



Centre de Coordination de la Lutte
contre les Infections Nosocomiales

C.CLIN Sud-Est
Hôpital Henry Gabrielle, Villa Alice
20 route de Vourles – BP 57
69565 SAINT GENIS LAVAL cedex

Téléphone : 04 78 86 49 49
Télécopie : 04 78 86 49 48
cclinse@chu-lyon.fr
http://cclin-sudest.chu-lyon.fr

Dans ce numéro :

- Le C.CLIN a déménagé ! 1
- Décret n°2006-550 : une possibilité de simplification pour les CLIN des établissements publics 1-2
- Textes officiels, Guides et Recommandations, Alertes 2
- CLIN et stratégie de surveillance des infections nosocomiales dans l'établissement 3
- Suspension de la vaccination obligatoire contre la grippe des professionnels exposés à des risques de contamination 4
- Infectiologie transversale : expérience sur le bassin de la population de Toulon—Hyères 5
- Signalements Juillet—Septembre(2006) 6

Le C.CLIN Sud-Est a déménagé !

L'équipe du C.CLIN Sud-Est et l'antenne régionale Rhône-Alpes sont désormais hébergées dans la Villa Alice située au cœur de l'hôpital Henry Gabrielle, dans la banlieue sud de Lyon. Ouvert en 1969, cet établissement des Hospices Civils de Lyon est spécialisé dans la rééducation et réadaptation fonctionnelle, avec une capacité de 232 lits d'hospitalisation.

Voir nouvelles coordonnées ci-contre



Décret n° 2006-550 du 15 mai 2006 : une possibilité de simplification pour les CLIN des établissements publics

A Savey, médecin coordonnateur,
C.CLIN Sud-Est.

Le récent décret n° 2006-550 du 15 mai 2006 définit pour les établissements de santé publics et les syndicats interhospitaliers (SIH), **la composition et les modalités d'exercice de la (ou des) sous-commission(s) de la commission médicale d'établissement chargée(s) de contribuer à la qualité et à la sécurité des soins.** Désormais, une ou plusieurs sous-commissions consultatives de la CME élaboreront de façon concertée la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, l'ensemble devant faire l'objet d'une organisation formelle inscrite au règlement intérieur de l'établissement.

Champ de compétence des sous-commissions

Leur champ de compétence intègre :

- le dispositif de **vigilance** destiné à garantir la sécurité sanitaire des produits de santé mentionnés à l'article L.5311-1,
- la **lutte contre les infections nosocomiales** mentionnée à l'article L.6111-1,
- la définition de la **politique du médicament** et des **dispositifs médicaux stériles** et l'organisation de la lutte contre les **affections iatrogènes** mentionnées à l'article L.5126-5,
- et à la **prise en charge de la douleur** mentionnée à l'article L.1112-4.

Le décret remplace ainsi les anciennes instances de ces établissements (CSTH, COMEDIMS, CLIN, CLUD, CLAN, commission des antibiotiques, commission locale de surveillance de la distribution des gaz médicaux) par une ou plusieurs sous-commissions spécialisées de la CME et élargit ses attributions à celles d'autres dispositifs qui ne donnaient pas lieu à des comités spécifiques (bio, pharmaco, matério, et réactovigilances).

La finalité de cette restructuration est double :

- une plus grande souplesse pour une meilleure efficacité en permettant aux établissements de prendre en compte les caractéristiques et les besoins spécifiques de l'établissement. En particulier, les établissements de petite taille pourront regrouper les attributions

des précédentes instances sous un nombre plus réduit de sous-commissions, voire une seule.

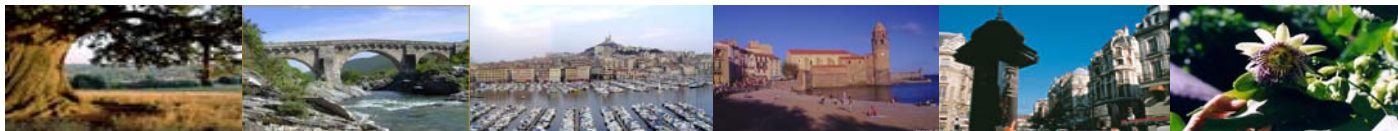
- plus de cohérence en replaçant toutes ces instances spécialisées sous l'égide de la CME.

Composition des sous-commissions

L'article R.6144-30-5 définit les principes de composition de la ou des sous-commissions :

- 2 membres de droit : le directeur et le président de la CME (ou leurs représentants),
- des représentants de la CME (collège de praticiens désignés en son sein),
- 1 représentant du CTE et 1 du CHSCT,
- les représentants des usagers de la CRUQPC siégeant à la réunion de présentation du rapport annuel et du programme annuel d'actions,
- un collège d'experts (professionnels médicaux ou non médicaux dont l'expertise est nécessaire à l'exercice de ses missions) :
 - a. les experts désignés :
 - . médecins, pharmaciens, odontologistes, sages-femmes désignés par la CME,
 - . paramédicaux désignés par le président de la CSIRMT,
 - . autres experts désignés dans les conditions définies par règlement intérieur,
 - b. les experts membres de droit selon la sous-commission concernée :
 - . directeur & correspondant de l'ETS (pour hémovigilance et la sécurité transfusionnelle),
 - . responsable de l'EOH, responsable local de la bio, hémato, pharmaco, matério & réactovigilance (selon le thème de la sous-commission),
 - . responsable de l'EOH, responsable local de la bio, hémato, pharmaco, matério & réactovigilance

La liste nominative des membres est arrêtée par le directeur de l'établissement ; le président et le vice-président de chaque sous-commission sont nommés par le président de la CME après avis. Leur secrétariat est assuré à la diligence du directeur de l'établissement. La composition, les règles d'organisation et de fonctionnement (composition, nombre de membres et conditions de désignation, nombre minimum de séances annuelles, modalités de convocation et d'ordre du jour, quorum pour les délibérations ...) devront être définies dans le **règlement intérieur**.



Pour tous les établissements, une instance de consultation et de suivi chargée de la lutte contre les infections nosocomiales

La lutte contre les infections nosocomiales et la prévention de la résistance bactérienne aux antibiotiques se voient donc confiées à une "instance de consultation et de suivi chargée de la lutte contre les infections nosocomiales" qui :

- dans les **établissements privés et les groupements de coopération sanitaire (GCS)**, demeure le **CLIN** et conserve son organisation à 22 membres au maximum (art. R.6111-4),
- dans les **établissements publics et SIH** correspond désormais à une **sous-commission de la CME**.

Les missions de l'instance de consultation et de suivi de la LIN (qu'elle soit une sous-commission dans le public ou un CLIN dans le privé) sont réactualisées (champ élargi au "risque infectieux lié au soins", intégration des missions de signalement, importance prioritaire du bon usage des antibiotiques) mais demeurent fondamentalement les mêmes (art. R.6111-1) :

- la **prévention des IN et du risque infectieux lié aux soins**,
- la **surveillance des IN et de leur signalement**,
- la **définition d'actions d'information et de formation de l'ensemble des professionnels de l'établissement en matière d'hygiène hospitalière et de LIN**,
- l'**évaluation périodique des actions de LIN, dont les résultats sont utilisés pour l'élaboration des programmes ultérieurs**,
- le **bon usage des antibiotiques**.

En ce qui concerne le **mode de fonctionnement** de "l'instance LIN", des notions familières nous sont rappelées dans l'article R.6111-2 (coordonne l'action des professionnels de santé..., prépare avec l'EOH un programme annuel d'actions..., élabore un rapport annuel d'activité, s'appuie sur l'expertise de l'équipe opérationnelle d'hygiène..., est consulté pour les travaux/

locaux/équipement, dispose des moyens et informations nécessaires, 3 réunions min. par an...).

Cet article introduit le **tableau de bord des indicateurs nationaux de suivi des établissements** qui accompagne le bilan standardisé de la LIN. Enfin il insiste sur les **missions d'évaluation** : "...participe à l'évaluation des pratiques, définit en relation avec les professionnels de soins les méthodes et indicateurs permettant l'analyse et le suivi des risques infectieux liés aux soins".

L'article R.6144-30-1 décrit enfin les **modes de transmission et de validation** des avis, rapports et programmes, ainsi que l'accès aux informations (délibérations, données, rapports...). Il est rappelé l'obligation de présenter synthétiquement le programme annuel dans le livret d'accueil destiné aux patients (Art. R.6111-9).

L'article 9 du décret confère un délai de huit mois à compter de sa publication, ce qui laisse aux établissements concernés **jusqu'au 15 janvier 2007 pour mettre en place cette nouvelle organisation**.

N'hésitez pas à consulter ces textes sur NosoBase et à nous contacter en cas de besoin.

Pour en savoir plus

- Décret n° 2006-550 du 15 mai 2006 relatif aux sous-commissions de la commission médicale d'établissement mentionnés au II de l'article L.6144-1 du code de la santé publique et modifiant le même code (dispositions réglementaires).

- Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

- annexe du décret n° 2005-840 du 20 juillet 2005 relatif à la sixième partie du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code.

- "Présentation de la réforme de la gouvernance hospitalière" DHOS, juillet 2006. 99 p. (section II : les sous-commissions de la CME, p.53-60) <http://www.sante.gouv.fr/> (dossier "gouvernance" à la lettre G dans le classement par thèmes).

Textes officiels - Guides et recommandations

Textes officiels

- Circulaire n°404 du 15/9/2006 relative aux recommandations de maîtrise de la diffusion des infections à **Clostridium difficile** dans les établissements hébergeant des personnes âgées et dans les unités de soins de longue durée. 2006, 3 pages.

- Circulaire DHOS/E2/DGS/5C 2006-382 du 4/9/2006 relative aux recommandations de maîtrise de la diffusion des infections à **Clostridium difficile** dans les établissements de santé. Bulletin Officiel, 2006, 9 pages.

- Note DHOS/E2/DGS/5C/2006/335 du 1/9/2006 relative aux recommandations de maîtrise de la diffusion des infections à **Clostridium difficile** dans les établissements de santé. 4 pages.

- Décret 2006-909 du 21/7/2006 relatif à l'**accréditation de la qualité de la pratique professionnelle** des médecins et des équipes médicales exerçant en établissements de santé. Journal Officiel du 23/07/2006, 4 pages.

- Arrêté du 17/5/2006 relatif aux **antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales**. Journal Officiel du 02/09/2006, 2 pages.

- Circulaire DGS/DPPR/DGSNR/DRT 2006-213 du 15/5/2006 relative aux modalités d'organisation des services de l'Etat en cas de survenue de **cas groupés de légionellose**. Bulletin Officiel 2006-6, 15 pages.

- Avis du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France, section maladies transmissibles, relatif à la **vaccination des nouveau-nés de mère porteuse du virus de l'hépatite B** (séances du 20/1 et du 23/6/2006). 3 pages.

- Avis du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France, section maladies transmissibles, relatif à la mise en oeuvre de la protection individuelle contre la **grippe** des professionnels visés à l'article L3111-4 du code de la santé publique par une obligation vaccinale. Séance du 19/5/2006, 4 pages.

- Avis du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France, section des maladies transmissibles, relatif à l'intérêt de la **vaccination anti pneumococcique** lors d'une pandémie grippale. Séance du 19/5/2006, 2 pages.

Guides et recommandations

- InVS. **Contaminations professionnelles par le VIH, le VHC et le VHB** chez le personnel de santé en France. Données au 31/12/2005. Septembre 2006, 16 pages.

- C.CLIN Paris-Nord. Mesures de prévention et de maîtrise de la diffusion des infections à **Clostridium difficile** dans les établissements de santé. Fiche technique. Août 2006, 4 pages.

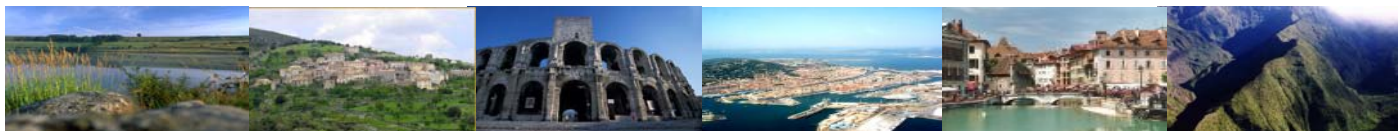
- C.CLIN Sud-Ouest. Recommandations pour l'**entretien des blocs opératoires**. Août 2006, 50 pages.

- Ministère de la Santé et des Solidarités. Guide de prévention des infections liées aux soins en **chirurgie dentaire et en stomatologie**. Juillet 2007, 72 pages.

- SFHH. Avis de la Société Française d'Hygiène Hospitalière relatif à l'utilisation de l'**eau de Javel** dans les établissements de soins. Juin 2006, 13 pages.

- Ministère de la Santé et des Solidarités. **Bioterrorisme** et mesures environnementales en milieu de soins. Juin 2006, 40 pages.

- AFSSAPS. Guide d'aide à la mise en place de la **biovigilance** dans un établissement de santé. 2006, 36 pages.



Actualités

CLIN et stratégie de surveillance des infections nosocomiales dans l'établissement

MH Metzger, médecin coordonnateur, C.CLIN Sud-Est, antenne Rhône-Alpes

La période de programmation des objectifs du CLIN pour l'année 2007 devrait être l'occasion d'une mise à jour de la stratégie de surveillance des infections nosocomiales dans votre établissement. L'implémentation de nouvelles surveillances ou la révision des indicateurs utilisés en fonction des résultats de l'année en cours ou en fonction des résultats de l'enquête nationale de prévalence peuvent s'avérer nécessaires.

Rappelons tout d'abord que la surveillance des infections nosocomiales est encadrée réglementairement depuis 1988 pour les établissements publics et 1999 pour les établissements privés, donnant obligation aux CLIN et EOH d'organiser la surveillance des infections nosocomiales dans leur établissement (art. R.6111-1). Par ailleurs la création de la procédure d'accréditation par l'ordonnance n°96-346, renforce la nécessité d'une prise en charge institutionnelle de la prévention des infections nosocomiales, notamment en instaurant une stratégie de surveillance (référentiels 16a et 46e de la procédure V2).

Le C.CLIN Sud-Est propose des méthodologies standardisées de surveillance pour 7 thématiques listées dans le tableau ci-dessous. La participation à l'un ou plusieurs de ces réseaux offre la possibilité à l'établissement de bénéficier d'un support conseil pour la méthodologie, l'analyse des données recueillies et sur les éventuelles actions de correction à mener. Elle permet également à l'établissement de pouvoir situer ses résultats par rapport à des établissements comparables en termes de recrutement et d'activité, facilitant ainsi l'interprétation des résultats.

Toutes les méthodologies ainsi qu'un guide détaillant les modalités de participation et les principaux résultats sont disponibles sur le site du C.CLIN à la rubrique « surveillance » et une permanence téléphonique vous permet d'obtenir d'éventuels renseignements complémentaires. Le tableau ci-dessous détaille les principaux indicateurs de surveillance des 7 réseaux. Le nombre d'établissements participants est en augmentation ces dernières années, effet indirect probable des recommandations et évaluations nationales (notamment le score ICALIN) mais aussi témoin de la faisabilité et de l'intérêt de cette démarche.

Principaux résultats 2005 des réseaux de surveillance des infections nosocomiales CCLIN Sud-Est

Réseau	Nombre participants	Indicateurs principaux
AES (accidents d'exposition au sang)	127 établissements	Taux d'AES = 4,13/ 100 personnels de soins Taux d'AES = 7,17/ 100 infirmières Taux d'AES = 2,87 / 100 médecins Taux d'AES = 7,90 / 100 chirurgiens Taux d'AES = 6,71 /100 lits
ISO (infections du site opératoire)	globale : 130 services ciblée : 49 services	Surveillance globale : Taux d'ISO : 1,4 / 100 opérés
REA (Infections nosocomiales en réanimation)	63 services ayant participé à l'année	14,72 pneumopathies pour 100 patients intubés 18,21 pneumopathies pour 1000 j d'intubation 5,81 colonisations de cath. VC pour 100 patients avec CVC 5,00 colonisations de cath. VC pour 1000 j de CVC 2,27 ILC pour 100 patients avec CVC 1,91 ILC pour 1000 j de CVC 3,83 bactériémies pour 100 patients 3,69 bactériémies pour 1000 j d'hospitalisation 8,00 infections urinaires pour 100 patients sondés 8,19 infections urinaires pour 1000 j de sondage
BMR (Bactéries multi-résistantes aux antibiotiques)	234 établissements (niveau A) 155 établissements (niveau B)	Pourcentage de résistance dans l'espèce - S.aureus : 30,0% - P. aeruginosa : 17,0% Taux d'incidence - 0,59 SARM / 1000 JH - 0,17 PARC / 1000 JH - 0,45 ERC / 1000 JH
BN (Bactériémies nosocomiales)	42 établissements ayant participé à au moins 1 trimestre	Bactériémies nosocomiales en hospitalisation complète : 0,40 pour 100 entrées en court séjour 0,70 pour 1000 jours en court séjour 0,42 pour 1000 jours (tout type d'établissement)
MATER (infections nosocomiales en maternité)	66 maternités <i>Infections ciblées de la mère : infection urinaire, endométrite, ISO, bactériémie, inf. sur cathéter, inf. du sein, syndrome infectieux non étiqueté</i>	Taux d'infections = 0,9 / 100 accouchements voie basse Taux d'infections = 3,03 / 100 césariennes Taux d'infections = 0,29 / 100 nouveaux nés
DIALIN (infections nosocomiales en hémodialyse)	6 centres	Infections sur sites d'accès 0,47 pour 100 mois de dialyse 0,39 pour 1000 séances 0,15 pour 1000 jours d'exposition Bactériémies 0,69 pour 100 mois de dialyse 0,56 pour 1000 séances Hépatites virales C : 0



Suspension de la vaccination obligatoire contre la grippe des professionnels exposés à des risques de contamination (décret n° 1260 du 14 octobre 2006)

B Tran, médecin, Cellule Infections Nosocomiales,
Direction Générale de la Santé

Quelques explications sur le contexte autour de ce nouveau décret

L'obligation vaccinale contre la grippe saisonnière des professionnels visés par l'article L3111-4 du Code de la Santé Publique est une obligation récente, introduite le 1er janvier 2006 (loi de financement de la sécurité sociale pour 2006) **dans un contexte de menace pandémique.**

Pour la grippe saisonnière la vaccination du professionnel contre la grippe a pour but de protéger les personnes à risque de complication ou de décès. En cas de pandémie, la vaccination du professionnel aura pour but de protéger le professionnel lui-même. Et dans ce cas, l'obligation vaccinale recouvrerait un sens et pourrait être utilisée.

Le Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF), dans son avis rendu le 19 mai 2006, a souligné que les données disponibles à ce jour ne peuvent conduire à considérer les professionnels concernés plus à risque que la population générale de contracter une grippe ou d'en décéder. Il a aussi précisé les effets négatifs de cette obligation **en période non pandémique**, parmi lesquels en particulier :

- l'absence de supériorité d'une obligation vaccinale sur la couverture vaccinale par rapport à des campagnes de sensibilisation
- le risque de production de faux certificats de vaccination
- la déclaration d'inaptitude au travail pour toute personne qui présenterait une contre-indication ou refusant le vaccin.

Enfin, il continue à recommander, en cohérence avec le calendrier vaccinal, les campagnes de sensibilisation des professionnels dans le but d'améliorer la couverture vaccinale annuelle contre la grippe saisonnière et de protéger les personnes hospitalisées ou en institution, chez lesquelles la grippe présente un risque de complications ou de décès.

Le décret du 14 octobre 2006 est pris en application de l'article L.3111-1 du code de la santé publique qui autorise à suspendre par décret, compte tenu de l'évolution de la situation épidémiologique et des connaissances médicales et scientifiques, pour tout ou partie de la population, les obligations prévues notamment à l'article L.3111-4 (cf encadré : ancienne formulation de l'article).

Cependant, la vaccination contre la grippe saisonnière des professionnels de santé et des professionnels en contact régulier et prolongé avec les sujets à risque est toujours fortement recommandé conformément à l'avis du CSHPF et au calendrier vaccinal.

Extrait du calendrier vaccinal 2006

2 - Recommandations générales

2.5. La vaccination contre la grippe

La vaccination contre la grippe est recommandée chaque année pour les personnes âgées de 65 ans et plus. Elle est également recommandée :

- pour les personnes à risque d'exposition en milieu professionnel (Cf. *risques professionnels*),
- pour les personnes atteintes de certaines pathologies (Cf. *Recommandations particulières*).

3 - Risques professionnels

3.2 Vaccinations recommandées

3.2.b **Grippe** : professionnels de santé et tout professionnel en contact régulier et prolongé avec des sujets à risque (*voir recommandations particulières*), personnel navigant des bateaux de croisière et des avions, et personnel de l'industrie des voyages accompagnant les groupes de voyageurs (guides).

4 - Recommandations particulières

4.5 Vaccination contre la grippe

- personnes âgées de 65 ans et plus ;
- personnes atteintes d'une des pathologies suivantes: affections broncho-pulmonaires chroniques, dont asthme, dysplasie broncho-pulmonaire et mucoviscidose ; cardiopathies congénitales mal tolérées, insuffisances cardiaques graves et valvulopathies graves ; néphropathies chroniques graves, syndromes néphrotiques purs et primitifs ; drépanocytoses, homozygotes et doubles hétérozygotes S/C, thalassodrépanocytose ; diabètes insulino-dépendant ou non-insulino-dépendant ne pouvant être équilibrés par le seul régime ; déficits immunitaires cellulaires (chez les personnes atteintes par le VIH, l'indication doit être faite par l'équipe qui suit le patient) ;
- personnes séjournant dans un établissement de santé de moyen ou long séjour, quel que soit leur âge ;
- enfants et adolescents (de 6 mois à 18 ans) dont l'état de santé nécessite un traitement prolongé par l'acide acétylsalicylique (essentiellement pour syndrome de Kawasaki compliqué et arthrite chronique juvénile).

Pour en savoir plus :

Décret : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France
<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/cshpf/>

Calendrier vaccinal

http://www.invs.sante.fr/beh/2006/29_30/index.htm

Ancienne formulation de l'article L3111-4 du Code de la Santé publique, avant modification par le décret n° 1260 du 14 octobre 2006

(Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 art. 62, art. 63 *Journal Officiel* du 20 décembre 2005)

Une personne qui, dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention de soins ou hébergeant des personnes âgées, exerce une activité professionnelle l'exposant à des risques de contamination doit être immunisée contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite **et la grippe.**

Un arrêté des ministres chargés de la santé et du travail, pris après avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, détermine les catégories d'établissements et organismes concernés.

Tout élève ou étudiant d'un établissement préparant à l'exercice des professions médicales et des autres professions de santé dont la liste est déterminée par arrêté du ministre chargé de la santé, qui est soumis à l'obligation d'effectuer une part de ses études dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention ou de soins, doit être immunisé contre les maladies mentionnées à l'alinéa premier du présent article.

Les établissements ou organismes employeurs ou, pour les élèves et étudiants, les établissements ayant reçu leur inscription, prennent à leur charge les dépenses entraînées par ces vaccinations.

Les conditions de l'immunisation prévue au présent article sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France et compte tenu, en particulier, des contre-indications médicales.



Actualités

Infectiologie transversale : expérience sur le bassin de population Toulon – Hyères

S Chadapaud, médecin infectiologue,
Fédération inter hospitalière en hygiène de Toulon–Hyères

Les missions du médecin référent en antibiothérapie

La fonction de médecin référent en antibiothérapie dans les centres hospitaliers (s'apparentant souvent à celle de référent en infectiologie) est une volonté d'organisation hospitalière depuis la **circulaire DHOS/E2-DGS/SD5A n° 272 du 2 mai 2002** sur le bon usage des antibiotiques à l'hôpital. En France, il est estimé que les prescriptions antibiotiques sont inappropriées dans 20 à 50% des cas, dont la principale conséquence est le risque d'émergence de résistances bactériennes et donc la limitation des marges thérapeutiques. Statutairement, le médecin référent est nommé par le directeur de l'établissement sur proposition de la CME. Il est titulaire d'un Diplôme d'Etudes Supérieures Complémentaires en maladies infectieuses et tropicales, soit, à défaut, d'un DU d'antibiothérapie ou une compétence reconnue dans ce domaine.

Ses **missions** sont de promouvoir sur le terrain les actions de bon usage des antibiotiques définies par la commission correspondante, dont il est souvent le responsable. De fait, il intervient comme conseil lorsqu'un avis est sollicité dans les services cliniques, il veille à la qualité des traitements antibiotiques et intervient sur les alertes générées par le bactériologiste ou le pharmacien. Il doit aussi organiser des actions de formation, d'évaluation et de recherche clinique.

Une expérience sur le bassin de population de Toulon-Hyères

Cette expérience débutée il y a un an et demi, concerne géographiquement le territoire de santé du Var Ouest selon le découpage du SROS de 3^{ème} génération, dont la densité sanitaire est supérieure à la moyenne nationale (notamment concernant la rééducation). Deux CHU de référence (Marseille et Nice) encadrent ce département sans CHU. L'activité d'infectiologie transversale couvre ainsi près de 3000 lits.

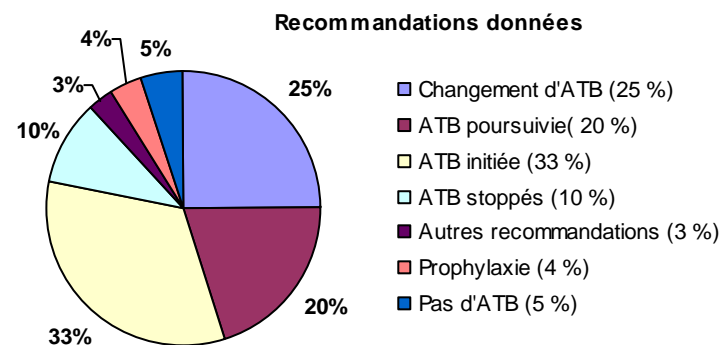
Les **champs d'action** sont très larges, notamment épidémiologiques, cliniques et préventifs, de formation, d'évaluation et de recherche. L'**évaluation épidémiologique**, faisant systématiquement l'objet d'un retour d'information, intègre :

- les données d'écologie bactérienne locale évaluées depuis une dizaine d'années,
- la surveillance des bactéries multirésistantes (BMR) :
 - relevé *mensuel* brut des BMR pour chaque service clinique, dans la transparence (tous les services ont leurs résultats spécifiques ainsi que les résultats des autres services),
 - relevé *trimestriel* analysé avec calcul des indicateurs trimestriels pour 1000 jours d'hospitalisation,
 - relevé *annuel* avec calcul des indicateurs annuels et une analyse comparative avec retour spécifique pour les services représentant plus de 5% des BMR isolées sur l'année,
- la consommation des antibiotiques globale, par classes d'antibiotiques et par service.

Ce suivi épidémiologique prospectif et extrêmement chronophage, permet de mener des actions correctives à toutes ces périodes et d'identifier les alertes en infectio-vigilance.

L'**activité clinique** concerne les consultations programmées mais aussi de nombreuses autres situations : ainsi, du 1^{er} septembre 2004 au 28 février 2006, plus de 1500 avis ont été donnés répartis comme suit : 29% dans le cadre de consultations programmées, 32% en consultations au lit du patient, 27% en avis téléphoniques, 12% en avis « dans le couloir ». L'avis était thérapeutique dans 50% des cas, diagnostique et thérapeutique dans 20%, diagnostique seul dans 15%, et il s'agissait de conseils de prévention dans 15% des cas.

L'**activité de formation** comprend des réunions de formation sur des thèmes spécifiques de la prise en charge infectiologique ou sur des thèmes plus globaux de stratégie en antibiothérapie. Les « staff » dans les services viennent compléter le « compagnonnage » lorsqu'un avis est demandé au lit du patient.

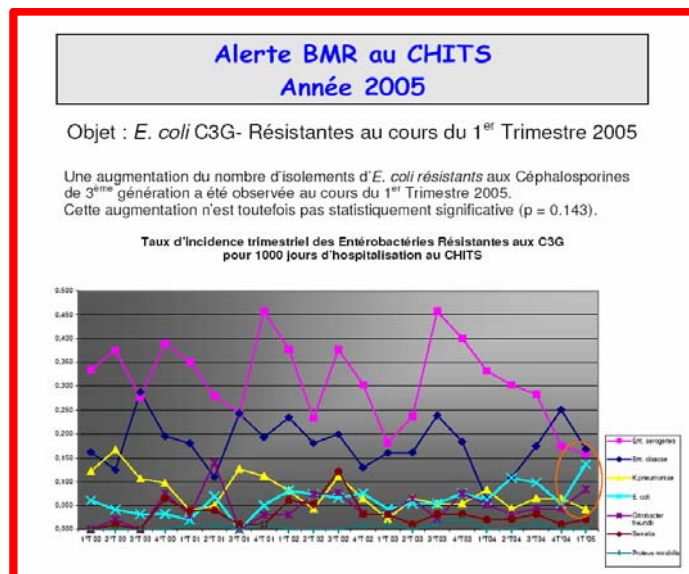


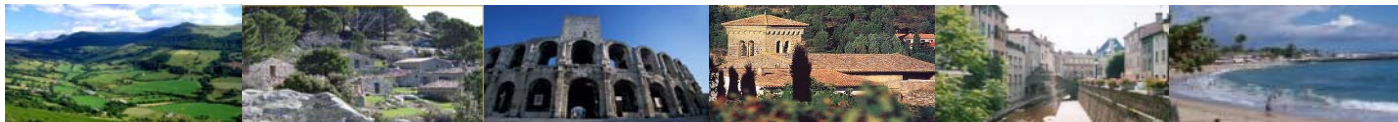
Conclusion

L'évaluation de cette activité transversale est indispensable mais elle nécessite des indicateurs consensuels et reproductibles. Les dépenses en antibiotiques peuvent être un moyen d'évaluation, notamment dans le cadre de contrats d'objectifs et de moyens, mais l'attraction de certains patients (ex : infection du pied diabétique, infections osseuses ...) risque d'augmenter la consommation en antibiotiques de façon artificielle, tout en augmentant l'activité clinique ... C'est là qu'il faut penser au numérateur, mais aussi au dénominateur !

Les pièges de ce type d'activité sont très nombreux ... et « relationnels » avant tout. La décision de consulter *sur demande du médecin* ayant en charge le patient est une façon de détourner certaines situations « embarrassantes », à l'exception des alertes générées par le laboratoire de bactériologie et de la pharmacie. Les exigences sont nombreuses et nécessitent une réelle adaptation dans le mode de fonctionnement, une expérience du terrain, une grande disponibilité et bien évidemment une confiance de la part de ses confrères. L'extension de cette activité à la ville est nécessaire et indispensable, notamment concernant les formations, puisque en matière de résistance bactérienne les frontières entre la « ville » et l'hôpital ne sont pas étanches.

Exemple d'alerte en infectio-vigilance





Signalements

Juillet–Septembre 2006

C Bernet, médecin coordonnateur C.CLIN Sud-Est

Nombre de fiches	57
Fiches avec épidémies ou cas groupés	17 soit 29,8%
Fiches avec cas importé(s)	11 soit 19,3%
Nombre de fiches par nb d'étab. de la région	
Auvergne	2 / 66
Rhône-Alpes	23 / 304
Languedoc-Roussillon	6 / 154
PACA	22 / 272
Corse	0 / 20
Réunion	4 / 21
Nombre de cas	159
Nombre de décès	21 (13,2%)
Répartition des signalements par critère	
1a. agent pathogène	21
1b. localisation	9
1c. DM contaminé	3
1d. procédure à risque	1
2. décès	11
3. environnement	17
4. D.O.	7
Autres	6
Micro-organismes	(21,1%=BMR)
<i>Staphylococcus aureus</i>	3
Autres Cocci à gram positif	9
Entérobactéries	5
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	4
<i>Legionella</i>	5
<i>Aspergillus</i>	10
Bacilles à Gram négatif	5
Anaérobies	5
Virus	0
Divers	11

Cas groupés de coqueluches chez des professionnels de santé

Au cours de ce 3^e trimestre 2006, **18 cas** de coqueluche diagnostiqués parmi des professionnels ont été déclarés par deux établissements de santé situés dans deux départements limitrophes de l'inter-région Sud-est. Aucune notion de l'augmentation du nombre de cas en communautaire ne peut être rapporté.

Dans un des établissements, la découverte du 4^e cas a conduit à une enquête épidémiologique afin de connaître l'étendue de l'épidémie au sein de l'ensemble du personnel. Un rappel d'autant plus conséquent à gérer **qu'une toux simple traînante depuis plus de 7 jours s'est installée sans port de masque** pour le 1^{er} agent. On sait que la transmission est aérienne et se fait au contact du sujet malade (toux). La contagiosité diminue avec le temps : maximale pendant la phase catarrhale, elle diminue avec le temps et devient nulle après 5 jours de traitement antibiotique efficace.

Les **vaccins** actuellement utilisés par la médecine du personnel sont les vaccins type acellulaire composés d'un ou plusieurs antigènes purifiés. Il sont disponibles sous forme combinée à d'autres vaccins (notamment Repevax® tétravalent et un vaccin contre le tétanos, la diphtérie, la coqueluche, Boostrix® destinés plus particulièrement aux adultes). L'efficacité des vaccins type acellulaire est de l'ordre de 85%. Ils sont bien tolérés, cependant un vaccin dTCaPolio ne peut être utilisé pendant la grossesse. Il est également à noter que **cette protection diminue avec le temps en l'absence de rappel vaccinal ou naturel** (cf. avis du comité technique des vaccinations, séance du 9 mars 2006). Le vaccin anticoquelucheux confère une protection contre la maladie mais il n'empêche ni la colonisation ni la transmission de *B. Pertussis*.

Autre moyen de prévention, l'**érythromycine** qui a prouvé son efficacité pour éviter la transmission du germe aux sujets contacts (40 mg/kg/jour en 3 prises), administrée le plus tôt possible après le contage et, au maximum, 14 jours après le premier contact.

Ainsi, tout professionnel présentant une symptomatologie pouvant évoquer une coqueluche a bénéficié de prélèvements pour PCR et de sérologie réalisée par la médecine du personnel. Les enfants nés au cours du mois précédent (149 naissances) et les mères ont été informés par courrier et vus en consultation de contrôle.

L'épidémie a pu être jugulée grâce aux **mesures** suivantes : i) éviction des sujets symptomatiques suspects pendant les 5 premiers jours de leur traitement antibiotique ; ii) port systématique de masque chirurgical lors des soins aux nourrissons (non vaccinés) par tout personnel médical et paramédical ; iii) campagne d'incitation à la vaccination auprès du personnel (à ce jour 99 vaccinations sur 260 agents de la maternité). Ces mesures ont permis d'éviter toute transmission aux nouveaux-nés.

Au total, pour le 1^{er} établissement, on retient 4 cas confirmés biologiquement parmi le personnel et 5 cas (des agents non vaccinés) avec des sérologies positives en faveur d'une coqueluche récente. Pour le 2^e établissement, les 9 cas parmi les professionnels ont été confirmés par des sérologies.

En conclusion, la gestion de ces deux foyers épidémiques montre que le danger actuel de la coqueluche existe. Le port du masque chirurgical reste une des premières mesures de prévention sans oublier une couverture vaccinale adaptée.

Documents de référence : rapport du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France, section maladies transmissibles, relatif à la conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de coqueluche. 16 janvier 2004. Cas groupés de coqueluche dans une maternité. Institut de veille Sanitaire (InVS). Avril 2004.

Diarrhées infectieuses à *Clostridium difficile*

Clostridium difficile responsable de 15 à 25% des diarrhées post-antibiotiques est la 1^{ère} cause de diarrhées infectieuses nosocomiales chez l'adulte. Une souche particulière, **dite O27**, est responsable d'infections sévères et épidémiques. Cette souche d'abord détectée outre Atlantique, puis en Grande-Bretagne, en Belgique et aux Pays-bas, vient de « passer » la frontière française et de « gagner » l'inter-région. Un 1^{er} cas vient d'être déclaré dans notre quart sud-est (forme non épidémique et non sévère). Une circulaire à usage des EHPAD a été publiée le 15 septembre 2006 (voir rubrique Textes Officiels) . Par ailleurs, afin d'étudier l'incidence de *C. difficile* et la diffusion du clone O27 en France, une enquête nationale sur 6 mois sera proposée dès 2007. La méthodologie est en cours d'élaboration par l'InVS.

Equipe de rédaction : S ARSAC, B AUBERTIN, C BERNET, M BESSON, JC DELAROZIERE, A LOTTHE, MH METZGER, N SANLAVILLE, A SAVEY, S YVARS, J FABRY.

Secrétariat : C QUATTROCIOCCI

Vous pouvez adresser vos commentaires, suggestions, expériences ou vos travaux pour publication au Dr MH METZGER,

e-mail : marie-helene.metzger@chu-lyon.fr

C.CLIN Sud-Est, Villa Alice, Hôpital Henry Gabrielle
20 route de Vourles—BP 57
69565 SAINT GENIS LAVAL Cedex

Ce bulletin est également téléchargeable à partir du site Internet du C.CLIN Sud-Est : <http://cclin-sudest.chu-lyon.fr>