

Retex sur une alerte de plusieurs cas de paludisme nosocomial en Ile-de-France



Christèle NOURRY, CSS hygiéniste CPias IdF
Première journée de prévention du risque infectieux en lien avec les DIV
19 mars 2026

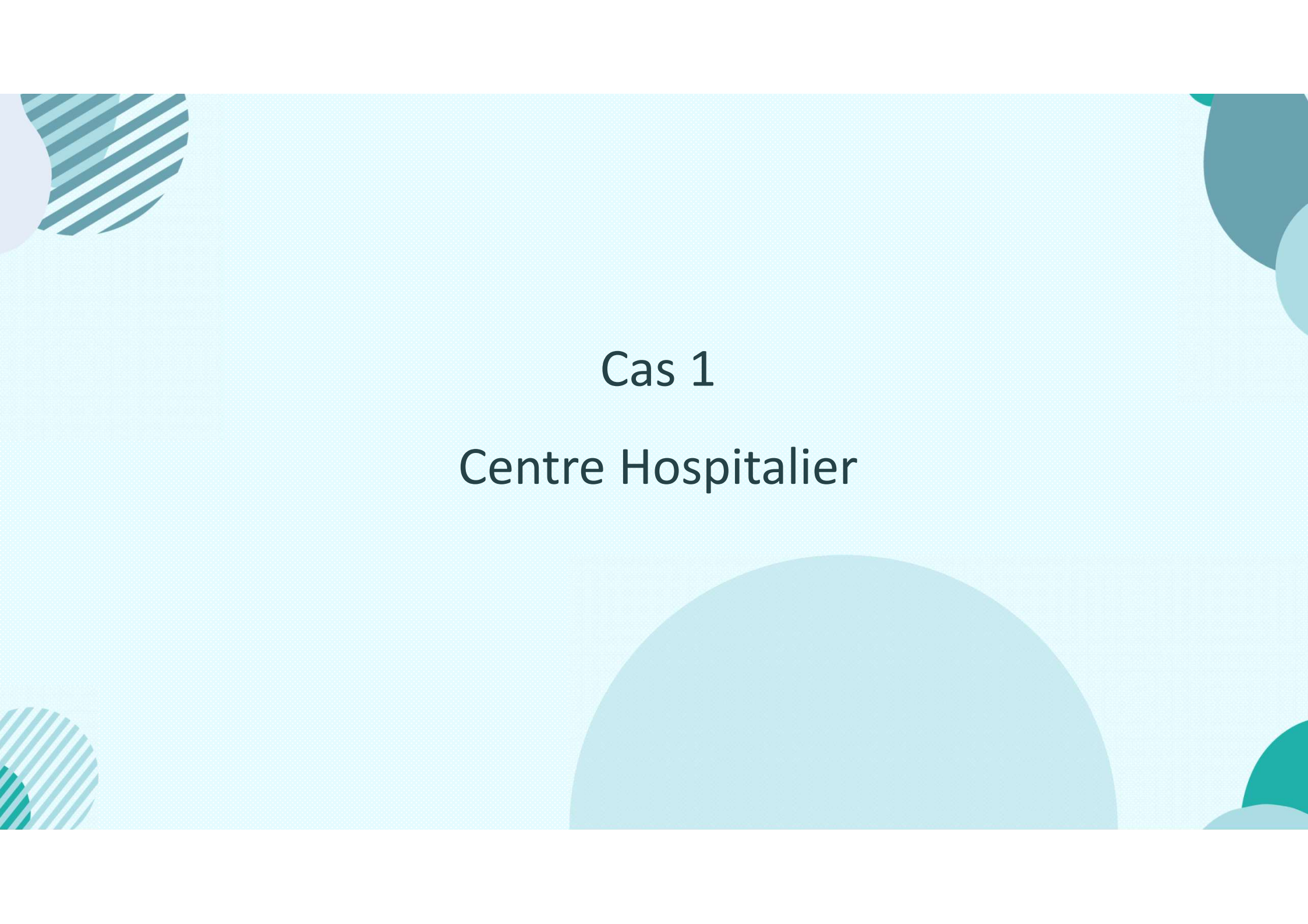
Le paludisme autochtone

- Maladie à déclaration obligatoire
- Evènement rare
- Origines possibles
 - ✓ Moustique importé: Paludisme d'aéroport, bagages...
 - ✓ En France quelques espèces d'anophèles présentes mais non compétentes pour le *P. falciparum*
 - ✓ Transmission sanguine
 - ✓ Congénital

Contexte

- Déclaration à l'ARS de plusieurs cas de paludisme à *Plasmodium falciparum* au second semestre 2021
- Origine nosocomiale suspectée avec transmission de patient à patient
 - ✓ 2 cas certains => comparaison des souches par le CNR
 - ✓ 1 cas probable => comparaison des souches non possible mais hospitalisation en même temps qu'un patient source et aucun autre facteur de risque suspecté
- Chronologie des infections non compatible avec une piqûre d'un moustique ayant développé le parasite *Plasmodium falciparum*

AVIS CNR => Contamination sanguine la plus probable dans un contexte d'absence de transfusion, de greffe ou toxicomanie



Cas 1

Centre Hospitalier

Diagnostic de paludisme autochtone

- Admission aux urgences le 21/07 d'une fille de 2 ans pour fièvre, cyanose des extrémités, tachycardie, asthénie et diminution de la prise alimentaire (début des symptômes le 17/07)
- Pas de notion de séjour en zone d'endémique
- Hypothèses sur l'origine de la contamination
 - ✓ Passage au SAU le 7/07 en même temps qu'un cas de paludisme d'importation
 - ✓ Pas d'autres causes identifiées

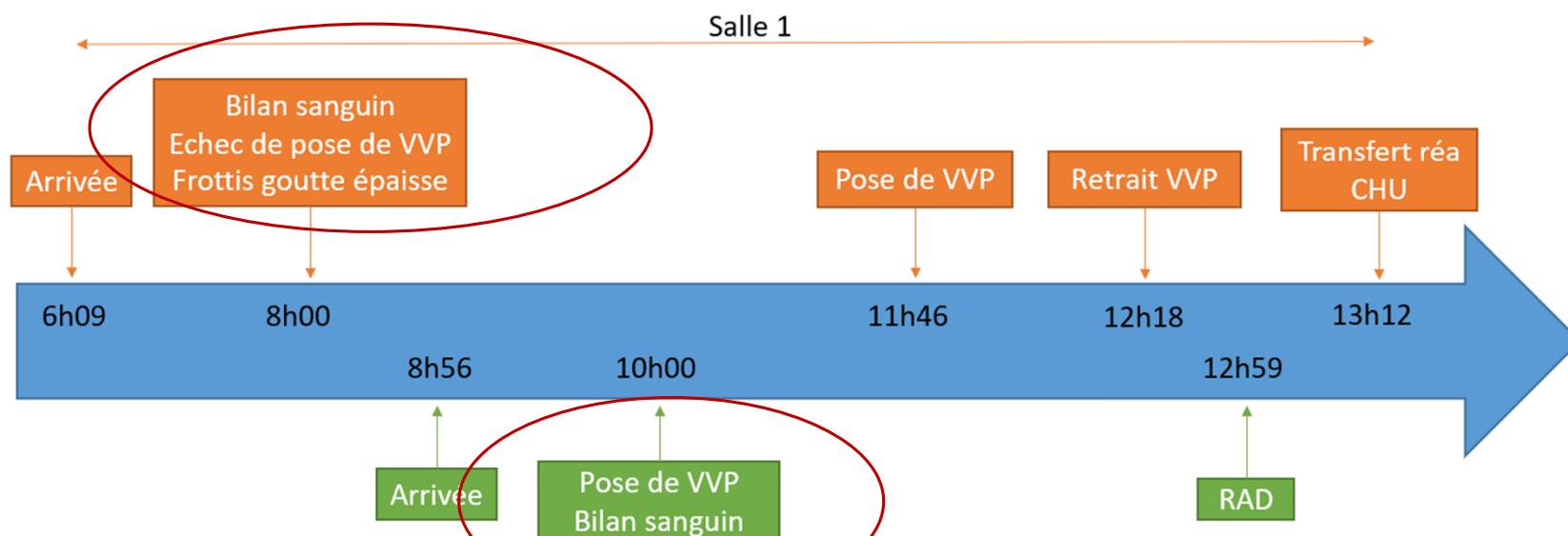
**Identification de *P. falciparum*
sur frottis (parasitémie = 9%)**

**Souches identiques
après comparaison au CNR**

Cas 1

7/07 - Urgences

Cas source – 5 mois :
Admission pour fièvre au retour
du Cameroun (26/06)



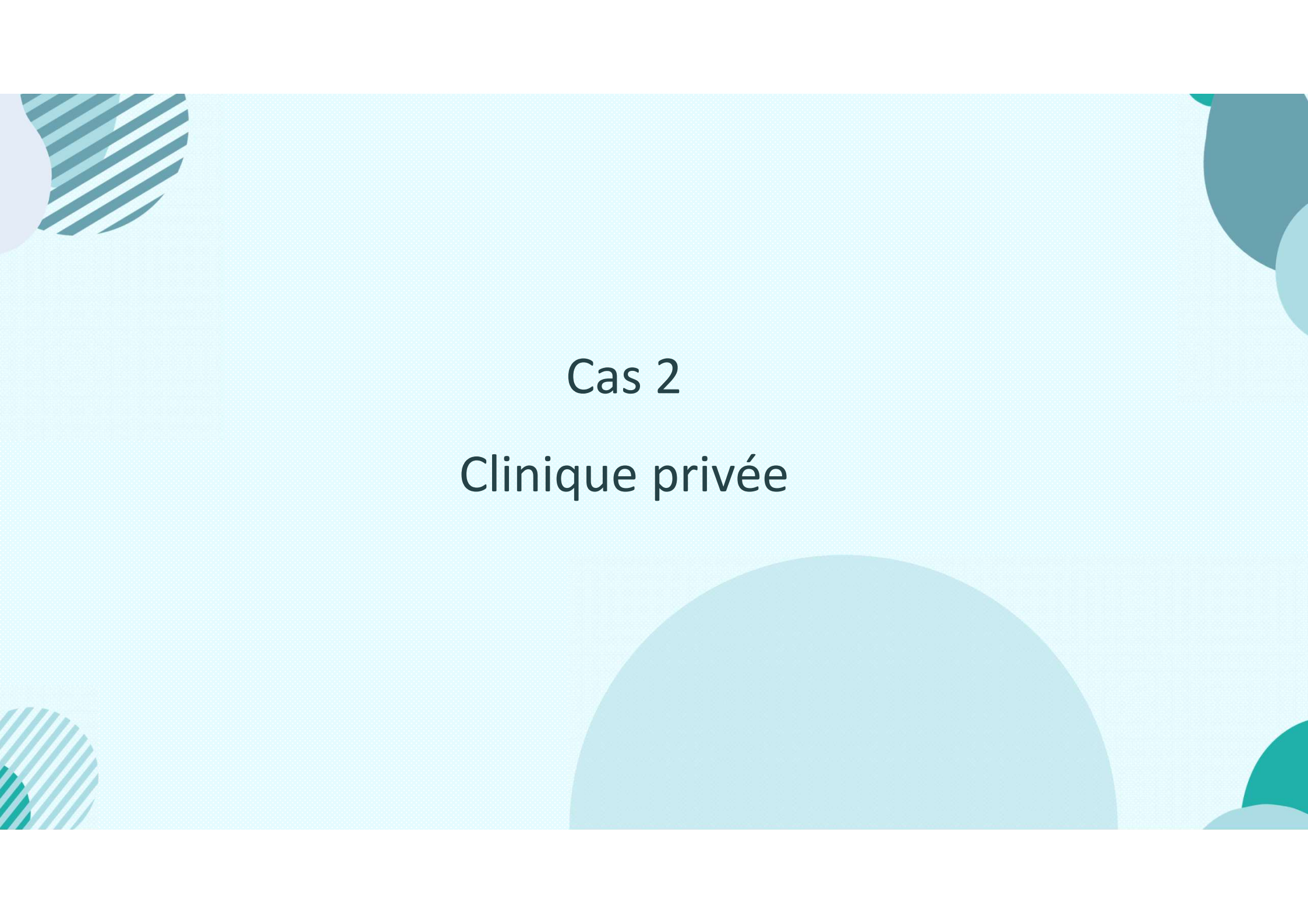
Cas autochtone – 2 ans :
Admission pour diarrhées,
vomissements et déshydratation
ATCD : hypercalcémie

Salle 3

Interview professionnels et audit

Vulnérabilités identifiées

- Réutilisation possible d'un poche/unidose de soluté de rinçage de cathéter pour plusieurs patients
- Absence de désinfection du chariot de soin entre chaque patient
- Absence d'utilisation de système clos pour les prélèvements sanguins en pédiatrie



Cas 2

Clinique privée

Diagnostic de paludisme autochtone

- Admission aux urgences le 23/09 d'un patient de 71 ans pour fièvre, toux, nausées et asthénie.
- Pas de notion de séjour en zone d'endémie
- Hypothèses sur l'origine de la contamination :
 - Hospitalisation du 7/09 au 20/09 en même temps qu'un cas de paludisme d'importation (30h en commun)
 - Pas d'autres causes identifiées

**Identification de *P. falciparum*
sur frottis (parasitémie = 9%)**

**Comparaison des souches
impossible**

➔ Hypothèse d'un paludisme nosocomial la plus probable investiguée

Cas 2

7/09 - Urgences

Cas source - 50 ans :
Admission pour fièvre au retour
du Mali (22/08)
ATCD : obésité, HTA

Bilan sanguin
Frottis goutte épaisse,
pose de VVP

Arrivée

PCR Covid

Transfert en
médecine

9h20

9h48

10h30

16h02

00h32 01h14 01h36

12h00

13h39

14h35

Arrivée

Gaz du
sang

Bilan sanguin
Pose de VVP
PCR Covid

Cas autochtone – 71 ans :
Admission pour crise d'asthme
ATCD : asthme, tuberculose,
DNID, paralysie corde vocale et
rhumatismes

Scanner
thoracique

Glycémie
capillaire

Transfert en
médecine

BOX 2

LP11

LP14

BOX 6

Cas 2

7/09 au 8/09 – Médecine

Cas source

Chambre 2755

Entrée

Contrôle visuel du KT

Transfert unité différente

RAD
13/09

16h02

19h00

23h57

14h35

15h46

14h35

18h44

06h20

Entrée

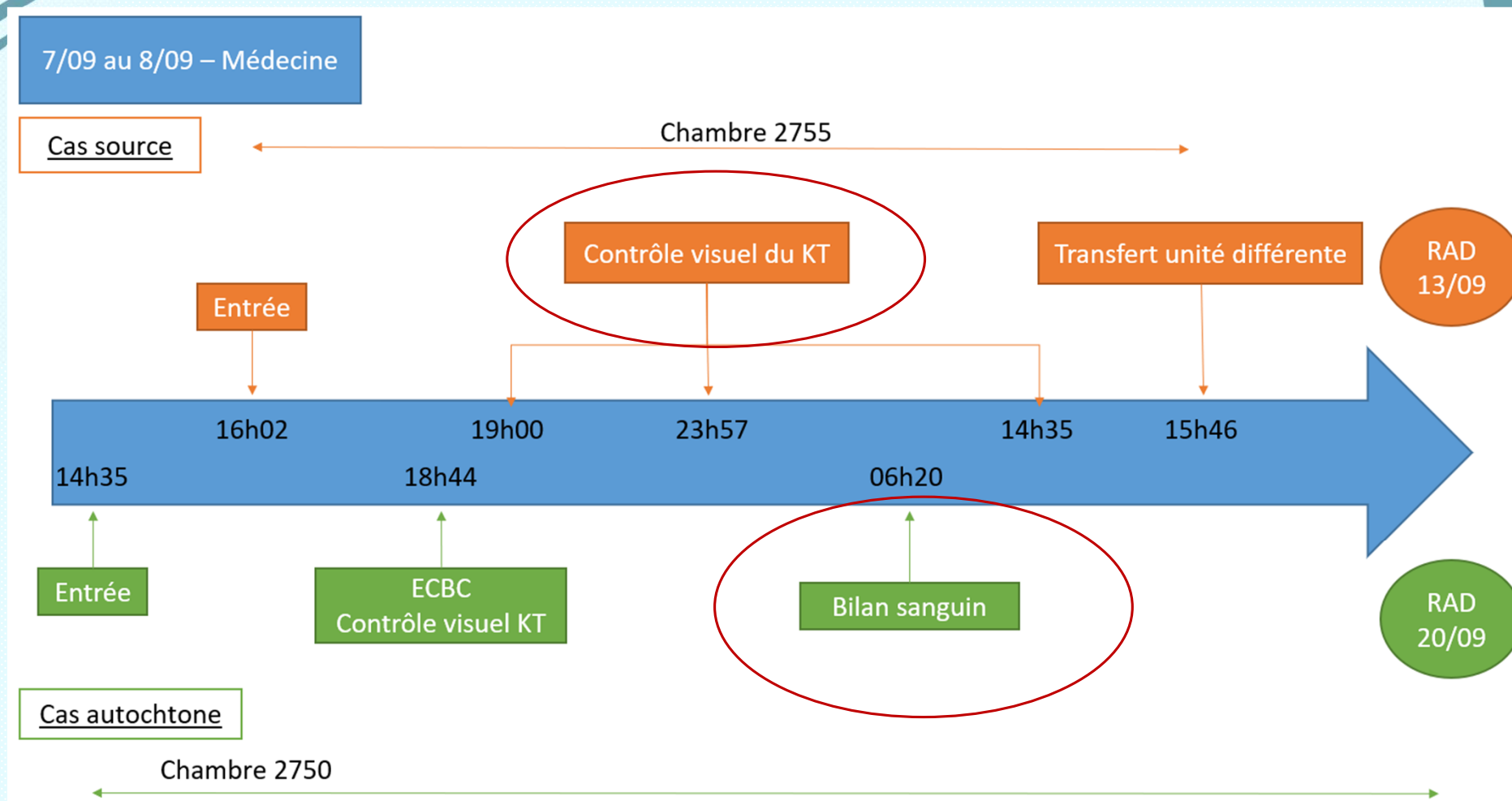
ECBC
Contrôle visuel KT

Bilan sanguin

RAD
20/09

Cas autochtone

Chambre 2750



Interview professionnels et audit aux urgences

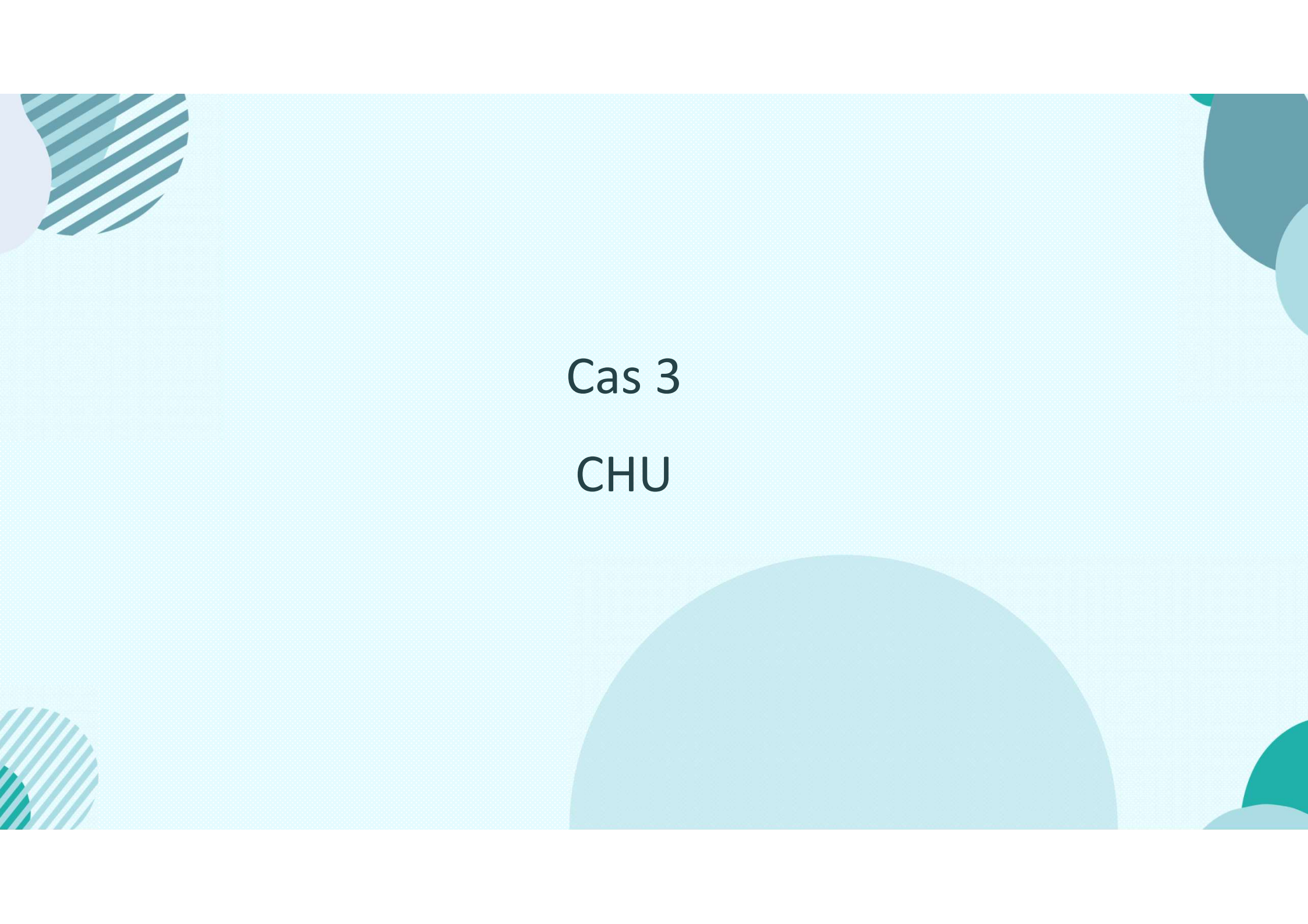
Aucun écart aux bonnes pratiques identifié
autour des actes à risque d'exposition sanguine

Interview professionnels et audit en médecine

Vulnérabilités identifiées

- Hygiène des mains après un soin à risque d'exposition aux liquides biologiques fréquemment non réalisée
- Absence d'élimination des OPCT à proximité du soin (dépose intermédiaire) car chariot non adapté

➔ Mécanisme de transmission non élucidé, soin non tracé ?



Cas 3

CHU

Diagnostic de paludisme autochtone

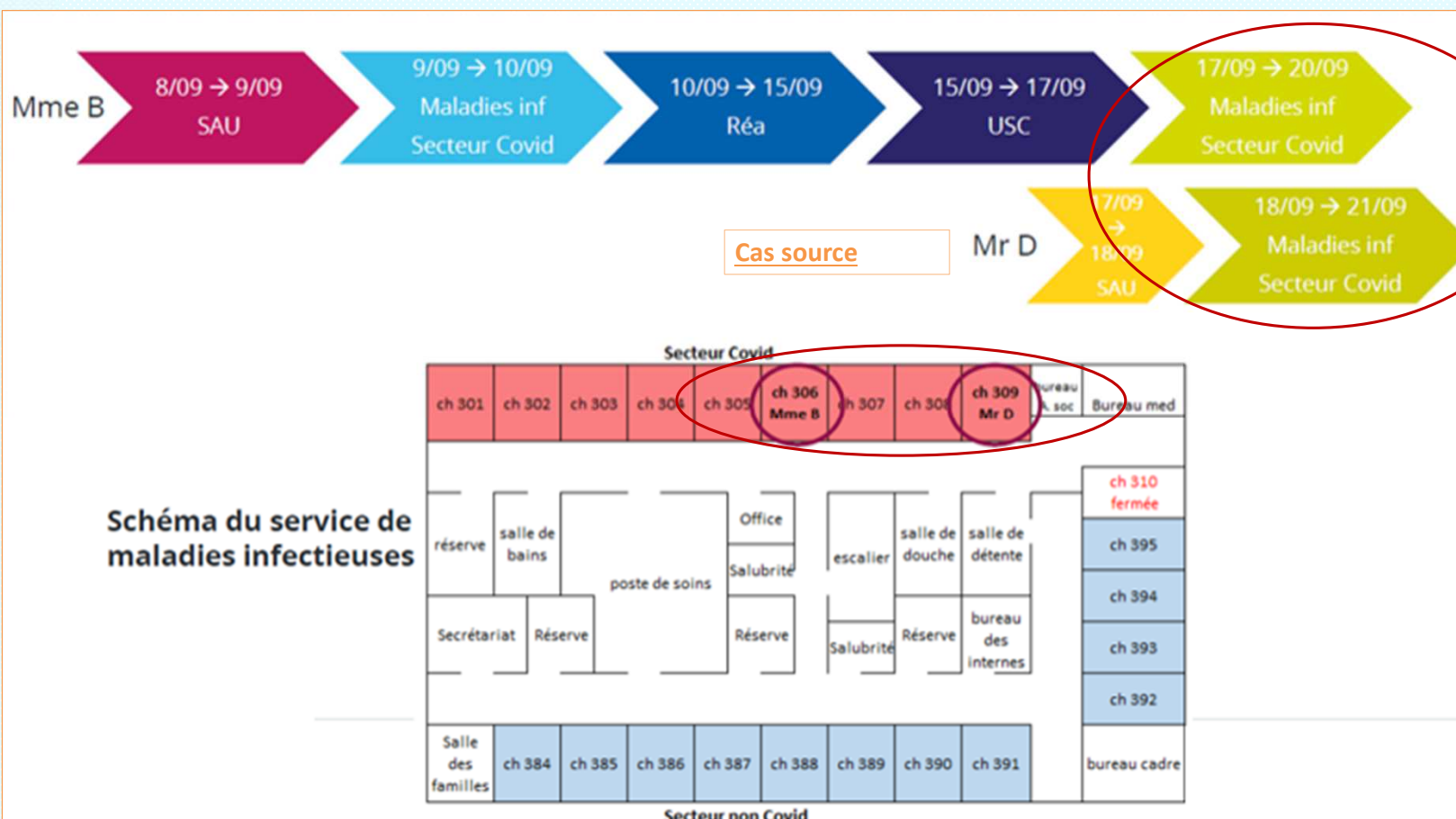
- Madame B née le 29/05/1971 (cas autochtone)

- ✓ Admise aux urgences le 7/10/2021 avec asthénie +++, toux, douleur thoracique, courbatures, tachycardie, depuis 10 jours (début des symptômes 27/09)
- ✓ NFS demandée => découverte fortuite d'un paludisme avec parasitémie à 7%
- ✓ Hospitalisation en réanimation du 7/10 au 11/10 puis en USC du 11 au 13/10 , puis en maladies infectieuses du 13 au 19/10 avant son retour à domicile

Identification de *P. falciparum*

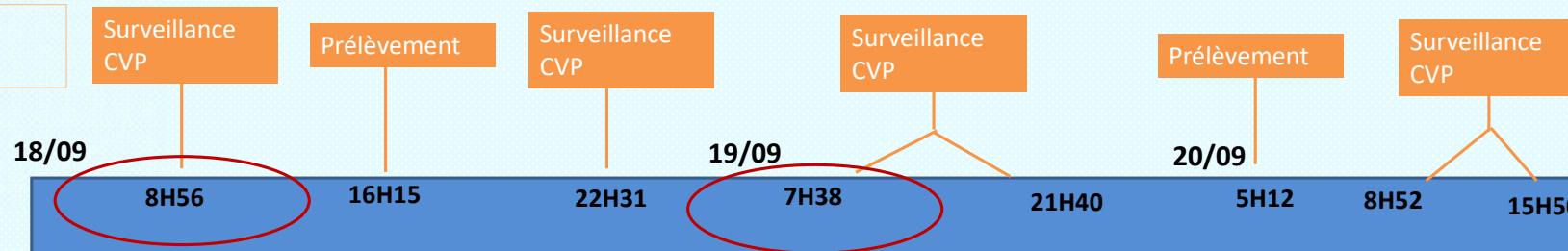
Diagnostic de paludisme autochtone

Cas autochtone



Actes à risque de transmission sanguine

Cas source Monsieur D



Cas autochtone Madame B

9H05

Surveillance CVP
avec rinçage

8H06

Surveillance CVP
avec rinçage

9H15

Prélèvement

10H19

Retrait CVP

Interview professionnels et audit

Vulnérabilités identifiées

- Réutilisation d'unidose de sérum physiologique servant au rinçage du CVP ne peut être exclue
- Une seringue posiflush[®] avec emballage ouvert, non utilisée (seringue pleine et bouchon présent)
retrouvée dans un tiroir du chariot de soins

Hypothèse de transmission la plus probable pour ces 3 cas de paludisme nosocomial

Transmission liée à la réutilisation de matériel à usage unique,
notamment utilisé pour le rinçage des CVP
(seringue pré-remplie, dosette NaCl)

Actions autour de ces ELG

Actions locales

- Audit
- Formation
- Révision procédures

Actions régionales

- Alertes des EOH
- Communication lors de journées

Actions nationales

- Alerte SF2H
- Enquête autour du rinçage pulsé

A noter: 1 cas supplémentaire dans une autre région avec un mode de transmission similaire probable

Actions



Enquête

Enquête "Transmission sanguine et rinçage pulsé des CVP"

Suite à l'identification de plusieurs cas de transmission nosocomiale du paludisme, nous lançons une enquête sur les pratiques lors du rinçage pulsé des cathéters veineux périphériques. [Info](#)

Enquête Rinçage pulsé des CVP
Enquête nationale de prévalence 2022
Info Covid-19
Recrutement d'une infirmière (Appui EMS)
Recrutement d'une Infirmière (Spicmi)

Enquête "Transmission sanguine et rinçage pulsé des CVP"

 Mise à jour le 10 mars 2022  Accueil > Surveillance / Évaluation > Enquête Transmission sanguine et rinçage pulsé des CVP



Au second semestre 2021, 3 cas de transmission nosocomiale de paludisme (de patient à patient) ont été identifiés dans 3 établissements de santé différents sur la région ainsi qu'un cas supplémentaire dans une autre région. Les audits de pratiques réalisés autour de ces cas n'ont pas permis de mettre en évidence de défauts majeurs à risque de transmission sanguine. Toutefois en reprenant la chronologie des événements et après

entretiens avec plusieurs soignants, une des hypothèses communes à plusieurs établissements pourrait être un défaut de pratique lors du rinçage pulsé du cathéter veineux périphérique (CVP) et notamment dans la gestion du matériel à usage unique.

Bien que ce risque de transmission soit extrêmement rare, le nombre de patients porteurs de CVP dans nos hopitaux (1 patient sur 5 d'après la dernière enquête nationale de prévalence) et la gravité des infections qui peuvent en découler nous invitent à enquêter sur le rinçage des CVP.

Accès rapide :

-  Objectifs
-  Public concerné
-  Période d'enquête
-  Formulaire en ligne
-  Bibliographie
-  Contact

Quelques résultats de l'enquête

- Matériel utilisé (poche ou unidose) est susceptible d'être conservé pour plusieurs patients (44%)
- Réutilisation de seringues pré-remplies pour le même patient, pour le rinçage suivant
- Pas de traçabilité du rinçage pulsé



Société française d'Hygiène Hospitalière
et
Société française de Pharmacie Clinique



AVIS

Relatif au rinçage pulsé sur dispositif intravasculaire

Version du 10 Juin 2024

Conclusion

Les cas de paludisme sont possiblement reliés à la réutilisation de matériel à UU, dans un contexte de :

- Dégradation des soins liée à une surcharge de travail et un épuisement professionnel en période Covid
- Focalisation des professionnels sur un autre risque infectieux à transmission gouttelettes
- Changement des pratiques de manipulation des CVP avec un accompagnement non optimal sur le terrain
- Méconnaissance des mécanismes de transmission par voie sanguine et notamment du paludisme
- Sous-évaluation du risque infectieux lors de la réutilisation de matériel à usage unique

**Existence réelle d'un risque de transmission sanguine lié
au partage de flacons ou conservation de seringues non éliminées après utilisation***

**Jain SK et al. Nosocomial malaria and saline flush. Emerg Infect Dis. 2005;11:1097–1099.*

Germain JM et al. Patient-to-patient transmission of hepatitis C Virus through the use of multidose vials during general anesthesia. Infect Control Hosp Epidemiol 2005;26:789-792.

