

ACTUALITÉS DU CCLIN EST ET DE SES 5 ANTENNES RÉGIONALES



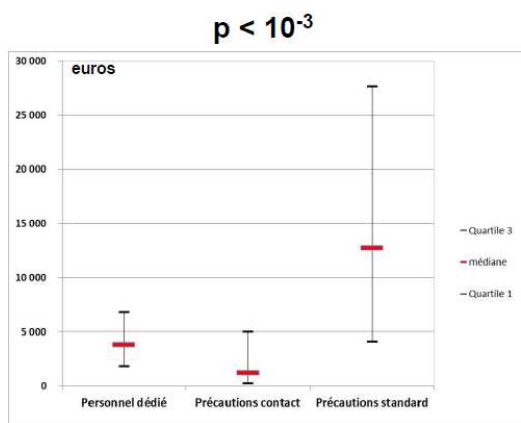
Juin 2015

COÛT D'UNE ÉPIDÉMIE DE BHRE SELON LES MESURES DE PRÉVENTION

Le surcoût lié à la prise en charge de patients porteurs de bactéries hautement résistantes aux antibiotiques émergentes (BHRe) est moins important lorsque des mesures adaptées sont mises en œuvre dès l'admission, selon une étude menée à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP) et présentée lors du 26ème congrès national de la Société française d'hygiène hospitalière (SF2H).

Le réseau des équipes opérationnelles d'hygiène de l'AP-HP a cherché à évaluer le surcoût lié à la prise en charge des patients, selon les recommandations du Haut conseil de la santé publique (HCSP) de 2013, des porteurs d'entérobactéries résistantes à la vancomycine ou d'entérobactéries productrices de carbapénémase.

Alertes BHRe à l'AP-HP en 2014 Coût selon les mesures de prévention



Lomont A, SF2H 2015

liée à la fermeture de lits (866.000 euros), la mise en place des précautions "contact" (300.000 euros) et les examens bactériologiques (290.000 euros).

Le surcoût médian par séjour d'un porteur unique était moins important lorsque les recommandations du HCSP étaient appliquées. Il s'élevait à 1.982 euros lorsque les précautions "contact" étaient mises en œuvre ou un personnel dédié mobilisé dès l'admission, alors qu'il atteignait 12.630 euros si les patients étaient pris en charge de façon standard.

Lorsque les mesures préconisées par le HCSP sont mises en œuvre dès l'admission, le surcoût est moins important que lorsqu'elles sont appliquées avec retard, pointent les auteurs en conclusion du résumé de leur présentation.

Ils ont procédé à un recueil prospectif des séjours des patients porteurs de BHRe dans 19 hôpitaux de l'AP-HP en 2014: bactéries, nombre de patients porteurs, contacts, nombres d'exams bactériologiques, durée d'hospitalisation, date d'identification de la BHRe, nombre de journée de précaution "contact", surcoût lié au renforcement en personnel et perte de recettes liée aux lits fermés.

Sur 171 séjours de patients porteurs de BHRe et 11 épidémies analysées en 2014, le surcoût total s'élevait à plus de 3 millions d'euros, avec un coût médian de 3.189 euros pour les séjours d'un porteur unique et 55.126 euros pour les épidémies. La durée moyenne de séjour hors épidémie était de 23 jours.

Le poste de dépenses le plus important était le renforcement en personnel (1,6 million euros), puis la perte de recettes

Dans ce numéro :

Coût épidémie BHRe	1
A l'agenda	2
PICC en hémato	3
AES en EHPAD	4
Alerte Mycobactéries	5
C. difficile et C3G	6
EBLSE et EPC	7
« BHRe tracking »	8

Chaque bulletin contient des points de :

- Formations
- Surveillances
- Signalements
- Réglementation


 JUIN 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						

1/ Audit Endoscopie du Grephh : en juin, il y a actuellement **80 établissements inscrits** à cet audit dans l'Est

Le retour de vos données se fait **obligatoirement** à l'adresse suivante : enquetes-cclin.est@chu-nancy.fr

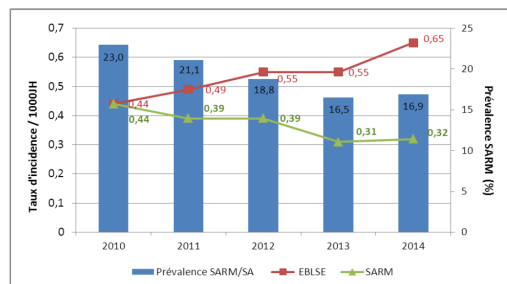
2/ Résultats de la surveillance REA RAISIN 2014 pour l'interrégion EST : <http://www.cclin-est.fr/spip.php?article49>

Cette année les résultats sont présentés sous la forme :

- D'un rapport standardisé comportant l'analyse des données de l'ensemble des services ayant participé à la surveillance
- D'un rapport précisant la distribution des services en fonction des indicateurs d'infection étudiés

3/ Résultats de la surveillance BMR RAISIN 2014 pour l'interrégion EST :

<http://www.cclin-est.org/spip.php?article44>



Évolution des densités d'incidence des SARM, des EBLSE et de la prévalence de la résistance des SARM

Actualités du GRHYM (groupe national d'hygiène des mains)

Prochainement, une expérimentation va être proposée aux établissements volontaires pour tester une démarche impliquant les équipes soignantes afin de déterminer un objectif par service en nombre de friction par patient-jour.

Les établissements intéressés peuvent contacter Nathalie Jouzeau : n.jouzeau@chu-nancy.fr

COLLOQUES - JOURNEES - CONGRES

23^{èmes} Journées régionales d'hygiène de l'ARLIN Lorraine : Nancy les 18 et 19 juin 2015 : diaporamas disponibles

<http://arlin-lorraine.chu-nancy.fr/congres-manifestations/journees-regionales-d-hygiene/2015-23emes-j-r-h/communications/>

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

Journée CCLin Est/ARLIN Champagne-Ardenne : Reims le 13 novembre 2015 sur « Les indicateurs et les cibles du PROPIAS » - programme et bulletin d'inscription à venir

Colloque concernant l'antibiorésistance : Paris le 17 novembre 2015 sur "La démarche « une seule santé » appliquée à l'antibiorésistance : le temps des actions" Lieu : Amphithéâtre Laroque - Ministère des Affaires sociales et de la santé - 14, Avenue Duquesne 75007 Paris - programme et bulletin d'inscription à venir

PEU DE COMPLICATIONS AVEC LES CATHÉTERS CENTRAUX À INSERTION PÉRIPHÉRIQUE (PICC) EN HÉMATOLOGIE

Les cathéters centraux mis en place chez les patients atteints de cancers peuvent être source de complications diverses, en particulier d'infections et de thromboses. Le recours à des dispositifs insérés par voie périphérique (cathéters centraux à insertion périphérique ou PICC) est de plus en plus fréquent, en raison de leur facilité d'insertion et de retrait, de leur coût moindre et de la diminution du taux de complications.

Néanmoins, on ne dispose que de peu d'information sur l'utilité et la sécurité d'emploi des PICC en hématologie. Une équipe romaine a donc effectué une étude rétrospective sur une large cohorte de patients ayant diverses hémopathies, à différents stades, et bien sûr différents traitements. Au total, 612 PICC ont été posés chez 483 patients entre janvier 2009 et décembre 2012. Les dispositifs sont restés en place pendant une durée médiane de 101 jours.

Table 3 Microbial isolates of catheter-related bloodstream infections

Pathogens	Number (% of CRBSIs)
Coagulase-negative staphylococci	13 (27.6)
<i>Staphylococcus aureus</i>	6 (12.8)
<i>Enterococcus faecalis</i>	8 (17.0)
<i>Escherichia coli</i>	8 (17.0)
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	1 (2.1)
<i>Enterobacter species</i>	2 (4.3)
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	2 (4.3)
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	3 (6.4)
<i>Alcaligenes faecalis</i>	1 (2.1)
<i>Achromobacter xylosoxidans</i>	1 (2.1)
<i>Candida albicans</i>	2 (4.3)

Dans 47 cas (7,7 %), une bactériémie est survenue attestant un taux très faible d'infections. Le taux de thromboses sur cathéter était un peu plus élevé, de 2,6 % (16 cas), mais non préoccupant. Aucune complication grave liée à ces événements n'a non plus été observée.

Parmi les facteurs pouvant favoriser ces complications, seule la leucémie aiguë était significativement associée à un risque accru d'infections et aucun élément prédictif de thrombose n'a été mis en évidence. De plus, la moitié des bactériémies sont survenues au cours du premier mois suivant l'insertion et la grande majorité des épisodes thrombotiques se sont produits au cours des premières semaines, aucun cas n'ayant été documenté après le 100e jour. Ces données sont donc plutôt en faveur de l'influence prépondérante de facteurs locaux dans la survenue de thromboses sur PICC, sachant que la thrombocytémie ne semble pas

constituer un facteur de protection, puisque 6 cas de thromboses ont été constatés chez des malades thrombocytopeniques.

La PICC apparaît donc être un dispositif sûr chez les malades traités pour une affection hématologique maligne. Les auteurs soulignent cependant que les bons résultats de cette étude sont aussi à mettre sur le compte d'une prise en charge des PICC, depuis l'insertion jusqu'au retrait, par une équipe dédiée de médecins et d'infirmiers.

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

Morano SG et coll. : Catheter-associated bloodstream infections and thrombotic risk in hematologic patients with peripherally inserted central catheters (PICC). Support Care Cancer. 2015

NOSOBASE ET SITE CCLIN-ARLIN : ENCORE DU NOUVEAU!!!!



Création de deux nouvelles rubriques sur NosoBase :

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

- « **Vidéos** » dans l'onglet « Reco/Outils »
- « **Vu sur le Web** »

Deux nouveaux documents sont venus enrichir la rubrique « outils GDR » du site Cclin Arlin :

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

- Prévention de la transmission croisée de *Salmonella enterica* Agbeni en maternité
- Cas groupé de salmonellose à *Salmonelle enterica* Agbeni chez des nouveaux-nés

« **Dis, c'est quoi un Cclin?** » : la réponse en image dans un « VLOG » que l'on doit au Cclin Sud-Ouest :

<https://www.youtube.com/watch?v=zXY7sYKwFP4>

NOMBREUX AES CHEZ LE PERSONNEL INFIRMIER EN EHPAD

En établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), un infirmier sur quatre rapporte avoir été victime d'un accident exposant au sang, selon une enquête menée en Rhône-Alpes et présentée lors du 26ème congrès national de la Société française d'hygiène hospitalière (SF2H) en juin 2015.

Entre septembre et novembre 2014, Nadine Khouider des Hospices civils de Lyon (HCL) et ses collègues ont mené une étude auprès de l'ensemble des infirmiers salariés des Ehpad de la région Rhône-Alpes à l'aide de deux questionnaires en ligne: un pour chaque établissement et un pour chaque infirmier.

Parmi les 679 Ehpad de la région, 163 établissements et 801 infirmiers ont participé à l'étude.

Un accident d'exposition au sang (AES) a été rapporté par 23% des infirmiers. Le taux d'AES dans les 12 derniers mois s'élevait à 8% dans cette enquête.

Dans près de la moitié des cas, l'accident était survenu lors d'une injection sous-cutanée, en majorité lors de l'utilisation d'un stylo injecteur. Un tiers de ces AES est arrivé lors d'une prise de sang et 10% à l'occasion de la pose d'une voie sous-cutanée. Dans un tiers des cas, l'accident s'était produit lors du retrait du dispositif.

Près de 30% des infirmiers victime d'AES n'ont pas eu d'avis spécialisé dans les suites de l'incident et seulement un tiers des avis ont été délivrés dans les quatre à six heures.

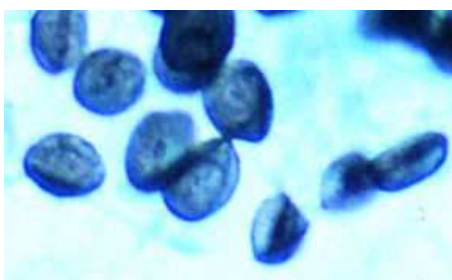
Cette étude montre que les AES concernent aussi les Ehpad. Sur la base de ces données, ils estiment que leur prise en charge "n'apparaît pas optimale" dans ces établissements. Ils souhaitent que cette étude conduise à la mise en place d'actions de prévention des AES en Ehpad.

Pour en savoir plus : Surveillance des accidents avec exposition au sang dans les établissements de santé français - Résultats AES-Raisin 2011-2012

<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2014/Surveillance-des-accidents-avec-exposition-au-sang-dans-les-etablissements-de-sante-francais>

EXPOSITION DES SOIGNANTS ET PATIENTS À UN RISQUE DE CONTAMINATION AÉRIENNE PAR PNEUMOCYSTIS

Pneumocystis jirovecii est un champignon qui peut-être excrété dans l'air par les patients infectés et colonisés exposant les autres patients et les soignants à un risque de contamination, selon une étude présentée lors de rencontres scientifiques organisées par l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) mardi à Paris.



Jean Menotti de l'université Paris-Diderot rappelle que les champignons du genre *Pneumocystis* sont responsables d'une pneumonie grave, la pneumonie à *Pneumocystis*, chez des patients immunodéprimés. Parallèlement, des colonisations pulmonaires par *Pneumocystis* ont été décrites chez des personnes immunodéprimées comme immunocompétentes.

Après avoir mis en évidence l'excrétion de *Pneumocystis* par un hôte infecté en couplant une technique de collecte de l'air et de PCR en temps réel, l'équipe a cherché à évaluer l'excrétion et la diffusion de *Pneumocystis* dans l'air à partir de patients souffrant d'une pneumonie à *Pneumocystis* et de patients colonisés. Le but des chercheurs était d'estimer le risque d'exposition des patients susceptibles

et des soignants dans l'environnement hospitalier.

Les auteurs ont mis en évidence une excrétion et une diffusion dans l'air environnant les patients colonisés. Sur 27 chambres de patients colonisés, neuf prélèvements d'air étaient positifs.

L'ADN du champignon a été retrouvé dans l'environnement de la moitié des patients atteints d'une pneumonie à *Pneumocystis*, avec une persistance plusieurs jours après l'introduction de l'antibiothérapie. Une colonisation a été retrouvée chez 9% (9 sur 102) des soignants en charge de ces malades. Par ailleurs, les investigateurs ont également identifié une excrétion aérienne du champignon chez des soignants colonisés.

Ces résultats révèlent l'excrétion aérienne de ce champignon chez les patients et des soignants colonisés et devraient avoir un impact direct sur la prise en charge des patients qui justifient des mesures de précautions complémentaires. La recommandation d'éviter de placer un malade atteint de pneumonie à *Pneumocystis* dans la même chambre qu'un immunodéprimé, devrait, selon eux, être étendue aux patients colonisés.

Pour en savoir plus : copier l'adresse suivante dans votre navigateur

http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&cad=ria&uact=8&ved=0CEYQFiAE&url=http%3A%2F%2Fapp.parisdescartes.fr%2Fcgi-bin%2FWebObjects%2FWODownload%3Fno%3D82752&ei=iHgKVZLSFovp-QGb_6XYAQ&usq=AFQICNF1teeR5vV_XdpWSIBfEoaf_fYqTw&bvm=bv.96339352.d.cWw

ALERTE SUR DES CAS DE PATIENTS INFECTÉS PAR UNE MYCOBACTÉRIE ATYPIQUE EN LIEN AVEC UN SYSTÈME DE REFROIDISSEMENT DE CIRCULATION EXTRA-CORPORELLE

L'ECDC (Centre de contrôle des infections pour l'Europe) a lancé une alerte sur des cas de patients infectés par une mycobactérie atypique en lien avec un système de refroidissement de circulation extra-corporelle.

Depuis 2011, au moins 10 cas d'infections cardiovasculaires invasives à *Mycobacterium chimaera*, (groupe MAC : Mycobacterium avium complex) dont 4 décès possibles, ont été identifiés chez des patients qui avaient subi une chirurgie cardiaque en Suisse, aux Pays-Bas et en Allemagne. Douze cas probables ont été retrouvés dans le cadre de la recherche active mise en place au Royaume-Uni et sont encore en cours d'investigation.

Le séquençage complet du génome réalisé sur des souches cliniques et environnementales collectées dans les épisodes en Allemagne et aux Pays-Bas ont mis en évidence des similitudes entre les souches, suggérant ainsi une source de contamination commune entre ces pays. L'isolement de *M. chimaera* dans des générateurs thermiques ainsi que dans l'air des blocs opératoires concernés suggère une diffusion par aérosols en provenance du générateur thermique de circulation extracorporelle.

Une marque de générateurs thermiques de CEC a été impliquée dans le rapport suisse. Cette marque de générateurs est largement utilisée en Europe, y compris en France. Toutefois, l'état des investigations ne permet pas encore d'affirmer que les cas sont exclusivement survenus lors d'opérations impliquant du matériel de cette marque en particulier et de conclure sur la source commune.

A ce jour en France, aucun cas d'endocardites à *M. chimaera* ou autres espèces du complexe *M. avium*, comprenant *M. intracellulare* et *M. avium* survenus dans les suites d'opérations cardiaques à cœur ouvert n'a été rapporté par le CNR Mycobactéries ou par le biais du signalement des infections nosocomiales mais on ne peut cependant prétendre à l'exhaustivité. Un sous-diagnostic ne peut être exclu, l'apparition de signes cliniques intervient à distance de l'opération (2 ans en moyenne).

Mise en place d'une recherche active de cas de manière rétrospective standardisée par un protocole européen commun afin d'évaluer la survenue de cas similaires en France (InVS et le CNR Mycobactérie) :

Patients concernés : Infections invasives, endocardites, médiastinites ou infections sur greffes vasculaires chez des patients ayant subi une chirurgie cardiaque sous CEC

Mycobactéries atypiques à signaler : *M. chimaera*, *M. avium*, *M. intracellulare* et mycobactéries du *Mycobacterium avium complex (MAC)*

Enquête rétrospective : Sur les 5 dernières années : depuis janvier 2010 (délai d'apparition des 1^{ers} signes cliniques de 2 ans en moyenne)

Destinataires Services de chirurgie cardiaque et Laboratoires de bactériologie (via le CNR-MyRMA)

Services d'hygiène hospitalière des établissements de santé (pour information)

A LIRE - A VOIR - A FAIRE

- **Rapport d'évaluation sur les pratiques de sialendoscopie** : mise en ligne par la HAS

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1164340/fr/evaluation-de-la-sialendoscopie-parotidienne-et-submandibulaire-a-visee-diagnostique-et-therapeutique-rapport-d-evaluation

- **Les gastro-entérites virales jouent les filles de l'air** : La transmission des gastro-entérites virales est remise en question par une étude canadienne qui révèle un possible mode de contamination par voie aérienne, et donc une brèche dans les classiques mesures d'hygiène : **copier l'adresse suivante dans votre navigateur**

[http://www.cite-sciences.fr/fr/ressources/science-actualites/detail/news/les-gastro-enterites-virales-jouent-les-filles-de-lair?tx_news_pi1\[controller\]=News&tx_news_pi1\[action\]=detail&cHash=de7e61319232c73fc37b43de46de3f9d](http://www.cite-sciences.fr/fr/ressources/science-actualites/detail/news/les-gastro-enterites-virales-jouent-les-filles-de-lair?tx_news_pi1[controller]=News&tx_news_pi1[action]=detail&cHash=de7e61319232c73fc37b43de46de3f9d)

- **Mise à jour des recommandations du HCSP relatives au coronavirus MERS-CoV** : Définition et classement des cas possibles et confirmés d'infection à MERS-CoV et précautions à mettre en œuvre lors de la prise en charge de ces patients

<http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=506>

- **Diphthérie en Espagne** : Les derniers malades de diphtérie recensés en Espagne remontaient à 1987. Alors que l'on pensait la maladie éradiquée, un cas a été détecté le 1er juin, à Olot, en Catalogne. Il s'agit d'un **enfant de 6 ans non vacciné**, hospitalisé depuis à l'hôpital Vall d'Hebron de Barcelone, dans un état critique

<https://www.mesvaccins.net/web/news/7054-cas-grave-de-diphtherie-chez-un-enfant-de-6-ans-en-espagne-les-messages-anti-vaccinaux-en-cause>

LE RISQUE DE *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* DIRECTEMENT LIÉ AUX CÉPHALOSPORINES DE TROISIÈME GÉNÉRATION

Le risque d'infection par *Clostridium difficile* était directement lié à la consommation des céphalosporines de troisième génération, dans une étude du CHU de Caen présentée au congrès de la Société française d'hygiène hospitalière (SF2H).

Lucile Cochard et ses collègues ont réalisé une étude sur sept ans, de 2007 à 2013, période durant laquelle 470 cas d'infection par *C. difficile* ont été détectés, dont 71,3% étaient des cas nosocomiaux.

Ils se sont intéressés aux classes d'antibiotiques les plus souvent incriminées dans la survenue d'infections à *C. difficile* : les céphalosporines de deuxième et troisième générations, la clindamycine, les macrolides, l'amoxicilline+acide clavulanique et les fluoroquinolones. L'incidence des infections à *C. difficile* nosocomiales ne variait pas avec les consommations totales d'antibiotiques. En revanche, elle augmentait par palier en parallèle des consommations des céphalosporines de troisième génération.

Par ailleurs, ils ont constaté que les services les plus touchés par cette infection (incidence supérieure à 5 cas pour 10.000 journées d'hospitalisation) étaient la gastro-entérologie, l'hématologie et la réanimation médicale.

Et les services à forte proportion de personnes âgées de plus de 65 ans présentaient une incidence nettement supérieure (2,74/10.000 journées, comparé à 0,33 cas/10.000 journées pour les autres services).

Plusieurs axes de travail se sont dégagés pour une meilleure maîtrise des infections à *C. difficile*, indiquent les auteurs. Ils citent en premier lieu "le bon usage des antibiotiques, en ciblant les plus à risque", ainsi que "la maîtrise de l'environnement hospitalier, pour la prévention de la transmission croisée".

MERS ET CORONAVIRUS: LE POINT EN 5 QUESTIONS

• Qu'est-ce qu'un coronavirus?

Il ne faut pas parler du coronavirus, mais du NCoV (pour Novel coronavirus). Les coronavirus sont un genre de virus appartenant à la famille des Coronaviridae, ainsi nommés parce que, vus au microscope électronique, leur forme évoque la couronne solaire. Ils sont très nombreux et seule une poignée est capable d'infecter l'homme, provoquant des maladies essentiellement digestives ou respiratoires, du banal rhume au terrible syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) qui a provoqué une grave épidémie en 2002-2003 qui a fait près de 800 morts.

• Qu'est-ce que le MERS?

Le Syndrome respiratoire du Moyen-Orient, ou MERS, est ainsi nommé parce qu'il a été détecté pour la première fois en avril 2012 en Arabie saoudite. La souche responsable de l'épidémie sud-coréenne serait sensiblement la même que celle identifiée au Moyen-Orient, mais la situation semble évoluer plus vite avec déjà 108 personnes contaminées identifiées et 3500 placées en quarantaine, ce qui inquiète les autorités sanitaires. Au total, 1154 cas d'infections confirmées en laboratoire avaient été notifiés à l'OMS au 1er juin, dont au moins 434 mortels.

• Comment se transmet-il?

Le premier diagnostic de MERS en Corée du Sud a été posé le 20 mai 2015 sur un homme revenant d'un voyage dans des pays du Golfe, dont l'Arabie saoudite. On ne sait pas bien comment se transmet le virus ni comment s'en protéger, mais l'OMS recommande de se méfier... des camélidés. Celui-ci semble capable d'infecter l'homme, et est probablement un réservoir privilégié du NCoV qu'il aurait pu recevoir de la chauve-souris il y a très longtemps. L'OMS recommande donc d'éviter «de boire du lait de chamelle cru ou de l'urine de chameau, ou encore de consommer de la viande qui n'est pas assez cuite». La transmission interhumaine est possible mais exige un contact étroit avec un malade: en Corée, les autorités soulignent que la transmission ne s'est pour le moment faite qu'au sein des établissements de soins.

• Quels symptômes?

Fièvre, toux et difficultés respiratoires essentiellement. «La présence d'une pneumonie est fréquente, mais pas systématique. Des symptômes gastro-intestinaux, dont la diarrhée, ont également été signalés», explique l'Organisation mondiale de la Santé. Il n'existe ni vaccin, ni traitement contre ce virus, hormis les traitements symptomatiques. Un gros tiers (36 %) des infections aboutirait au décès, jusqu'ici uniquement chez des personnes déjà très fragilisées qui peuvent développer une forme grave de la maladie, donc nécessiter des soins intensifs.

• Comment l'épidémie est-elle surveillée?

Pour le moment, l'OMS ne considère pas que le MERS relève d'une urgence de santé publique de portée internationale, mais le Comité d'urgence s'est déjà réuni à sept reprises pour en surveiller l'évolution. L'agence onusienne invite tous les pays à «maintenir un niveau élevé de vigilance», en particulier ceux qui accueillent «un grand nombre de voyageurs ou de travailleurs immigrés en provenance du Moyen-Orient» mais sans pour autant recommander ni dépistage systématique ni restrictions de déplacement. A ce jour, outre la Corée du Sud neuf pays ont déclaré des cas de MERS (Arabie saoudite, Allemagne, Émirats arabes unis, France, Italie, Jordanie, Qatar, Royaume-Uni et Tunisie), tous en lien avec le Moyen Orient.

ENTÉROBACTÉRIES BLSE ET CABAPÉNÉMASES : « DES NOUVELLES DU FRONT DES EBLSE ET EPC »

Transmettre une entérobactérie productrice de bêta-lactamase à la maison

Les patients hospitalisés et colonisés au niveau rectal par une entérobactérie productrice de bêta-lactamase (EBL) peuvent la transmettre à la communauté et, en premier lieu, au sein de leur foyer à leurs proches. Une étude néerlandaise a inclus 74 patients index et 84 membres de leur foyer (51 % de conjoints, 23 % de parents, 13 % d'enfants, 13 % de frères et sœurs). La probabilité de transmettre une EBLSE au sein du foyer était de 57 %.

Référence :

[Haverkate M et coll.: Household transmission of EBSL-producing bacteria. 25ème congrès de l'ECCMID \(European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases\) \(Copenhague, Danemark\): 25-28 avril 2015.](#)

Quels sont les facteurs de risque de colonisation par une entérobactérie productrice de carbapénémase en réanimation ?

La Grèce est la « championne » européenne des entérobactéries productrices de carbapénémases parmi lesquelles les klebsielles (KPC). Afin d'approfondir l'épidémiologie de ces colonisations, une équipe de réanimation grecque a réalisé une étude prospective de 2 ans chez 222 patients. Un écouvillonnage rectal était pratiqué à l'admission et tous les 2/3 jours jusqu'à la sortie du service de réanimation. Sur 222 patients inclus, 47 % se sont avérés colonisés par une KPC au niveau rectal, le délai médian de colonisation étant de 8 jours après l'admission. Les facteurs de risque indépendants de colonisation étaient la présence d'une immunosuppression et des scores de Mc Cabe et APACHE II péjoratifs.

Référence :

[Tsepanis K et coll.: Prospective study of rectal colonization with carbapenemase-resistant Klebsiella pneumonia strains. 25ème congrès de l'ECCMID \(European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases\) \(Copenhague, Danemark\): 25-28 avril 2015.](#)

Revenir d'un voyage colonisé par une entérobactérie productrice de bêta-lactamase

Sur 168 voyageurs suédois participants à cette étude sur l'acquisition d'un portage rectal d'entérobactérie productrice de bêta-lactamases (EBL), 11 étaient porteurs avant le départ, et 49/157 (31 %) revenaient colonisés après 14 jours de voyage en moyenne: 18 % au retour d'Asie du Sud-Est, 46 % au retour d'Inde, 48 % au retour d'Afrique du Nord et 11 % au retour du Moyen Orient. Avoir au cours du voyage, un épisode de diarrhée, fréquenté un établissement de santé, ou pris des antibiotiques, étaient les principaux facteurs de risque retrouvés.

Référence :

[Vading M et coll.: Risk factors for acquisition and characterization of extended-spectrum beta-lactamase-producing Enterobacteriaceae in healthy travelers. 25ème congrès de l'ECCMID \(European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases\) \(Copenhague, Danemark\): 25-28 avril 2015.](#)

La consommation de ceftriaxone fortement corrélée à l'incidence des entérobactéries BLSE

La consommation de la céphalosporine de troisième génération ceftriaxone est fortement corrélée à l'incidence des entérobactéries sécrétrices de bêta-lactamases à spectre étendu (EBLSE), selon une étude menée dans 60 établissements de santé et présentée lors du 26ème congrès national de la Société française d'hygiène hospitalière (SF2H).

A partir des données interrégionales de surveillance Raisin (Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales et associées aux soins), Hélène Sénéchal du centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CClin) Ouest à Rennes et ses collègues ont analysé le lien entre consommation d'antibiotiques et incidences des EBLSE acquises.

Dans le résumé de leur présentation, ils ont pris en compte les données recueillies entre 2009 et 2013 par 60 établissements dont deux CHU, 31 centres hospitaliers et 24 cliniques. La densité d'incidence des EBLSE a significativement augmenté entre 2009 et 2013.

L'équipe a mis en évidence, pour chaque année de la période évaluée, une corrélation entre la densité d'incidence des EBLSE et la consommation des céphalosporines de troisième génération ceftriaxone et céfotaxime, ainsi que celle de carbapénèmes. La plus forte corrélation concerne la ceftriaxone.

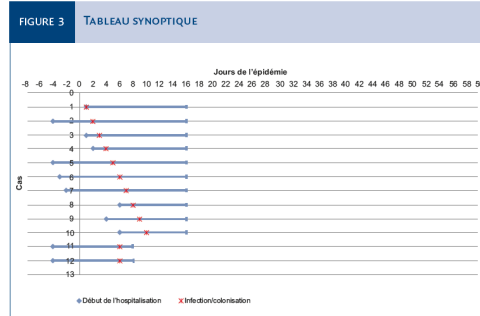
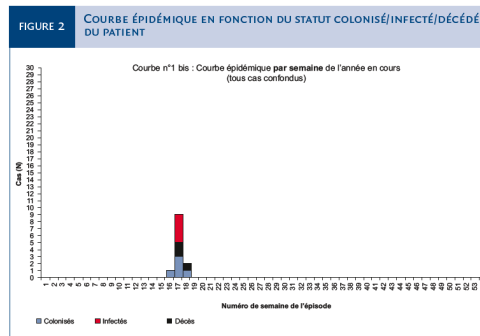
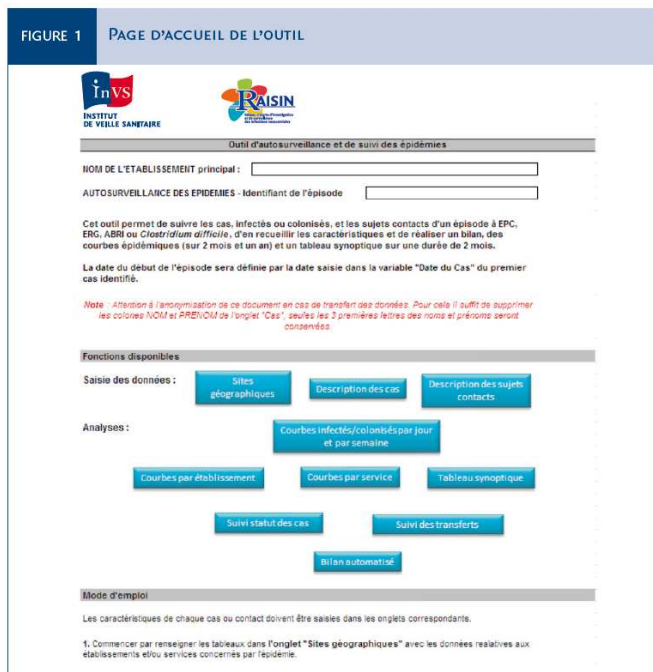
Les auteurs estiment que l'association avec d'autres antibiotiques, notamment avec l'antibiotique de la famille des bêta-lactamines pipéracilline-tazobactam, devrait être étudiée.

Référence :

[Poster CL-04, SF2H 2015, Tours](#)

« BHRE TRACKING » : UN OUTIL DE SUIVI DES ÉPIDÉMIES

Un outil informatique est mis à disposition des établissements de santé, des Arlin et des CClin pour aider au suivi des épidémies à BHRe, ABRI, *Clostridium difficile* et autres microorganismes. Cet outil, simple d'utilisation, est transposable à différents types d'épidémies, utilisable aux niveaux local, régional ou interrégional et facilement modifiable. Il se présente sous forme d'un fichier Excel®. Il permet de générer automatiquement plusieurs courbes épidémiques et un tableau synoptique et de produire un bilan des épidémies. Il propose un tableau de suivi des cas et des sujets contacts.



Cet outil et un diaporama de présentation sont librement téléchargeables :

<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-associees-aux-soins/Outil-de-suivi-des-epidemies>

Suite à des départs de professionnels (retraite, mutation) au cours des derniers mois, le CClin Est est heureux de vous annoncer les arrivées au 01 juin dernier de deux nouveaux agents :

- **Mme Jacqueline SCHWEBIUS** comme adjoint administratif qui rejoint au sein de notre secrétariat, **Mme Clarisse COLIN** arrivée à l'automne 2014.
- **M. Julien CLAVER** comme ingénieur biostatisticien

Nous leur souhaitons la bienvenue et nous vous remercions par avance de l'accueil que vous leur réserverez.

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/>

