



# BULLETIN

n° 24  
Avril 2004

## SOMMAIRE

### RÉSEAUX DE SURVEILLANCE

[Pages 2 & 3](#)

Un indicateur pour évaluer  
les variations de l'incidence des AES

[Page 4](#)

Programme pour la surveillance des AES

[Page 5](#)

Surveillance des infections sur PTH

### EN DIRECT DES ÉTABLISSEMENTS

[Pages 6 & 7](#)

Diarrhées à Rotavirus en néonatalogie

[Pages 8 & 9](#)

Épidémie à *Acinetobacter Baumannii*

### ACTUALITÉS

[Page 10](#)

### LA PAROLE AUX USAGERS

[Page 11](#)

Témoignage d'un représentant d'usagers

### MISE AU POINT

[Page 12](#)

Traitement des déchets d'activités  
de soins à risques infectieux

[Page 13](#)

Nouvelle circulaire relative  
à la désinfection des endoscopes

### SIGNALEMENT

[Page 14](#)

Signalement des endophtalmies

[Page 15](#)

Bilan du CCLIN Paris -Nord

### CONGRÈS EMPLOIS

[Page 16](#)

## ÉDITORIAL

La stratégie de lutte contre les infections nosocomiales conduite depuis ces dix dernières années prend aujourd'hui un tournant important. Alors que le volontariat des établissements à s'engager dans des actions de surveillance et d'évaluation prévalait, l'annonce ces derniers jours par le Ministre chargé de la santé, que tous les établissements de santé devaient produire un tableau de bord comprenant des indicateurs minimum de moyens et de résultats va certainement modifier l'organisation qui était en place jusqu'à maintenant.

L'Institut de veille sanitaire en charge de coordonner ce travail a remis un rapport au Ministère comprenant des propositions d'indicateurs élaborés par un groupe de 30 experts. Le rapport a reçu un avis favorable des représentants d'association d'usagers et des fédérations hospitalières publiques et privées avant d'être remis au Ministre. Quatre types d'indicateurs ont été proposés :

- Le taux de certaines infections post opératoires cibles (choisies par secteurs d'activités chirurgicales). Le résultat serait exprimé de façon semi-quantitative par rapport à un taux de référence national.
- Le taux de staphylocoques dorés résistant à la méticilline, bon reflet des mesures d'hygiène et de la prescription antibiotique, qui serait aussi classé par rapport à un taux de référence et exprimé sous forme de tendance.
- La consommation de solutions hydro-alcooliques (utilisées pour l'hygiène des mains) rapportée à 1 000 jours d'hospitalisation.
- Les moyens engagés par l'établissement dans la lutte contre les infections nosocomiales, exprimés sous forme d'un score "composite" (moyens en personnel, audits en hygiène, système de signalements, etc.).

Ces propositions sont bien évidemment en accord avec les priorités définies depuis plusieurs années par le programme national de lutte contre les infections nosocomiales. Cependant, le caractère quasi obligatoire pour les établissements de fournir ces indicateurs dans le bilan annuel du CLIN est une nouveauté et suppose implicitement de les communiquer dans le domaine public.

Le CCLIN Paris-Nord a depuis longtemps prôné la transparence, non seulement auprès de professionnels, mais aussi des usagers, comme en attestent les nombreux travaux rapportés dans le présent Bulletin. Nous allons devoir dorénavant orienter nos efforts pour vous aider, vous représentants des CLIN et des équipes d'hygiène, professionnels de terrain, à mettre en place les meilleurs outils dans un double but d'évaluation et de communication.

Pascal Astagneau

# Choix d'un indicateur pour évaluer les variations de l'incidence des Accidents d'Exposition au Sang (AES)

F. L'Hériteau pour le groupe de pilotage du réseau de surveillance des AES

*L'importance du risque de transmission des virus hématotropes (VIH, VHB et VHC), mais aussi d'une soixantaine d'autres pathogènes, justifie que la lutte contre les accidents d'exposition au sang (AES) soit rangée parmi les priorités dans la lutte contre les infections nosocomiales.*

Depuis 1995, le CCLIN Paris-Nord coordonne un réseau de surveillance des AES. Idéalement, cette surveillance doit permettre de suivre l'évolution de l'incidence des AES.

La mesure des taux d'incidence nécessite non seulement de recueillir de façon exhaustive les AES survenus (numérateur), mais aussi de les rapporter à un dénominateur pertinent. Ce dénominateur doit, autant que possible, refléter l'ensemble des personnels ou des situations à risque d'AES. Il doit aussi, pour être utile à la surveillance, être facile à recueillir en routine dans un réseau.

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. Les données sont issues du réseau de surveillance des AES de 1997 à 2000.

Vingt-cinq hôpitaux ont participé aux quatre années de surveillance. Selon les dénominateurs considérés, dix à quinze hôpitaux ont pu fournir les données nécessaires au calcul de l'incidence pendant quatre ans.

## INCIDENCE GLOBALE DES AES

Comme l'illustre la figure 1 ci-contre, l'utilisation de données administratives montrait une diminution significative de

l'incidence des AES pour 10 000 admissions (de 26,9 en 1997 à 20,8 en 2000) mais pas de l'incidence pour 100 lits. L'analyse de l'incidence des AES rapportée aux effectifs montrait une diminution significative de l'incidence pour 100 personnels, de 4,9 en 1997 à 3,9 en 2000 (voir figure 2).

Cependant, il existait des variations selon la fonction des personnels

## INCIDENCE PAR CATÉGORIE DE PERSONNELS

Comme le montre la figure 2, il existait une diminution significative de l'incidence pour 100 infirmières (de 6,5 en 1997 à 4,9 en 2000) et pour 100 médecins (de 4,2 en 1997 à 1,3 en 2000).

Les variations étaient non significatives chez les internes, les chirurgiens, aides soignantes, élèves infirmières.

## INCIDENCE PAR GESTE À RISQUE

Certains matériels commandés et examens biologiques pratiqués ont été choisis car ils sont susceptibles de refléter les principaux gestes à risque effectués (prélèvements veineux, prélèvements artériels, poses de voie veineuse périphérique, injections sous cutanées, gestes infirmiers sur chambre implantée).

Comme on le voit dans la figure 3, il existait une diminution significative

de l'incidence des AES pour 100 000 cathéters veineux périphériques (de 12,9 en 1997 à 4,9 en 2000) et une augmentation de l'incidence pour 100 000 aiguilles à injection sous cutanée (de 8,7 en 1997 à 14,3 en 2000). L'utilisation comme dénominateur des examens biologiques sanguins pratiqués, ne montrait pas de modification significative de l'incidence des AES.

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. L'utilisation de dénominateurs ciblant des gestes ou des catégories de personnel à risque est parfois nécessaire mais est plus difficile.

FIGURE 1 : ÉVOLUTION DE L'INCIDENCE ANNUELLE DES AES POUR 100 LITS ET POUR 10 000 ADMISSIONS

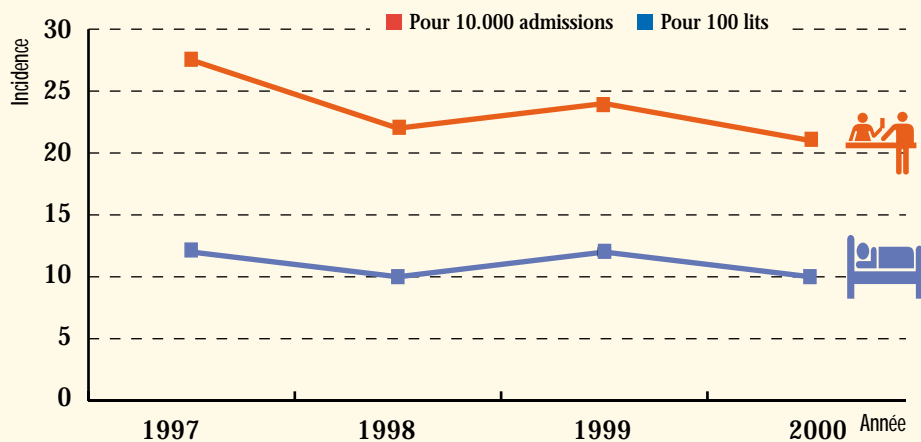


FIGURE 2 : ÉVOLUTION DE L'INCIDENCE ANNUELLE DES AES PAR CATÉGORIE DE PERSONNELS

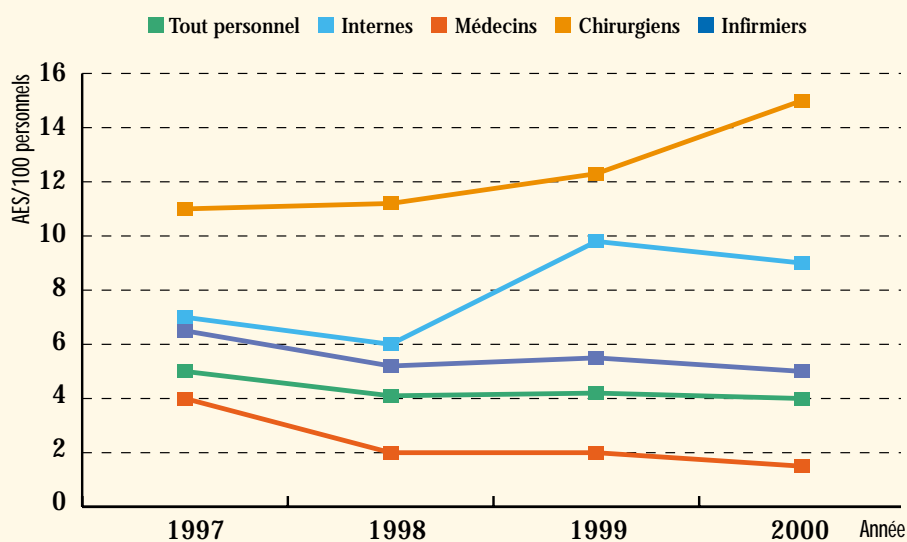
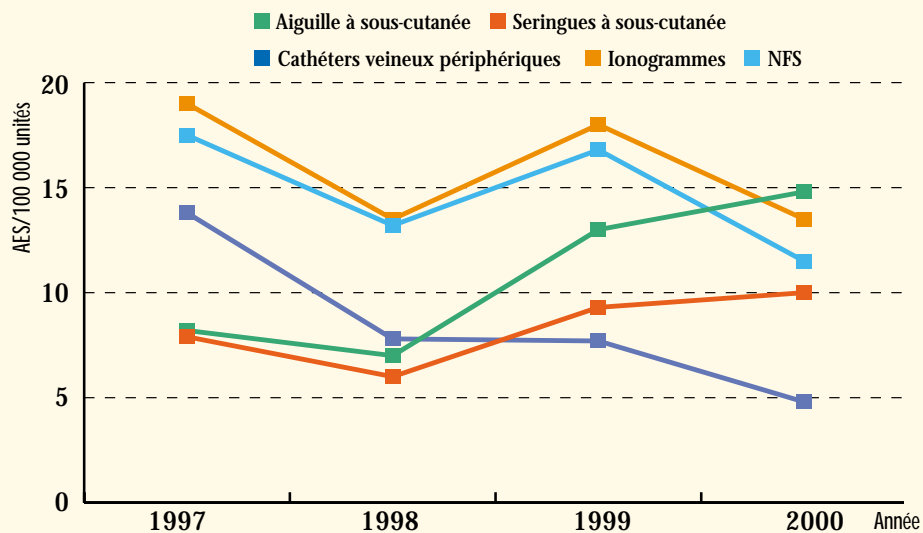


FIGURE 3 : ÉVOLUTION DE L'INCIDENCE ANNUELLE DES AES SELON LES INDICATEURS DE GESTES À RISQUE



## Méthodologie du réseau de surveillance des AES en 2004

François L'Hériteau<sup>1</sup>, Marion Olivier<sup>2</sup>

*Jusqu'en 2000, le recueil des données du réseau de surveillance des Accidents d'Exposition au Sang (AES) se faisait sur un support papier. Les questionnaires étaient centralisés au CCLIN où ils étaient codés et saisis sur ordinateur. Ce système était trop lourd pour continuer à fonctionner de cette façon. Comme pour les autres réseaux de surveillance (InclISO, REACAT), un programme de saisie informatique des données a été mis au point. Le programme d'application sera le même pour les cinq CCLIN ce qui permettra une homogénéité du recueil et de l'analyse des données au niveau du RAISIN.*

**L**e programme pourra être téléchargé sur le site du CCLIN\*. Un guide d'utilisation du programme informatique et un guide de codage seront également disponibles sur ce site. La saisie des données concernant chaque AES sera faite localement dans les établissements. Le questionnaire utilisé reste celui du GERES.

Afin de pouvoir calculer des taux d'incidence des AES, un certain nombre de dénominateurs seront demandés à chaque centre : nombre de lits, d'admissions, de personnels et de matériels consommés. Ces dénominateurs devront être saisis sur une fiche "établissement" située dans le programme d'application.

L'option "Analyse" permettra à chaque établissement d'éditer automatiquement à la fin de la saisie, des rapports de ses résultats locaux. L'analyse globale

des résultats permettra de déterminer la répartition des AES par catégorie de personnel, par spécialité, par tâches et mécanismes en cause, de déterminer les mesures de prévention mises en œuvre, le statut sérologique des patients source. Pour les établissements répartis sur plusieurs sites, une analyse par site sera possible. Les dénominateurs fournis dans la fiche établissement permettront le calcul des taux d'incidence des AES rapportés au nombre de lits, d'admissions, de personnels de l'établissement.

Les dénominateurs plus précis (catégorie de personnel, matériels médicaux commandés) concernent un nombre trop faible d'AES pour pouvoir calculer des taux d'incidence par établissement. Ils seront utilisés pour calculer une incidence des AES à l'échelle du réseau interrégional.

Inscrivez-vous  
à la surveillance 2004,  
il est encore temps !  
Fiche d'inscription  
téléchargeable sur : [www.ccr.jussieu.fr/cclin/AES/AES.html](http://www.ccr.jussieu.fr/cclin/AES/AES.html)

L'option "Retour au CCLIN" permettra à l'établissement de copier ses données sur disquette. Celle-ci sera retournée par la poste au CCLIN pour une analyse globale des données de l'ensemble des établissements participant au réseau AES.

\* [www.ccr.jussieu.fr/cclin](http://www.ccr.jussieu.fr/cclin).

<sup>1</sup> Praticien responsable du réseau AES,  
<sup>2</sup> Technicienne d'Études Cliniques, CCLIN Paris-Nord

### MOBILITÉ

Nous ont rejoints en 2004 :

- Danièle Landriu, cadre supérieur hygiéniste.
- Aurélie Marchadier, secrétaire de direction.
- Isabelle Arnaud, biostatisticienne pour les réseaux BMR, Bactériémies et Consommation d'antibiotiques.
- Marion Olivier, Technicienne d'Études Cliniques pour les réseaux AES et INCISO.

Joëlle Bidet, Alban Gresle et Franck Paul ont quitté le CCLIN Paris-Nord.

### FORMATION EPI-INFO



Quelques places sont encore disponibles :

- le 12 mai : création d'un masque de saisie (initiation)
- le 16 juin : analyse de données (perfectionnement)

Contact : Sylvie Maugat, tél : 01 40 46 42 00

Informations et inscription sur :

[www.ccr.jussieu.fr/cclin](http://www.ccr.jussieu.fr/cclin)

# Surveillance des infections sur prothèses totales de hanche : étude pilote

Groupe de pilotage : Anne-Hélène Bothereau, Bruno Grandbastien et Pascal Astagneau, CCLIN Paris-Nord

*En France, sur 6,6 millions d'interventions chirurgicales pratiquées, environ 100 000 prothèses totales de hanche (PTH) sont implantées. Pour cette chirurgie fréquente et particulière par son caractère propre et réglé, les complications sont essentiellement mécaniques et infectieuses. Ces dernières représentent un risque majeur pour le pronostic fonctionnel et la qualité de vie avec retentissement sur la vie sociale.*

**E**n 2003, le réseau IncISO recensait 9 infections post-implantation de PTH, permettant la mesure du risque infectieux en fonction du score NNIS à 0,2 pour 100 interventions à faible risque (NNIS = 0), 0,6 pour 100 interventions à risque modéré (NNIS = 1) et 0,2 % pour les interventions les plus à risque (NNIS = 2, car aucun patient opéré n'appartenait à la classe NNIS = 3).

Basé sur le postulat que l'infection du site opératoire sur PTH paraît être un bon indicateur de la qualité des soins en orthopédie, l'objectif principal de cette étude pilote est de déterminer l'incidence réelle des infections sur PTH, et d'évaluer la part évitable de ces infections.

Les objectifs spécifiques en sont :

- Estimer les taux d'incidence des infections post-opératoires précoces et tardives.
- Identifier les facteurs de risque de ces infections, en particulier ceux pouvant déboucher sur une pratique de prévention.
- Évaluer les conséquences fonctionnelles et socio-économiques de ces infections.

## MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une enquête prospective, avec inclusion, par des centres de chirurgie orthopédique volontaires de toutes les PTH implantées pendant une période de un an. À l'implantation sont recueillies des informations sur le patient, le type de prothèse, les conditions de l'implantation. L'activité du

service est également colligée. Dans l'année suivant l'implantation, un suivi du patient pendant une année est mis en place.

Si une infection survient, deux types d'informations sont recueillies :

- Informations à rechercher dans le dossier lors de la 1<sup>re</sup> hospitalisation (facteurs de risque spécifiques) avant l'infection (transfusion autologue ou hétérologue, infection dentaire, infection urinaire, antibioprophylaxie, intervention sous flux laminaire, surpoids, diabète).
- Informations après la survenue de l'infection (documentation microbiologique, reprise chirurgicale, antibiothérapie, ré-hospitalisation, durée).

Une étude cas-témoins complète ce suivi de cohorte (enquête cas-témoins nichée dans une cohorte) ; chaque patient infecté est apparié à trois témoins tirés au sort parmi les non infectés à la date de diagnostic de l'infection, appariés sur la date de l'intervention du cas et l'établissement.

## RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES

Cinq centres participent à cette étude pilote : deux depuis novembre 2002 et trois depuis mars 2003. Actuellement, 1 200 fiches ont été recueillies.

Les femmes représentaient 64 % des patients inclus. L'âge médian était de 71 ans (extrêmes de 22 à 97 ans).

Les interventions étaient à 92 % programmées.

Les prothèses à cupule mobile représentaient 38 % des interventions versus 57 % sans. Dans 23 % de toutes les interventions, du ciment était

utilisé dont plus de la moitié (55 %) avec antibiotique.

Une antibioprophylaxie avait été administrée dans 99,2 % des cas. 73,2 % étaient en NNIS 0.

Six ISO ont été identifiées. Ces infections précoces représentaient un taux d'incidence de 1,9 %. Stratifié sur le score NNIS, ce taux était égal à 1,6 % (NNIS 0), 2,6 % (NNIS 1) et 4,2 % (NNIS 2).

Ces taux d'infections précoces en fonction du score de risque infectieux NNIS sont plus élevés que ceux du réseau IncISO (aucune intervention n'était en NNIS 3). Ceci peut être expliqué par un suivi d'une durée supérieure à celle du réseau.

## CONCLUSION

Cette étude est actuellement en phase pilote. Il est nécessaire d'inclure 2 500 interventions pour avoir un taux d'infections tardives suffisamment important pour optimiser l'analyse. Elle sera proposée, éventuellement avec des modifications, à tous les établissements volontaires en 2005.

Le suivi d'un an permettra de déterminer le nombre d'ISO tardives et d'identifier les facteurs de risque pouvant éventuellement déboucher sur une pratique de prévention.

# Une (ou plusieurs ?) épidémie de diarrhées à Rotavirus en unité de néonatalogie

Groupe de travail : Élisabeth Delière <sup>1</sup>, Pascal Wipff <sup>2</sup>, Nora Kahla <sup>3</sup>

Cet article décrit trois bouffées épidémiques de diarrhées à Rotavirus, survenues en unité de néonatalogie au Centre Hospitalier de Mantes-la-Jolie et les mesures qui ont été prises.

## L'UNITÉ DE NÉONATOLOGIE

Associée à la maternité, elle est classifiée IIB. Elle dispense aux nouveau-nés des soins intensifs (cathétérisme vasculaire périphérique et central, nutrition entérale) mais ne pratique pas de ventilation assistée de longue durée. La majorité des enfants admis sont prématurés, mais pas à moins de 31 semaines d'aménorrhée. C'est une zone protégée. Elle bénéficie d'un système de renouvellement et de filtration de l'air, la température étant maintenue à 26-27°C et l'hygrométrie à 45-50 %. Elle comprend 18 berceaux ou couveuses dont la répartition figure sur le schéma ci-contre. Chaque boîte est

équipé d'un point d'eau dédié au lavage des mains, d'une baignoire avec douche, d'une table à langer, de chariots de soins individualisés. Une galerie permet de rendre visite aux bébés sans contact. Le sas d'entrée permet aux personnes étrangères à l'unité de revêtir une casaque de protection, individualisée ou à usage unique, des surchaussures, et de se laver les mains.

## DESCRIPTION DES CAS

Les cas sont ainsi définis : enfants présents dans l'unité, présentant un épisode de diarrhée, pour lesquels la recherche de Rotavirus dans les selles au laboratoire de

microbiologie par le test d'agglutination de particules de latex sensibilisées (Diarlex® Rota-Adéno, Orion Diagnostica) est positive.

Le tableau 1 permet une description des onze cas survenus en trois vagues distinctes, espacées de périodes de 4 et 9 semaines sans nouveaux cas. L'expression clinique a été généralement peu sévère et de courte durée (48 heures) : ballonnement abdominal, trouble du comportement alimentaire, émission de selles molles et glaireuses, absence de fièvre marquée. Sur le plan biologique, on notait 7 fois sur 11 une neutropénie à moins de 1500 polynucléaires neutrophiles/ $\mu$ l.

TABLEAU 1 : DONNÉES DESCRIPTIVES DES CAS

Cas n°	Date du 1 <sup>er</sup> prélèvement + à Rotavirus	Durée de séjour* (jours)	Âge*	Terme à la naissance (semaines)	Admission	Poids en g naissance/ Entrée	Motif d'hospitalisation
1	23/10/2003	42	42	33	CH Mantes	1420/1400	Prématurité
2	30/10/2003	9	16	41	Transfert	3600/3600	Détresse respiratoire
3	30/10/2003	43	47	31	Transfert	1410/1290	Prématurité Rapprochement du domicile
4	31/10/2003	24	24	33	CH Mantes	2170	Prématurité
5	31/10/2003	15	21	33	Transfert	2135/2080	Prématurité Rapprochement du domicile
6	03/12/2003	51	51	32	CH Mantes	1800	Prématurité
7	04/12/2003	47	47	34	CH Mantes	1460	Prématurité
8	09/02/2004	31	31	34	CH Mantes	1850	Prématurité Détresse respiratoire
9	13/02/2004	62	62	30	CH Mantes	1250	Prématurité
10	17/02/2004	38	64	31	Transfert	1300/1240	Prématurité Rapprochement du domicile
11	22/02/2004	13	97	35	Transfert	2120/3200	Prématurité Nutrition entérale

\* Au premier prélèvement+

Bleu : première vague épidémique du 23 au 31 octobre 2003 / Vert : deuxième vague les 3 et 4 décembre 2003 / Rouge : troisième vague du 9 au 22 février 2004

Cette expression clinique modérée en comparaison de ce qui était redouté, est comparable aux descriptions d'événements similaires dans la littérature <sup>1,3</sup>.

Cependant un enfant a présenté une altération de l'état général nécessitant son transfert pour 48 heures en service de réanimation. Pour trois enfants, une intervention chirurgicale a dû être différée, ce qui a prolongé leur séjour d'environ une semaine.

### MESURES PRISES

Les mesures prises pour limiter l'extension de l'épidémie à l'extérieur et dans l'unité, ont été les suivantes : limitation des visites aux seuls parents, suspension des procédures d'hospitalisation alternées maternité/néonatalogie ("bébés kangourous"), limitation des admissions, application drastique des précautions d'isolement "contact" (désinfection des mains avant et après tout soin à tout enfant, facilitée par l'utilisation des gels hydro-alcooliques, individualisation du matériel médical, et non médical comme les stylos, les documents, port de casaque systématique pour les soignants, individualisée par enfant, avec renouvellement au moins une fois par équipe), resensibilisation aux techniques de bio-nettoyage.

Le dépistage systématique deux fois par semaine à la recherche d'enfants porteurs asymptomatiques a toujours été négatif. Si l'on considère les trois vagues d'appa-

rition de cas comme trois épidémies distinctes, ces mesures se sont montrées efficaces en arrêtant l'apparition des nouveaux cas en 8, 2 et 13 jours respectivement.

S'il s'agit d'une même épidémie, les "périodes muettes" pourraient être expliquées par l'existence de réservoirs liés à :

- la persistance dans l'environnement particulièrement importante pour le Rotavirus, même à température ambiante, même sur surface sèche et sur tout type de support<sup>4</sup>.

- la fréquence de portage asymptomatique particulièrement élevée chez les nouveaux-nés <sup>2, 3, 5, 6</sup>. L'absence de détection de porteurs asymptomatiques ici, pourrait être due au manque de sensibilité de la technique utilisée au regard d'une faible quantité de particules virales émises dans ces cas ;

- l'existence de portage asymptomatique chez les adultes permettant une réinfection périodique des enfants par les membres de l'équipe soignante <sup>7</sup>. Nous n'avons d'ailleurs pas procédé à des prélèvements chez le personnel.

Les trois bouffées épidémiques pourraient être dues à l'introduction d'une nouvelle souche virale à chaque fois, en parallèle avec l'épidémie hivernale sévissant dans la communauté <sup>8</sup>. Mais ceci n'explique pas pourquoi ces trois événements seraient survenus tous au cours d'un même hiver, alors qu'il n'y avait jamais eu d'épidémie à Rotavirus dans l'unité. Seule une analyse génotypique

des souches de Rotavirus aurait permis d'élucider le mécanisme épidémique mais nous n'avons malheureusement pas conservé les souches.

Ces infections ont fait l'objet d'un signalement auprès du CCLIN et de la DDASS des Yvelines. Les critères justifiant ce signalement étaient le caractère épidémique des cas, la gravité potentielle redoutée dans une unité accueillant des enfants de petits poids et leur rareté dans cette unité, malgré les épidémies hivernales annuelles, régulièrement surveillées, dans les autres unités du service de pédiatrie.

### Bibliographie

1. Mumdzich Kh et al. An epidemic outbreak among newborn infants caused by rotaviruses. *Akush Ginekol* 1994 ; 33(3) :10-2.
2. Grillner L. et al. Rotavirus infections in newborns : an epidemiological and clinical study. *Scand J Infect Dis* 1985 ; 17(4) :349-55
3. Valmari P et al. Rotavirus infection in a neonatal unit. *Ann Clin Res* 1984 ; 16(3) :167-70.
4. Abad FX et al. Survival of enteric viruses on environmental fomites. *Appl Environ Microbiol* 1994 ; 60(10) :3704-10.
5. Walther FJ et al. Rotavirus infections in high-risk neonates. *J Hosp Infect* 1984 ; 5(4) :438-43.
6. Chamsaur H et al. Rotavirus carriage, asymptomatic infection, and disease in the first two years of life. *J Infect Dis* 1984 ; 149(5) :667-82.
7. Barnes GL et al. Excretion of serotype G1 rotavirus strains by asymptomatic staff : a possible source of nosocomial infection. *J Pediatr* 2003 ; 142(6) :722-5.
8. Sharma R et al. Clinical manifestations of rotavirus infection in the neonatal intensive care unit. *Pediatr Infect Dis J* 2002 ; 21(12) :1099-105.

### L'UNITÉ DE NÉONATOLOGIE

- + Situations des cas survenus en octobre 2003
- + Situations des cas survenus en décembre 2003
- + Situations des cas survenus en février 2004

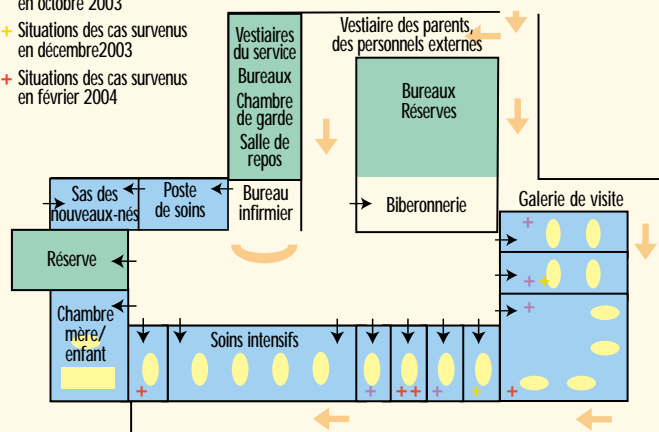
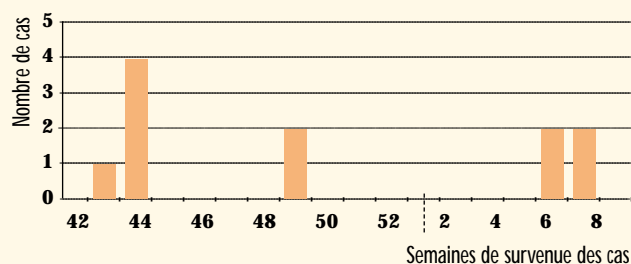


TABLEAU 2 : CHRONOLOGIE DES CAS

Épidémie de diarrhées à Rotavirus 2003/2004, au service de néonatalogie du CH de Mantes.



Nous remercions toute l'équipe du service de pédiatrie du Dr Jean Furioli, et celle du service de biologie médicale du Dr Liliane Bérardi-Grassias pour leur active collaboration.

# Épidémie à *Acinetobacter Baumannii* producteur de BLSE VEB-1 dans le Nord Pas-de-Calais

## Point à six mois

Élise Seringe<sup>1</sup>, Karine Blanckaert<sup>2</sup>, Anne-Hélène Botherel<sup>3</sup>, Anne Carbonne<sup>3</sup>

### RAPPEL

Une souche d'*Acinetobacter baumannii* (*Ab*), responsable d'infections nosocomiales (IN) et présentant un profil de résistance particulier diffuse depuis plusieurs mois dans les établissements hospitaliers de la région Nord Pas-de-Calais (NPDC). Cette souche, particulière du point de vue phénotypique et génotypique a été mise en évidence en France en 2001 dans un établissement du Nord. Elle est productrice d'une enzyme (Blactamase à spectre élargi ou BLSE de type VEB-1) qui la rend résistante à toutes les Blactamines et reste seulement sensible à deux antibiotiques (ATB), l'imipénème et la colistine. Sa transmission se fait à partir d'une source commune environnementale ou le plus souvent 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'ATB.

Cette épidémie a été identifiée par des signalements répétés d'IN depuis juillet 2003 et suivie en collaboration avec l'InVS, les autorités sanitaires locales (DDASS et DRASS) et le laboratoire microbiologique de Bicêtre (94). La multiplication des signalements d'IN à *Ab* BLSE VEB-1 traduisait fin septembre une situation d'épidémie régionale dans le NPC, justifiant de sensibiliser tous les établissements de soins de la région. Du 30/07/03 au 19/09/03, l'InVS et le CCLIN Paris-Nord avaient reçu cinq signalements d'IN à *Ab* en provenance de quatre établissements de santé du département du Nord ; 23 patients étaient concernés

dont 8 décédés à la date du signalement. Une alerte a donc été mise en place. Ses objectifs étaient doubles : mettre en œuvre de façon précoce les mesures de contrôle adéquates dans les établissements atteints et mieux caractériser la diffusion de cette souche. Elle a donné lieu à des investigations conjointes du CCLIN Paris-Nord et des équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière (EOHH) ainsi qu'à des recommandations spécifiques, en particulier concernant le dépistage des souches, la mise en place de mesures d'isolement des patients porteurs, le signalement de tous les cas de colonisation à *Ab* BLSE et l'envoi des souches à Bicêtre afin d'identifier le caractère VEB-1 et de les comparer.

### CONTEXTE ACTUEL

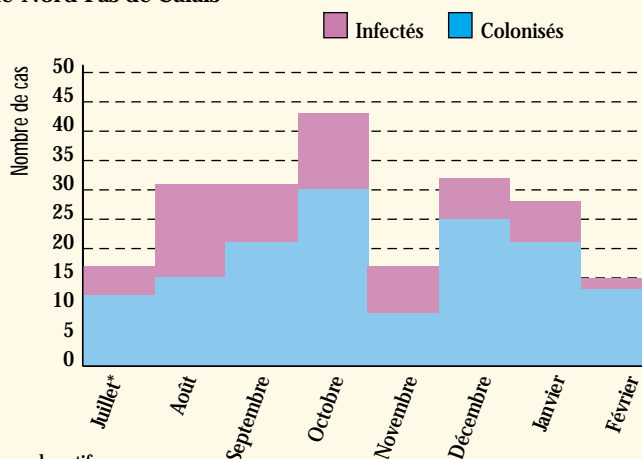
Les données épidémiologiques ont été recueillies de manière prospective grâce aux signalements et aux informations obtenues directement auprès des établissements. De plus, une enquête rétros-

pective a été possible grâce aux fiches questionnaires patients qui fournissent des renseignements précis sur les cas d'IN à *Ab* avec notamment des informations sur les décès et leur imputabilité. Afin d'homogénéiser ces données, août 2003 a été considéré comme la limite initiale à prendre en compte pour l'enquête épidémiologique car le caractère VEB-1 de la souche *Ab* n'a pu être documenté pour la période antérieure.

À ce jour, depuis août 2003, 198 cas ont été recensés dont 63 infections et 135 colonisations. Ils concernent 25 établissements de la région NPC. Des cas groupés (179 cas) ont été signalés dans 15 établissements, les autres cas étaient isolés. Sur ces 198 patients colonisés ou infectés, 48 sont décédés. Tous les décès ne sont pas liés à l'infection et l'imputabilité de chaque décès a été évaluée par les équipes d'hygiène en collaboration avec les médecins des services. Les données montrent que 12 décès déclarés dans l'interrégion Paris-Nord sont im-

### COURBE ÉPIDÉMIQUE DES INFECTÉS/COLONISÉS À *A. BAUMANNII* BLSE VEB-1

de juillet 2003 à février 2004  
dans le Nord Pas-de-Calais



\* Recueil non exhaustif

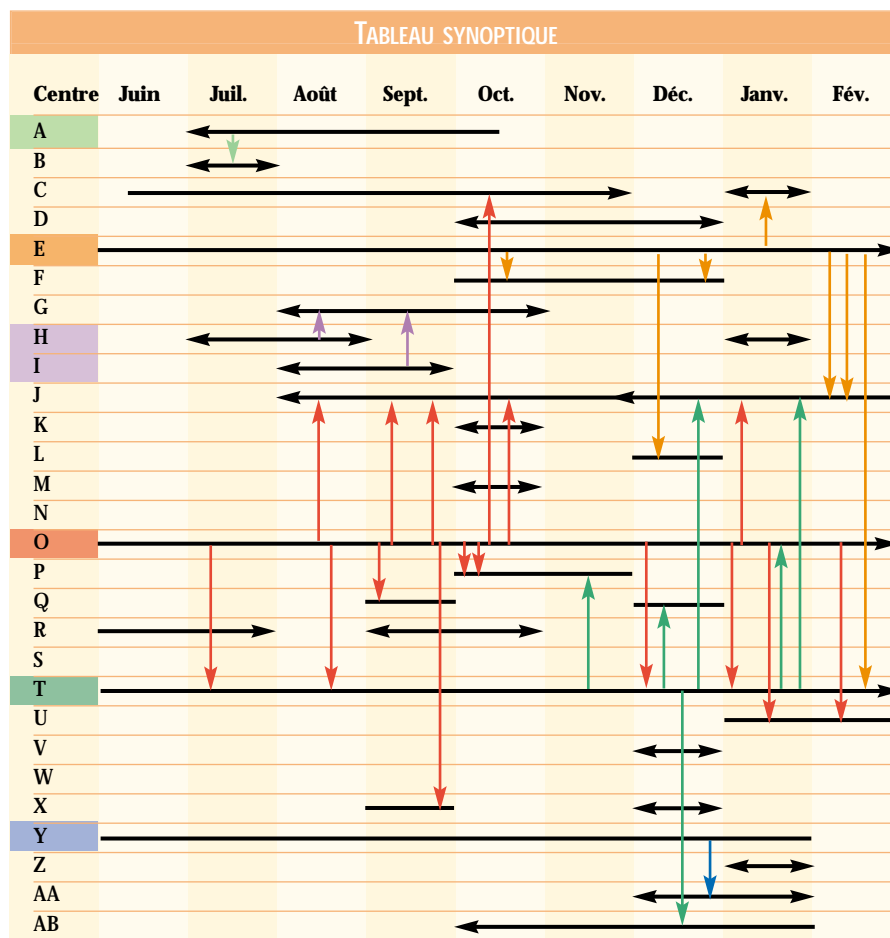


tables à l'infection, sans que celle-ci soit toujours la seule cause de décès à court terme (les patients concernés étant pour la plupart en réanimation). En effet, sur les 12 décès, seuls 2 sont imputables de manière certaine à l'infection.

L'analyse de la courbe épidémique décrivant le nombre de cas colonisés et infectés, montre un premier pic de cas en septembre/octobre. Celui-ci est en partie dû au renforcement du dispositif de signalement. La tendance semble s'infléchir depuis décembre avec une diminution sensible et constante du nombre d'infections à *Ab*. La situation est aujourd'hui presque maîtrisée : depuis janvier 2004, le nombre de nouveaux cas signalés est en nette diminution et concerne majoritairement des patients colonisés. En février, 15 nouveaux cas ont été signalés dont 2 infections et 13 colonisations. Il ne s'agit plus à proprement parler d'une épidémie régionale, celle-ci étant actuellement circonscrite à un établissement qui recense 11 des 15 nouveaux cas.

Le nombre d'établissements touchés traduit la capacité d'*Ab* à diffuser d'un établissement à l'autre lors des transferts de patients et justifie l'ensemble des mesures de prévention et de contrôle recommandées (voir tableau synoptique). La répartition géographique des établissements atteints montre une diffusion régionale très importante. Trois hôpitaux sont à l'origine de la plupart des cas retrouvés. De même, compte tenu de la situation nationale actuelle (un cas à Paris et d'autres ailleurs), le recueil et le signalement des cas de colonisation restent d'actualité. Cette mesure est revue et discutée de façon hebdomadaire et doit être suspendue dès que possible.

Malgré l'importance de l'épidémie et les difficultés pratiques de gestion de celle-ci, il faut toutefois souligner son intérêt pédagogique par la mobilisation de l'ensemble des personnels. Ce travail collectif a permis une mutualisation des expériences et une meilleure compréhension de la gestion des BMR.



**RECOMMANDATIONS - OCTOBRE 2003**

L'Institut de Veille Sanitaire recommande aux CCLIN et leurs coordinateurs des réseaux de surveillance des bactéries multi-résistantes (BMR) de :

- Prévenir leurs correspondants habituels (présidents de CLIN, équipes opérationnelles d'hygiène, laboratoires de microbiologie) de l'épidémie à *Acinetobacter baumannii* identifiée dans le nord de la France ;
- Demander aux établissements de santé de leur interrégion de signaler (décret du 26/07/01) tout cas d'infection et/ou colonisation à *Acinetobacter baumannii* producteur d'une BLSE (phénotype de résistance type) au CCLIN et à la DDASS, en joignant l'antibiogramme à la fiche de signalement ;
- Informer sans délai l'Institut de Veille Sanitaire de tout nouveau cas porté à leur connaissance ;
- Demander aux établissements de santé de conserver les souches suspectes et de contacter pour conseil éventuel leur laboratoire référent habituel ;
- Diffuser aux établissements de santé des recommandations de prévention et de contrôle des infections à *Acinetobacter baumannii* adaptées à la situation épidémique locale, régionale ou nationale.



## Un site Internet consacré aux infections nosocomiales et à leur prévention, géré par les 5 CCLIN

Un accès Internet gratuit ! Connectez-vous à l'adresse <http://nosobase.univ-lyon1.fr> ... et cliquez sur la rubrique de votre choix !

### Bibliographie :

Interrogez vous-même la base de données bibliographiques.

### Recommandations :

Documents de référence en texte intégral.

### Réglementation :

Textes officiels en texte intégral.

### Normes :

Références de normes françaises et/ou européennes.

### Actualité :

L'actualité concernant les infections nosocomiales.

### Revue de presse :

Commentaires trimestriels.



**Congrès :** Calendrier des congrès, journées, rencontres...

**Formations :** Liste de DU en hygiène hospitalière, formations des CCLIN.

**Emploi :** Offres et demandes d'emploi en hygiène hospitalière.

**Autres sites :** Plus de 75 liens avec d'autres sites. Outils documentaires, ouvrages, littérature grise, cassettes audiovisuelles, CD-ROM.

**Liste de discussion :** Dans le domaine des infections nosocomiales et de l'hygiène hospitalière.

## DÉCISIONS RELATIVES À L'UTILISATION DES LAVEURS-DÉSINFECTEURS D'ENDOSCOPES

Après avis du "groupe de travail sur les dispositifs médicaux réutilisables, les dispositifs de désinfection et de stérilisation", des mesures visant à améliorer les performances et la sécurité des dispositifs utilisés ont été décidées par le directeur général de l'AFSSAPS. Trois décisions, fixant des conditions particulières d'utilisation de certains laveurs-désinfecteurs d'endoscopes Lancer, Olympus et Phagogène, parues le 12 février 2004 au Journal Officiel de la République Française, sont disponibles sur le site Internet du CCLIN : [www.ccr.jussieu.fr/cclin/](http://www.ccr.jussieu.fr/cclin/) (rubrique actualités).

## MISE EN PLACE D'UN TABLEAU DE BORD DES INFECTIONS NOSOCOMIALES DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

L'objectif de ce tableau de bord est d'inciter tous les établissements à mesurer leurs actions et leurs résultats dans le domaine de la lutte contre les infections nosocomiales. Il vise aussi à permettre un suivi dans le temps et des comparaisons entre les établissements, facteurs d'amélioration de la qualité. Enfin, il répond à une demande légitime d'information et de transparence de la part des usagers

Mise en ligne du communiqué de presse du Ministre et du rapport de l'InVS : [www.ccr.jussieu.fr/cclin](http://www.ccr.jussieu.fr/cclin)

## NOUVELLES RECOMMANDATIONS

- Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé, Ministère de la Santé. 140 pages. Disponible sur [www.ccr.jussieu.fr/cclin/](http://www.ccr.jussieu.fr/cclin/) (rubrique actualités).
- Mise à jour du guide des matériels de sécurité, GERES. Disponible courant avril 2004.

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

Sylvette Tissier, représentante des usagers (UFC Que Choisir Rouen)  
au sein du CLIN de l'hôpital de Dieppe, Seine-Maritime



*La réflexion sur les maladies nosocomiales est très vaste, elle s'articule aux politiques globales de santé. Je ne peux ici exprimer toute la complexité de ce sujet, je vais juste évoquer une partie de mon expérience comme représentante des usagers et soulever quelques contradictions.*

**L**e problème des maladies nosocomiales peut s'inscrire dans une suite d'événements comme l'affaire du sang contaminé, l'épisode des poulets à la dioxine, la pollution par l'amiante et l'histoire de la vache folle qui évoquent une crise de notre système de santé mais, au-delà, une crise qui concerne les politiques globales de notre société productiviste. L'une des raisons de l'apparition des maladies nosocomiales est le fait que les antibiotiques ne sont plus efficaces parce qu'ils ont été utilisés lors d'élevages intensifs en agriculture et aussi en surconsommation sur l'homme.

Avec le CLIN et l'EOH de l'hôpital de Dieppe, j'ai été très bien accueillie et j'ai assisté depuis deux ans aux différentes réunions et nous avons travaillé sur la question concrète de l'information au patient porteur d'une bactérie multi-résistante. Nous avons souligné l'enjeu d'un entretien personnalisé avec le médecin (chaque personne est unique), l'importance de propos rassurants où la plaquette d'information " Vous êtes porteur d'une BMR " réalisée par l'équipe CLIN doit être expliquée et ne peut se substituer à un entretien médecin /malade mais au contraire, être considérée comme un support de la relation. L'important est bien que le malade puisse s'emparer de l'information, et de l'ensemble de sa problématique de soins et devienne partie prenante pour lutter contre sa maladie. L'information au patient n'est pas seulement une information sur une pathologie, un virus, une bactérie, etc., c'est l'éducation du patient, la prévention, la responsabilisation face à sa pathologie. Face aux conflits d'intérêts potentiels entre le médecin et cette "juridiciarisation" de la médecine (qui prend les risques, le médecin ? le malade ?), face à la dispersion des soins spécialisés, l'absence de médecin référent, face à la crise de confiance qui peut en découler, entre médecin et malade, plus que jamais la relation humaine mérite d'être privilégiée.

Le leitmotiv des gouvernements est la "restriction des dépenses de santé", alors que ces dépenses ne sont qu'une conséquence des politiques privilégiant le tout curatif et méprisant la prévention.

Prévenir les maladies nosocomiales, c'est réorienter la médecine lorsqu'elle tend à être essentiellement curative, ultra invasive, sans limite, fragilisant l'homme, provoquant des catastrophes irrémédiables, pour aller vers une médecine de prévention, une médecine ouverte sur les problèmes de notre temps qui s'empare des sciences humaines.

Je pense qu'il est important de donner suffisamment de moyens aux différents CLIN et EOH qui font un travail remarquable afin de prévenir les maladies nosocomiales, et aussi de faire en sorte que les services ne se retrouvent pas en effectif minimum et puissent prendre leur repos. En effet, je ne comprends pas cette politique budgétaire drastique des tutelles et gouvernement qui semblent laisser les hôpitaux se confronter (par manque de personnel et de moyen) à de plus en plus d'accidents, de morts évitables, donc de procès, ce qui les conduit parfois à payer des primes d'assurances insensées (et à risquer de ne plus être assurés).

Enfin, au niveau général, la prévention des maladies nosocomiales concerne aussi l'ensemble de la société et signifie que le gouvernement décide de réorienter les politiques de production agricole et industrielle, cherchant à éviter de nouvelles catastrophes.

## Bibliographie

1. Pr Dominique Belpomme, "Les grands défis de la politique de santé en France et en Europe", Médicis, Paris, 2003.



*Les propos tenus dans cette page n'engagent que leur auteur.*

**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@bhdcjussieu.fr](mailto:klebascl@bhdcjussieu.fr)

# Traitement des déchets d'activités de soins à risques infectieux

Michèle Aggoune, Cadre Supérieur Hygiéniste, CCLIN Paris-Nord

*Les déchets d'activités de soins (DAS) sont "les déchets issus des activités de diagnostic, de suivi et de traitement préventif, curatif ou palliatif, dans les domaines de la médecine humaine et vétérinaire" <sup>1</sup>. Il faut distinguer les déchets d'activités de soins assimilables aux déchets ménagers et les déchets d'activités de soins à risques.*

**L**es déchets d'activités de soins à risques comportent plusieurs catégories qui correspondent à des filières d'élimination distinctes :

- déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI)
- déchets d'activités de soins à risques chimiques et toxiques,
- déchets d'activités de soins à risques radioactifs,
- pièces anatomiques.

## DESCRIPTION

Les DASRI sont des déchets qui :

- soit présentent un risque infectieux, du fait qu'ils contiennent des micro-organismes viables ou leurs toxines, dont on sait ou dont on a de bonnes raisons de croire qu'en raison de leur nature, de leur quantité ou de leur métabolisme, ils causent la maladie chez l'homme ou chez d'autres organismes vivants
- soit, même en l'absence de risque infectieux, relèvent de l'une des catégories suivantes :
  - matériels et matériaux piquants ou coupants destinés à l'abandon, qu'ils aient été ou non en contact avec un produit biologique,
  - produits sanguins à usage thérapeutique incomplètement utilisés ou arrivés à péremption,
  - déchets anatomiques humains, correspondant à des fragments humains non aisément identifiables.

**Pour connaître les modalités d'entreposage des DASRI (durée maximale, localisation...), consulter l'arrêté du 7 septembre 1999 sur [nosobase.univ-lyon1.fr/](http://nosobase.univ-lyon1.fr/)**

Les DASRI sont considérés comme des déchets dangereux. Un déchet est classé dangereux si ce déchet présente une ou plusieurs propriétés de danger énumérées à l'Annexe I du décret du 18 avril 2002.<sup>2</sup> Les déchets hospitaliers (chapitre 18) sont listés en annexe II de ce décret.

**Responsabilités :**  
L'article R 44-2 du code de la santé publique spécifie que "Toute personne qui produit des déchets [...] est tenue de les éliminer".

## TRAITEMENT DES DASRI

Les DASRI (150 000 tonnes/an) doivent être éliminés soit par incinération, soit par désinfection (également appelée prétraitement).

### Élimination par incinération

- Obligatoire pour les déchets susceptibles de renfermer des agents transmissibles non conventionnels (ATNC), et les déchets susceptibles d'endommager les appareils de désinfection (objets métalliques de grande taille...).
- L'incinération est pratiquée soit dans une installation située à l'extérieur de l'enceinte de l'établissement de santé, soit in situ (tend à disparaître).

### Élimination par désinfection

- Ces dispositifs permettent de réaliser un prétraitement des DASRI par un broyage des déchets, associé à une désinfection physique ou chimique. Ils doivent :
- réduire la contamination des déchets

au plan microbiologique pour réduire les risques infectieux.

- modifier les déchets solides dans leur apparence et leurs caractéristiques physiques pour diminuer leur impact au plan psychologique.

Ce prétraitement permettra aux déchets de suivre la filière des déchets ménagers. Toutefois, ils ne peuvent, en aucun cas, être compostés.

Ces dispositifs ne peuvent être commercialisés sans une évaluation et une validation par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France. La procédure à suivre pour obtenir cette validation est décrite dans la circulaire du 26 juillet 1991.<sup>3</sup>

Plus de dix ans après leur homologation, moins de dix modèles d'appareils de prétraitement sont en activité et très peu d'unités de désinfection d'activités de soins à risques infectieux sont installés dans les établissements de santé.

**Référence indispensable :**  
Guide technique "Élimination des déchets d'activités de soins à risques", édité par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité en décembre 1999.

## Références

1. Décret n° 97-1048 du 6 novembre 1997 relatif à l'élimination des déchets d'activité de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques et modifiant le code de la Santé Publique.
2. Décret n° 2002-540 du 18 avril 2002 relatif à la classification des déchets.
3. Circulaire DGS/DEPPR n°53 du 26 juillet 1991 relative à la mise en œuvre de procédés de désinfection des déchets contaminés des établissements hospitaliers et assimilés.

# Nouvelle circulaire relative à la désinfection des endoscopes <sup>(1)</sup>

Danièle Landriu, Cadre Supérieur Hygiéniste, CCLIN Paris-Nord

*Ce texte, très attendu, abroge définitivement la circulaire n° 236, déjà modifiée par la circulaire n° 138 relative au risque ATNC. Ces recommandations ne concernent que la pratique manuelle de désinfection des endoscopes. Le texte renvoie au "guide pour l'utilisation des laveurs-désinfecteurs d'endoscopes" pour la désinfection automatisée (DGS/DHOS, CTIN/novembre 2003).<sup>2</sup>*

**C**es recommandations s'appliquent aux endoscopes utilisés pour des patients sans caractéristiques particulières et ceux présentant un ou des facteurs de risques individuels d'ESST selon les définitions de la circulaire n°138. Pour les patients suspects ou atteints, les cliniciens doivent "se conformer strictement aux recommandations de la circulaire n°138".

## RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS

Objectif du traitement des endoscopes : prévenir l'ensemble des risques infectieux exogènes pour chaque patient soumis à l'endoscopie.

### Les étapes pour le traitement des endoscopes

**1) Pré-traitement** pour éliminer les souillures visibles.

**2) Nettoyage en 2 phases** étape fondamentale, le plus précocement après le pré-traitement, avec un détergent d'efficacité prouvée.

- 1<sup>er</sup> nettoyage : action physico-chimique et action mécanique poussée, de tous les éléments : valves, pistons, écouvillonnage, irrigation de tous les canaux jusqu'à limpidité du liquide ; temps dédié : 10 minutes (pas moins).

- 2<sup>e</sup> nettoyage : dans une nouvelle solution détergente, immersion et irrigation de tous les canaux ; temps dédié : 5 minutes (pas moins).

Remarque : les nasofibrosopes sans canal opérateur utilisés dans un acte de durée brève et sans effraction peuvent bénéficier d'un seul nettoyage en raison de la facilité de nettoyage de ce type de matériel.

**3) Rinçage intermédiaire** à l'eau du réseau, dès la fin du nettoyage, abondant, il élimine toutes souillures résiduelles, et

traces de détergent, irrigation de tous les canaux et purge à l'air de tous les canaux.

**4) Désinfection** avec un produit désinfectant uniquement choisi pour ses propriétés anti-microbiennes selon le niveau de désinfection requis (intermédiaire ou de haut niveau) et, pour respecter la circulaire n° 138, appartenant au groupe II des produits désinfectants. Le renouvellement du bain : important en raison des problèmes de stabilité de certains désinfectants du groupe II, le contrôle de validation de la concentration est suffisant pour déterminer le renouvellement du produit (cependant si activité importante = renouvellement plus fréquent).

- à chaque changement du bain le bac est nettoyé désinfecté ou autoclavé

- temps de trempage dans le désinfectant varie en fonction du niveau requis de désinfection et en fonction du produit avant le rinçage terminal ; purge à l'air pour éliminer traces de désinfectant.

**5) Rinçage terminal** pour réduire le risque toxique sans modifier le niveau de désinfection atteint :

- eau de rinçage renouvelée à chaque endoscope ;

- qualité de l'eau de rinçage dépend du niveau de désinfection effectué ;

- qualité du bac de rinçage homogène avec la qualité de l'eau ;

- les gants : propres ou stériles selon le niveau de désinfection requis.

Concernant les autres instruments utilisés, la circulaire rappelle l'obligation d'utiliser, quand il existe, du matériel à usage unique, et que tout matériel thermostable doit être autoclavé.

Le stockage et le transport sont organisés comme précédemment, le pré-traitement doit toujours être réalisé (et si possible le double nettoyage) en cas

d'endoscopie à distance du site de traitement des endoscopes.

De même un appareil devant subir une maintenance doit subir un traitement complet auparavant.

## CONCLUSION

Si la circulaire n° 138 avait permis d'actualiser nos protocoles, cette nouvelle circulaire dédiée au traitement manuel des endoscopes renforce notre conviction que la détergence est une étape fondamentale pour obtenir une désinfection de qualité. L'évaluation de la qualité est prévue par des audits de pratiques et des contrôles microbiologiques.

Elle insiste sur la nécessité d'utiliser du matériel soit à usage unique, soit à "endoscope unique" donc toujours nettoyé et autoclavé après chaque utilisation.

Elle rappelle aussi les dispositions concernant la matériovigilance (décret n°96-32 du 15 janvier 1996)

Pour compléter ce dossier de traitement des endoscopes doivent paraître :

- le "Guide technique sur l'eau dans les établissements de santé" (CSHPE, CTIN, DGS, DHOS) qui précisera la qualité bactériologique de l'eau pour le rinçage terminal des endoscopes.

- des recommandations pratiques pour l'entretien manuel des endoscopes digestifs.

## Références

1. Circulaire DHOS/DGS/SD5C/2003/N°591 du 17/12/03 relative aux modalités de traitement manuel pour la désinfection des endoscopes non autoclavables dans les lieux de soins.
2. Très important : le 12 février 2004 sont parues au Journal Officiel des décisions de l'AFSSAPS fixant les conditions particulières d'utilisation de certains laveurs désinfecteurs d'endoscopes. (<http://www.afssaps.sante.fr>).

# Signalement des endophtalmies dans l'interrégion Nord

Élise Seringe, Interne de Santé Publique, CCLIN Paris-Nord

**Les endophtalmies correspondent aux critères de signalement définis par décret de part leur localisation. Elles sont rares et parfois sévères. En effet, bien que l'incidence de l'endophtalmie post-opératoire ait considérablement diminué (0,3 %), elle reste une complication imprévisible.**

**D**e juillet 2001 à janvier 2004, 659 signalements d'IN sont parvenus au CCLIN Paris Nord. Trente huit concernaient des endophtalmies (5,7 % des signalements), représentant 53 cas. Six signalements étaient des cas groupés. Au sein de l'interrégion nord, les endophtalmies se répartissent de façon majoritaire en Ile-de-France (33 signalements pour 42 cas) puis en Picardie (4 fiches pour 9 cas) et dans le Nord Pas-de-Calais (1 fiche pour 2 cas) ; la Haute-Normandie n'a signalé aucun cas d'endophtalmie. Seize établissements recensent la totalité des cas. Trois signalements ont fait l'objet d'une expertise par le CCLIN Paris-Nord afin d'identifier la source de

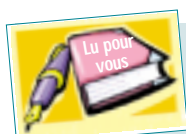
contamination et ont donné lieu à des recommandations.

L'analyse des données nationales 1999-2001<sup>1</sup> a montré que le risque d'infections du site opératoire (ISO) post-chirurgie ophtalmique est extrêmement faible (inférieure à 0,1 pour cent interventions). Aussi, ce type de surveillance en réseau (2 mois d'inclusion) s'avère totalement inadapté à la spécificité ophtalmologique, la probabilité d'identifier une ISO étant très faible dans la période de surveillance et l'interprétation des résultats obtenus extrêmement fluctuante sans comparaison possible. Une surveillance continue spécifique à la chirurgie ophtalmique se prête mieux à la détection d'événements rares de type "endothermiques".

C'est d'ailleurs cette proposition qui a été faite dans le cadre du RAISIN (Réseau Alerte Investigation et Surveillance des Infections Nosocomiales), en collaboration avec l'Académie d'Ophtalmologie au sein d'un Observatoire National des Endophtalmies (ONDE). Son objectif est de coordonner la surveillance épidémiologique de l'IN post-opératoire, essentiellement de la chirurgie de la cataracte.

## Références

1. RAISIN. Surveillance des infections du site opératoire en France entre 1999 et 2001. Disponible sur [www.ccr.jussieu.fr/cclin](http://www.ccr.jussieu.fr/cclin)



## Transmission hospitalière, en postpartum, d'une souche de staphylocoque doré méticillino-résistant (SARM) acquise dans la communauté. *Clinical Infectious Disease 2003 ; 37 :1313-1319*

Les infections à SARM acquises dans la communauté (SARMc) tendent à émerger depuis la fin des années 1990. Elles surviennent en l'absence des habituels facteurs de risque d'acquisition de SARM. La souche MW2, identifiée aux USA en 1998 lors de quatre cas pédiatriques avec décès représente la quasi totalité des cas nord-américains. Elle est génétiquement différente des souches nosocomiales et se caractérise par sa sensibilité aux antibiotiques et par sa virulence.

Cet article rapporte donc la première épidémie liée à la transmission nosocomiale de cette souche de SARMc. Trois cas de mastite à SARM survenus environ trois semaines après l'accouchement dans un même hôpital new-yorkais ont fait l'objet d'une investigation. Cinq autres cas ont été identifiés (1 mastite, 1 ISO, 1 cellulite, 1 pustulose et 1 infection non précisée) parmi les femmes ayant accouché pendant la même période. Les caractéristiques génétiques des 8 souches isolées mises en évidence par l'analyse du polymorphisme de restriction et le séquençage de l'ADN étaient identiques entre elles et à celles du MW2. Aucune voie de transmission n'a pu être mise en évidence. La recherche de portage nasal de SARMc chez les personnels qui

avaient été en contact avec les patientes ainsi que les prélèvements de surface et la recherche de portage pharyngé chez les nouveaux nés étaient négatifs. Une étude cas-témoins a été réalisée afin d'identifier d'éventuels facteurs de risque d'acquisition nosocomiale de ce SARMc en postpartum. Trois témoins par cas ont été sélectionnés au hasard parmi les 312 femmes ayant accouché pendant la même période que les cas. Aucun facteur de risque n'a pu être mis en évidence. Les caractéristiques démographiques, la durée moyenne d'hospitalisation et la proportion de patientes ayant reçu une antibiothérapie au cours de l'accouchement étaient identiques parmi les cas et les témoins. Le portage vaginal de streptocoque B était plus fréquent chez les témoins que chez les cas.

Il s'agit donc ici de cas groupés d'IN à SARMc survenant chez des patientes sans facteurs de risque particuliers. Aucune voie de transmission n'a été identifiée. L'émergence de cette souche à l'hôpital suggère que la surveillance des infections et colonisations à SARMc pourrait être nécessaire à une meilleure compréhension de l'épidémiologie de ce pathogène émergent.

## Bilan CCLIN Paris-Nord au 12 mars 2004

702 fiches de signalement ont été reçues (1793 cas) : 473 en Ile-de-France, 146 en Nord Pas-de-Calais, 45 en Picardie, 37 en Haute-Normandie. Il y a eu déplacements et/ou investigations sur 57 sites.

TABLEAU 1 : RÉPARTITION DES SIGNALEMENTS PAR MOTIF DEPUIS AOÛT 2001

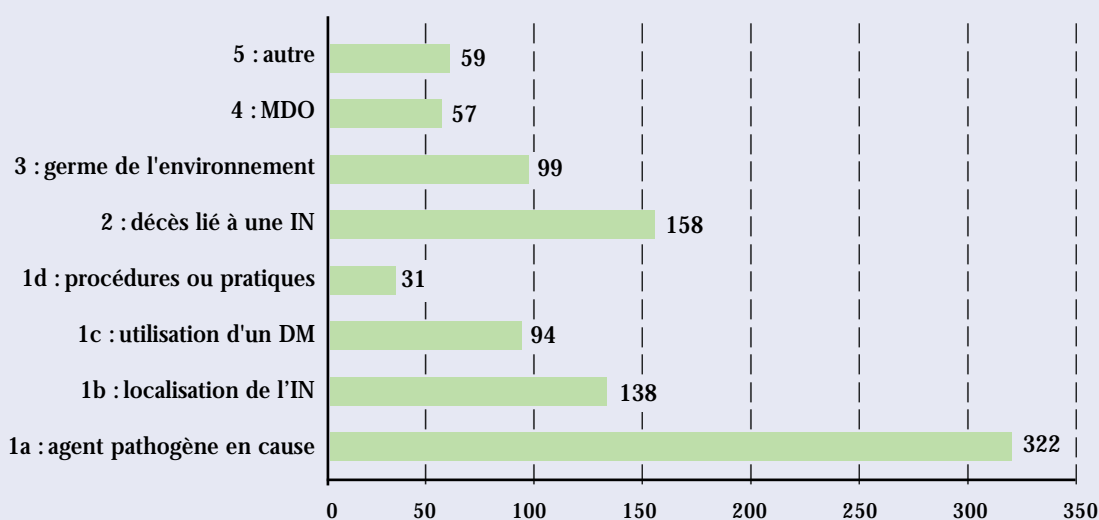


TABLEAU 2 : LISTE DES GERMES QUAND LE MOTIF DE SIGNALEMENT EST 1a

- **113** *Acinetobacter baumannii*
- **24** *Pseudomonas aeruginosa*
- **19** SARM
- **17** GISA
- **11** Parasites (*Sarcoptes*, *Cryptosporidium*)
- **11** *Enterobacter*
- **10** *Legionella pneumophila*
- **9** *Clostridium difficile*
- **7** *Klebsiella pneumoniae*
- **6** VHC
- **6** *Stenotrophomonas maltophilia*

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

Sites	Effectif	%
Ophtalmo	39	28 %
ISO	30	22 %
Os et articulations	17	12 %
Syst. Nerveux central	14	10 %
Bactériémie/septicémie	9	7 %

### EXEMPLES D'INVESTIGATIONS RELATIVES AU SIGNALEMENT MENÉES CES DERNIERS MOIS

- **Épidémie d'*Acinetobacter baumannii* dans le Nord Pas-de-Calais**
- **Cas groupés d'infections du postpartum à Streptocoque A dans une maternité d'Ile-de-France**
- **Cas d'Infections post-opératoires à SARM en Ile-de-France**

Je désire recevoir gratuitement  
le Bulletin du CCLIN Paris-Nord

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

- **5<sup>e</sup> Congrès National de la Société Française de Microbiologie**  
10-12/05/04, Bordeaux-Lac.  
Informations : Société Française de Microbiologie, Tél : 01 45 68 81 79  
cmurphy@pasteur.fr  
<http://www.sfm.asso.fr>
- **13<sup>th</sup> International Symposium & Emerging Infectious Diseases**  
3-5/06/04, Toulon.  
Informations : Marie Nicolas, OVERCOME  
3-5 Boulevard Paul-Emile Victor  
92523 Neuilly cedex  
Tél : 01 41 92 01 20  
hivcongress@overcome.fr
- **15<sup>e</sup> Congrès national de la Société Françaises d'Hygiène Hospitalière**  
10-11/06/04, Montpellier.  
Informations : Europa Organisation  
5 rue Saint-Pantaléon, BP 844  
31015 Toulouse cedex 6  
Tél : 05 34 45 26 45  
europa@europa-organisation.com
- **5<sup>es</sup> Journées Nationales d'Infectiologie organisées par le SPILF et le CMIT.**  
10-11/06/04, Strasbourg.  
Information : Marie-Pierre Delafontaine  
Tél : 01 39 64 88 83  
mpdelafontaine@2m2.fr  
<http://www.infectiologie.com/public/spilf.htm>
- **Congrès de l'Association des Épidémiologistes de Langue Française (ADELF),**  
15-17/09/04, Bordeaux.  
Informations : Tél : 05 56 32 82 29  
congress@congress.fr
- **15<sup>e</sup> Journées Nationales de la S.I.I.H.H.F (Société des Infirmiers et Infirmières en Hygiène Hospitalière de France),** 7-8/10/04, Beaune.  
Informations : Tél : 04 72 27 05 14  
<http://site.voila.fr/siihhf>

## OFFRES D'EMPLOI

- L'unité sectorielle d'hygiène du secteur de l'estuaire situé au Havre recherche une **infirmière (IDE)** à 80 % de temps ayant une expérience en hygiène hospitalière. Pour tout renseignement, contacter l'équipe au 02 32 73 37 26
- **Pharmaciens Sans Frontières CI recherche, en permanence, pour ces missions à l'étranger, des professionnels de la santé.** Nos offres d'emplois sont accessibles sur notre site internet : [www.psfci.prg](http://www.psfci.prg). Vous pouvez adresser vos candidatures (CV + lettre de motivation) à Isabel Martins, [recrut@psf-ci.org](mailto:recrut@psf-ci.org)
- Le CH de Longjumeau (91) recherche un **cadre infirmier ou un(e) infirmier(ère) en hygiène hospitalière.** Le poste à plein temps est à pourvoir pour le 1<sup>er</sup> mars 2004. Renseignements : Docteur Coudray [coudray@ch-longjumeau.fr](mailto:coudray@ch-longjumeau.fr)  
Les candidatures (CV et lettre de motivation) sont à adresser à Mr Vincent Delivet, DRH, 159 rue du Président Mitterrand 91160 Longjumeau.
- Un **poste de MISP (Médecin Inspecteur de Santé Publique)** est à pourvoir à la CIRE (Cellule Interrégionale d'Épidémiologie) de Haute-Normandie. Fiche de poste disponible sur [www.ccr.jussieu.fr](http://www.ccr.jussieu.fr)
- Le CH de Laval (53), 1200 lits, cherche un **remplaçant pharmacien ou médecin sur un poste de praticien hygiéniste** pour un congé maternité à partir d'avril 2004. Possibilité de rester sur un 2<sup>e</sup> poste créé et actuellement vacant. Contacter Flavie Berdin Tél : 02 43 66 55 11 [flavie.berdin@chlaval.fr](mailto:flavie.berdin@chlaval.fr)
- Le CH de Seclin (59) recrute un **praticien hospitalier Temps plein** pour son Équipe Opérationnelle d'Hygiène. Renseignements : B. Cavignaux, tél : 03.20.62.70.03
- Le CH de Valenciennes (59) recrute un **praticien hospitalier temps plein** pour son Équipe Opérationnelle d'Hygiène. Renseignements : [cattoen-c@ch-valenciennes.fr](mailto:cattoen-c@ch-valenciennes.fr)
- CH Angoulême : avis de vacance de poste de **cadre infirmier hygiéniste** à partir de la fin du 1<sup>er</sup> semestre 2004, rattachement à l'unité d'hygiène hospitalière. Renseignements : Isabelle Secher Tél : 05 45 24 40 40, poste 4377 [isabelle.secher@ch-angouleme.rss.fr](mailto:isabelle.secher@ch-angouleme.rss.fr)

## DEMANDES D'EMPLOI

- 02/03/04 : Cadre IBODE recherche un poste d'**infirmière hygiéniste** au sein d'une EOH. Titulaire du DU Hygiène hospitalière et infections nosocomiales. Région souhaitée 92 ouest. Disponible à partir de juin 2004. Sylvie Coulon email: [coulonnette@free.fr](mailto:coulonnette@free.fr)
- 01/03/04 : **Praticien hospitalier**, liste aptitude 2003 en hygiène cherche poste temps plein Paris ou région parisienne. Expérience de plusieurs années comme responsable d'une EOH interhospitalière de structure privée. Mireille Boisson : 06 68 73 54 15

## CONGRÈS / ÉTRANGER

- **Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA) Annual Meeting**  
17-20/04/04, Philadelphia (USA).  
Informations : SHEA, [sheahq@talley.com](mailto:sheahq@talley.com)  
<http://www.shea-online.org>
- **Colloque de l'Association des Épidémiologistes de Langue Française (ADELF)**  
Thème : L'épidémiologie et la prise de décision en santé publique, 29-30/05/04, Oran (Algérie).  
Informations : Karima Chenni  
Tél : 213 41 32 13 47  
[biostat@biostats-oran.com](mailto:biostat@biostats-oran.com)  
<http://www.biostat-oran.com>
- **APIC's 31<sup>st</sup> Annual Education Conference and International Meeting (Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology)**  
6-10/06/04, Phoenix (USA).  
Informations : APIC,  
Phone : 1 202 789 1890  
[apicinfo@apic.org](mailto:apicinfo@apic.org)
- **2004 Annual Conference on Antimicrobial Resistance**  
28-30/06/04, Bethesda (Maryland, USA)  
Information : National Foundation for Infectious Diseases, USA  
Phone : 1 301 656 0003  
[resistance@nfid.org](mailto:resistance@nfid.org)  
<http://www.nfid.org/conferences/resistance04>



**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. Landriu, 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 : 2<sup>e</sup> trimestre 2004