



B U L L E T I N

n° 23
novembre 2003

SOMMAIRE

ACTUALITÉS RÉSEAUX

[Pages 2 & 3](#)

Surveillance 2002 du réseau BMR

[Pages 4 & 5](#)

Réseau REACAT (Surv. 2002-2003)

[Page 6](#)

Calendrier 2004 des réseaux

FORMATION

[Page 7](#)

Méthodes en épidémiologie hospitalière

EN DIRECT DES ÉTABLISSEMENTS

[Pages 8 & 9](#)

Procédure de séquestre...

MISE AU POINT

[Pages 10 & 11](#)

Prévention et prise en charge
de la tuberculose

BONNES PRATIQUES

[Page 12](#)

Les dispositifs médicaux en ORL

LA PAROLE AUX USAGERS

[Page 13](#)

Témoignage d'un représentant d'usagers

SIGNALEMENT

[Page 14](#)

Épidémie inter-hospitalière

[Page 15](#)

Bilan du CCLIN Paris -Nord

CONGRÈS

EMPLOIS

[Page 16](#)

ÉDITORIAL

En 2001, lorsque le signalement des infections nosocomiales a été rendu obligatoire, un grand scepticisme a plané sur l'intérêt d'une telle procédure. En effet, les personnes les plus disposées vis-à-vis de cette procédure lui associaient deux risques potentiels : le risque médico-légal avec une judiciarisation accrue des actes médicaux et d'autre part la stigmatisation des établissements qui joueraient le jeu de la transparence. Qu'en est-il après deux ans de mise en œuvre de ce décret ?

Force est de constater qu'à ce jour, en ce qui concerne l'interrégion Nord, ces craintes, pour légitimes qu'elles aient été, n'ont pas été justifiées.

Notons d'abord que si beaucoup d'établissements n'ont pas eu à faire de signalement c'est parce que seules sont concernées les infections nosocomiales les plus marquantes sur le plan épidémiologique et de la sécurité sanitaire. Si moins de 30 % des établissements ont fait un signalement, il faut reconnaître ici qu'il reste quelques réticences résiduelles. Pour l'heure, on ne peut que se féliciter des répercussions positives des signalements qui ont été faits.

En effet, ces derniers ont été l'occasion d'un renforcement des liens entre le CCLIN et les professionnels en hygiène hospitalière des établissements "signaleurs" et d'une aide accrue du CCLIN aux établissements disposant peu ou pas de professionnels en hygiène hospitalière. Cette procédure a été également l'occasion de mettre à jour des pratiques à risque (partage de flacon d'anesthésique) ou l'utilisation de dispositifs médicaux (lecteur de glycémie capillaire) pouvant constituer un risque pour le patient, non seulement dans l'établissement où elles ont été signalées mais aussi dans l'ensemble des établissements de santé en France. Dans certains cas, ceux-ci ont été alertés par l'AFSSAPS.

Le signalement des infections nosocomiales a été aussi l'occasion pour certains établissements de mettre en pratique le principe de précaution avec l'information voire le dépistage de plusieurs centaines de patients. Ainsi, il aura permis de montrer que ce souci de transparence, contrairement à ce que l'on peut penser, est bien accepté par les citoyens et est largement bénéfique pour les établissements.

Ces éléments suffiront-ils à lever les appréhensions des établissements réticents jusque là ? Gageons qu'avec la mise en place des structures et procédures d'indemnisation du risque iatrogène cette frilosité s'estompera avec le temps au bénéfice des patients et de l'image de marque des professionnels de la santé.

Zoher Kadi

Réseau BMR

Résultats de la surveillance 2002

Sylvie Maugat, Franck Paule, Anne Carbonne, CCLIN Paris-Nord

Depuis 1996, le CCLIN Paris-Nord coordonne un réseau de surveillance des bactéries multirésistantes (BMR). Ce réseau repose sur une surveillance annuelle de trois mois (avril, mai et juin) à partir des laboratoires de microbiologie. L'objectif de cette surveillance est d'évaluer l'impact des actions de prévention de la diffusion des BMR, inscrite comme prioritaire dans le programme national de lutte contre les infections nosocomiales.

Les BMR surveillées sont les *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM) et les entérobactéries productrices de bêta-lactamase à spectre étendu (EBLSE). Ne sont surveillées que les souches isolées de prélèvements à visée diagnostique. Les indicateurs utilisés sont la proportion de souches résistantes au sein de l'espèce et l'incidence pour 100 admissions et pour 1 000 journées d'hospitalisation. Depuis 2000, un module optionnel GISA⁽¹⁾ a pour objectif de dépister des souches de SARM de sensibilité diminuée aux glycopeptides selon les critères du CA-SFM⁽²⁾ est proposé.

En 2002, 93 établissements ou groupes d'établissements ont participé à cette surveillance (ils étaient 35 en 1996).

La surveillance BMR 2002 a porté sur 331 617 admissions et 2 156 024 journées d'hospitalisation en Court Séjour (dont 110 137 en SI-réanimation, 1 070 344 en médecine, 559 782 en chirurgie) et 1 176 137 journées d'hospitalisation en SSR-SLD⁽³⁾.

Au cours de la surveillance, 6343 *Staphylococcus aureus* ont été isolés (40,2 % de SARM) et 637 EBLSE dont les principales espèces étaient *E. aerogenes* (50,4 %), *K. pneumoniae* (14,6 %), *E. coli* (13,3 %) et *P. mirabilis* (5,5 %).

L'incidence globale des cas SARM et EBLSE (1 cas = 1 malade avec au moins un prélèvement à visée diagnostique positif) a été respectivement de 0,76 et 0,19 pour 1000 journées d'hospitalisation (JH). Dans les services de court séjour, l'incidence a été respectivement de 0,88 et 0,22 pour 1000 JH et de 0,57 et 0,19 pour 100 admissions.

La détermination de l'origine des BMR a montré que 53,6 % des souches de SARM et 59 % des EBLSE étaient acquises dans le service d'hospitalisation du malade.

Les SARM sont majoritairement sensibles à la gentamicine (84,6 %), au cotrimoxazole (95 %), à la pristinaïmycine (86,4 %), à la rifampicine (87 %), à l'acide fusidique (90 %) et à la fosfomycine (85,2 %). Ils restent globalement résistants aux fluoroquinolones (6 % de sensibilité) et souvent résistants à l'érythromycine (38,9 % de sensibilité).

Les EBLSE sont fréquemment sensibles à la gentamicine (73,3 %) alors que les autres aminosides testés sont le plus souvent inactifs (amikacine et tobramycine). 99 % des souches sont sensibles à l'imipénème, alors que seulement 16 % des souches sont sensibles aux fluoroquinolones.

MODULE GISA (47 LABORATOIRES)

Trois méthodes de détection des GISA sont proposées par le CA-SFM. Deux sont des méthodes de routine : diffusion en milieu gélosé ou méthodes automatisées. La troisième est un test particulier de criblage sur MH+5mg/L de teicoplanine. Dans notre étude, les méthodes les plus utilisées ont été les deux méthodes de routine (41 établissements). Parmi les 1491 SARM testés, 55,4 % l'ont été par diffusion en milieu gélosé et 26,2 % par méthodes automatisées.

Au total, 56 SARM ont été suspectés d'être des GISA par l'une des trois méthodes : 3,75 %. Dix-sept souches ont

été identifiées GISA par une CMI à la teicoplanine > 4g/l. Ainsi, l'incidence des GISA était de 0,009 / 1000 journées d'hospitalisation et 0,009 / 100 admissions en court séjour.

ÉVOLUTION DU GROUPE DE LABORATOIRES INCLUS DEPUIS 1998 (44 LABORATOIRES)

On observe pour les 44 laboratoires qui ont participé aux cinq dernières années de surveillance (1998 à 2002) une augmentation de l'incidence des cas SARM (/1000 journées d'hospitalisation et /100 admissions) de 1998 à 2001 puis une diminution pour 2002 (cf. tableau 1). On retrouve la même évolution pour la proportion de SARM au sein de l'espèce. En revanche, l'incidence des cas d'EBLSE est globalement stable entre 1998 et 2002 (0,23). L'évolution de la répartition selon l'espèce des souches d'EBLSE montre une stabilisation depuis 2000 pour *E. aerogenes* et une diminution régulière de *K. pneumoniae*. On note l'émergence d'*E. coli* BLSE, dont la proportion dépasse 10 %.

Le pourcentage de souches de SARM et surtout d'EBLSE d'origine acquise dans le service fluctue entre 1998 et 2001 et diminue de façon significative en 2002.

CONCLUSION

Au sein des établissements qui participent à la surveillance depuis 1998, l'incidence des SARM (prélèvements à visée diagnostique positifs) a cessé d'augmenter en 2002. Cependant, ces résultats ne correspondent qu'à un frémissement qui demande à être

confirmé ces prochaines années. En réanimation, où l'incidence est la plus élevée, les taux sont stables depuis 2000. Parallèlement, l'évolution globale de l'incidence d'entérobactéries productrices de BLSE (prélèvements à visée diagnostique positifs) est stable. Mais cette stabilité masque des phénomènes épidémiques locaux dont les taux d'incidence sont inquiétants.

Au total, il est crucial de continuer la surveillance en réseau parallèlement à une évaluation des ressources en matière d'isolement. Parallèlement à cette surveillance, il serait intéressant d'analyser les données annuelles des hôpitaux qui font une surveillance en continu et de proposer un travail plus interactif afin que ceux qui obtiennent des résultats fassent profiter les autres

de leur expérience. Ces informations ont été recueillies au cours de la surveillance BMR 2003.

- 1) GISA : Glycopeptide-Intermediate *Staphylococcus Aureus*
- 2) CA-SFM : Comité de l'Antibiogramme de la Société Française de Microbiologie
- 3) SSR-SLD : Soins de Suite et de Rééducation et Soins de Longue Durée.

TABLEAU 1. EVOLUTION DE L'INCIDENCE DES CAS DE PRÉLEVEMENTS À VISÉE DIAGNOSTIQUE POSITIFS À SOUCHES MULTIRÉSISTANTES DE *S. AUREUS* (SARM) ET D'EBLSE DE 1998 À 2002

| BMR | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | p* |
|--|------|------|------|------|------|---------------------------|
| Pourcentage de SARM au sein de l'espèce | | | | | | |
| Court Séjour | 32,9 | 33,3 | 35,2 | 37,5 | 34,6 | 10⁻⁴ ** |
| Incidence pour 1000 jours d'hospitalisation | | | | | | |
| SARM | | | | | | |
| tous services | 0,84 | 0,89 | 0,88 | 0,96 | 0,90 | 0,0012 |
| Court Séjour | 0,98 | 1,00 | 0,98 | 1,07 | 1,03 | 0,085 |
| dont SI-réa | 3,35 | 3,59 | 3,04 | 3,06 | 3,08 | 0,23 |
| dont médecine | | 1,01 | 0,98 | 1,2 | 1,16 | < 10 ⁻⁴ |
| dont chirurgie | | 0,85 | 0,94 | 0,94 | 0,83 | 0,20 |
| SSR-SLD | 0,67 | 0,82 | 0,76 | 0,88 | 0,71 | 0,0002 |
| BLSE | | | | | | |
| tous services | 0,23 | 0,23 | 0,23 | 0,24 | 0,23 | 0,84 |
| Court Séjour | 0,27 | 0,26 | 0,27 | 0,29 | 0,28 | 0,70 |
| dont SI-réa | 1,15 | 0,99 | 1,25 | 1,21 | 1,17 | 0,58 |
| dont médecine | | 0,27 | 0,25 | 0,28 | 0,3 | 0,48 |
| dont chirurgie | | 0,20 | 0,20 | 0,26 | 0,18 | 0,14 |
| SSR-SLD | 0,18 | 0,21 | 0,18 | 0,18 | 0,14 | 0,085 |
| Incidence pour 100 admissions en court séjour | | | | | | |
| SARM | 0,59 | 0,62 | 0,63 | 0,73 | 0,66 | < 10 ⁻⁴ |
| BLSE | 0,16 | 0,16 | 0,17 | 0,20 | 0,18 | 0,05 |
| * Comparaison d'une distribution observée à une distribution attendue. | | | | | | |
| ** Chi2 de tendance | | | | | | |

Rapport complet de la surveillance disponible sur le site internet du CCLIN : www.ccr.jussieu.fr/cclin/BMR/BMR.html

Coordination : A. Carbonne, V. Jarlier

Comité de pilotage : MT. Albertini, P. Astagneau, C. Benoit, L. Berardi, Y. Berrouane, A. Boisivon, P. Caen, C. Cattoen, A. Carbonne, Y. Costa, E. Delière, D. Demontrond, F. Eb, G. Grise, A. Harel, V. Jarlier, J.L. Koeck, M.P. Lepenne, C. Malbrunot, S. Maugat, B. Pangon, F. Paule, M. Roussel-Delvallez, A. Vachée.

Réseau REACAT

Résultats de la surveillance 2002-2003

Sylvie Maugat, François L'Héritier, Clémence Joly, Gilles Beaucaire - CCLIN Paris-Nord

Le CCLIN Paris-Nord coordonne depuis 1999 un réseau de surveillance des infections nosocomiales (IN) liées aux cathéters (ILC) dans les services de réanimation adulte de son interrégion (REACAT). Ce réseau a permis d'identifier des facteurs de risque spécifiques de l'ILC. La densité d'incidence (DI), habituellement utilisée comme indicateur dans la plupart des réseaux de surveillance, ne prend pas en compte ces facteurs. Compte tenu des différences de recrutement entre les services, la DI limite la pertinence des comparaisons inter-services. C'est pourquoi les facteurs de risque identifiés dans REACAT ont été utilisés pour construire un nouvel indicateur de surveillance ajusté sur ces facteurs : le ratio standardisé d'incidence (RSI), rapport du nombre d'ILC observées sur le nombre d'ILC attendues.

PARTICIPATION ET INCLUSIONS

Les résultats ci-dessous portent sur 56 services de réanimation de 48 établissements ayant participé à la surveillance 2002-2003 (de novembre 2002 à février 2003).

Au total, 1704 patients et 2075 cathéters veineux centraux (CVC) ont été concernés par le réseau de surveillance REACAT, soit un ratio cathéter par patient de 1,2. Parmi ces CVC, 1558 (75,1 %) ont été retirés en réanimation et 1445 (69,6 %) ont été mis en culture en réanimation. Les services ont, en moyenne, inclus 38,2 CVC [8-111] et cultivé en réanimation 25,8 CVC [3-93].

REACAT 2004

À partir du 1^{er} janvier 2004 (date de début de la prochaine période de surveillance),

les modalités de la surveillance des IN en réanimation seront homogènes pour les cinq CCLIN, afin d'obtenir, dans le cadre du réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (RAISIN), des données nationales.

Deux surveillances en réseaux seront proposées à tous les services de réanimation français. Les services pourront choisir de participer à l'une ou l'autre des surveillances, ou bien aux deux réseaux. La période minimale de surveillance a été fixée à six mois (ou 100 CVC consécutifs). Les définitions des infections et colonisations sur cathéter retenues pour chacune de ces surveillances sont adaptées de la dernière conférence de consensus ⁽¹⁾.

Pour répondre aux besoins des services posant un faible nombre de CVC même sur six mois de surveillance, il sera proposé une surveillance de quatre sites

d'infections : bactériémies, pneumopathies, colonisations (et infections) sur CVC et infections urinaires (option non retenue par le CCLIN Nord).

Parallèlement à cette surveillance, le protocole REACAT sera également proposé à toutes les réanimations françaises. Les données recueillies seront semblables à celles recueillies cette année.

Rapport complet sur le site internet du CCLIN : www.ccr.jussieu.fr/cclin

1) Timsit J-E Réactualisation de la douzième conférence de consensus de la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF) : infections liées aux cathéters veineux centraux en réanimation. Réanimation 2003 ;12(3):258-265.

INFECTIONS ET COLONISATIONS LIÉES AUX CATHÉTERS

Les indicateurs de risque ci-dessous ont été calculés en prenant, au numérateur, les infections identifiées en réanimation, et au dénominateur, tous les cathéters maintenus plus de 48 h.

| | |
|--|------------------------------------|
| Nombre de cathéters | 2 075 |
| Nombre d'infections | 59 |
| Nombre de colonisations | 103 |
| Ratio infection/colonisation | 3,92 |
| Taux brut d'infection | 2,8 % |
| Durée totale de maintien des cathéters | 20 648 jrs |
| DI* d'infections sur cathéters | 2,86 infections/1000 jrs-KT |
| DI d'infections avec bactériémies | 1,02 infections/1000 jrs-KT |

* DI : densité d'incidence (Nombre d'infections / somme des durées de maintien)

Comité scientifique

S. Alfandari, V. Allanic, P. Astagneau, H. Blanchard, G. Bonmarchand, C. Brun Buisson, C. Bussy, J. Carlet, J. Charpentier, J-M. Germain, J.M. Guyot, Z. Kadi, J. Merret, M. Pinsard, C. Sokolowsky, J-P. Sollet, F. Tamion, J-P. Terville, E. Thaler, M. Thuong, D. Valet.

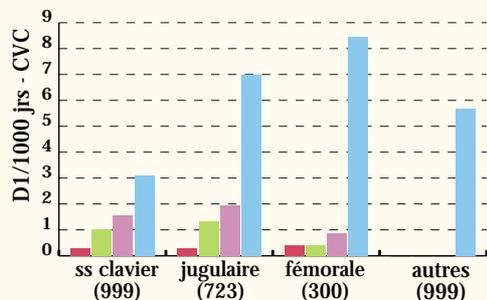
Coordination

C. Joly, S. Maugat, G. Beaucaire.

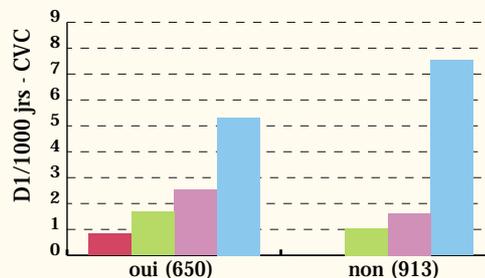
VARIABLES CONTRIBUTIVES AU MODÈLE DE RÉGRESSION LOGISTIQUE UTILISÉ POUR LE CALCUL DU RSI

Colonisation Infection locale Bactériémie Infection générale

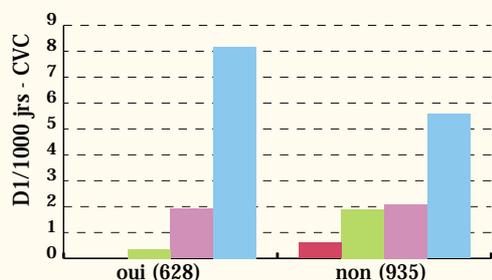
Site d'insertion du CVC



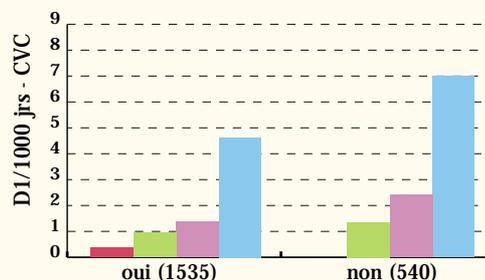
Autre infection active à l'ablation du CVC



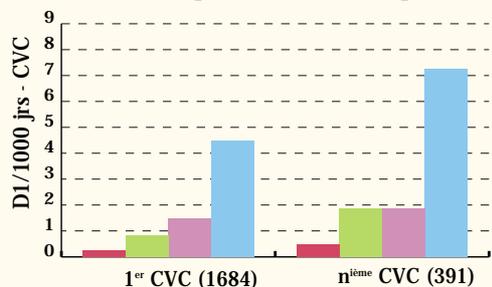
Au moins 1 défaillance viscérale à l'ablation



Utilisation du CVC pour perfusion d'ATB



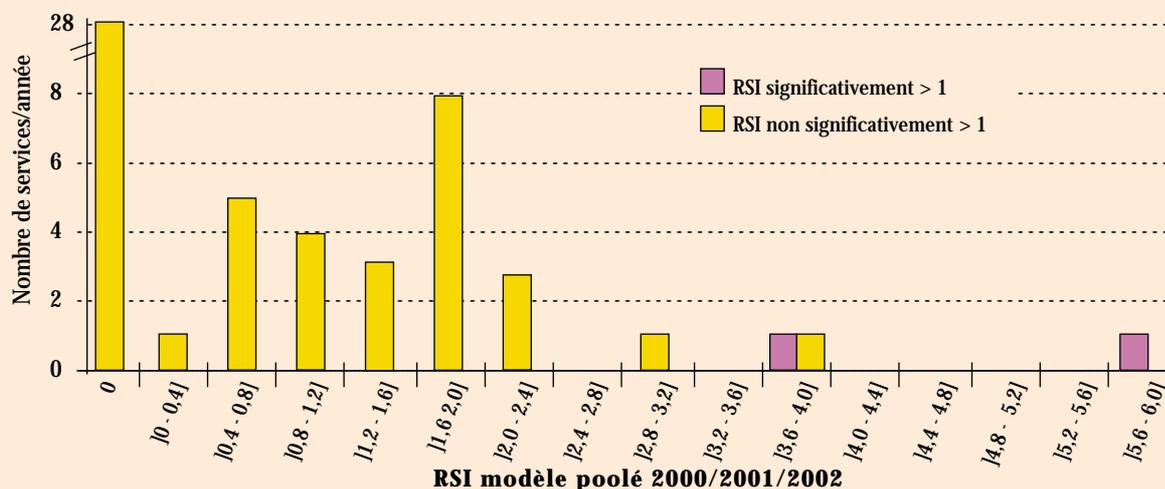
Ordre de pose du CVC au patient



Qu'est-ce que le RSI ?

Le RSI est le rapport du nombre d'infections observées sur le nombre d'infections attendues. Il est calculé par service ou par année. Le nombre d'infections attendues est la somme des probabilités individuelles de s'infecter de chaque CVC, calculées grâce au modèle de régression logistique. Le calcul de l'intervalle de confiance du RSI permet de dire, s'il exclut la valeur 1, que le nombre d'infections observées s'écarte significativement de la prédiction du modèle.

RÉPARTITION DES RATIOS STANDARDISÉS D'INCIDENCE (RSI) PAR SERVICE



Calendrier 2004 des réseaux de surveillance

Afin de préparer au mieux le programme de surveillance de votre établissement en 2004, nous vous proposons ce tableau synthétique des différents réseaux de surveillance des infections nosocomiales proposés par le CCLIN Paris-Nord.

| | Période d'enquête | Retour des données | Coordonnateur CCLIN |
|---|--|---|---|
| AES | • Continue | • 1 ^{er} trim. de l'année suivante | François L'Hériteau |
| BACTERIEMIES (tous les 2 ans) | • Du 1 ^{er} oct. au 31 déc. 2004 | • 15 février 2004 | Anne Carbonne |
| BMR | • Du 1 ^{er} avr. au 30 juin 2003 | • 15 septembre 2004 | Anne Carbonne |
| INCISO | • Du 1 ^{er} fév. au 31 avril 2004 | • 15 juin 2004 | Bruno Grandbastien |
| REA-RAISIN REACAT-RAISIN | • Du 1 ^{er} janv. au 30 juin 2004 | • 15 août 2004 | Clémence Joly |
| Études complémentaires Benchmarking & INCISO Consommation d'antibiotiques | • Du 1 ^{er} fév. au 31 avril 2004 • Continue | – • 1 ^{er} trim. de l'année suiv. | Anne-Hélène Botherel François L'Hériteau |
| Études pilotes Infections sur prothèse totale de hanche Collecteurs de déchets perforants & AES | • Du 1 ^{er} nov. 2002 au 31 oct. 2003 • Du 1 ^{er} nov. 2003 au 31 janv. 2004 | • En temps réel • En temps réel au CCLIN Sud-Ouest | Anne-Hélène Botherel François L'Hériteau |
| AES : Accidents exposant au sang BMR : Bactéries Multi-Résistantes aux antibiotiques INCISO : Infections du site opératoire | REA-RAISIN : infections liées aux cathéters veineux centraux dans les services de réa adulte - surveillance 3 sites (bactériémies, pneumopathies et CVC) | REACAT-RAISIN : infections liées aux cathéters veineux centraux dans les services de réa adulte - surveillance ajustée sur les facteurs de risque | |



Manian FA et al. Surgical site infections associated with methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: do postoperative factors play a role? *Clin Infect Dis* 2003;36:863-8

Dans le but d'identifier les facteurs associés à l'infection à *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM) parmi les patients atteints d'une infection du site opératoire (ISO), des médecins américains ont effectué une étude de cohorte rétrospective sur 35 mois entre septembre 1997 et juillet 2001 (sur deux périodes) parmi les patients ayant eu une intervention chirurgicale (un centre). Un recueil de données complémentaires parmi les patients pour lesquels une ISO avait été diagnostiquée pendant cette période comprenait des caractéristiques pré, per et postopératoires. Ces caractéristiques ont été comparées entre les patients ayant eu une infection à SARM et les patients infectés à un autre micro-organisme. Parmi les 73 154 interventions effectuées pendant la période d'inclusion, 293 ISO ont été diagnostiquées (0,4 %) dont 29 % à SARM. Les facteurs associés en univarié à l'infection à SARM parmi les patients infectés étaient : l'âge > 70 ans (odds ratio [intervalle de confiance à 95 %]: 2,4 [1.4-4.1]), la durée d'intervention > 4 h (2,8 [1.4-5.4]), la durée d'hospitalisation postopératoire > 3 jours (1,9 [1.03-3.4]), la durée d'un traitement antibiotique > 24h après l'intervention (2,4 [1.4-4.2]), la présence d'un drain en place > 24h (2,5 [1.4-4.5]) et la sortie du patient en structure de rééducation ou de long séjour (2,6 [1.4-4.8]).

Les autres facteurs n'étaient pas associés à l'ISO à SARM par rapport à une infection à un autre micro-organisme, en particulier la présence d'une colonisation ou d'une infection à SARM dans l'année précédant l'intervention et le passage en réanimation en postopératoire. L'analyse multivariée retrouvait deux facteurs de risque indépendants d'infection à SARM parmi les patients infectés: la sortie en structure de rééducation ou de moyen séjour (odds ratio ajusté [intervalle de confiance à 95 %]: 2,3 [1.04-5.02]) et la poursuite d'un traitement antibiotique de plus de 24h après l'intervention (2,0 [1.06-3.87]). Les auteurs soulignent l'importance de ces résultats, d'une part, sur l'implication en matière de traitement empirique devant une ISO chez un patient en moyen séjour ou ayant eu un traitement antibiotique prolongé après l'intervention et, d'autre part, concernant la physiopathologie des ISO à SARM avec la possibilité d'un mécanisme de contamination postopératoire pour ce micro-organisme par rapport aux autres.

Cette étude montre l'association entre traitement antibiotique et infection à SARM, confirmant l'importance d'une politique de contrôle de l'utilisation des antibiotiques. On déplore le manque d'information sur le type de traitement et les indications de sa poursuite.

Diplôme Inter-Universitaire "Méthodes en épidémiologie hospitalière"

Universités Paris VI - Lille II / Coordination : P. Astagneau, B. Grandbastien, B. Branger

L'objectif de l'enseignement est d'acquérir la maîtrise des outils et des méthodes pour analyser les risques sanitaires en milieu hospitalier, principalement dans le domaine des maladies transmissibles et des infections acquises à l'hôpital.

CONTENU PÉDAGOGIQUE

Trois modules sont proposés :

- **Investigation** : notion de risque, gestion de crise, analyse d'une épidémie, communication en situation de crise.
- **Surveillance** : indicateurs, stratégies, protocoles et grilles, analyse de données, système d'alerte, contrôle qualité, communication.

- **Évaluation** : choix d'un référentiel, méthodes d'évaluation, mesures d'impact, évaluation médico-économique.

ORGANISATION ET PUBLIC

Formation organisée sur 3 semaines réparties de janvier à mai (105 heures). Elle se termine par la présentation orale d'un mémoire. Elle s'adresse à tous les professionnels de santé médicaux et para-

médicaux impliqués ou responsables des équipes d'hygiène et des vigilances sanitaires. Un maximum de trente étudiants est souhaitable.

Pour tout renseignement

Secrétariat : 01 40 46 42 10

Plaquette d'information :

<http://www.ccr.jussieu.fr/cclin/DIU.htm>

Inscriptions : closes pour 2004, à partir de juin 2004 pour 2005.

LES MÉMOIRES DE L'ANNÉE UNIVERSITAIRE 2002-2003

- Évaluation de l'antibioprophylaxie chirurgicale à l'hôpital de Sens.
- Prévalence des infections urinaires nosocomiales dans l'inter-région Nord : enquêtes nationales de 1996 et 2001.
- Audit de pratiques d'antibioprophylaxie.
- Aspergillose pulmonaire invasive : étude cas-témoins sur le rôle du taux de lymphocytes comme facteur d'exposition.
- Étude des spondylodiscites survenues dans le service de neurochirurgie du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers en 2002.
- Limites d'une enquête de prévalence dans une clinique de médecine gériatrique de petite taille.
- Incidence des Accidents d'Exposition au Sang (AES) : choix d'un indicateur pour évaluer les variations de l'incidence des AES.
- Recherche des facteurs de risque d'acquisition de *Pseudomonas aeruginosa* chez les patients en réanimation polyvalente.
- Cathéters veineux centraux en néonatalogie : recherche de facteurs de risque d'infection.
- Évaluation des connaissances et pratiques sur les accidents d'exposition au sang : résultats d'une enquête multicentrique en Picardie (2002).

PRÉSENTATION D'UN MÉMOIRE 2002-2003

Incidence des Accidents d'Exposition au Sang (AES) : choix d'un indicateur pour évaluer les variations de l'incidence des AES. (E.L'Héritau)

Depuis 1995, le CCLIN de l'interrégion Nord coordonne un réseau de surveillance des accidents d'exposition au sang (AES). Cette surveillance nécessite de disposer de dénominateurs pertinents, afin de pouvoir suivre l'évolution de l'incidence des AES. Le but de cette étude était d'évaluer différents dénominateurs et de comparer l'évolution de l'incidence de ces AES rapportée à ces dénominateurs.

De 1997 à 2000, 25 hôpitaux ont participé aux quatre années de surveillance. Selon les dénominateurs considérés, 10 à 15 hôpitaux ont pu fournir les données nécessaires au calcul de l'incidence pendant quatre ans.

L'utilisation de données administratives montrait une diminution significative de l'incidence des AES pour 10 000 admissions (de 26,92 en 1997 à 20,81 en 2000 ; $p < 0,0001$) mais pas de l'incidence pour 100 lits (de 11,53 en 1997 à 10,46 en 2000 ; $p = 0,32$). L'analyse de l'incidence des AES rapportée aux effectifs montrait une diminution significative de l'incidence pour 100 personnels (de 4,88 en 1997 à 3,85 en 2000 ; $p < 0,001$) mais avec des variations selon la fonction des personnels : diminution significative chez les infirmières et les médecins, augmentation significative chez les internes, variations non significatives chez les chirurgiens, aides soignantes, élèves infirmières.

L'incidence rapportée aux dispositifs médicaux commandés, montrait une diminution significative de l'incidence des AES pour 100.000 cathéters veineux périphériques et une augmentation de l'incidence pour 100 000 aiguilles à injection sous cutanée. L'utilisation comme dénominateur des examens biologiques sanguins pratiqués, montrait une diminution significative de l'incidence des AES pour 100 000 numérations globulaires, mais pas de modification significative de l'incidence pour 100 000 gazométries artérielles.

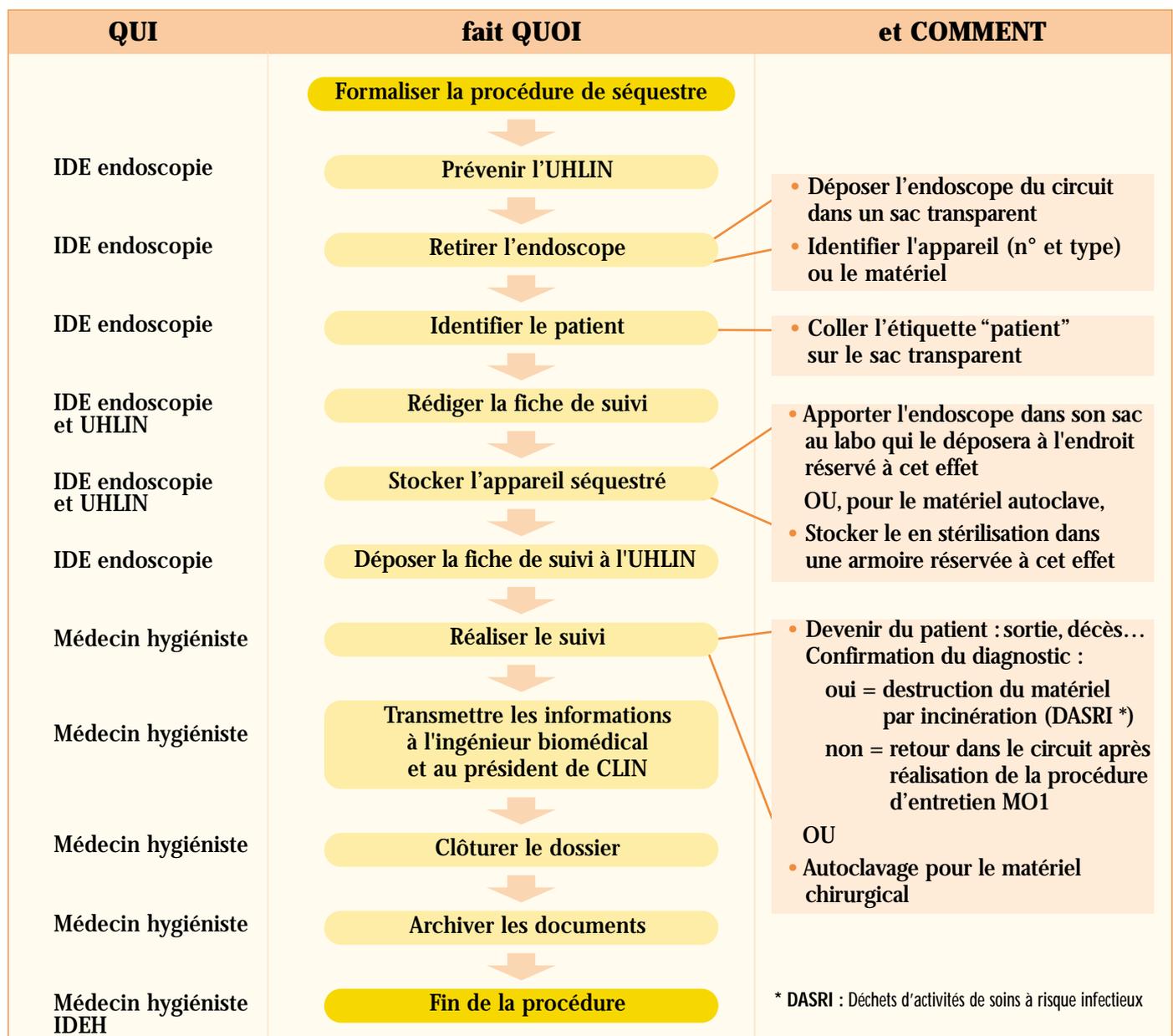
La difficulté à recueillir la plupart des dénominateurs en routine, incite à se limiter à l'utilisation de données administratives simples reflétant l'activité des établissements (comme le nombre d'admissions) pour mesurer l'évolution de l'incidence des AES.

Exemple de procédure de séquestre d'un endoscope ou de matériel chirurgical



Martine Vanhuffel, UHLIN, Centre Hospitalier de Tourcoing

Lors de la mise en évidence d'un patient suspect ou atteint de maladie de Creutzfeldt-Jakob, l'endoscope ou le matériel chirurgical ayant été utilisé pour ce patient doit être mis sous séquestre. Cet article présente, de façon simplifiée, la procédure mise en place par l'UHLIN du CH de Tourcoing dans une telle situation. L'ensemble des services pratiquant des actes d'endoscopie ou de chirurgie sont concernés par cette procédure qui implique les médecins, les infirmières (IDE), l'UHLIN, le bactériologiste et l'ingénieur médical.



* DASRI : Déchets d'activités de soins à risque infectieux

FICHE DE SUIVI

Nom, prénom :

Ou étiquette :

Date de naissance :

Type d'examen :

Endoscopie digestive oui non
numéro appareil :

Endoscopie bronchique oui non
numéro appareil :

Matériel chirurgical oui non
préciser :

Autres matériels oui non
préciser :

Date de l'examen : ___/___/___

Mode opératoire MO4 oui non

Traitement subi : inactivation oui non

Cycle prions oui non

Appareil mis sous séquestre le : oui non

Matériel mis sous séquestre le : oui non

Si non procédure de prise en charge : MO

Liste des 5 patients suivants faite oui non
(en annexe au document archivé)

Lieu du séquestre :
le laboratoire
stérilisation centrale

Signature

Suivi du patient / Renseignements pris le :

.....

.....

Décision prise par : médecin hygiéniste :

.....

Matériel remis dans le circuit après désinfection oui non

Matériel retiré du circuit, incinération (DASRI) oui non



Références législatives, réglementaires et normatives

- Décret 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier
- Circulaire DGS/DH n°100 du 11 décembre 1995 relative aux précautions à observer en milieu chirurgical et anatomopathologique face aux risques de transmission de la maladie de Creutzfeldt-Jakob, modifiée
- Circulaire DGS/DH n°236 du 2 avril 1996 relatives aux modalités de désinfection des endoscopes dans les lieux de soins, modifiée
- Circulaire DGS/5C/DHOS/E2/2001/138 du 14 mars 2001 relative aux précautions à observer lors de soins en vue de réduire les risques de transmission d'agents transmissibles non conventionnels)

Prévention et prise en charge de la tuberculose en milieu de soins

François L'Hériveau, CCLIN Paris-Nord

La transmission de la tuberculose est inter-humaine. La présence concomitante de patients tuberculeux bacillifères et de patients immunodéprimés dans les établissements de soins explique que le risque de transmission nosocomiale de la tuberculose est élevé. La prévention de cette transmission entre dans le champ de la prévention des infections nosocomiales (IN). L'objet de cet article est de résumer les principes de cette prévention en reprenant notamment les avis récents (14 mars 2003) du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France (avis du 14 mars 2003 et avis à paraître).

La prévention de la transmission nosocomiale de la tuberculose repose sur quatre ordres de mesures.

SURVEILLANCE DE LA TUBERCULOSE DANS L'HÔPITAL

Épidémiologie de la tuberculose

La surveillance du nombre de cas de tuberculose dans l'établissement est indispensable. Elle repose d'une part sur la déclaration obligatoire (DO) des cas à l'autorité sanitaire, et d'autre part sur les données du laboratoire de microbiologie. Une surveillance de la sensibilité aux anti-tuberculeux des *Mycobacterium tuberculosis* isolés, doit également être menée.

Surveillance chez le personnel

À l'embauche

Le bilan initial comporte la recherche des antécédents, l'examen clinique, une intradermoréaction (IDR) à 10 U de tuberculine et une radiographie de thorax. Il n'est pas recommandé de revacciner les sujets ayant déjà reçu un BCG, quel que soit le résultat de l'IDR. Chez les non vaccinés dont l'IDR est < 5 mm, une seule vaccination est conseillée, avec contrôle de l'IDR à 6 mois (afin de disposer d'un examen de référence). En cas d'IDR initiale > 15 mm, la recherche d'une tuberculose infection ou maladie est nécessaire.

La surveillance ultérieure

L'attitude dépend du type de service où travaille le personnel exposé (et en particulier de la fréquence de l'exposition à *M. tuberculosis*).

- Dans les secteurs à risque élevé (≥ 5 patients bacillifères par an), il est difficile de réaliser une investigation autour de chaque cas. La surveillance du personnel repose donc sur la radiographie de thorax (annuelle ou tous les deux ans) et sur l'IDR à la tuberculine (tous les 2 ans si initialement < 10 mm, tous les 5 ans si initialement ≥ 10 mm).

- Dans les secteurs à faible risque (≤ 1 cas par an) il n'est pas logique de faire un dépistage systématique. Il est alors conseillé d'effectuer une enquête autour des cas qui n'ont pas été placés en isolement dès leur admission (notamment en cas de retard diagnostique). Cette enquête devra comporter examen clinique, radiographie de thorax et IDR (qui ne peut être interprétée qu'en fonction des antécédents) initiale, à 3 mois et entre 12 et 18 mois.

- Dans les secteurs à risque intermédiaire, l'attitude sera définie en collaboration avec le CLIN et l'équipe opérationnelle d'hygiène, en fonction de l'évaluation du risque.

PRÉVENTION DE LA TUBERCULOSE MALADIE CHEZ LES PATIENTS INFECTÉS

Il s'agit du dépistage des sujets infectés autour d'un cas ou parmi la population régulièrement exposée (cf. plus haut). L'enquête doit se faire selon la règle des "cercles concentriques" en commençant par les sujets (personnels, autres patients, entourage) les plus proches du cas index. La recherche ne sera élargie que si des cas secondaires sont retrouvés. L'IDR à la

tuberculine permet de dépister les cas de tuberculose infection. Un diamètre d'induration > 10 mm est en faveur d'une infection récente. Une chimioprophylaxie est recommandée dans les cas de tuberculose infection récente (après avoir éliminé une tuberculose maladie par l'examen clinique et la radiographie de thorax). Différents protocoles sont proposés :

- Isoniazide 5 mg/kg/j pendant 9 mois, qui peut aller jusqu'à 12 mois chez l'immunodéprimé
- Isoniazide 5 mg/kg/j + rifampicine 10 mg/kg/j pendant 3 mois
- Rifampicine 10 mg/kg/j + pyrazinamide 20mg/kg/j pendant 2 mois, dont l'efficacité n'est pas supérieure au précédent, mais dont la toxicité est supérieure. Ce dernier régime n'est pas recommandé en première intention mais peut être utile en cas de suspicion de *M. tuberculosis* résistant.

Il n'existe actuellement pas de recommandation définitive pour l'un ou l'autre de ces protocoles. Dans les cas où la souche du cas index est connue pour être résistante, un avis spécialisé est indispensable.

Chez les sujets exposés, une surveillance peut être nécessaire même en l'absence d'indication à une chimioprophylaxie (cf. plus haut).

DÉPISTAGE ET TRAITEMENT PRÉCOCE DES CAS DE TUBERCULOSE ACTIVE CONTAGIEUSE

Le traitement précoce permet de diminuer la durée de la contagiosité. On



estime qu'après mise en route d'un traitement antituberculeux microbiologiquement actif, la durée de la contagiosité est de l'ordre de 2 à 3 semaines.

PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION AÉRIENNE À PARTIR DES SUJETS CONTAGIEUX

Isolement respiratoire

Cet isolement doit être mis en œuvre dès la suspicion clinique de tuberculose. La chambre doit être mise en dépression par rapport au couloir et la porte doit rester fermée. L'isolement respiratoire du patient doit être expliqué au patient et à ses éventuelles visites et mentionné par un pictogramme connu de l'équipe de soins. Les déplacements du patient en dehors de sa chambre sont limités au strict minimum et imposent le port d'un masque. Certains examens à risque de transmission élevé pour le personnel doivent être évités pendant cette période : fond d'œil, fibroscopies bronchique ou gastrique... L'isolement ne doit être interrompu qu'après élimination du diagnostic ou confirmation de l'efficacité du traitement par la réalisation de trois frottis d'expectoration (ou de tubage gastrique) négatifs.

Masques

Chez le patient

Le but du masque est de protéger l'entourage vis-à-vis de projections respiratoires lors des sorties de la chambre qui sont indispensables. Les masques de soins sont adaptés à cet effet.

Chez le personnel et les visites



Les masques de soins n'offrent pas une protection suffisante. Un masque de protection respiratoire est nécessaire. L'efficacité de la protection respiratoire dépend d'une part de l'efficacité de la pièce filtrante, et d'autre part de l'étanchéité au visage. Les masques de protection respiratoire sont désignés, selon la norme européenne EN149, par le terme FFP (pour filtering facepiece particle ou pièce faciale filtrant les particules). Ils sont classés en FFP1, 2 ou 3 (cf. tableau) selon leur capacité à filtrer un aérosol de particules de 0,6 µm de diamètre médian (extrêmes de 0,01 à 1 µm).

| Désignation | Pénétration du filtre | Fuites au visage |
|-------------|-----------------------|------------------|
| FFP1 | < 20 % | < 22 % |
| FFP2 | < 6 % | < 8 % |
| FFP3 | < 0,05 % | < 2 % |

Un masque de protection respiratoire doit porter les indications suivantes :

- La marque "CE"
- Le numéro et l'année de la norme correspondante (EN 149 :2001 pour les FFP)
- L'indication de la classe d'efficacité (FFP1, FFP2 ou FFP3).

Les masques de classe FFP1 sont recommandés en France pour la prévention de la tuberculose. Ils associent une efficacité suffisante et une bonne acceptabilité par le personnel. Les masques de classe FFP2, plus efficaces, sont plus inconfortables et leur acceptabilité par le personnel est moindre. Ils ne sont

donc recommandés que dans les situations à risque plus élevé. C'est le cas des contacts rapprochés (intubation, expectoration induite) quelle que soit la sensibilité aux antituberculeux, et des tuberculoses à bactérie multirésistante quelle que soit la nature du contact.

Ventilation

Le renouvellement aérien d'au moins six volumes de la pièce par heure est recommandé. L'air évacué ne doit, si possible, pas être recyclé. Dans le cas contraire, il ne peut l'être qu'après une filtration à très haute efficacité. L'installation permettant le renouvellement d'air (et le cas échéant la filtration) doit être contrôlée régulièrement.

Désinfection par les UV

La désinfection de l'air par les rayons ultraviolets C ne semble pas améliorer la décontamination apportée par la ventilation.

CONCLUSION

La lutte contre la transmission nosocomiale de la tuberculose évolue vers une meilleure protection du personnel de santé et des autres patients. Cette amélioration nécessite la mise à disposition de moyens matériels (masques, ventilation) et humains (surveillance des cas). Les contraintes liées à ces moyens peuvent toutefois entraver ces mesures de prévention. Le rôle des équipes opérationnelles d'hygiène et des médecins du travail dans l'acceptabilité de ces mesures est primordial.

Mobilité

Le Dr Karine Blanckaert remplace le Dr Pascal Fabre au poste de coordinateur régional du CCLIN Paris-Nord pour la région Nord-Pas-de-Calais.

Traitement des dispositifs médicaux en consultation d'ORL



Danielle Farret, CCLIN Paris-Nord pour le groupe de travail

La prise en charge d'un dispositif médical en ORL doit tenir compte du risque généré par son utilisation et de la faisabilité de l'application du traitement adéquat sur le lieu d'exercice en fonction de la réglementation en vigueur.

L'avènement de la nasofibroscopie en ORL a totalement modifié la pratique clinique quotidienne des spécialistes et constitue une aide importante au diagnostic. Elle est largement utilisée puisque 800 000 fibroscopies sont réalisées chaque année.

OBJECTIFS DU GUIDE

Objectif principal

Réaliser un guide de recommandations de bonnes pratiques en hygiène concernant la prise en charge des dispositifs médicaux thermosensibles, en service de consultations d'ORL des établissements hospitaliers et en cabinet de ville.

Objectifs secondaires

Identifier les dispositifs thermosensibles en consultation d'ORL.

Emettre des recommandations adaptées concernant les procédures d'entretien de ces matériels.

CONTENU DU GUIDE

Afin d'émettre des recommandations ciblées concernant la prise en charge des dispositifs médicaux, une évaluation des risques est proposée (risques bactériologiques, virologiques et ceux liés aux prions). Sur ce risque prion, le guide a essayé de répondre à ces questions :

- Quelles sont les précautions particulières à prendre dans le cadre de la Maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ) ?
- Comment dépister les patients présentant un ou plusieurs facteurs

de risque d'encéphalopathie subaiguë spongiforme transmissible (ESST) en consultation d'ORL ?

- En quoi les tissus de la sphère ORL et les actes d'examen de consultation sont-ils concernés par ce risque ?

La première partie concerne les dispositifs médicaux thermosensibles et notamment le nasofibroscope. Il s'agit d'un dispositif médical classé dans la catégorie des dispositifs médicaux semi-critiques (contact muqueux). De ce fait, une désinfection de niveau intermédiaire est recommandée pour les malades standards.

Protection du nasofibroscope

L'utilisation de gaines de protection n'a pu être évoquée dans ce guide. L'efficacité des gaines contre les bactéries, virus et autres micro-organismes a été validée par la "Food and Drugs Administration". Des projets d'essais permettant de valider l'efficacité de ces gaines contre les prions sont prévus par l'AFSSAPS et nous attendons leurs conclusions pour inclure dans un second temps l'utilisation de ces systèmes de protection à usage unique.

Traitement du nasofibroscope

Il est présenté sous forme de fiches :

- Procédure de traitement du nasofibroscope pour un acte non à risque, pour tout patient sans caractéristique particulière. Observation simple, en absence d'ulcération ou de saignement.
- Procédure renforcée de traitement du nasofibroscope si présence d'ulcération ou d'effraction muqueuse ou lorsque le patient présente un ou des facteurs de risque individuels d'ESST classique.
- Conduite à tenir vis-à-vis du nasofibroscope utilisé chez un patient suspect ou atteint de MCJ.

La seconde partie est une revue des autres dispositifs médicaux utilisés en consultation d'O.R.L. Ils ont été classés en dispositifs médicaux appartenant à la classification : haut risque, risque médian, risque bas. Une prise en charge adaptée pour chacun est proposée.

L'organisation des soins, la notion de traçabilité, l'évaluation des actes réalisés sont également évoquées.

Ce guide peut être téléchargé gratuitement sur le site du CCLIN Paris-Nord : www.ccr.jussieu.fr/cclin

Auteurs du guide : Yannick Beauvallet, Pharmacien, ADEP-Assistance / Janine Bodin, Cadre Supérieur Infirmier, stérilisation centrale, CHU Tenon, Paris / Annie Bonnefemme, Cadre Infirmier, Air France, Paray-Vieille-Poste / Patricia Cavanna, Infirmière, consultation ORL, CHU Pitié-Salpêtrière, Paris / Michèle Ciaï, Cadre Supérieur Infirmier Hygiéniste, CHU Cochin, Paris / Marie-Françoise Cristina, Infirmière Hygiéniste, CHEM, Hôpital S.Veil, Eaubonne Montmorency / Florence Espinasse, Praticien Hygiéniste, CHU Ambroise Paré, Boulogne-Billancourt, Edith Galerne, Cadre Supérieur Infirmier Hygiéniste, CHU Pitié - Salpêtrière, Paris / Anita Harel, Praticien Hygiéniste Microbiologiste, CHEM, Eaubonne Montmorency / Elisabeth Hérisson, Cadre Infirmier Hygiéniste, CHU Broussais-HEGP, Paris / Marie-Jeanne Kosmann, Cadre Supérieur Infirmier Hygiéniste, CHU Bicêtre, Kremlin-Bicêtre / Véronique Kurer, Infirmière Hygiéniste, CH de Gonesse / Josiane Larzul, Cadre Supérieur Infirmier Hygiéniste, CHU Necker, Paris / Annick Legros, Cadre Supérieur Infirmier Hygiéniste, CHU Pitié - Salpêtrière, Paris / Josette Yvon, Infirmière, consultation O.R.L., CHU Bichat, Paris

Coordonnateur : Danielle Farret, Cadre Supérieur Infirmier Hygiéniste, C.CLIN Paris-Nord

Témoignage d'un représentant d'usagers au sein d'un CLIN

Henri Barbier, usager du CLIN du CH de Saint-Quentin

Depuis deux ans, la place des usagers dans la lutte contre les infections nosocomiales a considérablement évolué. Cette nouvelle rubrique s'inscrit dans une démarche de communication à destination des patients, déjà engagée par le CCLIN Paris-Nord avec la création d'un site internet pour le grand public et une réunion annuelle d'informations. Nous tenons à remercier M. Henri Barbier, usager du CLIN du CH de Saint-Quentin, qui signe cette première communication.

C'est avec plaisir que j'ai accepté d'inaugurer la rubrique "La parole aux usagers" du présent bulletin, en faisant part de mon expérience de représentant des usagers au sein d'un CLIN. Administrateur du CH de Saint-Quentin (Aisne) depuis fin 1997, le milieu hospitalier ne m'était pas inconnu jusqu'alors puisque j'ai eu l'occasion de le fréquenter pour différentes raisons : hypothyroïdie pour deux enfants, poly-handicap pour un troisième et insuffisance rénale pour moi-même. Je suis par ailleurs un militant associatif dans les domaines de la santé et du handicap. Antérieurement, j'ai siégé au CPPRB de Picardie (Comité de Protection de la Personne dans le cadre de Recherche Biomédicale).

Mes débuts d'administrateur ont été plutôt hésitants. Il n'est pas facile d'acquérir des compétences sans formation. Début 2000, je me suis rendu compte que j'étais entraîné dans une sorte de spirale puisque après être devenu membre de droit, à titre consultatif, de la Commission de Conciliation, je subissais le même sort pour le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales. Si l'on ajoute à cela ma participation à d'autres commissions et groupes de travail, on se rend compte de la

grande disponibilité qui est nécessaire pour exercer pleinement son rôle de représentant des usagers.

Concernant le CLIN, j'ai la chance d'être invité à toutes les séances et non pas seulement à celle où sont discutés le rapport d'activités et le programme annuel d'actions. Cette mesure devrait être généralisée car, à moins d'être de la partie, il est difficile de décoder le langage utilisé au cours de ces réunions. Aujourd'hui, AES, BMR, MJC et autres sigles n'ont plus de secret pour moi.

Le constat que j'ai fait depuis trois ans, c'est le grand intérêt que portent les professionnels au malade. Avec détermination, ils recherchent pour lui une amélioration de la qualité des soins. Les nombreux protocoles étudiés font l'objet de discussions très sérieuses. Ceci est rassurant car les infections nosocomiales, c'est quelque chose qui fait peur. J'estime, pour ma part, qu'il est important de bien communiquer sur ce sujet, tant vis-à-vis des malades qui doivent être parfaitement informés, que du personnel hospitalier qui doit prendre conscience de la nécessité du strict respect des normes d'hygiène.



Nouvelle réglementation depuis la loi du 4 mars 2002

- Arrêté du 25 avril 2003 relatif au règlement intérieur type de la commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.
- Décret n° 2003-314 du 4 avril 2003 relatif au caractère de gravité des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales prévu à l'article L. 1142-1 du code de la santé publique.
- Arrêté du 4 mars 2003 relatif aux pièces justificatives à joindre à une demande d'indemnisation présentée à une commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.
- Décret n° 2003-140 du 19 février 2003 modifiant le code de la santé publique, relatif à l'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.
- Loi 2002-1577 du 30 décembre 2002 relative à la responsabilité civile médicale (1).
- Circulaire DSS/2B/DGS n°2002-516 du 8 octobre 2002 relative à la mise en place des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.
- Décret n° 2002-886 du 3 mai 2002 relatif aux commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales prévues à l'article L. 1142-5 du code de la santé publique.
- Décret n° 2002-656 du 29 avril 2002 relatif à la commission nationale des accidents médicaux prévue à l'article L. 1142-10 du code de la santé publique.
- Décret n° 2002-638 du 29 avril 2002 relatif à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, institué par l'article L. 1142-22 du code de la santé publique.

Vous souhaitez, vous aussi nous faire part de votre expérience ou apporter votre point de vue critique sur l'hygiène et les infections nosocomiales : contactez Karin Lebasclé au 01 40 46 42 00 ou par email : klebascl@bhdc.jussieu.fr

Tous ces textes sont disponibles intégralement sur le site internet destiné au grand public : <http://www.ccr.jussieu.fr/cclin/Usagers/accueil/AccueilDream.htm>

Alerte à propos d'une épidémie inter-hospitalière à *Acinetobacter baumannii*

Du 30 juillet au 19 septembre 2003, le CCLIN Paris-Nord a reçu 5 signalements d'infections nosocomiales (IN) à *Acinetobacter baumannii* en provenance de 4 établissements de santé du département du Nord ; 23 patients sont concernés, dont 8 (35 %) sont décédés à la date du signalement. Les souches d'*A. baumannii* isolées ont un phénotype de résistance particulier (Imipenem S, Ticar/Clavu I/R, Pipera/Tazo I/R) et sont porteuses d'une bêta-lactamase à spectre étendu (BLSE), identifiée en 2001 lors d'une précédente épidémie et récemment décrite dans la littérature⁽¹⁾. Cette souche ne semble pas être plus pathogène que d'autres souches d'*A. baumannii* et reste sensible à l'imipenem (Tienam®).

INFECTIONS À *A. BAUMANNII*

Acinetobacter baumannii est une bactérie opportuniste responsable d'IN multi-résistantes, difficiles à traiter et souvent associées à une létalité élevée. Elle est une cause croissante d'IN, notamment de pneumopathies en réanimation. Sa transmission se fait à partir d'une source commune ou de patient à patient ; elle est facilitée par une colonisation importante des patients, la contamination des surfaces environnantes, une survie prolongée sur des surfaces sèches ou les mains, et une faculté à développer ou acquérir des caractères de résistance à presque toutes les classes d'antibiotiques. Le contrôle d'une épidémie à *Acinetobacter* nécessite des efforts importants, la mise en place de protocoles d'isolement, éventuellement de dépistage des patients et, parfois même, la fermeture du service.⁽²⁾ Ces infections ont une létalité élevée, quoique non spécifique de la souche identifiée ici, et les mesures de contrôle nécessaires pour juguler ces épidémies sont souvent importantes. Une sensibilisation de tous les établissements hospitaliers de la région est donc justifiée, afin de mettre en œuvre de façon précoce les mesures de contrôle adéquates et de mieux caractériser la diffusion régionale de cette souche.

RECOMMANDATIONS

Sur la base des recommandations existantes et des investigations menées à ce jour dans les établissements concernés, le CCLIN Paris-Nord recommande les mesures suivantes aux présidents de CLIN et équipes opérationnelles d'hygiène des établissements de santé de la région Nord - Pas-de-Calais :

- 1/ Signaler (décret du 26/07/01) tout cas d'infection à *Acinetobacter baumannii* porteur d'une BLSE au CCLIN et à la DDASS, en joignant l'antibiogramme à la fiche de signalement. L'antibiogramme retrouve une sensibilité unique à l'imipenem, des sensibilités variables à ticarcilline/ac. clavulanique et piperacilline/tazobactam, et une image de synergie entre les disques de ceftazidime et ticarcilline/ac. clavulanique ;
- 2/ Conserver les souches suspectes et contacter le laboratoire de bactériologie de l'hôpital Bicêtre pour décider avec lui d'un envoi éventuel des souches, pour recherche de la bêta-lactamase VEB-1 par PCR et comparaison par électrophorèse en champ pulsé ;
- 3/ Informer les équipes médicales et paramédicales de votre établissement de la circulation de cette souche épidémique dans la région ;
- 4/ Prévoir un dépistage systématique (pharyngé et rectal) dans les services

à haut risque (comme la réanimation) et en fonction de l'épidémiologie locale d'*Acinetobacter baumannii* ;

- 5/ Limiter les mouvements internes et les transferts de patients dans d'autres structures, si ceux-ci ne sont pas nécessaires ;
- 6/ Notifier le caractère porteur d'*Acinetobacter baumannii* multirésistant sur la fiche de transmission et le dossier du patient lors des transferts (comme il est recommandé pour les autres BMR comme les SARM et entérobactéries productrices de BLSE) ;
- 7/ Renforcer les mesures d'isolement et de respect des précautions standard en cas de patients infectés et/ou colonisés dans un des services de votre établissement ;
- 8/ Renforcer les procédures de bio nettoyage des services où ont été identifiés les cas ;
- 9/ Veiller au bon usage des antibiotiques dans les services à risque (réanimation et pneumologie).

L'équipe du CCLIN Paris-Nord est à votre disposition pour tout renseignement complémentaire et pour une aide éventuelle à l'investigation des cas signalés.

1) Poirel L, Menuteau O, Agoli N, Cattoen C, Nordmann P. Outbreak of extended-spectrum b-lactamase VEB1-producing isolates of *Acinetobacter baumannii* in a French hospital. J Clin Microbiol 2003;41 : 3542-7.
2) Villegas MV, Hartstein AI. *Acinetobacter* outbreaks, 1977-2000. Infect Control Hosp Epidemiol 2003 ; 24:284-95.

Contacts : CCLIN Paris-Nord : Dr Anne Carbonne (01 40 46 42 11)
Service de Bactériologie - CHU Bicêtre : Dr Thierry Naas (01 45 21 20 19)
InVS, Département Maladies Infectieuses : Dr Bruno Coignard (01 41 79 69 47)

Bilan CCLIN Paris-Nord au 8 octobre 2003

462 fiches de signalement reçues (1256 cas) : 343 en Ile-de-France, 63 en Nord Pas-de-Calais, 28 en Picardie, 25 en Haute Normandie. Il y a eu déplacements et/ou investigations sur 47 sites.

TABLEAU 1 : RÉPARTITION DES SIGNALEMENTS PAR MOTIF DEPUIS AOÛT 2001

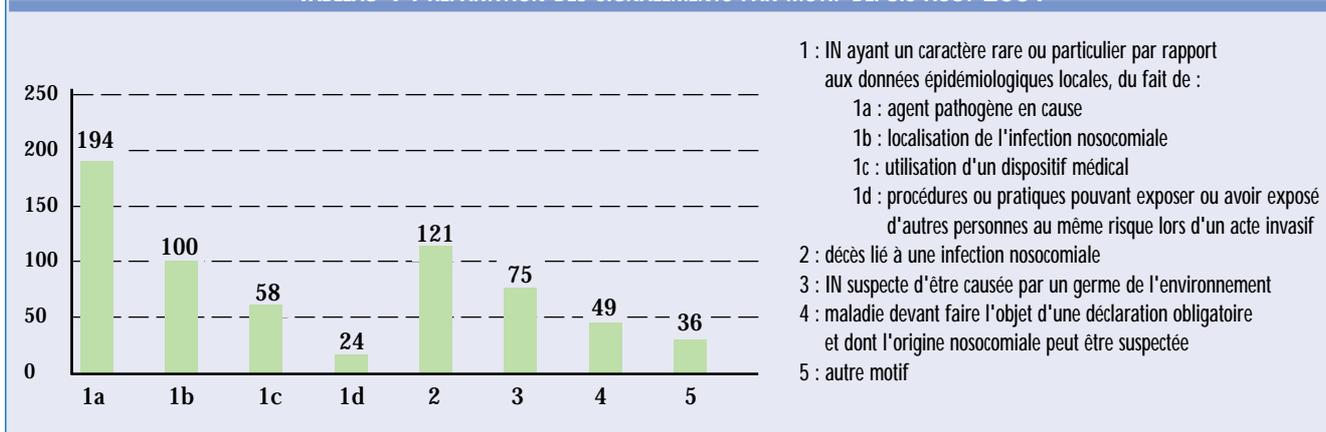


TABLEAU 2 : LISTE DES GERMES QUAND LE MOTIF DE SIGNALEMENT EST 1a

- 23 *Acinetobacter baumannii*
- 8 *Aspergillus*
- 2 *Bacillus*
- 2 *Burkholderia cepacia*
- 7 *Clostridium difficile*
- 9 *Enterobacter*
- 5 Entérocoques vancoR
- 1 *Flavimonas*
- 7 *Klebsiella pneumoniae*
- 8 *Legionella pneumophila*
- 3 *Listeria*
- 5 *Mycobacterium (3 tuberculosis)*
- 1 *Neisseria meningitidis*
- 10 Parasites (*Sarcoptes*, *Cryptosporidium*)
- 3 Pneumocoques
- 17 *Pseudomonas aeruginosa*
- 3 *Pseudomonas sp.*
- 2 *Salmonella non typhi*
- 38 *S. aureus*
- 5 SCN
- 5 *Stenotrophomonas maltophilia*
- 4 *Streptococcus pyogenes*
- 1 Varicelle
- 5 VHC
- 6 autres levures ou champignons
- 7 autres entérobactéries

TABLEAU 3 : LISTE DES SITES QUAND LE MOTIF DE SIGNALEMENT EST 1b

| Sites | Effectif | % |
|---------------------------|------------|--------------|
| Bactériémie/septicémie | 8 | 8 % |
| Cathéter | 3 | 3 % |
| Génital | 3 | 3 % |
| ISO | 19 | 19 % |
| Multiples localisations | 2 | 2 % |
| Ophthalmo | 29 | 29 % |
| Os et articulations | 14 | 14 % |
| Peau et tissus mous | 5 | 5 % |
| Pneumopathie | 2 | 2 % |
| Syst. Cardio-vasculaire | 4 | 4 % |
| Syst. Nerveux central | 8 | 8 % |
| Tractus gastro-intestinal | 2 | 2 % |
| Urinaire | 1 | 1 % |
| Total | 100 | 100 % |

Nom :
Prénom :
Fonction :
Service :
Dénomination exacte de l'hôpital :
Adresse :
Fax : Tél :

À renvoyer au CCLIN Paris-Nord
15, rue de l'École de Médecine, 75006 Paris

CONGRÈS / FRANCE

- **XIV^{es} journées de prévention des infections nosocomiales (JPIN).** Signalement de l'infection nosocomiale : les différentes étapes du processus. 20/11/2003, Paris. Informations : Dr M. Kitzis, Service de chirurgie thoracique, Hôpital Beaujon, Clichy. Tél : 01 40 87 57 61, Fax : 01 40 87 17 28, courriel : michel.kitzis@bjn.ap-hop-paris.fr ; Inscription : Nex&CoM Santé RP-CONgrès, 27-29 rue des Poissonniers, 92200 Neuilly-sur-Seine, Tél : 01 46 43 33 00, Fax : 01 46 43 33 34, courriel : nexcom.rpcongres@wanadoo.fr
Programme - Fiche d'inscription
- **XXVI^{es} Journées Régionales d'Hygiène Hospitalière et de Prévention des Infections Nosocomiales** 8-9/12/2003, Strasbourg. Thèmes : infections nosocomiales à Staphylocoques et leur prévention, infections nosocomiales en réanimation et soins intensifs, peau et hygiène hospitalière, la gestion des déchets dans les établissements de santé. Informations : ULP Congrès Louis Pasteur, 19 rue du Maréchal Lefebvre 67100 Strasbourg Tél : 03 90 24 49 40, Fax : 03 90 24 49 41
- **Colloque "Infections nosocomiales et risque infectieux : une fatalité ?"** 27 au 29/01/2004, Paris Informations : congres@adhes.com ou <http://www.adhes.com>
- **2^e journée Amiénoise en hygiène hospitalière.** 8/04/2003, Amiens. Thème: prévention des infections du site opératoire (ISO).- Renseignements : Dr Crespin Adjidé, UHPIN, CHU Amiens, Tél : 03 22 66 82 20, Email : hygienehosp@chu-amiens.fr

CONGRÈS / ÉTRANGER

- **11th International Congress on Infectious Diseases (11th ICID).** 4-7/03/04, Cancun (Mexico) Informations : International Society for Infectious Diseases (ISID), Phone : +1 617 277 0551, Fax : +1 731 1541, Email : info@isid.org, <http://www.isid.org>

DEMANDES D'EMPLOI

- **Biologiste, chef de service** depuis plusieurs années (Ancien Interne des HP, DU "Hygiène et Infections Nosocomiales" 2003, DU "Assurance qualité en biologie médicale" 2003, cherche un poste à temps partiel (2 jrs/sem. si possible), suite fermeture services médicotechniques de l'hôpital. Monique KHAYAT, tél : 06 23 11 27 39

OFFRES D'EMPLOI

- L'Unité d'Hygiène et de Lutte contre les Infections Nosocomiales (UHLIN) de l'Hôpital Saint-Antoine (Paris 12^e) recrute un **cadre supérieur hygiéniste**. Renseignements : M F. Perro, Directeur des Soins Infirmiers (01 49 28 20 27), Dr F. Barbut, responsable de l'UHLIN (01 49 28 30 11) Hôpital Saint-Antoine, 184 rue du fg Saint-Antoine, 75012 Paris
- L'hôpital Foch (Suresnes, 92) recrute **cadre hygiéniste temps plein** pour rejoindre l'équipe opérationnelle d'hygiène. Poste à pourvoir pour déc. 2003. Contacter : Marie Naas, médecin hygiéniste, au 01 46 25 23 88 ou Clotilde Stanik, cadre hygiéniste, au 01 46 25 22 82
- L'EOH interhospitalière 92 NORD, 5 établissements PSPH et 1 Public (Levallois, Clichy, Gennevilliers, Villeneuve-La-Garenne) recrute un **Praticien Hygiéniste**, 0,8 ETP pour rejoindre praticien hygiéniste 0,2 ETP et infirmière hygiéniste temps plein. Contacter : Anne-Marie Canzi (Hôpital du Perpétuel Secours), tél : 01 47 59 55 05 Email : a.canzi@hndps.com
- Le CH de Compiègne (60) recrute un **PH hygiéniste temps plein** (mi-temps au centre hospitalier de Compiègne et mi-temps sur le réseau d'hygiène regroupant : la clinique St-Côme-de-Compiègne, le CH de Compiègne, le CH de Noyon, le CH de Crépy-en-Valois, le Centre de rééducation cardiaque d'Ollencourt). Contacter le Dr Merrien, Pdt du CLIN ou Dr Veyssier, Centre hospitalier de Compiègne, 8 av Henri Adnot, 60321 Compiègne cedex. Tél : 03 44 23 63 05 Email : dmerrien001@ch-compiegne.rss.fr
- Pharmacien, Biologiste de formation, DIU Hygiène Hospitalière et Infections Nosocomiales, DU Antibiochimiothérapie, actuellement responsable d'un service de stérilisation en milieu hospitalier (temps partiel, dans l'Eure) recherche **poste en Hygiène Hospitalière, soit PH temps plein, soit poste en Hygiène en structure privée**. Brigitte Gardrat, brigand@centuria.net Tél : 02 32 38 75 34

- Titulaire d'un DESS Qualité Chimique et Biologique des atmosphères spécialisation qualité de l'air effectué en apprentissage au Laboratoire d'Hygiène de la Ville de Paris (LHVP), je suis à la recherche d'un poste d'**ingénieur hygiéniste**. Email : ninij@planetis.com / Tél : 03 23 70 33 54



CCLIN Paris-Nord
15, rue de l'École de Médecine
75006 PARIS

Tél. : 01 40 46 42 00
Fax : 01 40 46 42 17

Site : <http://www.ccr.jussieu.fr/cclin>
Responsable de la rédaction : P. Astagneau
Comité de rédaction :

M. Aggoune, P. Astagneau, A.H. Botherel Tran-Minh
A. Carbonne, M.T. Chalumeau, D. Farret, J.M. Germain,

M. Huang, Z. Kadi, R.Leroy, M. Vanhuffel
Secrétariat de rédaction : K. Lebascle

Réalisation

A ÉDITORIAL, Paris/Tél. : 01 42 40 23 00

N° ISSN 1633-0080

Dépôt légal : 4^e trimestre 2003