néocat**. Dans l'Est, deux établissements de santé sont concernés car participant à ce réseau (<http://www.cclinparisnord.org/NEOCAT/neocat.php>). Cette 1^{ère} phase qui est en cours de réalisation et concerne donc un nombre restreint d'établissement, permettra d'élaborer une grille d'entretien

- 2^{ème} temps : **enquête nationale sera proposée fin 2015 à un périmètre élargi d'ES accueillant des enfants** sous l'égide du Grephh à l'aide d'une grille sur l'état des lieux et des pratiques d'hygiène et de prévention des infections sur cathéters veineux centraux et nutrition parentérale en pédiatrie et néonatalogie.

Pour que les ES puisse attendre la sortie de cet audit du Grephh fin 2015 et sans être pénalisé par les tutelles, nous allons en accord avec la DGOS faire parvenir un bref questionnaire à tous les établissements de santé Français pour leur demander :

1/ Si ils ont un service de pédiatrie, néonatalogie, et/ou réanimations correspondantes...

2/ Si oui, est-ce qu'ils s'engagent à participer début 2016 à un nouvel audit des pratiques de soins sur les cathéters centraux utilisés pour l'alimentation parentérale du Grephh. Pour les établissements qui ne souhaiteraient pas attendre la sortie de cet outil du Grephh, ils leur restent la possibilité d'utiliser un outil maison.

Ce questionnaire serait rédigé et envoyé au cours du mois de juin prochain. Il sera très court.

Le Grephh pourra ainsi fournir à la tutelle la liste des établissements qui s'engageraient dans la démarche de l'audit prévu par le Grephh pour début 2016.

Pour en savoir plus : INSTRUCTION N° DGOS/PF2/DGS/PP2/2015/85 du 20 mars 2015 relative à la gestion des risques liée à l'activité de nutrition parentérale en réanimation néonatale, en néonatalogie et en pédiatrie par la mise en place de bonnes pratiques organisationnelles

http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/03/cir_39383.pdf

DIX QUESTIONS À PROPOS DES BHRé (OLIVIER BAUD, CLERMONT-FERRAND)

Dans Alin&as, la revue du CCLin Sud-Est de mai 2015, notre collègue Olivier BAUD répond à 10 questions essentielles et fréquentes sur la problématique des BHRé dans nos établissements

http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/Newsletter/2015/02/baud_olivier.pdf

- Q1. Pourquoi le dépistage des médecins et des soignants n'est pas recommandé alors que ceux-ci sont considérés comme vecteurs possibles des BHRé ?
- Q2. Combien de temps peut durer le portage des BHRé ?
- Q3. Quelle est la sensibilité du dépistage des BHRé par écouvillonnage rectal ?
- Q4. Quel est l'intervalle idéal entre deux dépistages ?
- Q5. Pourquoi 1 seul dépistage pour les patients rapatriés sanitaires et 3 dépistages pour les patients contacts ?
- Q6. Pourquoi les patients qui regagnent leur domicile n'ont-ils plus de mesures à appliquer ?
- Q7. Les techniques moléculaires sont-elles plus sensibles pour détecter un portage de BHRé ?
- Q8. Pourquoi faut-il dépister les patients contacts dans l'entourage d'un patient en précautions complémentaires de type contact ?
- Q9. Lors d'une campagne de dépistage de BHRé vous identifiez des patients indemnes de BHRé mais porteurs d'Entérobactéries de bêta-lactamases à spectre étendu (EBLSE), que faire ?
- Q10. Pourquoi les recommandations en établissements médico-sociaux sont-elles différentes de celles données en établissements sanitaires ?



Si cet article essaie de donner des pistes de réflexion, il faut rappeler que la référence actuelle est le document du HCSP de juillet 2013 : « Prévention de la transmission croisée des BHRé » repris dans l'Instruction du 14 janvier 2014 relative aux recommandations pour la prévention de la transmission croisée des bactéries hautement résistantes aux antibiotiques émergentes

<http://www.cclin-arlin.fr/nosobase/Reglementation/2014/Instruction/14012014.pdf>

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/>