



B U L L E T I N

n° 18
Avril 2001
quadrimestriel

SOMMAIRE

EN DIRECT DES ÉTABLISSEMENTS

Pages 2 et 3

Gestion du risque, gestion d'une crise

Pages 4 et 5

Du bon usage des antibiotiques

MISE AU POINT

Pages 6 et 7

Les soignants et l'information des patients et de leur entourage sur le risque nosocomial

Pages 8 et 9

Prévalence des infections nosocomiales en hospitalisation à domicile

BONNES PRATIQUES

Pages 10 et 11

Hygiène et masso-kinésithérapie

Lutte contre les ectoparasites et agents nuisibles

CONGRÈS

OFFRES D'EMPLOI

Page 12

ÉDITORIAL

L'année 2000 s'était ouverte sur le décret définissant les nouveaux CLIN et les équipes opérationnelles d'hygiène. L'année 2001 débute avec la circulaire du 14 mars relative aux précautions à observer lors des soins en vue de réduire les risques de transmission d'ATNC, notamment du nouveau variant de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (nvMCJ). Ces recommandations, issues des réflexions et propositions de scientifiques et professionnels de terrain (Comité Interministériel sur les Encéphalopathies Spongiformes Subaiguës Transmissibles, Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France, CTIN), correspondent à la mise en œuvre du plus haut niveau de précaution compatible avec le dispositif médical utilisé, en fonction des caractéristiques du patient, de l'acte et du tissu concernés. On entend déjà des voix s'élever, jugeant ces propositions irréalistes, contraignantes, coûteuses en matériel et en personnel, et cela face à un risque très théorique, au nom du dorénavant incontournable principe de précaution.

Le risque est-il simplement théorique ? Vraisemblablement non ! Personne ne peut décrire avec précision le niveau de contamination de la population française. Si aucun cas de transmission du nvMCJ dans le cadre de l'activité de soins n'a encore été décrit, la connaissance de l'infectiosité des tissus conduit légitimement à suspecter de nouveaux modes de transmission, confirmés en partie par les données expérimentales. Toutes les conditions sont réunies pour qu'une telle transmission se produise un jour ou l'autre. La très longue durée d'incubation (10 à 15 ans, voire plus) pousse à agir préventivement dès à présent. Attendre les premiers cas de transmission iatrogène pour agir ne serait pas éthique, et une telle attitude serait assurément condamnable.

Des mesures jugées initialement contraignantes sont souvent source de progrès de la qualité de la prise en charge des patients. Rappelons-nous l'impact du Sida, durant les années 80, sur l'amélioration de la qualité des soins, notamment par l'introduction difficile, puis la banalisation des précautions universelles.

Certes l'application de ces recommandations aura un coût, mais des mesures financières d'accompagnement existent, étalées sur plusieurs années. Les Agences Régionales de l'Hospitalisation en sont les effecteurs informés. Ces dépenses induites par la circulaire doivent être intégrées dans les rapports d'orientation budgétaires 2002 des établissements de soins, actuellement en préparation. À chacun d'entre nous d'être vigilant et de ne pas laisser passer ce rendez-vous important.

Pr Gilles Beaucaire
Directeur adjoint du CCLIN

Gestion du risque, gestion d'une crise

À propos d'un cas de dysfonctionnement d'un lave-endoscope

J-P. Terville*, J. Merrer**, J-C. Séguier**, R-L. Vitte***

Centre Hospitalier Intercommunal Poissy / Saint-Germain-en-Laye

(* Président du CLIN, ** Médecin hygiéniste, *** Médecin responsable de l'unité d'endoscopie)

En 1999, l'unité d'endoscopie du CHI Poissy / Saint-Germain-en-Laye (site de Poissy) a réalisé 2 654 endoscopies digestives et 164 endoscopies bronchiques. La traçabilité de la désinfection des endoscopes a été mise en place en 1998. De plus, le service utilise une procédure de contrôle bactériologique avec solution de décrochage qui a été validée par le CLIN en 1999. Cette solution permet d'isoler des bactéries qui sont naturellement sécrétrices de "Bio-Film".

Le 19 septembre 2000, un lave-endoscope est envoyé en maintenance en avance sur le calendrier prévu en raison d'un joint de porte à changer. **Le 29 septembre**, la société assurant la maintenance prévient l'ingénieur bio-médical d'un risque d'incident sur les injecteurs. Celle-ci demande d'adresser l'appareil au fabricant, ce qui est fait le **2 octobre**.

Le 3 octobre, constitution et première réunion d'une cellule de crise associant le directeur du Centre Hospitalier, le directeur responsable de la communication, le président et le vice-président du CLIN, les médecins de l'Unité d'Endoscopie, le médecin responsable de l'Unité d'Hygiène, l'ingénieur bio-médical et le responsable de la Gestion des Risques du Département de Santé Publique. L'objectif de cette première réunion était d'essayer d'évaluer le risque de transmission aux patients d'un agent infectieux par un endoscope mal désinfecté.

Le 4 octobre, le fournisseur confirme qu'un des injecteurs (celui destiné à assurer le flux de solution désinfectante dans le canal de l'endoscope servant au passage des pinces à biopsie) est effectivement bouché, probablement par du tartre. Cette panne ne pouvait pas être détectée, en raison de la conception même de l'appareil. La dernière révision de ce lave-endoscope (avec changement de l'injecteur) remontant au 17 juillet 2000, l'ensemble de la période s'étalant du 17 juillet au 3 octobre (en raison d'un appareil du même type utilisé au bloc opératoire) est considérée à risque. Une 2^{ème} réunion de la cellule de crise est organisée le jour même et les décisions suivantes sont prises : arrêt de l'utilisation des laves endoscopes du même type, prélèvement de tous les endoscopes pour contrôle bactériologique, demande de l'avis du CCLIN Paris-Nord, information de la DGS¹, de la DHOS², de la DDASS³, de l'AR⁴ et déclaration de matérieo-vigilance à l'AFSSAPS⁵ ainsi qu'à la compagnie d'assurance du Centre Hospitalier.

Quatre niveaux de risque en fonction des procédures de désinfection et du lave-endoscope utilisés sont définis :

Niveau 1	patients ayant eu une endoscopie avec endoscope désinfecté par l'appareil incriminé sans autre procédure
Niveau 2	patients ayant eu une endoscopie avec endoscope désinfecté par l'appareil + trempage dans du Glutaraldéhyde pendant 10 mn (procédure de sortie d'armoire de plus de 12 h)
Niveau 3	patients ayant eu une endoscopie avec endoscope ayant une désinfection manuelle complète
Niveau 4	patients ayant eu une endoscopie avec un endoscope désinfecté par un autre lave-endoscope

Le 9 octobre, nous recevons la réponse du CCLIN Paris-Nord précisant que le risque de transmission d'un virus par des pinces à biopsies recontaminées lors de leur passage au travers du canal insuffisamment désinfecté ne peut pas être écarté. Il nous recommande de rappeler les patients exposés pour les informer et réaliser un dépistage centré sur les virus des hépatites B et C et du VIH.

Nous organisons une nouvelle réunion de la cellule de crise le **10 octobre**, lors de laquelle il est décidé d'informer et de proposer un dépistage des hépatites B et C et du VIH aux patients exposés. Il s'agit de ceux ayant subi une biopsie et classés dans les niveaux 1 et 2 préalablement définis ainsi que les patients ayant eu une endoscopie avec un endoscope dont les résultats des prélèvements bactériologiques seraient positifs. De plus, 2 patients ayant eu une endoscopie bronchique à la suite de patients porteurs d'une mycobactérie ont un risque particulier.

Pendant la période à risque, 362 actes endoscopiques ont été réalisés chez 291 patients dont 80 ont été exposés. Deux de ces patients étant décédés entre-temps d'affection cancéreuse, seuls 78 seront concernés par cette procédure de rappel. Ces patients sont informés par un courrier individuel leur proposant une consultation (pour favoriser l'information orale) et un suivi virologique. Une lettre plus technique est également adressée à leur médecin traitant. Une cellule d'information est mise en place avec un numéro de téléphone vert (2 lignes + 2 lignes extérieures) avec des secrétaires formées (canevas de réponse) qui sont chargées de répondre ; une permanence est assurée de 9 h à 19 h (répondeur aux autres heures).

Un micro-ordinateur avec fichier (déclaré à la CNIL) des patients concernés est mis à la disposition de cette cellule d'information. Les consultations sont organisées en collaboration avec les médecins hépato-gastro-entérologues, les internistes, le président du CLIN et le médecin responsable de l'Unité d'Hygiène. Le CCLIN est sollicité pour donner son avis sur la nature et la fréquence du suivi clinique et biologique, le modèle de lettre aux patients, aux médecins traitants et sur le communiqué de presse.

Les courriers aux patients et médecins traitants ayant été postés le samedi 14 octobre (de façon à ce qu'ils soient reçus le lundi 16), cette procédure d'information et de rappel des patients est lancée **le 16 octobre** selon le planning suivant :

- 9h : envoi d'un communiqué de presse + ouverture de la cellule d'information
- 12h : information interne à l'ensemble du personnel sur les deux sites hospitaliers
- 14h30 : conférence de presse avec le directeur, le médecin responsable de l'Unité d'Endoscopie, le président du CLIN, l'ingénieur bio-médical et le médecin inspecteur de la DDASS en présence de la presse écrite et télévisée (locale et nationale).

Le 23 octobre, une semaine après le début de la procédure d'information, 45 (58 %) patients sur les 78 concernés ont contacté la cellule, 30 ont bénéficié d'une consultation avec prélèvement. Il est décidé d'envoyer une lettre recommandée avec accusé de réception (AR) aux 23 patients qui n'ont pas contacté l'hôpital. La cellule d'information est fermée et le numéro vert est renvoyé automatiquement sur le secrétariat du service d'endoscopie.

Le 22 novembre, un premier bilan est réalisé lors d'une nouvelle réunion de la cellule de crise :

- 5 patients sont décédés d'affection intercurrente (cancer + tétraplégie d'origine vasculaire)
- 64 patients (82 %) ont été prélevés (44 patients vus en consultation, 7 ordonnances envoyées à la demande du patient, 14 avec suivi complet par le médecin traitant dont un décès). Sur ces 64 patients prélevés, aucun argument ne permet d'identifier de contamination à ce jour. Les seuls résultats positifs concernent des patients ayant une antériorité connue pour l'hépatite C. Aucun test n'est positif pour le VIH.
- 10 patients (13 %) n'ont pas répondu aux deux lettres. Neuf lettres ont bien été reçues (AR). Il est décidé d'adresser une lettre à leur médecin traitant abordant les points suivants :

rappel des lettres adressées au patient ainsi qu'à eux-mêmes, point sur les 64 sérologies réalisées (aucun contrôle positif à ce jour), notre souhait d'approfondir l'enquête épidémiologique et envoi d'une ordonnance pour le suivi biologique. Un patient n'a pas pu être contacté, la lettre recommandée est revenue. Une recherche est en cours auprès de la Sécurité Sociale afin de pouvoir le contacter.

• 142 patients non concernés ont appelé la cellule (antécédents d'endoscopie en dehors de l'hôpital ou de la période, proches de personnes ayant eu une endoscopie à l'hôpital ou ailleurs, etc.).

Lors de cette réunion, il est également décidé d'assurer un suivi par la cellule de crise jusqu'en mars 2001 et d'informer le personnel par une note d'étape. Les lave-endoscopes seront remis en service après approbation de l'ensemble des procédures de détartrage par l'AFSSAPS et le CLIN.

CONCLUSION

Une première analyse de la gestion de cette crise nous permet de souligner l'importance de la traçabilité mise en place avant la panne du lave-endoscope (qui nous a permis d'identifier tous les patients ayant été exposés) ainsi que des procédures de contrôle biologique. Les médecins traitants n'ont pas eu de réaction particulière et leur coopération a été excellente pour un patient susceptible d'avoir un risque de contamination par une mycobactérie. En ce qui concerne les médias, à l'exception d'un journal quotidien local, les informations ont été bien reprises. Une émission de France 2 a même mis en valeur notre volonté de transparence en précisant que nous serions le seul hôpital à avoir assuré cette démarche (information générale, information personnalisée et suivi). L'impact a été négatif sur quelques patients qui se défient pour l'instant de l'hôpital. Le retour d'information auprès des établissements de la part de l'AFSSAPS devrait être plus exhaustif dans la mesure où ce type d'incident s'était déjà produit (une procédure de rappel de 900 patients serait d'ailleurs à l'étude dans un autre établissement).

- 1 : Direction Générale de la Santé
- 2 : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
- 3 : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
- 4 : Agence Régionale de l'Hospitalisation
- 5 : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

Du bon usage des antibiotiques

Expérience du Centre Hospitalier de Calais*

Pas-de-Calais, décembre 2000

E. Zawadzki*, V. Maynial*, F. Berkelmans**, J-M. Pannecouck***, H. Peneau**, S. Joron*

(* Pharmacie, ** Réanimation, *** Laboratoire de microbiologie)

La surveillance de l'écologie microbienne et le suivi de la consommation des antibiotiques sont des mesures communément admises dans la lutte contre les BMR (Bactéries Multi-Résistantes). Ces mesures simples à évoquer rencontrent des modalités de mise en place parfois différentes selon les centres hospitaliers, elles dépendent non seulement des moyens disponibles (épidémiologiques, humains...) mais aussi de la motivation et de l'intérêt dévolu par les CLIN et les services. Nous présentons les différentes modalités mises en place au Centre Hospitalier de Calais visant au bon usage des antibiotiques et l'impact résultant de ces mesures.

**Hôpital général comprenant 820 lits dont 50% sont des lits MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) et 50% des lits d'hébergement et de moyens et longs séjours.*

LE BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES

POURQUOI ?

- Optimiser le traitement pour les patients.
- Respecter l'écologie de l'hôpital.
- Limiter les résistances.
- Maîtriser les coûts (les anti-infectieux représentent 15 % du budget total médicament de la pharmacie dont 10 % uniquement pour les antibiotiques d'exception *)

COMMENT ?

Quatre items peuvent être développés sur les mesures mises en place :

- Les ordonnances nominatives et les antibiotiques d'exception *
- Le livret de protocoles d'antibiothérapie
- La consultation interne d'infectiologie
- Le comité des antibiotiques

LES ORDONNANCES NOMINATIVES ET LES ANTIBIOTIQUES D'EXCEPTION

La pharmacie dispense les antibiotiques dits d'exception*, uniquement sur ordonnance nominative relatant : l'identité du patient, du service, du prescripteur, le site infectieux, la justification microbiologique.

La délivrance est faite pour 3 jours si le traitement est empirique (en attente de justification microbiologique ou germe non renseigné) et pour 7 jours si le traitement est curatif et justifié. Les ordonnances ne sont pas renouvelables.

Un pharmacien consacre environ une heure par jour à la validation de ces ordonnances, l'analyse de ces dernières est facilitée par l'accès direct avec le logiciel Cirus aux résultats microbiologiques des patients hospitalisés. Toute "non-conformité" donne lieu à un appel direct au service prescripteur ou à l'un des médecins référents en antibiothérapie qui se rend alors dans le service pour une consultation d'antibiothérapie.

* La liste d'antibiotiques d'exception (formes injectables) est la suivante : Amiklin®, Axepim®, Claforan®, Claventin®, Ciflox®, Fortum®, Fosfocine®, Fucidine®, Isepalline®, Ofloset®, Piperilline®, Rocephine®, Targocid®, Tazocilline®, Tiénam®, Vancocine®.

LE LIVRET DE PROTOCOLE D'ANTIBIOTHÉRAPIE

Le comité des antibiotiques a élaboré un livret de protocoles d'antibiothérapie proposant des recommandations de prescription par spécialité. Des maquettes d'antibiothérapie préparées par le comité des antibiotiques à partir des données de la littérature, des conférences de consensus, des avis d'experts et des données internes de microbiologie ont été étudiées et validées par les praticiens et ceci, par spécialité. Elles ont été rassemblées dans un livret diffusé ensuite à tous les prescripteurs de notre hôpital.

LA CONSULTATION INTERNE D'INFECTIOLOGIE

Une consultation en infectiologie a été instaurée par deux praticiens, aujourd'hui référents en antibiothérapie pour tout l'hôpital. Ils se déplacent auprès des patients dans les services à la demande des médecins mais également à la demande du pharmacien en cas de prescription inadaptée.

LE COMITÉ DES ANTIBIOTIQUES

Un comité des antibiotiques (COMATB) a été créé à partir du comité du médicament (COMMED) et du comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN). Il comprend à la fois des membres du COMMED et du CLIN, il est constitué des deux praticiens référents en antibiothérapie (réanimateurs), d'un anesthésiste, du microbiologiste et de deux pharmaciens.

Le COMATB se réunit tous les trimestres pour analyser les prescriptions d'antibiotiques : tableaux réalisés par la pharmacie reprenant pour chaque dossier patient : le site infectieux, le (ou les) germe(s) et l'antibiothérapie, une colonne est réservée aux commentaires émis par le COMATB. Ce rapport est ensuite envoyé à chaque prescripteur, chaque service ne recevant que l'analyse de ces propres prescriptions. Le COMATB réalise également un suivi trimestriel des BMR en analysant l'écologie des services à partir des données du laboratoire de microbiologie obtenues sur SIRSCAN. Nous suivons les germes résistants les plus souvent incriminés dans les infections nosocomiales et posant le plus de problème pour l'antibiothérapie : Staphylocoques méticillino-résistants, Entérobactéries productrices de bêta-lactamases à spectre étendu, *Pseudomonas aeruginosa* Ticar R, *Acinetobacter sp* et *Stenotrophomonas sp* multi résistants. Les résultats trimestriels font l'objet d'une diffusion au sein de tout l'hôpital (prescripteurs, cadres infirmiers et référents en hygiène) sous la forme d'un petit éditorial épidémiologique de deux pages dénommé INFO CLIN et de publication interne à l'hôpital de Calais.

IMPACTS DE CES QUATRE MESURES

Certains services font maintenant presque systématiquement appel aux référents en antibiothérapie quand un patient se révèle porteur d'un germe résistant. Les recommandations en antibiothérapie constituent pour d'autres un document de base utile. On peut apprécier des changements concrets de pratique :

- Le patient porteur d'une Enterobactérie productrice de bêta-lactamase à spectre étendu (EBLSE) est aujourd'hui isolé et traité uniquement si la clinique signe l'infection, on a vu disparaître les traitements systématique par Tiénam + Amiklin pendant trois semaines chez des patients porteurs d'EBLSE.
- Le Ciflox et le Fortum sont désormais quasi exclusivement réservés au *Pseudomonas aeruginosa* sensibles.

- Les aminosides sont prescrits en dose unique journalière et sur de courtes durées (5 jours maximum), on observe une généralisation des dosages.
- Des "désescalades" antibiotiques franches sont désormais pratiquées...

Parallèlement aux changements d'habitudes de prescription, on observe une amélioration de notre écologie concernant notamment les Entérobactéries productrices de BLSE. On observe sur les huit trimestres une nette baisse des EBLSE totales (Cf tableau) et une diminution globale des *Pseudomonas aeruginosa* TicarR.

Ces quatre mesures sur l'antibiothérapie sont des exemples concrets de ce qui peut être mis en place dans un hôpital de taille moyenne pour promulguer le bon usage des antibiotiques. Un bilan positif peut être dressé mettant en évidence une tendance à l'amélioration de notre écologie et une diminution de la consommation des antibiotiques confirmant l'importance du suivi de l'antibiothérapie dans notre hôpital.

Il est clair que cette amélioration résulte également de l'application des protocoles de lavage des mains et d'isolement des patients porteurs de BMR, même s'il est très difficile de mesurer l'impact direct sur notre écologie de ces différentes mesures prises individuellement.

RELEVÉ DES BMR SUIVIES AU CH CALAIS

	1999				2000		
	1 ^{er} trim	2 ^{ème} trim	3 ^{ème} trim	4 ^{ème} trim	1 ^{er} trim	2 ^{ème} trim	3 ^{ème} trim
<i>K. pneumoniae</i> BLSE	17	17	27	11	14	13	11
<i>K. oxytoca</i> BLSE	0	1	0	0	0	0	0
<i>P. mirabilis</i> BLSE	5	9	6	4	5	2	2
<i>Enterobacter</i> BLSE	13	10	1	2	0	0	1
<i>Citrobacter</i> BLSE	1	1	0	0	2	3	0
<i>E. coli</i> BLSE	1	1	0	2	1	0	0
Total BLSE	37	39	34	19	22	18	14
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	37 dont 19 TicarR	50 dont 31 TicarR	46 dont 28 TicarR	36 dont 15 TicarR	48 dont 17 TicarR	55 dont 23 TicarR	28 dont 12 TicarR
<i>A. baumannii</i>	2	2	12	11	13	6	13
<i>S. maltophilia</i>	2	5	12	5	3	3	4
<i>Staph aureus</i> Meti R	9	11	14	10	13	11	12

Les soignants et l'information des patients et de leur entourage sur le risque nosocomial

C. Pourrier* pour le CLIN et l'EOH du CH de Chauny** et le groupe de travail régional***

Comment le patient et/ou son entourage peuvent-ils contribuer à la lutte contre les infections nosocomiales ? Sans l'approche relationnelle et l'échange d'information avec l'équipe soignante, le patient est souvent démuné. Mais que savons-nous du désir d'information du patient et de la position des soignants face à cette situation ?

Une étude a été mise en place pour mesurer ces éléments. Elle a pour objectifs principaux :

- de sensibiliser les soignants à leur rôle de source d'information des patients et de leur entourage
- de mesurer le degré de sensibilisation des soignants à ce rôle
- d'évaluer les contraintes susceptibles de gêner ce rôle
- de déterminer les axes de travail pour réactiver ce rôle.

Après validation du questionnaire et avant de débiter l'enquête dans les établissements de santé de Picardie volontaires, une enquête pilote a été effectuée au C.H. de Chauny afin d'en évaluer la faisabilité.

La méthodologie de l'enquête a été élaborée par un groupe de travail régional. Le recueil et la saisie des données ainsi que l'analyse des résultats ont été pris en charge localement par l'équipe opérationnelle en hygiène hospitalière.

Il s'agit ici de présenter les premiers résultats de ce test.

MÉTHODOLOGIE

L'enquête menée au CH de Chauny (480 lits) auprès de l'ensemble des personnels médicaux et paramédicaux qui constituaient la population d'étude, devait permettre d'apporter des éléments de réponse aux questions suivantes :

- Comment les soignants apprécient-ils

leur rôle, mais aussi celui du patient et de leur entourage, dans le cadre de la lutte contre les infections nosocomiales ?

- Les soignants sont-ils d'accord pour informer les patients et leur entourage sur le risque nosocomial et l'ont-ils déjà fait ?

- Quelle est la nature de l'information à transmettre ?

- Les soignants se sentent-ils armés au plan des connaissances et des moyens pour faire cette information, et, si non, quelles connaissances et/ou quels moyens sont nécessaires ?

Après accord de la direction générale du centre hospitalier et présentation du projet en réunion du CLIN, son président a adressé un courrier accompagné du questionnaire à chaque médecin dans l'objectif de favoriser leur participation. Parallèlement, le cadre infirmier hygiéniste sous couvert de la D.S.S.I., a rencontré chaque cadre infirmier afin de lui présenter le protocole d'enquête, de distribuer les questionnaires. En effet, le principe retenu était de distribuer les questionnaires à la population d'étude par l'intermédiaire des cadres infirmiers des services cliniques. Ces questionnaires étaient auto-administrés et basés sur l'anonymat total. Celui-ci a pu être assuré grâce au dépôt d'urnes scellées au niveau du bureau du cadre infirmier. Une fois rempli, le questionnaire était mis dans l'urne. Celle-ci a été ramassée deux semaines après son dépôt. La saisie des données a été réalisée à l'aide d'une application informatique du logiciel Epi-Info 6 04c.

Durant les 2 semaines d'enquête, l'hygiéniste s'est rendue à plusieurs reprises dans les unités pour répondre aux difficultés rencontrées et réactiver la participation des personnels.

RÉSULTATS

Sur 470 questionnaires distribués, 54 % ont été documentés. La participation a été plus importante parmi le personnel paramédical (52 %) comparativement au personnel médical (20 %). 77 % des participants à l'étude ont déclaré que les patients sont insuffisamment informés sur le risque nosocomial. Il s'agit là d'un sentiment bien réel puisque sur les trois derniers mois seulement 27 % des soignants interrogés ont de leur propre initiative informé les patients hospitalisés sur le risque nosocomial. Inversement durant la même période 41 soignants (16 %) ont été interrogés par les patients sur le risque nosocomial. Neuf soignants sur dix pensent avoir un rôle à jouer dans ce type d'information, 62 % d'entre eux pensent avoir les connaissances nécessaires et 69 % les capacités à communiquer avec les patients pour faire ce travail. Cependant la moitié des soignants disent manquer de temps et 88 % manquer de supports d'information adaptés.

Si une information systématique sur le risque nosocomial à l'intention des patients et de leur entourage était décidée, les soignants choisiraient par ordre de priorité :

- la définition des infections nosocomiales
- les voies de transmission de l'infection nosocomiale
- l'information sur le lavage des mains
- le rôle du patient dans la prévention des infections nosocomiales

Par contre, pour leur permettre de jouer pleinement leur rôle, les soignants pensent avoir besoin d'un complément d'information sur les thèmes suivants présentés par ordre de priorité :

- Les micro-organismes et BMR
- Les voies de transmission de l'infection nosocomiales
- L'épidémiologie des infections nosocomiales dans les services concernés
- Le rôle du patient dans la prévention des infections nosocomiales

Le choix du mode de diffusion par le cadre infirmier avait été laissé libre, mais la participation a été meilleure lorsque le questionnaire avait été donné nominativement. L'envoi personnel au corps médical n'a pas permis d'optimiser sa participation (11 réponses).

Conclusion

L'enquête pilote a permis de réajuster le questionnaire, car les mêmes difficultés pour le remplir ont été rencontrées par un fort pourcentage de personnes.

DISTRIBUTION DE LA POPULATION AYANT PARTICIPÉ À L'ENQUÊTE

Fonction	Nombre (%)	Fonction	Nombre (%)
Aide-soignant	69 (26,9)	Sage femme	1 (0,4)
Infirmier	65 (25,4)	Interne	1 (0,4)
Agent de service hospitalier	42 (16,4)	Manipulateur d'électroradiologie	1 (0,4)
Étudiant	19 (7,4)	Autre	4 (1,6)
Médecin	11 (4,2)	Sans réponse	34 (13,3)
Cadre de santé	9 (3,6)	TOTAL	256 (100)

De même le masque de saisie a été réajusté par le coordonnateur de l'enquête après les remarques soulevées par l'équipe opérationnelle en hygiène hospitalière du C.H. de Chauny.

Cette enquête se déroule actuellement à l'échelon régional dans les établissements de Santé de Picardie qui se sont portés volontaires.

L'analyse des résultats globaux permettra, dans un premier temps à chacun, de se situer au sein de sa région et, dans un second temps, de trouver des solutions pour permettre d'accompagner au mieux les soignants dans leur travail

d'information et d'éducation du patient et de son entourage, afin qu'ils puissent contribuer, à leur tour, à la lutte contre les infections nosocomiales.

* Corinne Pourrier, Cadre Infirmier Hygiéniste du C.H. de Chauny

** J-J. Moucheron, Président du CLIN et M-C. Beaudry

*** A. Brenet, C. Defouilloy, V. Daneluzzi, D. Degallaix, Z. Kadi, N. Kandelaf, C. Pourrier, P. Saint Laurent, M. Tolani, D. Valet et A. Vandeputte.



Transmission of hepatitis C virus from a patient to an anesthesiology assistant to five patients (R.S. Ross et al., N Engl J Med 2000 ; 343 (25) : 1851-1854)

Transmission du virus de l'hépatite C d'un patient à un aide-anesthésiste puis à cinq patients

Dans un hôpital allemand, 4 cas d'hépatite C sont diagnostiqués entre le 1^{er} juillet et le 13 octobre 1998 chez 4 patients opérés 6 à 18 semaines auparavant. L'enquête réalisée auprès de tous les patients opérés entre janvier et juillet 98 permet d'identifier 2 autres cas.

Un dépistage parmi le personnel révèle la présence d'anticorps anti VHC chez un aide-anesthésiste. Presque entièrement responsable de l'administration de l'anesthésie générale, ce dernier a participé aux interventions des 6 patients. Un très haut degré d'homologie entre les isolats des patients et celui de l'aide-anesthésiste fait conclure les auteurs que les 7 personnes ont été infectées par le même isolat du virus.

L'enquête épidémiologique permet d'identifier un patient index (hépatite C connue) à partir duquel, l'aide-anesthésiste s'est contaminé alors qu'il présentait une plaie à la main (pas de gants, pansement suintant). Pendant la période d'incubation de sa maladie, il participe à 39 interventions et contamine 5 autres malades, probablement par de minimes et invisibles quantités de sang ou suffusions de sa plaie soit au niveau de lésions muqueuses provoquées par l'intubation, soit par les ponctions vasculaires.

Même si le mécanisme de ces cas de transmission du VHC à partir d'un personnel non chirurgical est mal élucidé, cette dissémination aurait probablement pu être évitée si les précautions standard avaient été respectées.

Prévalence des infections nosocomiales (IN) en hospitalisation à domicile

Résultats d'une étude réalisée en 2000 à l'Assistance Publique / Hôpitaux de Paris

V. Drouvot*, V. Briand**, R. Patte*, S. Patris**, J-L. Quenon**,

* HAD AP-HP, Paris, ** Département de Santé Publique, Faculté de médecine X. Bichat, Paris

L'HAD

L'HAD - AP/HP est un établissement de santé à part entière, définie par le décret du 2 octobre 1992 et la circulaire du 30 mai 2000. Il prend en charge 24 heures sur 24 des patients présentant des pathologies diverses (cancérologie, pathologies infectieuses, cardio-vasculaires, neurologiques ...) à l'exception des cas relevant de la psychiatrie.

Il comprend un service médical de coordination, des services cliniques de soins, un service de nuit, une pharmacie hospitalière, un service de diététique. Les services cliniques comprennent un service de gynéco obstétrique, un service de pédiatrie et huit services de soins adultes.

Son budget global est attribué pour 820 places. Le personnel de l'établissement rassemble près de 600 agents (médicaux et non médicaux). Les personnels hospitaliers constituent à eux seuls 79 % des effectifs totaux.

Les fonctions soignantes sont adaptées aux besoins des patients : sages femmes, puéricultrices, infirmière(s), aide-soignant(e)s, kinésithérapeutes, ergothérapeutes...

La prise en charge à domicile implique d'autres fonctions toutes aussi essentielles telles que : psychologues, assistantes sociales et elle s'effectue en partenariat avec les professionnels de santé libéraux, médecins de famille inclus.

CONTEXTE

Le CLIN de l'HAD a été créé le 29 janvier 1999. Devant la méconnaissance du risque infectieux à domicile, ce dernier a

décidé de réaliser une étude transversale en juin 2000 afin d'estimer la fréquence des infections acquises au cours des séjours en HAD. Les objectifs de l'étude étaient les suivants :

- connaître la fréquence un jour donné (prévalence instantanée) des infections nosocomiales,
- étudier les caractéristiques des patients et les pratiques à risque,
- sensibiliser l'ensemble du personnel (médecins de famille inclus), au risque infectieux des patients mais aussi des soignants,
- former le personnel à l'hygiène hospitalière et à l'épidémiologie.

MÉTHODE

La méthode utilisée était proche de celle de l'enquête nationale de prévalence des IN, réalisée en 1996,¹ avec quelques modifications pour tenir compte de la spécificité du soin à domicile.

La population visée par l'enquête était les femmes prises en charge en antepartum du service de gynéco-obstétrique, les enfants du service de pédiatrie et les patients des 8 services de soins adultes. Tous les patients présents le 5 juin 2000 en HAD qui répondaient simultanément aux deux critères suivants ont été étudiés :

- être présent depuis au moins 48 h en HAD le jour de l'enquête,
- avoir un soin exposant à un risque infectieux.

Seules les infections actives et acquises pendant l'hospitalisation à domicile ont été enregistrées. Les infections nosocomiales importées d'autres structures de soins n'ont pas été prises en compte.

Les principales variables étudiées étaient : les caractéristiques du patient (âge, sexe, indice de Karnofsky), la prise en charge dans les 7 jours précédents l'enquête, les pratiques et les dispositifs à risque, les situations à risque (intervention chirurgicale, escarres, plaie, ulcère). En cas d'IN, étaient notés la date de survenue, le(s) site(s) anatomique(s) concerné(s), le(s) micro-organisme(s) en cause.

Le recueil des données a été effectué par l'infirmier(e) et le généraliste de chaque patient. L'infirmier(e) était chargé(e) de la collecte de l'ensemble des données, à l'exception des données relatives aux infections. Une fois rempli, le questionnaire était adressé au médecin de famille préalablement informé de l'enquête. Ce dernier devait rechercher à l'aide d'une grille, tout signe clinique ou paraclinique évocateur d'infection. En présence d'un seul signe, il devait contacter par téléphone le centre de coordination de l'enquête, afin de discuter avec des experts en épidémiologie hospitalière de l'existence ou non d'une infection acquise pendant l'HAD. Avec l'aide de ces experts, il complétait le questionnaire et l'adressait au centre de coordination. Pour la gynéco-obstétrique, les sages-femmes ont complété l'ensemble du document.

RÉSULTATS

Parmi les 645 patients présents ce jour là, 542 (84%) répondaient aux deux critères retenus et ont fait l'objet d'un recueil de données.

376 questionnaires ont été documentés et retournés par les médecins de famille

ou hospitaliers et les sages femmes, soit un taux de réponse global de 69,3%.

Population étudiée

L'âge moyen était de 59 ans \pm 23 ans (de 46 jours à 98 ans, âge médian : 65 ans). Le sexe ratio était de 0,94. La durée médiane d'hospitalisation était de 33 jours (de 3 jours à 4 ans et 7 mois). D'après l'indice de Karnofsky, 25,2 % des patients avaient une incapacité physique majeure, 38,9 % une incapacité physique moyenne et 35,9 % une incapacité physique relative.

55,6 % de la population étudiée étaient pris en charge en partenariat avec les libéraux. Il s'agissait essentiellement d'IDE (50 %), de kinésithérapeutes (45,2 %) et de sages-femmes (27,1 %).

64,6 % des patients avaient au moins une situation à risque infectieux et/ou étaient porteurs d'un dispositif invasif. Les situations à risque les plus fréquentes étaient les suivantes : plaie ou ulcère (28,8 %), intervention chirurgicale (15,2 %), escarre (13,6 %). Les dispositifs invasifs les plus fréquents étaient la chambre implantée (21 %) et le dispositif urinaire (11,4 %).

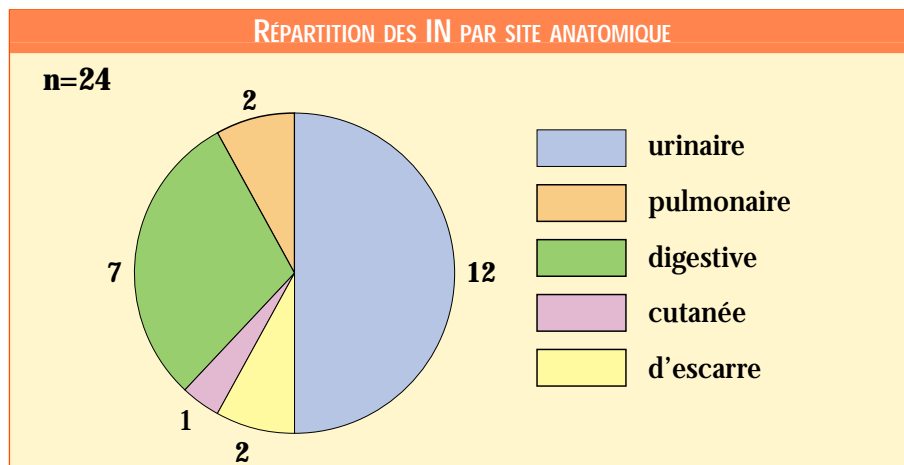
Les infections nosocomiales

Au total, 24 infections ont été identifiées chez 23 patients. Le taux de prévalence des infections était de 6,3 %, celui des infectés de 6,1 % [IC à 95 % : 3,7 - 8,5 %]. Les infections urinaires (n=12) et les infections cutanées (n=9) étaient les plus fréquentes (voir graphique ci-contre).

Pour 70,8 % des infections, le micro-organisme en cause était connu. *Escherichia coli* (n=5) et *Staphylococcus aureus* sensible à la méticilline (n=5) étaient les principales espèces identifiées (tableau). Les caractéristiques des patients associées à l'IN étaient : une durée d'hospitalisation à domicile supérieure à 30 jours, un indice de Karnofsky inférieur à 40%, la présence d'un dispositif urinaire, la présence d'une escarre.

DISCUSSION

Le risque infectieux existe en HAD comme dans les établissements de santé "avec des murs". Cependant, le taux de prévalence d'IN en HAD tend à montrer une meilleure situation en HAD. En effet, les résultats des études de prévalence



LES MICRO-ORGANISMES RESPONSABLES D'INFECTIONS NOSOCOMIALES

Micro-organisme	Localisation anatomique
<i>Escherichia coli</i>	5 IN urinaires
<i>S.aureus</i> MétiS	1 IN urinaire 2 IN cutanées 2 IN d'escarres
<i>Enterobacter cloacae</i>	2 IN urinaires
<i>Candida spp</i>	2 IN urinaires
<i>Citrobacter freundii</i>	1 IN urinaire
<i>Klebsiella spp</i>	1 IN urinaire
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	1 IN cutanée

AP-HP² ou nationale³ portent sur des populations étudiées qui comprennent tous les patients présents le jour de l'enquête et pas seulement les patients à risque (plus de 48 h d'hospitalisation et au moins un soin exposant à un risque infectieux) comme dans cette étude.

Les IN sont moins fréquentes en HAD et sont moins graves. Pourtant les situations à risque sont nombreuses : patients âgés et dépendants, durée de séjour prolongée, présence de dispositifs invasifs, de lésions cutanées...

CONCLUSION

Les études de prévalence permettent une première évaluation du risque infectieux. Celle-ci a été possible grâce à la forte mobilisation des médecins et surtout des infirmier(e)s et des sages-femmes. Au total, 134 professionnels HAD ont participé à ce projet.

Mieux connaître les caractéristiques des patients pris en charge en HAD, les situations à risques, permet de prendre conscience des vulnérabilités liées à ce type d'activité. L'analyse des infections nosocomiales présentes pendant cette

étude, en particulier de leur évitabilité, crée une véritable opportunité pour la mise en place d'actions préventives.

Enfin, il ne faut pas l'oublier, ce type d'enquête est aussi un outil de sensibilisation au risque infectieux lié aux soins, et un outil de communication bien utile pour améliorer la qualité des soins.

- 1 - Quenon JL, Brückner G. Enquête de prévalence des infections nosocomiales. In : Avril JL et Carlet J. Les infections nosocomiales et leur prévention. Ellipses, Paris, 1998, 62-77.
- 2 - Enquête de prévalence des infections nosocomiales AP-HP, 1993. Et l'Hygiène ? 1994;38:1-8.
- 3 - Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales, 1996. BEH 1997;36:161-3.

Nous tenons à remercier tous ceux qui ont participé ou soutenu cette étude et plus particulièrement : le Dr L. Marty, les professionnels de l'HAD, les membres du CLIN, les infirmier(e)s, les sages-femmes, l'encadrement des services de soins, les secrétaires des services cliniques et du service médical, le vagemestre, le responsable du magasin, les personnels du service financier, la référente travaux, l'équipe d'EpiConcept.

Hygiène et masso-kinésithérapie

La masso-kinésithérapie est soumise aux règles de sécurité liées à la prise en charge des patients, incluant la lutte contre les infections nosocomiales. Des mesures d'hygiène sont recommandées afin de limiter les risques.

Un guide de recommandations pratiques a été élaboré par un groupe multidisciplinaire composé de kinésithérapeutes et d'hygiénistes du Comité Central de la Lutte contre les Infections Nosocomiales de l'interrégion Paris - Nord, en tenant compte de la réalité architecturale, environnementale et humaine en kinésithérapie. Il est établi à partir de procédures écrites, validées et prouvées, pour assurer la reproductibilité des gestes réalisés avec rigueur et méthode, améliorer les pratiques d'hygiène et renforcer la participation des masseurs-kinésithérapeutes à la prévention des infections nosocomiales.

Ce document permettra d'établir des protocoles en kinésithérapie adaptés aux différentes spécialités représentées dans les établissements de soins, par les pairs et les experts en hygiène. Il doit évoluer en fonction des expériences, du matériel et des procédures nouvelles dans le cadre de l'accréditation et de la mise en place d'une démarche qualité (ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée).

Ces recommandations sont les référentiels permettant de formuler des outils d'évaluation des pratiques pour tous les professionnels et les étudiants. Elles sont hiérarchisées et classées en deux groupes. Le premier concerne l'aspect législatif et normatif, le second est hiérarchisé en 3 catégories fondées sur des études ou des évaluations publiées démontrant un bénéfice sur le risque infectieux (I), sur des études, des conférences de consensus ou d'experts ou des communications orales, mais dont le bénéfice direct en terme de risque infectieux n'est pas prouvé (II), émises par le groupe de travail du C.CLIN Paris-Nord (III).

Dans ce guide sont traités le risque infectieux et les mesures de prévention concernant les patients en isolement du fait de leur statut de patients infectés ou colonisés par des BMR ou autres germes sensibles.

Nous abordons la masso-kinésithérapie avec le plateau technique, sa conception,

son architecture, l'organisation et la prise en charge de l'environnement (air et eau), de la tenue, du bionettoyage, du matériel spécifique et de son entretien, des actes professionnels qui s'y déroulent et de l'élimination des déchets. Un plan type d'un plateau technique est proposé respectant le principe de la marche en avant concernant le patient, le personnel et le matériel.

Les activités en masso-kinésithérapie sont multiples, le contact direct du patient par le thérapeute est constant : massage, mobilisation, pose de matériel de rééducation.

Les principaux secteurs d'activité en rééducation, à risque infectieux, sont largement détaillés :

- La rééducation des patients présentant des lésions cutanées et vasculaires et particulièrement des brûlés, des amputés, des porteurs d'escarres et les recommandations faites aux thérapeutes pour leur prise en charge.
- La kinésithérapie respiratoire a des recommandations particulières et des mesures à appliquer pour chaque infection et/ou agent infectieux. Des fiches sont proposées sur l'aérosolthérapie, les aspirations, l'oxygénothérapie, l'hygiène concernant le matériel utilisé, sa manipulation et la protection du personnel soignant.
- La rééducation périnéo-sphinctérienne nécessite des locaux avec matériel, et mobilier spécifiques. Un tableau comparatif des sondes avec leur description, leurs avantages, leurs inconvénients et leur entretien. Des fiches techniques des pratiques, de la désinfection et d'élimination des déchets ainsi que des recommandations.
- Le chapitre sur l'hydrothérapie a pour but d'informer les utilisateurs professionnels des règles sanitaires et des techniques d'exploitation de qualité, indispensables pour la prévention des infections nosocomiales, de contribuer à l'amélioration de l'hygiène et à la protection de l'environnement. Des recommandations et des fiches techniques sont une

aide précieuse à l'entretien des bassins. Pour les élèves des écoles de masso-kinésithérapie, un projet de formation sur la microbiologie, les infections nosocomiales, l'hygiène et la tenue, l'hygiène dans les pratiques et techniques spécifiques, le nettoyage des locaux et du matériel avec entretiens dirigés, travaux pratiques et stages hospitaliers est proposé par des enseignants.

Nous trouvons dans ce document de "bonnes pratiques en hygiène" des recommandations de niveaux, de moyens humains et matériels différents, aucune n'est inaccessible ou utopique. Les auteurs reconnaissent des difficultés que cela impose, le masseur-kinésithérapeute doit se remettre en question son organisation du travail, ses pratiques et consacrer un temps non négligeable à l'hygiène, là, intervient la conscience professionnelle et individuelle de chacun.

La collaboration entre masseurs-kinésithérapeutes, hygiénistes, enseignants a permis la rédaction de ce guide et nous espérons que l'hygiène s'intégrera dans l'acte professionnel.

Liste des auteurs :

M.Paule Amerein-Fontaine (Mulhouse), Marc Antonello (Clamart), Nicole Blanc-Oerthel (Paris), Pascal Blondelle (Bordeaux), Murielle Bouyer (Paris), Martine Cardey (Garches), Dominique Challe (Draveil), M. Thérèse Chauvelle Coordinateur du groupe (Paris), Marianne Chauwin (Clamart), Nathalie Christophe (Montreuil), Francis Crépon (St Maurice), Catherine Décade (Férolles-Attilly), M.Christine Delacroix (Garches), France Dieghi (Longjumeau), Danielle Farret Coordinateur Hygiéniste CCLIN Paris-Nord (Paris), Patricia Feldman (Paris), M.Françoise Garcia (Beaumont/Oise), Hélène Hagege (Paris), Muriel Hamon (Boulogne-Billancourt), Dominique Jegou (Boulogne-Billancourt), Didier Lantz (Ivry-sur-Seine), Bernard Mary (Férolles-Attilly), Françoise Nubourg (Paris), Thierry Podevin (Berck-Plage), Evelyne Perek (Berck-Plage), Christine Pouzet (Paris), Pascal Selot (Férolles-Attilly), Noelle Simon (Clamart), Maryvonne Valmont (Paris).

Lutte contre les ectoparasites et agents nuisibles en milieu hospitalier Guide de bonnes pratiques

Dans le cadre des travaux réalisés par le réseau N.C.H.H du CCLIN Paris-Nord, un groupe de travail réunissant des hygiénistes, des pharmaciens et des parasitologues, a réalisé un guide de bonnes pratiques concernant les nuisibles.

Ce guide est atypique et inhabituel dans le cadre de la lutte contre les infections nosocomiales, mais concerne l'hygiène, et les "parasitoses nosocomiales". C'est une préoccupation de tous les instants dans nos hôpitaux, qu'ils soient neufs ou vétustes.

Ce guide est composé de trois parties :

- La première concerne les ectoparasites

(sarcoptes, pou, puce, moustique, tique, *dermanyssus gallinae* et punaise). Les épidémies de gale sont difficiles à traiter et la mise en isolement dans les maisons de retraite n'est pas chose aisée.

- La seconde se rapporte aux autres nuisibles (blatte, mouche, fourmi, abeille/guêpe, rat et souris) qui sont également source d'inquiétude pour les malades, les familles et les soignants, en milieu hospitalier, même si leur rôle de vecteur d'infection est plus difficile à prouver.

- La troisième est plus en regard avec les maisons de retraite et les secteurs spécialisés puisqu'elle concerne la possibilité

d'avoir des animaux de compagnie dans un établissement. Il nous a semblé important de traiter cet aspect qui est rarement abordé, hors les professionnels sont souvent dépourvus face à une demande en termes de réglementation et d'éthique.

La présentation de ce guide a une double face. Une partie est sous forme de protocole explicatif et une autre est présentée en fiche technique et ce, pour chaque nuisible. Cette dernière pouvant être facilement répertoriée en classeur. En voici un exemple : Conduite à tenir en présence de sarcoptes.

FICHE TECHNIQUE : CONDUITE À TENIR EN PRÉSENCE DE SARCOPTES

I - Définition de la maladie : la gale est une maladie contagieuse très prurigineuse provoquée par un ectoparasite, le sarcopte.

II - Mode de transmission de la maladie : la gale se transmet par contact direct et/ou indirect.

III - Objectif : permettre aux personnels de mettre en place les mesures de prévention et de traitement.

IV - Modalités pratiques

Critère	Patient	Personnel	Visiteur	Environnement
mesure ou action	<ul style="list-style-type: none"> • isolement • traitement • toilette corporelle • changement de vêtements • changement de literie à la sortie du patient 	<ul style="list-style-type: none"> • isolement "contact" 	<ul style="list-style-type: none"> • limiter les visites pendant 48 h • isolement "contact" • consulter le médecin traitant 	<ul style="list-style-type: none"> • désinsectiser
produit	<ul style="list-style-type: none"> • scabicide 	<ul style="list-style-type: none"> • savon pour lavage simple des mains 		<ul style="list-style-type: none"> • produit acaricide
matériel	<ul style="list-style-type: none"> • matériel d'application préconisé par le fabricant (ex. pinceau de soie, largeur 8 à 12 cm) 	<ul style="list-style-type: none"> • surblouse à manches longues à usage unique • gants non stériles à usage unique 		<ul style="list-style-type: none"> • appliquer suivant recommandation du fabricant
technique	<ul style="list-style-type: none"> • se conformer aux recommandations du fabricant, badigeonner précautionneusement toute la surface du corps sans oublier les plis, cheveux, sous les ongles • douche incluant les cheveux après respect du temps de contact 	<ul style="list-style-type: none"> • lavage simple des mains (cf. recommandations CCLIN Paris-Nord) 		<ul style="list-style-type: none"> • mettre en contact le linge et l'acaricide pendant 48h dans un sac plastique étiqueté. • laver dans un second temps suivant la procédure habituelle • appliquer et saupoudrer literie et oreiller (temps de contact variable suivant le produit) • traiter mobilier et surfaces puis les nettoyer

PLANNING DE TRAITEMENT

Jour	Patient	Vêtement	Literie	Chambre
J1	<ul style="list-style-type: none"> • douche • application du produit 	<ul style="list-style-type: none"> • propre 	<ul style="list-style-type: none"> • propre 	<ul style="list-style-type: none"> • entretien + désinsectisation
J2	<ul style="list-style-type: none"> • douche • application du produit 	<ul style="list-style-type: none"> • propre 	<ul style="list-style-type: none"> • propre 	<ul style="list-style-type: none"> • entretien + désinsectisation
J8	<ul style="list-style-type: none"> • douche • application du produit 	<ul style="list-style-type: none"> • propre 	<ul style="list-style-type: none"> • propre 	<ul style="list-style-type: none"> • entretien + désinsectisation
J9	<ul style="list-style-type: none"> • douche 	<ul style="list-style-type: none"> • propre 	<ul style="list-style-type: none"> • propre 	<ul style="list-style-type: none"> • entretien

V - Recommandations : informer La direction de l'établissement, le CLIN, l'unité d'hygiène, les différentes équipes de soin et le personnel, le médecin du travail, les familles, les bénévoles.

Auteurs du guide : Aubry-Roces Mary Carmen, Cadre Supérieur Infirmier Hygiéniste (CSI), Hôpital Tenon, Paris / Beauvallet Yannick, Pharmacien, Centre Thérapeutique Pédiatrique de la Croix Rouge Française, Margency / Cocquelin Alain, CSI Hygiéniste, Hôpital Ste Péline, Paris / Farret Danielle, Coordinatrice, CSI Hygiéniste, CCLIN Paris Nord / Fournaud Claude, CSI Hygiéniste, Hôpital Broca La Rochefoucauld, Paris / Huang Michèle, CI Hygiéniste, Hôpital Le Raincy/Montfermeil / Leclercq Laurence, Infirmière Hygiéniste, Hôpital Philippe Pinel, Amiens Poulain Pauline, CI Hygiéniste, CHI Clermont-de-l'Oise / Racapé Jacqueline, Cadre Médico-Technique, Hygiéniste, Hôpital Beaumont, Oise.

**Remerciements pour la validation aux
Pr Richard-Ienoble et Roussel
et aux Dr Datry et Perez.**

CONGRÈS & FORMATION

- **10^e colloque sur le contrôle épidémiologique des maladies infectieuses** Épidémiologie, surveillance et prévention des zoonoses. 04/05/2001. France (Paris). Organisé par l'Institut Pasteur / Société Française de Microbiologie (SFM)
Renseignements : Dominique MUTTI, Centre Hospitalier Intercommunal de Villeneuve-St-Georges (94) - Tél : 01 43 86 24 78
E-mail : dmutti@wanadoo.fr
- **Séminaire AP-HP Epidémies en milieu hospitalier - conduite à tenir, prévention.** 14/05/2001. France (Paris)
Organisé par le service de la Formation Continue des Médecins. Renseignements : Claudine Dufour-Meurisse, service de la formation continue des médecins, bureau 102A, 2 rue St Martin 75004 Paris
Fax : 01 40 27 19 43
- **6^{èmes} assises nationales QUALIBIO 2001** : Gestion des risques, sécurité sanitaire, continuité des soins. 17-18/05/2001. France (Paris). Renseignements : Madame Segaud, Qualibio 5, rue Saint-Louis 35000 Rennes, Tél : 02 99 78 40 40
E-mail : gbargain@aaccess-qualibio.com
- **XII^{ème} Congrès de la Société Française d'Hygiène Hospitalière.** 07-08/06/2001 France (Lille). Renseignements : Secrétariat du Dr Grandbastien, Hôpital Calmette, Lille Tél : 03 20 44 55 18
- **Journées Nationales en Infectiologie** 14-15/06/2001. France (Lille). Informations : 01 39 64 88 83
- **Infections nosocomiales en radiologie** 15/06/2001. France (Lyon)
Renseignements : Atlanta, 27, bd Gambetta 92130 Issy-les-Moulineaux
Tél : 01 46 38 77 37,
E-mail : atlantasante@wanadoo.fr,
www.atlantasante.com
- **XXIII^e Journées Nationales de la Société des Infirmiers et Infirmières en Hygiène Hospitalière de France (SIHHF).** 04 - 05/10/2001. France (Saint-Malo). Informations : Société des Infirmiers et Infirmières en Hygiène Hospitalière de France 3, square Servant, 75011 Paris
- **21^{ème} Réunion Interdisciplinaire de Chimiothérapie Anti-Infectieuse (RICAI).** 6 - 7/12/2001. France (Paris). Informations : JCD Conseil / ICA, 4 villa d'Orléans, 75014 Paris, Tél : (33) 1 40 64 20 00, Fax : (33) 1 40 64 20 50, E-mail : mportier@jdcconseil.com, http://www.duplilog.com/ricai

OFFRES D'EMPLOI

- Le Centre Médico-Chirurgical de Bligny (91) recherche un **pharmacien adjoint mi-temps** possédant un DIU "Infections Nosocomiales et Hygiène Hospitalière" et une expérience hospitalière. Adresser lettre manuscrite et CV au service du personnel 91640 Briis-sous-Forges.
Renseignements : Mme Toffis 01 69 26 31 15

- L'Hôpital Saint-Antoine recrute un **cadre supérieur hygiéniste** chargé principalement de la surveillance et de la prévention des infections nosocomiales et d'assurer une formation transversale en hygiène. Formation demandée : DIU "Infections Nosocomiales et Hygiène Hospitalière" et si possible diplôme d'IBODE.
Contacter Mme Bedminster, directeur du service soins infirmiers au 01 49 28 20 27
- L'Unité d'Hygiène et de Lutte contre les Infections Nosocomiales (UHLIN) de l'Hôpital Saint-Antoine (Paris 12^{ème}) recrute un **cadre supérieur hygiéniste**. Renseignements : Mme G. Bedminster, Directeur des Soins Infirmiers, 01 49 28 20 27
Dr F. Barbut, responsable de l'UHLIN, 01 49 28 30 08. Hôpital Saint-Antoine, 184 rue du fg Saint-Antoine, 75012 Paris
- La cellule infections nosocomiales du Secrétariat d'État à la Santé (75) crée un poste de **médecin** chargé du risque infectieux en milieu extrahospitalier. Profil : santé publique, connaissance de la pratique libérale, exp. de 2 à 5 ans. Fiche de poste disponible au CCLIN (01 40 46 42 13). Adresser CV et candidature à : Dr B. Tran, Ministère de l'emploi, DGS, bureau SD5C, 8 avenue de Ségur, 75350 07 SP.
- La Direction Générale de la Santé (75) recrute un **médecin ou pharmacien inspecteur de santé publique** et un **médecin de santé publique ou pharmacien contractuel** pour son nouveau pôle de prévention des risques liés aux agents transmissibles non conventionnels. Fiche de poste disponible au CCLIN (01 40 46 42 13). Contact : Dr M. Le Quellec Nathan, tél : 01 40 56 42 18, Dr T. Le Luong, tél : 01 40 56 45 40.
- Le service d'hygiène hospitalière des Hospices Civils de Lyon recherche un **médecin ou pharmacien** motivé par la surveillance et la prévention des infections nosocomiales, pour un travail de terrain. Formation en hygiène hospitalière demandée. Envoyer CV et lettre de motivation au Pr Jacques Fabry, Laboratoire d'hygiène hospitalière, hôpital E Herriot, 5 place d'Arsonval, 69 437 Lyon cedex 03 tél : 04 72 11 07 21
- Le CHU d'Amiens recrute (80) un **praticien hospitalier en hygiène à mi-temps**. Son rôle sera de mettre en place un certain nombre d'indicateurs de surveillance et d'audits et d'être l'interlocuteur des médecins, en particulier des présidents de CLIN des différents établissements. Renseignements : Professeur Schmit, service de pathologies infectieuses et tropicales, Hôpital Nord - Place Victor Pauchet 80 054 Amiens cedex 1 tél : 03 22 66 88 13

- Le Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer (62) recrute un **médecin hygiéniste** sur un poste inter-établissements de praticien à temps plein. Renseignements et candidature : Mme Marie-Christine Paul, directeur 03 21 99 30 72, ou Mme Vitart, directeur
- Le CH de Salon-de-Provence (13) recherche une **infirmière hygiéniste** pour un minimum de 5 vacations. Contacter Patricia Roussellier, 04 90 44 94 46.

- Le Centre Hospitalier de Mulhouse (68) recherche un **médecin temps plein**. Il aura pour mission première la mise en place de la surveillance des infections nosocomiales et participera à toutes les missions habituelles confiées aux hygiénistes (formation, évaluation, ...). Expérience clinique souhaitable et bonne connaissance en épidémiologie indispensable. Contacter le Dr Marie-Claire Mercky, unité d'hygiène hospitalière, CH de Mulhouse, tél : 03 89 64 78 59, e-mail : merckym@ch-mulhouse.fr
- Le Centre Hospitalier Intercommunal d'Elbeuf (76) recrute un **technicien bio-hygiéniste mi-temps**. Poste à pourvoir à la fin du premier semestre. Contacter le Dr Emmanuelle Martin, praticien hygiéniste, CHI d'Elbeuf au 02 32 96 34 66
- L'hôpital de Saint-Cloud (92) recherche un cadre hygiéniste. Contact : Mme Billast 01 49 11 60 60 bip 31.
- Le CCLIN Sud-Est (directeur Pr. J. Fabry) situé au Centre Hospitalier Lyon-Sud /HCL recrute un **docteur en Médecine ou en Pharmacie**, sur un poste de vacataire (9 vacations / semaine) à compter du 1^{er} avril 2001. Candidatures à soumettre le plus rapidement possible accompagnées d'un Curriculum Vitae à : Drs L. Ayzac ou A. Savey - CCLIN Sud-Est, Pavillon 1M, CH Lyon-Sud, 69495 Pierre-Bénite cedex, Tél : 04 78 86 19 71
E-mail : annesa@lyon-sud.univ-lyon1.fr

DEMANDES D'EMPLOI

- Hygiéniste diplômée en hygiène hospitalière (AIRHH) recherche un poste en région parisienne. Actuellement poste d'hygiéniste au centre hospitalier de Colson à Fort-de-France - Peggy Madkaud : 05 96 63 06 32
- Interne en Pharmacie Hospitalière recherche un poste d'assistant spécialiste en hygiène, à partir du 1^{er} novembre. DIU "Hygiène et Infections Nosocomiales" et DU "Antibiotiques et Antibiothérapie". Roselyne Robert. Email : roselynr.fx@wanadoo.fr



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

Tél. : 01 40 46 42 00

Fax : 01 40 51 76 74

Site : <http://www.ccr.jussieu.fr/cclin>

Responsable de la Rédaction : Pr G. Brückner

Comité de Rédaction :

M. Aggoune, P. Astagneau, N. Baffoy, A.H. Botherel Tran-Minh
A. Carbonne, M.T. Chalumeau, M. Dufflos, P. Fabre, D. Farret,
J.M. Germain, M. Huang, C. Joly, Z. Kadi, R.Leroy, M. Vanhuffel

Secrétariat de rédaction : K. Lebasacle

Réalisation

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