



BULLETIN

N° 2
JUN 1995
TRIMESTRIEL
SOMMAIRE



ACTUALITÉS

- Projets et activités dans la région Nord-Pas-de-Calais
- Etude prospective multicentrique sur les infections et bactériémies sur cathéters en réanimation
C. Vandebussche.....2

- Circulaire Ministérielle.
P. Astagneau.....4

- Congrès international sur les infections transmissibles par le sang
L. Fleury.....5

POINT TECHNIQUE

- Sondage urinaire
Groupe normes consensuelles.....6

- Informations du groupe
P. Feldman.....7

- Congrès formations.....8

EDITORIAL

La lutte contre l'infection nosocomiale s'accélère et s'organise. Elle nécessite une très bonne coopération entre les différents professionnels impliqués, entre les différentes structures à l'échelon départemental, régional, inter-régional et national, et surtout une convivialité persistante avec les CLIN, structures absolument primordiales et essentielles au succès de cette croisade. Le bulletin du C.CLIN Paris-Nord s'intègre parfaitement dans cette philosophie. Ce numéro donne des informations capitales. Il met en lumière également les résultats obtenus par l'ARECLIN dans le domaine de l'infection sur cathéter. La surveillance des densités d'incidence avant et après mise en place des recommandations issues d'une conférence de consensus est un modèle de méthodologie.

Une information importante de ce numéro est la sortie de la circulaire récente sur les C.CLIN. Comme l'explique Pascal Astagneau, cette circulaire officialise, pour la première fois, le concept de "professionnels" de l'hygiène dans les hôpitaux qui ainsi vont travailler dans une véritable unité d'hygiène et de lutte contre l'infection nosocomiale, de taille adaptée à l'importance de l'hôpital. Des structures inter-hospitalières sont souhaitées. La circulaire insiste également sur l'importance d'un travail multidisciplinaire dans les hôpitaux. Dire que la lutte contre l'infection nosocomiale est l'affaire de tous ne veut pas dire que la responsabilité en est diluée. Chacun aura son rôle mais nous n'avons de chance de parvenir à l'objectif "30 % de baisse en 5 ans" que si nous travaillons ensemble.

La lutte contre l'infection nosocomiale pourrait bien être ainsi une activité pionnière à la fois dans la difficile mise en place des structures dites "transversales" dans les hôpitaux et dans la difficile quête de la qualité.

PR. JEAN CARLET
PRÉSIDENT DU COMITÉ TECHNIQUE NATIONAL
DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

PROJETS ET ACTIVITÉS DANS LA RÉGION NORD-PAS-DE-CALAIS

Le programme de l'ARECLIN (Association Régionale des CLIN du Nord-Pas de Calais) est d'abord de poursuivre l'étude en cours sur les infections sur cathéters veineux centraux en Réanimation. Dès 1994, une enquête d'incidence multicentrique a été commencée. La première partie de cette enquête qui s'est déroulée avant la XII^{ème} Conférence de Consensus en Réanimation et Médecine d'Urgence, avait permis de déterminer un taux d'incidence régional des infections sur cathéters veineux centraux en Réanimation et d'en isoler certains facteurs de risques. Depuis, les recommandations de la conférence de consensus sont appliquées rigoureusement dans chacun des services de Réanimation. La deuxième partie de l'enquête, se déroulera selon les mêmes modalités

du 15 septembre au 15 novembre 1995, et permettra de mesurer le bénéfice attendu.

L'ARECLIN s'est vu confié par la DRASS du Nord-Pas de Calais, la responsabilité de définir une politique régionale de lutte contre les infections nosocomiales en s'appuyant sur un réseau plus dense et plus homogène de référents en hygiène hospitalière. L'ARECLIN a donc mis en place une formation s'adressant à des infirmier(e)s et cadres infirmier(e)s, non hygiénistes, issus d'établissements publics et privés. Cette formation se déroule sur une année sous la forme d'un module théorique et de dix modules pratiques et se conclut par une évaluation écrite. Le but essentiel est de former les participants à l'élaboration, la mise en place et

l'évaluation de protocoles de soins dans le cadre de la lutte contre les infections nosocomiales. Cette formation devrait être reconduite l'année prochaine, sous la responsabilité de l'ARECLIN.

L'ARECLIN se propose de mettre en place un programme de lutte contre l'infection sur plaie opératoire. Dans un premier temps, l'objectif sera d'évaluer les pratiques par un questionnaire qui sera adressé de façon exhaustive aux chirurgiens des établissements publics et privés de la région. La lutte contre les infections de plaies opératoires sera d'ailleurs le thème unique de réflexion et de travail de la III^{ème} Journée Régionale de Lutte contre les Infections Nosocomiales du 2 avril 1996 organisée par l'ARECLIN.

Enfin l'ARECLIN veut pro-

mouvoir dès cette année, une politique d'isolement et de suivi des patients porteurs de bactéries multirésistantes, et mettre en place un réseau de microbiologistes pour la surveillance de ces germes. Pour commencer, cette surveillance portera exclusivement sur les *Pseudomonas* spp. et les *Staphylococcus aureus* Méti R. Le choix de ces deux bactéries se justifie à la vue des résultats de nos deux récentes enquêtes de prévalence régionale, (décembre 1993 et décembre 1994). Parallèlement à la lutte contre la transmission des bactéries multirésistantes, une politique régionale de rationalisation de l'usage des antibiotiques sera progressivement mise en place. C'est peut être là, l'objectif le plus ambitieux de l'ARECLIN.

C. VANDENBUSSCHE
ARECLIN

ETUDE PROSPECTIVE MULTICENTRIQUE SUR LES INFECTIONS ET LES BACTÉRIÉMIES SUR CATHÉTERS VEINEUX CENTRAUX (CVC) EN RÉANIMATION.

(première partie)

Les patients de Réanimation, par définition, atteints de pathologies graves, voient leurs défenses naturelles altérées. Leur prise en charge à visée diagnostique et thérapeutique nécessite le recours à de multiples méthodes invasives. Ce n'est certes pas un hasard si dans ce type de service, la prévalence des infections nosocomiales (IN), est la plus élevée. Parmi ces méthodes invasives, l'usage de cathéters veineux centraux (CVC) est de pratique courante. L'infection représente une des complications majeures de ce type de dispositif, selon la littérature 40 % des bactériémies nosocomiales observées en réanimation se développent sur CVC.

BUTS DE L'ENQUETE

La première partie de cette enquête s'est déroulée avant la XII^{ème} Conférence de Consensus de Réanimation et Médecine d'Urgence. Les objectifs étaient de déterminer l'incidence de l'infection sur CVC dans les services de réanimation du Nord-Pas de-Calais et d'en étudier les facteurs de risque.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

C'est une étude prospective multicentrique se déroulant sur deux périodes de deux mois, à une année d'intervalle, selon des modalités identiques. La première partie de l'étude a eu lieu du 15.04.94 au 15.06.94 dans 13 services. Aucun protocole de pose de CVC n'a été imposé, chacun continuant à faire selon ses habitudes.

Patients :

Tous les patients hospitalisés en réanimation durant cette période qui ont bénéficié d'un CVC.

Cathéters :

Tous les CVC sous-clavières et jugulaires internes ont été étudiés. Nous avons inclus les CVC posés aux urgences par des réanimateurs et pour des patients admis ensuite dans leur service. Nous avons exclu les CVC posés aux urgences dans des conditions différentes, tous les cathéters fémoraux et les cathéters utilisés pour la pose d'une Swan-Ganz. Nous avons étudié différents facteurs concernant les patients : l'âge, le sexe, l'état général, la gravité du patient, l'antibiothérapie avant et au moment de la pose du cathéter. La nature du cathéter, son mode de pose son usage et son entretien ont été évalués ainsi que la durée d'insertion et le nombre d'interventions sur la ligne veineuse principale (LVP).

Méthodes bactériologiques :

La méthode de culture retenue était la culture quantitative, de Cléri modifiée par Brun-Buisson.

Définitions :

Ont été considérés comme infectés, tout CVC ayant un point de ponction purulent et les cathéters ayant une culture quantitative positive associée à des hémocultures positives au même germe. En absence de signes locaux d'infection, les CVC étaient considérés comme colonisés quand la culture quantitative était significativement positive mais sans être associée à des hémocultures positives au même germe, les CVC étaient considérés comme contaminés si la culture quantitative était positive mais sous le seuil de significativité de 10^3 CFU/ml.

RESULTATS**Caractéristique des patients.**

913 patients ont été inclus dans l'étude, 192 ont été retenus comme ayant eu un ou plusieurs CVC. L'âge moyen était de 63 ans, (DS*=15), l'IGS** moyen était 16 (DS=5,55). La durée moyenne de cathétérisation était de 8±5. jours.

149 patients ont nécessité une ventilation mécanique.

Caractéristiques des CVC.

Nous avons recensé 278 CVC. Parmi ceux-ci 36 ont été exclus. Les 242 CVC étudiés représentent 1941 jours-cathéter. 8 CVC étaient en chlorure de polyvinyle, 109 en polyéthylène, 110 en polyuréthane. 25 cathéters seulement, étaient multilumières. Les CVC étaient insérés au site sous clavier pour 165 d'entre eux, en jugulaire interne pour 77. Tous les CVC ont été posés par ponction selon la technique de Seldinger, seulement 21 CVC ont été changés sur guide.

Groupe de travail

G. BRACQNE (CH TROUVÉ), C. CHOPIN (CHR LILLE),
D. DUBOIS (CH St-Omer), C. DUPUIS-LAVALLÉE (CH CAEN),
E. GUYOT (HOP. St-VICTOR), C. LEMARE (CH ROUEN),
B. LEPOUTRE (HOP. St-PIERRE), S. MOLLERANT (CH DUNKERQUE),
H. PERAU (CH CALAIS), R. POZDES (CH BOURGOGNE),
C. SOROLOVRY (CH VALENTIGNEY), D. THEVERN (CH LENS),
B. TONCARETTO (CH MOULIEUX), C. VANDENBUSSCHE

Intervention sur la ligne veineuse principale, (LVP).

La LVP étant défini comme tout ce qu'il y a au delà de l'extrémité distale du prolongateur, le nombre moyen d'interventions sur celle-ci a été de 114±86 par CVC.

Les LVP étaient changées toutes les 48 H dans 194 cas, au delà de 48 H dans 44 cas.

Résultats de la culture des cathéters :

26 CVC étaient infectés, soit une incidence cumulative de 10,74 % (équivalent à 13,4 infections/1000 jour-cathéter). 4 CVC infectés étaient associés à des hémocultures positives au même germe : taux d'incidence des bactériémies liées au cathéter : 1,65 % (2,06 bactériémies/1000 jours-cathéter).

Résultats bactériologiques :

37 bactéries ont été isolées durant cette étude, avec une très nette prédominance, de Staphylococcus spp. Pour les 4 bactériémies nous avons identifié : 2 Staph. aureus Méti R, et 2 Staph. epidermidis Méti S.

Etude des facteurs de risques (FR)

Deux facteurs de risques, ont été statistiquement retrouvés. D'une part le site d'insertion du cathéter avec un risque infectieux plus important quand le cathéter est implanté au site jugulaire interne, (Sous-clavières infectées : 13, stériles : 16; Jugulaires internes infectées : 13, stériles : 77; $p=0,03$). D'autre part, le fait de ne pas utiliser initialement un pansement absorbant : (avec pansement absorbant infectés : 5, stériles : 98; Sans

pansement absorbant infectés : 21, stériles : 144, $p=0,01$).

Les autres FR étudiés ne sont pas significatifs dans cette étude. En particulier, il n'y a pas de corrélation entre infection et gravité du malade (IGS moyen des patients avec CVC infecté : 16±5, avec CVC stérile : 16±5,6), pas de corrélation avec le nombre d'intervention sur la LVP, (Nombres de procédures/CVC : 102±73 pour CVC infectés, 116±87 pour CVC stériles). Il faut remarquer que ces données sont contradictoires avec celles de la littérature.

Il n'y a pas de lien entre la durée du cathétérisme et l'infection du cathéter : (Durée moyenne de cathétérisme) : CVC infectés 8,1±4,9 j. CVC stériles 8±4,8 j). De même, on ne retrouve pas de corrélation avec l'expérience de l'opérateur, le temps de pose, ou la nutrition parentérale.

On a cependant relevé quelques tendances statistiques : il semble y avoir un risque supérieur avec les CVC en PVC, ($p=0,06$). L'infection sur cathéter semble plus fréquente chez les patients ventilés, ($p=0,07$). Enfin, le risque semble augmenté quand la LVP n'est pas changée toutes les 48 H, ($p=0,08$).

CONCLUSION

Cette enquête n'est qu'à mi-chemin ; dès cet automne elle sera recommencée, avec les mêmes participants et selon les mêmes modalités. Cependant depuis cette enquête les recommandations de la XIIème Conférence de Consensus de réanimation et Médecine d'Urgence du 24 juin 1994 sont appliquées dans toutes les unités de réanimation participantes. Le deuxième volet de cette enquête devrait permettre une évaluation objective de ces mesures.

* DS : Déviation Standard

** IGS : Indice de Gravité Simplifié

C. VANDENBUSSCHE

LE BULLETIN DU C.CLIN PARIS - NORD 3

Une nouvelle circulaire du Ministère concernant la prévention des Infections Nosocomiales

Circulaire DGS/DH N° 17 du 19 Avril 1995

Une circulaire du Ministère de la Santé concernant la prévention des infections nosocomiales (IN) vient d'être diffusée à toutes les DRASS et les DDASS. Elle a également été envoyée aux présidents de CLIN.

Cette circulaire définit les nouveaux objectifs des actions de prévention et de surveillance des IN. Les établissements hospitaliers publics ou participants au service public ont non seulement une obligation de moyens (information, formation, surveillance), mais également **une obligation de résultats**. L'objectif du plan de lutte contre les IN est de **diminuer de 30% le taux d'infection d'ici 5 ans**. Chaque établissement doit se fixer des objectifs chiffrés de diminution du taux global et par service des IN, en particulier pour les services à risque. Les actions seront menées en cohérence avec le projet d'établissement. Le président du CLIN préparera chaque année un bilan de l'activité des CLIN pour l'année écoulée et les projets pour l'année à venir. Ces projets seront soumis à la CME.

La circulaire définit les modalités d'organisation de la prévention des IN. Cette organisation passe avant tout par les **CLIN** dont les missions, qui avaient été définies dans le décret du 6 Mai 1988 (N° 88-657), sont rappelées et réactualisées. Elles consistent tout d'abord à faire respecter **les règles d'hygiène de base** dans les services (lavage des mains) et à améliorer les

pratiques de soins en veillant "à ce que soit élaborés et diffusés des protocoles concernant les bonnes pratiques d'hygiène lors des soins". Les CLIN ont également un rôle dans l'organisation de la surveillance des IN. **Des indicateurs de surveillance pertinents** doivent être mis en place, en se basant sur les recommandations du CTIN (Comité Technique des IN). Ces recommandations concernent en particulier la réalisation **d'enquêtes de prévalence tous les deux ans** (la prochaine enquête est prévue en Mars 96 pour l'inter-région nord), la surveillance **des germes multi-résistants**, et la surveillance de l'incidence des IN pendant au moins 3 mois par an en **réanimation et en chirurgie**.

Le CLIN a avant tout un rôle de décideur et d'expert dans la lutte contre les IN, le rôle effecteur étant assuré par une **équipe opérationnelle de lutte contre les IN ou unité d'hygiène**. Cette équipe est formée de personnel médical et para-médical, un établissement de 400 lits devant avoir au moins une infirmière hygiéniste à temps plein, et un établissement de 800 lits un praticien hospitalier temps plein. La mise en place de **"référent en hygiène hospitalière"** est également souhaitée dans chaque service effectuant des soins ou des actes médicaux. Enfin, la direction du service des soins infirmiers, les DIM, les laboratoires de microbiologie, les services de médecine du travail et le comité du médicament doivent travailler en concertation avec le CLIN de l'établissement.

L'activité des CLIN doit s'articuler avec celle des structures extra-hospitalières nationales (CTIN) et inter-régionales (C.CLIN). Le **CTIN** définit les orientations prioritaires et garantit l'unité des actions de lutte contre les IN au niveau national. Il est chargé d'élaborer des outils méthodologiques destinés aux CLIN et aux personnels hospitaliers. **Les C.CLIN** ont une mission de soutien et d'orientation à l'échelon inter-régional. En particulier, ils peuvent répondre au demande d'intervention en cas d'épidémies, aux besoins de formation et de documentation, et sont chargés d'organiser des réseaux de surveillance en développant des collaborations inter-hospitalières. Les DRASS et DDASS travaillent en collaboration avec les C. CLIN dans lesquels ils sont représentés.

En conclusion, cette circulaire réactive les missions des CLIN en incitant chaque établissement à s'engager dans la lutte contre les infections nosocomiales en concertation avec les priorités définies par les C.CLIN et le CTIN. Elle reflète de la part des autorités une prise de conscience de la nécessité d'attribuer des moyens à la lutte contre les IN. Rappelons cependant que l'objectif fixé, une diminution de 30% du taux des infections nosocomiales à 5 ans, ne sera atteint qu'au prix d'une mobilisation de chacun d'entre nous.

Pascal ASTAGNEAU

CONGRES INTERNATIONAL SUR LES INFECTIONS TRANSMISSIBLES PAR LE SANG

Risques professionnels et prévention

Ce Congrès s'est tenu les 8 et 9 juin derniers à la MAISON de la CHIMIE à Paris
RESUMES DES CONFERENCES PLENIERES

Le Dr E. BOUVET (Paris) rappelle la prévalence des principales infections transmissibles par le sang (VIH, VHB, VHC) en Europe et dans le monde. Si la situation épidémiologique de ces différentes infections est très variable d'un continent à l'autre, la répartition géographique des épidémies de VIH et VHB est grossièrement la même.

Le Dr N. GILL (Londres) fait le point sur les contaminations professionnelles par le VIH. Début 1995, aux U.S.A., 73 cas de contaminations professionnelles étaient considérés comme certains et 135 comme probables.

Selon le Pr M. EXNER (Bonn) la prévalence de l'hépatite C chez le personnel de santé en Allemagne est de 0,28 à 1,4%. Cette prévalence est trois fois supérieure à celle de la population générale. Le risque de transmission accidentelle du VHC reste mal défini, entre 2 et 10% selon les études. En 1994, 121 hépatites C professionnelles ont été déclarées en Allemagne.

Le Dr O. PATEY (Paris) fait le point sur les autres agents pathogènes transmissibles. Des cas de cryptococcose cutanée, de paludisme, de trypanosomiase, de vaccine, de diphtérie, de gonococcie, de syphilis, de leptospirose, de blastomycose, de streptococcies et de staphylococcies ont été rapportés. Il s'agit le plus souvent de personnel de laboratoire. Trois cas de transmissions du SIV (rétrovirus proche du VIH2) sont survenus chez des personnels de laboratoire aux U.S.A. Pour les agents transmissibles non conventionnels, 5 cas de transmissions professionnelles suspectés ont été rapportés. Aucun de ces cas n'a ce-

Pour le bloc opératoire, le Dr H. JOHANET rappelle que différentes études montrent que chaque année 95% des chirurgiens ont un contact cutanéomuqueux et plus de 3 sur 4 se piquent. Ces chiffres sont variables selon les méthodologies utilisées et selon les spécificités chirurgicales, mais c'est toujours le chirurgien le plus exposé et le risque augmente avec la durée de l'intervention et son caractère hémorragique.

Les études des CDC présentées par D. BELL (Atlanta, U.S.A.) soulignent l'importance des expositions au sang tant en obstétrique qu'en gynécologie. Sur 840 accouchements, 28% ont donné lieu à des contacts cutanéomuqueux et 1% à des accidents percutanés. Sur 541 procédures de chirurgie gynécologiques, 41% ont donné lieu à des contacts cutanéomuqueux alors que des accidents percutanés sont survenus lors de 7% de ces procédures.

Selon le Dr C. COLLINS (Londres, G.B.), au Royaume-Uni, la diminution de 36 à 12 des cas d'hépatite C déclarés comme infections contractés au laboratoire entre 1970-1974 et 1984-1989, est due au VIH qui a déclenché une prise de conscience des risques au laboratoire. Mais un travail important reste à faire notamment au niveau de la formation à la sécurité microbiologique.

L'étude rapportée par le Dr B. GOOCH (Atlanta, U.S.A.) signale que en 1991 chez le personnel des cabinets dentaires, les expositions percutanées sont estimées à 0,3 par mois. Ces accidents surviennent en dehors des soins et sont le plus souvent dus au praticien. Ce chiffre a diminué depuis 1987, du

La conclusion de ces séances plénières est effectuée par L. MARTIN (Atlanta, U.S.A.) qui souligne l'importance de réaliser une démarche de prévention générale. La prévention des expositions au sang étant un des éléments central de dispositifs avec la formation des soignants.

En dehors de ces conférences plénières, différents thèmes ont été abordés :

LA PREVENTION :

- Les services de soins aux malades
- Le bloc opératoire
- L'odontologie et la dentisterie
- Les soins à domicile
- Les laboratoires
- Les autres professions

L'EVALUATION DU MATERIEL DE SECURITE

L'ELIMINATION DES DECHETS

L'INFLUENCE DE LA CHARGE DE TRAVAIL

LA DESINFECTION :

- Bases théoriques de la désinfection
- Exemples pratiques

LA CONDUITE A TENIR EN CAS D'ACCIDENT

RÉGLEMENTATION, RÉPARATION

EXPÉRIENCES D' ACTIONS DE FORMATION

LES VACCINATIONS

NB. Les actes de ce colloque seront publiés prochainement. Ils seront disponibles sur demande à :

accidentelle précise.

universelles, en particulier, lors de l'élimina-

Dr A. LEPRINCE et Dr D. ABITEBOUL

M. DESCAMPS (Niort, France) a

Une étude présentée par J LIPSCOMB

TÉLÉCOPIE : 40 44 24 12

LES INFECTIONS URINAIRES NOSOCOMIALES REPRÉSENTENT A ELLES SEULES 40% DES I.N. ELLES PEUVENT ÊTRE DIMINUÉES GRÂCE À DES GESTES ET PRÉCAUTIONS INDISPENSABLES ET EN LIMITANT LES INDICATIONS DU SONDAGE SYSTEMATIQUE

SONDAGE VESICAL

Définition

Mise en place aseptique d'une sonde par l'urètre pour drainer l'urine de la vessie, dans un but de :

- Evacuation
- Drainage permanent
- Thérapeutique (lavage, instillation)

Recommandations par rapport aux Indications

- Limiter les indications du sondage
- Développer les alternatives au sondage
- Proscrire tout sondage pour prélèvements bactériologiques.

Recommandations générales

- Choisir la sonde
- Le sondage doit être atraumatique, aseptique
- La sonde doit rester en place le moins longtemps possible
- Si la sonde est laissée en place, le système de drainage doit être clos
- les soins doivent être effectués quotidiennement

Matériel

- Sonde et collecteur
- Antiseptiques pour le lavage des mains et l'antisepsie des muqueuses
- Lubrifiant, monodose, stérile, d'origine végétale
- Eau stérile en ampoule pour gonfler le ballonnet :
- Proscrire impérativement le sérum physiologique.
- Gants stériles pour le sondage.
- Le reste du matériel doit être stérile et regroupé sous forme de SET, relevant d'un consensus de service.

PRATIQUE DU SONDAGE

- 1 - Se laver les mains (lavage simple).
- 2 - Mettre des gants à usage unique.
- 3 - Procéder à la toilette génito-urinaire.
- 4 - Retirer les gants à usage unique
- 5 - Procéder à un lavage antiseptique des mains avant la pose de la sonde
- 6 - Préparer un plan de travail stérile.
- 7 - Procéder à l'antisepsie de la région génitale
- 8 - Mettre une paire de gants stériles.
- 9 - Connecter le collecteur stérile du système clos à la sonde avant son introduction.
- 10 - Introduire la sonde **doucement** dans le méat.
Changer **impérativement** de sonde en cas **d'échec** ou de fausse manœuvre.
- 11 - Gonfler le ballonnet par injection d'eau stérile.
- 12 - Fixer la sonde pour éviter les tractions.
- 13 - Fixer le collecteur et le mettre en position déclive si la sonde doit rester à demeure.
- 14 - Veiller à l'absence de coude au niveau de la sonde et du tube collecteur.
- 15 - Noter la date de la pose de la sonde dans le dossier de soins infirmiers.

SURVEILLANCE DE LA SONDE A DEMEURE

- 1 - Se laver les mains (lavage simple).
 - 2 - Vider le collecteur régulièrement dans le bocal.
 - 3 - Garder les urines si nécessaire suivant la prescription médicale.
 - 4 - **Maintenir le collecteur en position déclive.**
 - 5 - Eviter les pliures de la sonde pour empêcher le blocage de l'évacuation de l'urine.
 - 6 - **Maintenir le système en permanence clos et stérile : interdiction de déconnecter.**
 - 7 - Respecter l'hydratation du patient. (l'hydratation doit être adaptée à la prescription médicale).
 - 8 - Effectuer la toilette journalière du méat et de la sonde et après chaque selle.
 - 9 - Surveiller la bactériologie des urines sur prescription médicale.
 - 10 - Utiliser **exclusivement** le site prévu pour effectuer les prélèvements bactériologiques.
 - 11 - Changer la sonde sur prescription médicale.
- Auteurs :
Catherine Bussy, Dany Cornet, Patricia Feldman, Michèle Huang, Sylvie Sordelet, du Groupe Normes Consensuelles en Hygiène Hospitalière et pratiques de soins du C.CLIN Paris - Nord.

Documents disponibles :

- Les 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales, BEH Juillet 1993.
- Recommandations pour la prévention des infections nosocomiales en réanimation, BEH janvier 1995.
- Tuberculose, N° spécial du BEH, décembre 1994.
- Aspergillose invasive nosocomiale et travaux hospitaliers, document AP-HP, Septembre 1993.
- Hygiène alimentaire à l'hôpital, document AP-HP, Juin 1994.
- Maîtrise de la diffusion des germes hospitaliers multi-résistants, document AP-HP, 1993.
- Conduite à tenir devant une épidémie d'infections nosocomiales, plaquette C.CLIN Paris Nord, 1994.
- Le lavage des mains, document C.CLIN Paris Nord, Juin 1994.
- Le sondage urinaire, document C.CLIN Paris Nord, Juin 1994.
- Les prions, document C.CLIN Paris Nord, 1995.

Nous vous informons que des supports visuels, sont disponibles à titre de prêt au C.CLIN Paris Nord, concernant les thèmes suivants :

1. cassettes vidéo

- Prévenir l'infection en endoscopie
- Alerte rouge : méthodologie pour mener une enquête épidémiologique
- Le lavage des mains
- La technique du gantage
- Les cathétérismes centraux et périphériques
- Le drainage urinaire clos chez l'adulte
- La gestion des déchets hospitaliers
- Les antiseptiques à l'hôpital

2. Diapositives

- Le sondage urinaire
- La peau lésée
- La peau saine
- Les normes AFNOR

Les documents à paraître :

- Guide des définitions des infections nosocomiales, document C.CLIN Paris Nord.
- Le cathétérisme veineux, document C.CLIN Paris Nord.
- L'entretien et la désinfection des endoscopes souples, document C.CLIN Paris Nord.

**Renseignements : P. Feldman
ou E. Girou au C.CLIN Paris Nord,
TEL : (1) 43 29 94 13 - FAX : (1) 40 51 76 74**

• Une enquête de prévalence est prévue en mars 1996. Elle sera coordonnée dans l'inter-région nord par le C.CLIN Paris-Nord.

• Un fond documentaire thématique est en cours de constitution au C.CLIN Paris Nord.

• Un "Dictionnaire de l'information en santé publique" de E. Rusch et B. Thélot vient de paraître aux éditions Frison-Roche, 18, rue Dauphine - 75006 Paris.

COURRIER

Une rubrique courrier est ouverte qui vous permet de communiquer vos réflexions et demandes.

Envoyez nous pour la prochaine parution vos questions avant fin Septembre, nous les traiterons le plus rapidement possible.

POSTES A POURVOIR

• Un médecin ou un pharmacien pour 4 vacations en hygiène afin d'animer la cellule d'hygiène à partir de Juin 95 (urgent), laboratoire de microbiologie,
Dr Mathieu,
Hôpital Paul Brousse, Paris
Tel 45 59 36 54.

• Un médecin ou un pharmacien microbiologiste (ancien assistant de préférence), poste mi-temps afin de développer le secteur hygiène, laboratoire central de biologie,
Dr P. Cahen, Hôpital Foch, Suresnes, région parisienne,
Tel 46 25 20 67 / 22 96.

• Un médecin hygiéniste plein temps, responsabilité du service d'hygiène hospitalière dans l'hôpital neuf de Compiègne, Picardie, action coordonnée avec le DIM et l'hôpital de Creil,
Dr Veyssier,
Tel 44 23 62 01 / 60 00.

• Un poste de praticien hospitalier à temps partiel de formation santé publique, afin de travailler sur les infections nosocomiales dans le DIM de l'hôpital de Lagny-Marne La Vallée, région parisienne, **Dr Y. Echard,**
Tel 64 30 70 70.

GROUPE "NORMES CONSENSUELLES EN HYGIENE HOSPITALIERE ET PRATIQUE DE SOINS"

Au printemps, le groupe "**Normes consensuelles en hygiène hospitalière et pratiques de soins**" atteint 97 participants de l'inter-région :

- 11. Haute-Normandie
- 9. Nord-Pas de Calais
- 16. Picardie
- 61. Ile-de-France

Ce groupe est constitué de cadres infirmiers et infirmières hygiénistes mais aussi de médecins bactériologistes, de pharmaciens, de formateurs, de cadre infirmiers et d'infirmières.

Nous nous réunissons toujours en séance plénière tous les deux mois afin d'exposer nos différents travaux effectués en sous-groupes.

La diffusion de nos travaux sur « Les recommandations des voies veineuses » aura lieu dès juillet 1995 et sur « L'entretien et la désinfection des endoscopes souples » lors du dernier trimestre 1995.

Patricia FELDMAN
CSI Hygiéniste