

Sommaire

RÉSEAUX DE SURVEILLANCE

- 2** BMR : résultats de la surveillance 2004
- 6** Consommations d'antibiotiques : résultats de la surveillance 2003
- 8** Analyse comparative des résultats des enquêtes nationales de prévalence des IN

EN DIRECT DES ÉTABLISSEMENTS

- 10** Une cellule aspergillose au CHU de Rouen
- 11** Mise en place des SHA au CHU de Rouen

MISE AU POINT

- 12** Prise en charge de personnes présentant un SRAS

SIGNALEMENT

- 15** Signalement des IN à Streptocoque du groupe A
- 17** Avis de la Société d'Hygiène Hospitalière
- 18** Tableau de bord du CCLIN Paris-Nord

17 LU POUR VOUS

19 LA PAROLE AUX USAGERS

20 EMPLOIS

21 CONGRÈS

Ce numéro est essentiellement consacré à la surveillance et la prévention des BMR. Les résultats de la surveillance des SARM et entérobactéries productrices de BLSE à partir du laboratoire, mise en place en 1996 dans l'interrégion, montre, depuis 2001, l'amorce d'une diminution des taux, à la fois en court-séjour et en soins de suite ou de longue durée. Cette diminution est particulièrement marquée en réanimation. Les résultats du réseau de l'AP-HP font apparaître les mêmes tendances.

Parallèlement, la mise en place des solutions hydro-alcooliques (SHA) pour l'hygiène des mains s'est étendue à la plupart des établissements et s'est généralisée dans les services de réanimation. Il serait sûrement simpliste de faire un lien de cause à effet, mais il est très probable que, avec les SHA, la lutte contre la transmission croisée des bactéries s'intègre de plus en plus dans les pratiques de soins.

Le signalement des infections nosocomiales a également fait évoluer la surveillance des BMR en intégrant dans un système d'alerte des épidémies "nouvelles", par opposition au SARM. On peut citer comme exemple: l'épidémie d'*Acinetobacter baumannii* producteur de BLSE dans le Nord-Pas-de-Calais ou des épidémies de bactéries totalement résistantes aux antibiotiques (Klebsielles ou *Enterobacter* résistants à l'imipénème, Entérocoques résistants à la vancomycine). Le signalement de ces événements a permis d'aider les établissements et les équipes d'hygiène locales à mettre en place les mesures adaptées pour la maîtrise de ces épidémies en intra-hospitalier. La communication faite autour de ces cas groupés a permis de faire prendre conscience aux acteurs concernés, et parfois au public, de la nécessité d'un système d'alerte efficace et réactif. On peut raisonnablement penser que, outre l'impact sur ces phénomènes épidémiques eux-mêmes, il y a eu un retentissement sur la diffusion des autres BMR plus "classiques" qui sont parfois considérées dans les services comme une fatalité.

L'émergence des bactéries totalement résistantes qui concerne également d'autres pays d'Europe est très préoccupante. Des efforts drastiques doivent être faits pour éviter les cas secondaires : sectorisation des cas avec du personnel dédié, réduction d'activité du service... Autant de mesures qui sont difficilement compatibles avec les exigences actuelles du système de santé et qui demandent un réel engagement des directeurs d'établissement. Là encore, l'intervention des structures de référence (CCLIN, DDASS, InVS) grâce au signalement peut être une aide.

Anne Carbonne

Réseau BMR

Résultats de la surveillance 2004

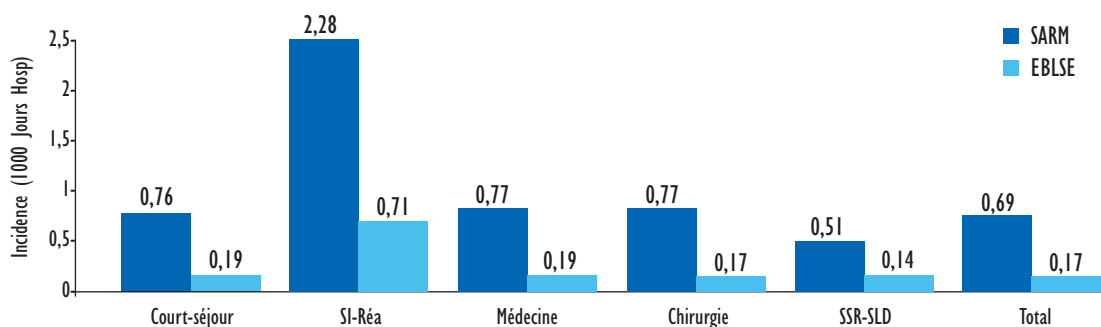
Isabelle Arnaud, Sylvie Maugat, Anne Carbonne, CCLIN Paris-Nord

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

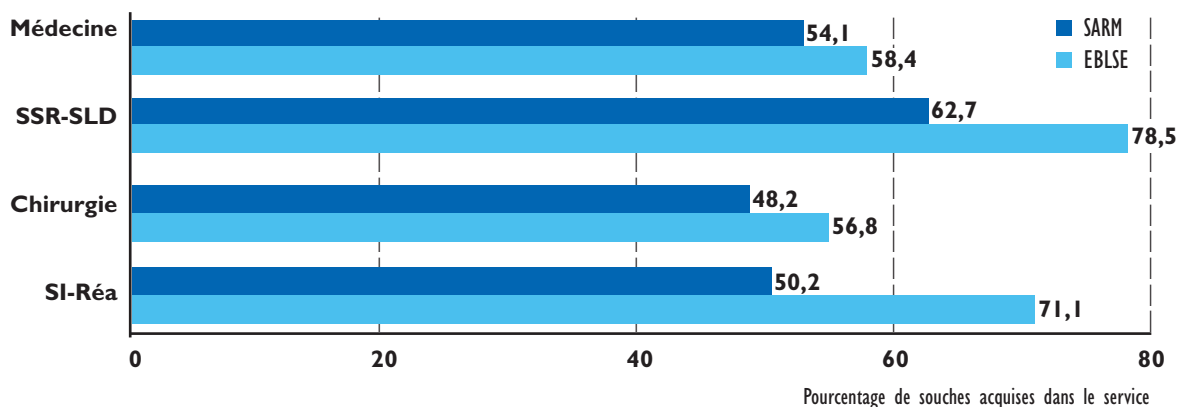
Les BMR surveillées sont les *Staphylococcus aureus* résistants à la méthicilline (SARM) et les entérobactéries productrices de bêta-lactamase à spectre étendu (EBLSE). Ne sont surveillées que les souches isolées de prélèvements à visée diagnostique. Les indicateurs utilisés sont la proportion des souches résistantes au sein de l'espèce et l'incidence pour 100 admissions et 1 000 journées d'hospitalisation.

En 2004, 102 établissements ou groupes d'établissements ont participé à cette surveillance (ils étaient 35 en 1996). La surveillance BMR 2004 a porté sur 319 192 admissions et 2 262 565 journées d'hospitalisation en Court Séjour (dont 107 630 en soins intensifs (SI)-réanimation, 1 123 234 en médecine, 527 828 en chirurgie) et 1 138 279 journées d'hospitalisation en soins de suite et de réadaptation (SSR) et en soins de longue durée (SLD). Au cours

Incidence des SARM et des EBLSE pour 1 000 journées d'hospitalisation par service en 2004



Répartition des SARM et des EBLSE acquis dans les services (par service)



de la surveillance, 6 204 *Staphylococcus aureus* ont été isolés (37,57 % de SARM) et 595 EBLSE dont les principales espèces étaient *Enterobacter aerogenes* (36,5 %), *Escherichia coli* (28,1 %), *Klebsiella pneumoniae* (17,5 %). La figure 1 montre l'incidence globale des SARM et des EBLSE par service (1 cas = 1 malade avec au moins un prélèvement à visée diagnostique) pour 1 000 journées d'hospitalisation.

La détermination de l'origine des BMR a montré que 52,6 % des souches de SARM et 62,2 % des EBLSE étaient acquises dans le service d'hospitalisation du malade.

Les SARM sont majoritairement sensibles à la gentamicine (84 %), le cotrimoxazole (95 %), la pristinaïmycine (87 %), la rifampicine (88,9 %), l'acide fusidique (82,6 %), la fosfomycine (86,6 %), la vancomycine (100 %), et à la teicoplanine (99,3 %). Ils restent globalement résistants à la péfloxacin (13,6 %) et souvent résistants à la tobramycine (25,7 %) et à l'érythromycine (45,3 %).

Les EBLSE sont presque toujours sensibles à l'imipénème (96,5 %) alors que seulement 14,8 % des souches sont sensibles aux quinolones classiques et 19,4 % aux fluoro-quinolones. Les souches sont moyennement résistantes aux aminosides testés (amikacine et tobramycine).

Parmi les 6 204 souches de *S. aureus*, 2 ont une CMI vancomycine > 4g/L et 11 ont une CMI teicoplanine > 4g/L. L'incidence des GISA est de 0,004 / 1000 journées d'hospitalisation et de 0,004 / 100 admissions directes.

Évolution du groupe de laboratoires inclus depuis 1998 (31 laboratoires)

On observe pour les 31 laboratoires qui ont participé aux sept dernières années de surveillance (1998 à 2004) une augmentation de l'incidence des cas de SARM (/1000 journées d'hospitalisation et /100 admissions directes) de

1998 à 2001 puis une diminution à partir de 2002 (cf. tableau 1). On retrouve la même évolution pour l'incidence des cas d'EBLSE. L'évolution de la répartition selon l'espèce des souches d'EBLSE montre une diminution depuis 1999 de la proportion d'*E. aerogenes*. On note l'émergence de *E. coli* dont la proportion passe de moins de 10 % avant 2002 à 25 % en 2004.

Le pourcentage de souche de SARM et d'EBLSE d'origine acquise dans le service qui fluctuait entre 1998 et 2001 diminue régulièrement depuis 2002 passant de 73,3 % en 2001 à 64,6 % en 2004 pour les SARM, et de 84,4 % en 2001 à 78,8 % en 2004 pour les EBLSE.

Évolution de l'incidence des cas de prélèvements à visée diagnostique positifs à souches multirésistantes de *S. aureus* (SARM) et d'EBLSE de 1998 à 2004

Tableau 1

Incidence pour 1000 jours d'hospitalisation							
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
SARM							
Tous services	0,88	0,94	0,94	1,01	0,96	0,85	0,81
CS	1,03	1,04	1,04	1,13	1,09	1,00	0,92
dont SI-réa	3,21	3,47	3,04	2,93	2,90	2,48	2,25
dont médecine	.	1,10	1,05	1,36	1,32	1,17	1,10
dont chirurgie	.	0,82	0,95	0,88	0,82	0,88	0,81
SSR-SLD	0,70	0,88	0,85	0,95	0,79	0,61	0,65
BLSE							
Tous services	0,27	0,28	0,28	0,29	0,27	0,21	0,22
CS	0,31	0,31	0,32	0,35	0,33	0,27	0,25
dont SI-réa	1,27	1,07	1,39	1,34	1,27	0,61	0,58
dont médecine	.	0,34	0,30	0,34	0,38	0,34	0,30
dont chirurgie	.	0,24	0,23	0,30	0,20	0,19	0,22
SSR-SLD	0,21	0,25	0,22	0,23	0,16	0,12	0,19
Incidence pour 100 admissions en court séjour							
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
SARM	0,61	0,64	0,66	0,75	0,69	0,58	0,57
BLSE	0,19	0,19	0,20	0,23	0,21	0,16	0,16

Audit "Isolement des patients porteurs de SARM"

En 2004, 42 laboratoires de microbiologie de l'interrégion Paris-Nord ont participé au module «Évaluation des moyens mis en œuvre pour l'isolement septique des patients porteurs de SARM».

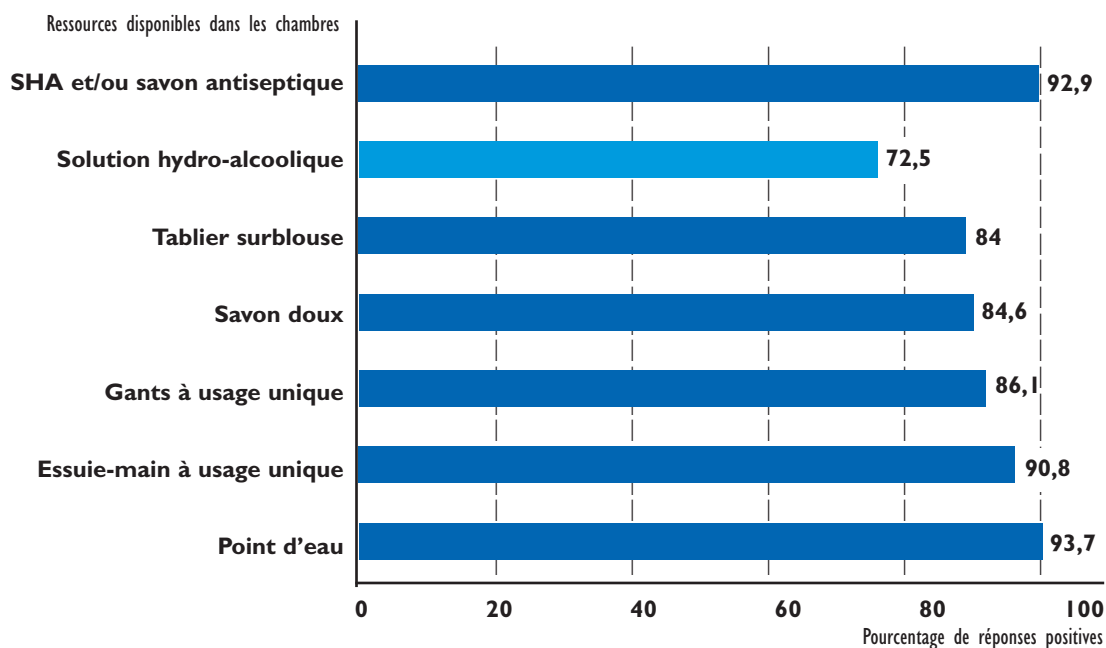
L'évaluation effectuée par l'unité d'hygiène a été réalisée sur tous les patients porteurs de SARM identifiés au cours d'un mois d'audit. Cette surveillance a porté sur 429 patients. 82 % d'entre-eux sont en isolement géographique. Parmi les 429 personnes en isolement technique, 95 % (382 patients) font l'objet d'une signalisation. La signalisation est présente dans 88,7 % des cas au niveau de la chambre, dans 75,7 % des cas au niveau du dossier infirmier, dans 64,9 % des cas au niveau du poste de soin et 48,2 % au niveau du dossier médical et dans 35,1 % des cas au niveau des demandes d'examen et d'acte invasifs.

Le matériel individualisé retrouvé dans les chambres était des petits consommables de soins, un bassin et un urinal et du matériel médical respectivement dans 83,5 %, 72,8 % et 35,1 % des cas. Un sac à linge et une poubelle sans commande manuelle étaient présents dans 82 et 87 % des chambres.

Les autres ressources disponibles dans les chambres sont représentées dans la figure 3 en pourcentage de réponses positives (pour 382 patients).

La présence de SHA seul, de savon antiseptique seul ou de SHA et de savon antiseptique équipe 93 % des chambres. 7 % de chambres sont équipées de savon doux uniquement.

Ressources disponibles dans les chambres des patients porteurs de SARM en isolement géographique

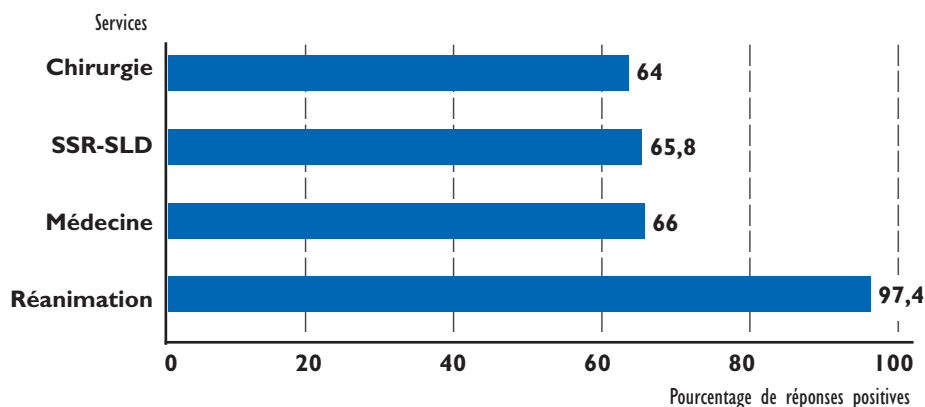


La distribution des solutions hydro-alcooliques (SHA) dans les chambres de patients porteurs de SARM par service (figure 4) montre une forte proportion de chambres équipées de SHA en réanimation avec un taux qui approche les 100 %. Dans les autres services, environ 65 % des chambres sont équipées de SHA.

L'enquête effectuée en 2001 sur des établissements d'Ile-de-France (57 pour 880 patients) a montré que les SHA étaient disponibles dans 38 % des chambres de chirurgie, 32 % des chambres de médecine et de SSR-SLD et 47 % des chambres de réanimation.

Figure 4

Disponibilité des SHA dans les chambres selon les services en 2004



Chirurgie : 89 patients • SSR-SLD : 111 patients • Médecine : 153 patients • Réanimation : 38 patients

Conclusion

Au sein des établissements qui participent à la surveillance depuis 1998, l'incidence des SARM (prélèvements à visée diagnostique) a cessé d'augmenter en 2001. Depuis 2002, l'incidence a baissé régulièrement dans pratiquement tous les services. La même tendance est retrouvée pour les entérobactéries productrices de BLSE. Depuis 2001, les SHA sont de plus en plus fréquemment retrouvées dans les chambres de patients porteurs de SARM, notamment dans les services de réanimation où

l'incidence des SARM et des EBLSE a le plus diminué depuis 2001. Il est néanmoins nécessaire de continuer la surveillance en réseau afin de voir si la tendance à la diminution de l'incidence des SARM et des EBLSE va se poursuivre dans le temps. Il faut aussi continuer à encourager l'utilisation des SHA dans les autres services. ■

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

Coordination : A. Carbonne, V. Jarlier – **Comité de pilotage :** M.T. Albertini, P. Astagneau, C. Benoit, L. Berardi, Y. Berrouane, A. Boisvion, P. Caen, C. Cattoen, A. Carbonne, Y. Costa, E. Delière, D. Demontrond, F. Eb, G. Grise, A. Harel, V. Jarlier, T. Guérout, C. Malbrunot, S. Maugat, M. Nouvellon, B. Pangon, M. Roussel-Delvallez, A. Vachée • **Nous tenons à remercier tous les établissements ayant participé au réseau BMR 2004.**



→ Si vous souhaitez publier votre expérience de terrain (audit, épidémie, actions de prévention...) dans le bulletin du CCLIN, contactez Karin Lebasclé au 01 40 46 42 13 ou klebascl@bhdc.jussieu.fr

Mobilité

→ Delphine Verjat a rejoint l'équipe du CCLIN Paris-Nord au poste de pharmacien. Pour la contacter : 01 40 46 42 09, delphine.verjat@bhdc.jussieu.fr



Résultats de la surveillance 2003 des consommations d'antibiotiques

Isabelle Arnaud, François L'Héritau, Anne Carbonne, CCLIN Paris-Nord

Depuis 2002, le CCLIN Paris-Nord coordonne un réseau de surveillance des consommations d'antibiotiques. Il s'agit d'une surveillance annuelle dont les objectifs sont d'évaluer les consommations, les moyens mis en œuvre pour favoriser leur bon usage et l'incidence de certaines résistances bactériennes au sein des établissements.

En 2003, 63 établissements ou groupes d'établissements ont participé au réseau de surveillance de consommation des antibiotiques.

Trois questionnaires ont été remplis. Le premier concernait la consommation d'antibiotiques de l'année écoulée, le second portait sur la « politique » de l'établissement vis-à-vis de cette consommation, et le troisième était axé sur les résistances bactériennes. Seuls les résultats se rapportant à la consommation d'antibiotiques seront décrits dans cet article.

La médiane de la consommation globale des antibiotiques était de 508 doses définies journalières pour 1000 journées d'hospitalisation (DDJ/1000 JH) (extrêmes = [76,8-1322]).

L'analyse a été stratifiée selon trois groupes d'établissements :

- groupe 1 = établissements ayant moins de 33 % de lits de soins de suite et réadaptation (SSR), soins de longue durée (SLD) et psychiatrie (psy) ;

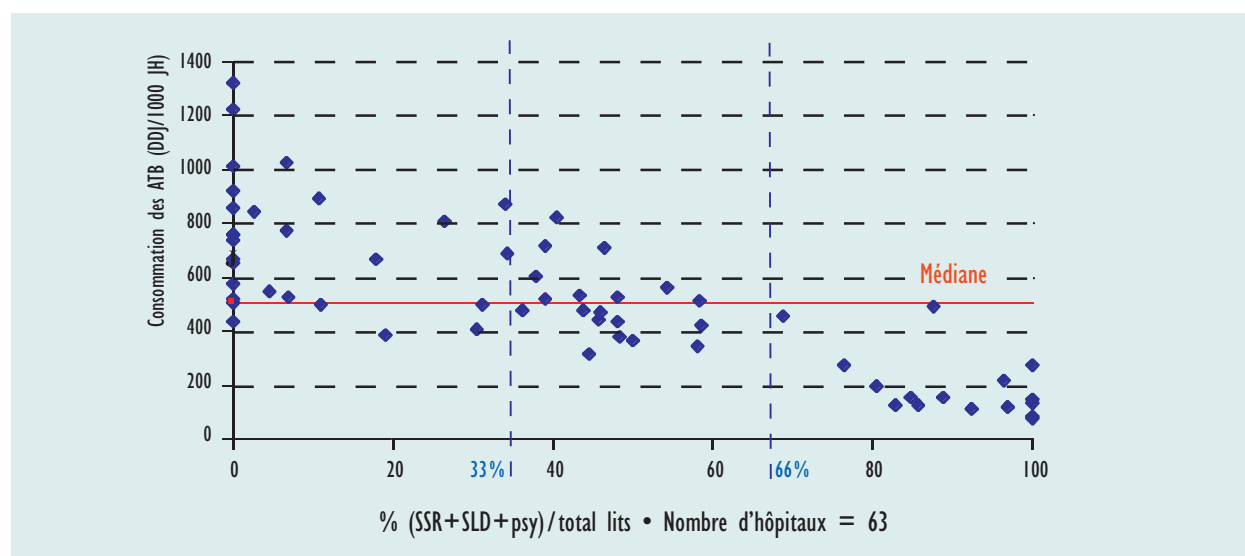
- groupe 2 = établissements ayant entre 33 % et 66 % de lits SSR-SLD et psy ;

- groupe 3 = établissements ayant plus de 66 % de lits SSR-SLD et psy.

La figure 1 correspond à la consommation globale des antibiotiques décrite en fonction du pourcentage de lits de SSR-SLD-psy. Chaque losange représente un établissement.

Les répartitions médianes par groupes d'établissements étaient de 704,4 (extrêmes = [383,8-1322]) DDJ/1000 JH pour le groupe 1, de 510,5 ([313,6-873,3]) DDJ/1000 JH pour le groupe 2 et de 150,8 ([76,8-493,2]) DDJ/1000 JH pour le groupe 3.

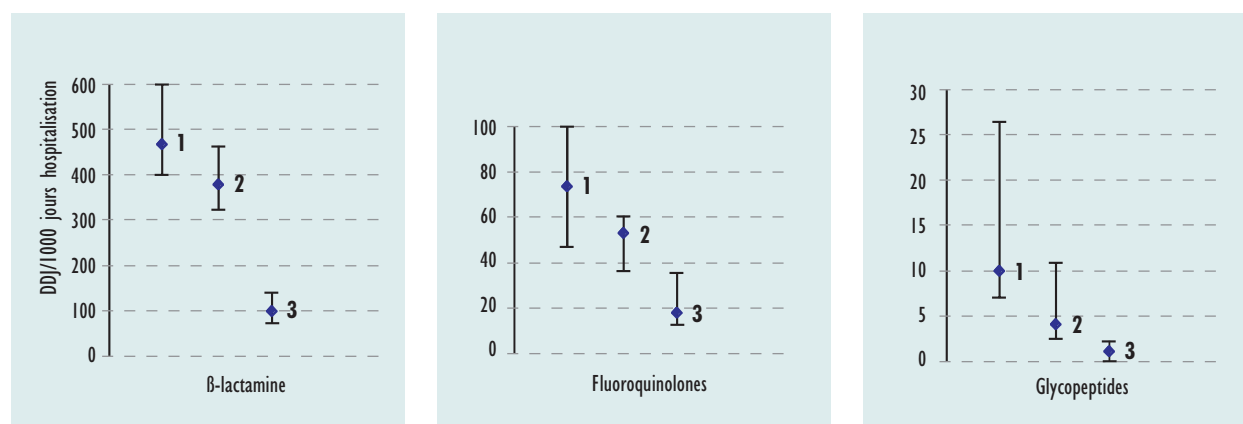
Consommation globale des antibiotiques en DDJ / 1000 journées d'hospitalisation par pourcentage de (SSR-SLD-psychiatrie) / total de lits en 2003



La consommation est retrouvée nettement plus élevée dans le groupe 1 que dans le groupe 3 pour chaque catégorie d'antibiotiques. Les consommations de ciprofloxacine et d'ofloxacine sont équivalentes. Ces deux molécules représentent les 3/4 des fluoroquinolones (figure 2). Les consommations de vancomycine sont superposables à celles des glycopeptides, bien que l'écart interquartile soit moins étendu autour de la médiane. Au contraire, les consommations de teicoplanine sont très faibles. La distribution de la consommation des pénicillines est superposable à celle des b-lactamines en général. La consommation de pipéracilline-tazobactam (groupe 1 : 3,1 [0,2-7,2], groupe 2 : 1,6 [0,5-3,4], groupe 3 : 0 [0-0,2]) est un peu plus élevée que celle de céfépime et ceftiprome (groupe 1 : 1,1 [0,1-3,3], groupe 2 : 0,8 [0,0-3,0], groupe 3 : 0,0 [0,0-0,5]).

Les consommations d'imipénème (groupe 1 : 5,5 [1,8-10,3], groupe 2 : 1,8 [1-3,6], groupe 3 : 0,3 [0,1-1,3]) et ceftazidime sont similaires. Une deuxième stratification plus fine portant sur les établissements avec moins de 30 % de lits de SSR-SLD-psy a été effectuée et a montré que les établissements qui ont plus de 5 % de lits de soins intensifs (SI), réanimation (réa) et maladies infectieuses (MI) ont des consommations toujours plus élevées que les établissements ayant moins de 5 % de lits de SI-réa-MI, en dehors de l'amoxicilline + acide clavulinique dont les consommations sont équivalentes ; les C3G sont dix fois plus prescrites dans les établissements avec plus de 5 % de lits de SI-réa-MI, les fluoroquinolones deux fois plus, la vancomycine cinq fois plus...

Consommation des antibiotiques en DDJ / 1 000 journées d'hospitalisation (par antibiotique en 2003)



1 = SSR-SLD-psy < 33 % du nombre total de lits

2 = SSR-SLD-psy ∈ [33-67] % du nombre total de lits

3 = SSR-SLD-psy > 67 % du nombre total de lits.

Les points représentent les médianes des groupes. Les traits vont du premier quartile au troisième quartile dans lesquels sont représentés 50 % des établissements du groupe (par groupe : médiane [Q1-Q2] en DDJ/1000 JH).

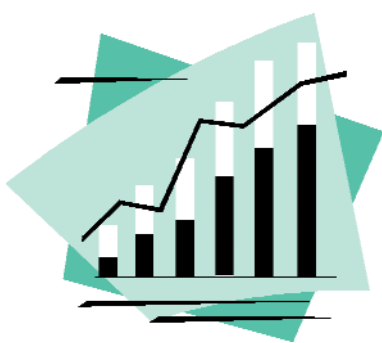
Ces résultats soulignent la nécessité de stratifier la consommation des antibiotiques par type d'établissement et, à terme, par service. Ces résultats permettent aux établissements de situer leurs consommations d'antibiotiques par rapport aux autres établissements de l'interrégion en fonction de leur pourcentage de lits de SSR-SLD et psy.

Cette surveillance devrait permettre de suivre l'évolution des niveaux de consommation des établissements en fonction de la mise en place des mesures de contrôle de cette consommation. ■

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

Coordination : F. L'Héritier, A. Carbone – **Comité de pilotage :** S. Alfandari, P. Astagneau, G. Beaucaire, K. Blanckaert, C. Bonenfant, C. Brocard, A. Carbone, A. Chalfine, Y. Costa, E. Delière, F. Espinasse, N. Fortineau, G. Kac, Z. Kadi, F. L'Héritier, F. Manela, J. Raffin, J.-L. Schmit, P. Votte.

Nous tenons à remercier tous les établissements ayant participé au réseau Consommation d'antibiotiques 2003.



Analyse comparative des résultats des enquêtes nationales de prévalence des infections nosocomiales de 1996 et 2001 dans l'interrégion Paris-Nord

Sylvie Maugat, pour le CCLIN Paris-Nord

En France, la répétition d'enquêtes nationales de prévalence a été décidée pour sensibiliser le personnel soignant et décrire l'épidémiologie des infections nosocomiales (IN) dans le cadre du plan quinquennal 1995-2000 de lutte contre les IN (circulaire DGS/DH n°17 du 19 avril 1995). La répétition de ces enquêtes peut permettre d'évaluer l'impact global d'une politique de prévention, à condition de prendre en compte les indicateurs de risque des patients ¹⁻³.

Contexte

Entre 1996 et 2001, la lutte contre les IN a été renforcée dans les établissements de santé français avec, notamment, le renforcement des surveillances en réseau, le développement des recommandations de bonnes pratiques, la mise en place des EOH et l'extension de l'obligation de disposer d'un Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) aux établissements privés (Décret n° 99-1034 du 6 décembre 1999 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé). Nous présentons ici une analyse comparative des études de 1996⁴ et 2001⁵ afin d'évaluer l'impact des programmes de prévention mis en place sur les taux de prévalence (TxP) d'IN.

Méthode

La comparaison a été conduite sur un échantillon d'établissements de l'inter-région Paris-Nord ayant participé aux études de 1996 et 2001. Il s'agissait d'enquêtes de prévalence conduites selon la même méthode, basées sur le volontariat, avec un recueil standardisé par patient des indicateurs de risque et des IN actives. Les définitions des IN utilisées étaient celles des 100 recommandations du CTIN et du guide de définition du CCLIN Paris-Nord. Nous avons comparé les TxP bruts et spécifiques, ainsi que la fréquence des indices de risque. Les facteurs de risque, identifiés comme significativement liés à l'IN par régression logistique, ont servi à élaborer un score en cinq classes de risque infectieux nosocomial (Prévarisk) permettant une comparaison ajustée des deux années.

Résultats

Au total, 161 établissements ont participé aux deux études incluant respectivement 61 422 et 58 749 patients. En 1996 et 2001, les TxP d'infectés étaient respectivement de 7,8 % et de 7,3 % et les TxP d'infections de 9,0 % et 8,0 %. Les diminutions observées (-6,4 et -11 %) étaient significatives ($p < 10^{-3}$). En revanche, la fréquence de tous les indicateurs de risque augmentait significativement entre 1996 et 2001 à l'exception des interventions chirurgicales (tableau 1). Les indices de risque pris en compte dans le score Prévarisk étaient : âge > 65 ans, immunodépression, intervention chirurgicale dans les 30 jours, sondage urinaire et cathétérisme central. Les 3/4 des patients enquêtés en 1996 comme en 2001 sont des patients à faible risque infectieux (Prévarisk = 0 ou 1).

Chez les patients à faible risque infectieux (Prévarisk = 0), la réduction des TxP d'infectés (-17 %) et d'infections (-19 %) était significative alors qu'elle ne l'était pas pour les patients à risque élevé (Prévarisk > 3) comme le montre le graphique 1. Chez ces mêmes patients (Prévarisk = 0), la stratification par séjour montre une diminution relative de la prévalence d'infectés en MCO de 45 %. En revanche, les différences observées en SSR-LD et en psychiatrie ne sont pas significatives (graphique 2).

Conclusion

Notre étude montre une réduction relative du taux brut de prévalence des infectés de 6,4 %. Cette réduction reste inférieure à l'objectif de 30 % en cinq ans fixé par le plan quinquennal. Cependant, elle met en avant une augmentation de la proportion de patients à risque; seule la proportion de patients avec une intervention chirurgicale dans les

30 jours a diminué. La diminution des taux de prévalence reste significative après prise en compte de ces indices de risque. Les diminutions relatives observées chez les patients à faible risque sont plus importantes que pour l'ensemble des patients enquêtés. Ainsi, notre étude suggère un effet positif du programme de lutte contre les infections nosocomiales mis en place au cours des dix dernières années, notamment chez les patients à faible risque chez qui l'évitabilité de l'infection est *a priori* la plus importante. ■

POUR PLUS DE DÉTAILS

Maugat et al. Réduction significative des infections nosocomiales : analyse stratifiée des enquêtes nationales de prévalence conduites en 1996 et 2001 dans l'interrégion Nord. Path Biol 2003 ; 51 : 483-9.

Bibliographie

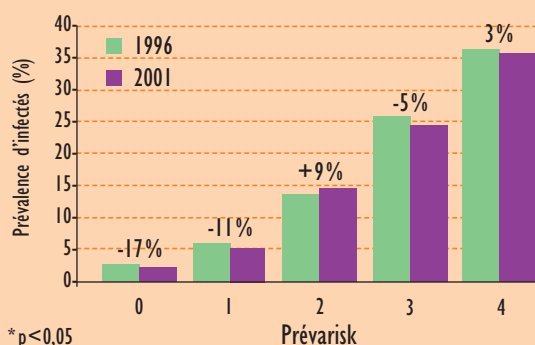
- (1) Nosocomial infection rates for interhospital comparison: limitations and possible solutions. A Report from the National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) System. Infect Control Hosp Epidemiol 1991;12:609-21.
- (2) Emori TG, Culver DH, Horan TC, Jarvis WR, White JW, Olson DR et al. National nosocomial infections surveillance system (NNIS) : description of surveillance methods. Am J Infect Control 1991;19:19-35.
- (3) Gastmeier P, Sohr D, Rath A, Forster DH, Wischniewski N, Lacour M et al. Repeated prevalence investigations on nosocomial infections for continuous surveillance. J Hosp Infect 2000;45:48-54.
- (4) The French Prevalence Survey Study Group. Prevalence of nosocomial infections in France: results of the nationwide survey in 1996. J Hosp Infect 2000; 46:186-93.
- (5) Réseau d'alerte, d'investigations et de surveillance des infections nosocomiales (RAISIN). Enquête de prévalence nationale 2001. Résultats. <http://www.invs.sante.fr>

Prévalence des infectés selon les indicateurs de risque en 1996 et 2001

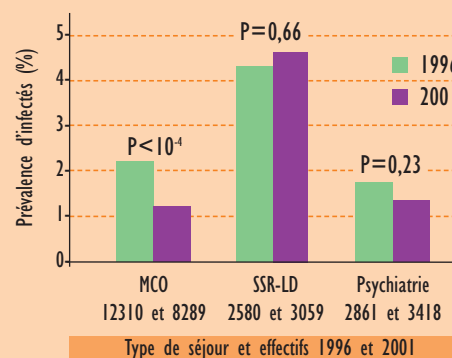
	Prévalence des indicateurs de risque			Prévalence des infectés*		
	1996	2001	p	1996	2001	P
Patients (N)	61 422	58 749		5 502	4 698	
Age > 65ans (%)	52,0	52,3	0,18	9,7	9,5	0,25
Immunodépression (%)	10,3	12,0	<10 ⁻⁴	12,1	12,6	0,36
Intervention chirurgicale (%)	18,6	17,9	0,001	11,8	11,3	0,23
Sondage urinaire (%)	8,0	10,0	<10 ⁻⁴	32,8	28,8	<10 ⁻⁴
Cathétérisme (%)	21,6	23,6	<10 ⁻⁴	13,6	12,5	0,009
Cathétérisme périphérique (%)	17,0	18,4	<10 ⁻⁴	11,2	10,3	0,033
Cathétérisme central (%)	5,3	6,1	<10 ⁻⁴	22,1	20,8	0,19

* Infectés = patients avec au moins une IN

Prévalence des patients infectés ajustée sur le score « Prévarisk » en 1996 et 2001



Prévalence d'IN selon le type de séjour chez les patients à faible risque (Prévarisk = 0)





Mise en place d'une cellule aspergillose au CHU de Rouen

Michèle Nouvellon *, Claudie Lecoq **

Le CHU de Rouen connaît depuis 2002 une longue série de travaux de rénovation et de construction. La continuité des soins est maintenue, y compris l'activité de greffe de moelle osseuse. Ces travaux s'accompagnent donc d'un risque majeur d'aspergillose invasive nosocomiale (AIN).

De nombreux services à risque d'AIN sont concernés : réanimation adulte médicale et chirurgicale, pédiatrique médicale et chirurgicale, oncohématologie avec secteur de greffe de moelle, néonatalogie, transplantation cardiaque, transplantation rénale, infectiologie, biberonnerie, stérilisation. La conférence de consensus publiée en mars 2000 par la SFHH et l'ANAES⁽²⁾ préconise, lors de travaux en milieu hospitalier, la création d'une "cellule aspergillose" ayant pour mission de coordonner les mesures de prévention vis-à-vis des patients à risque. Dès septembre 2002, devant la multiplication des chantiers initiés en zone de soins, le médecin biologiste responsable du Laboratoire d'Hygiène avec le soutien du CLIN met en place ce groupe multidisciplinaire au CHU de Rouen. Ce groupe réunit des représentants des services techniques, de l'équipe opérationnelle d'hygiène, des services économiques, de la direction des soins infirmiers, des services à risque ainsi que le biologiste mycologue de l'établissement. Sa coordination est confiée au médecin biologiste hygiéniste sous l'égide du CLIN. Parmi les recommandations publiées par l'ANAES, le renforcement du bionettoyage est une mesure incontournable quel que soit le niveau de risque. Or, cette mesure n'était pas réalisable en 2002 avec les moyens humains de notre établissement. C'est pourquoi une équipe mobile d'agents de services hospitaliers a été créée afin d'aider les services de soin à appliquer cette recommandation. En avril 2003, la cellule a dû gérer le risque aspergillaire lors de travaux de rénovation importants durant un mois en oncohématologie pédiatrique. Il s'agissait d'un niveau de risque maximal mais la fermeture complète du service, recommandée dans ce cas, n'était pas envisageable. Pour maintenir l'activité du service, une sectorisation étanche a été mise en place avec dans la moitié du service restant en activité un renforcement du bionettoyage et une modification des circuits logistiques sous contrôle de prélèvements d'air et comptage particulière quotidien. Ceci a été possible grâce au respect strict d'un échéancier défini au préalable. Lors de cette première expérience, les prélèvements quotidiens ont confirmé l'efficacité des mesures mises en place rassurant ainsi l'équipe médicale. L'information des compagnons et du personnel a permis une coexistence optimale entre ces deux corps de métier.

Enfin, aucun cas d'AIN n'a été détecté chez les patients hospitalisés à cette période⁽³⁾.

Les recommandations sont résumées dans un document à usage interne, le "Manuel de la cellule aspergillose". Un Mémento à l'usage des cadres et correspondants d'hygiène apporte une aide pour la gestion des travaux dans une unité de soins et un Mémento pour les compagnons qui interviennent en milieu hospitalier s'est avéré nécessaire en plus des réunions d'information. Ce mode de fonctionnement nécessite une collaboration étroite entre les différents intervenants. Dans tous les cas, l'adéquation entre la poursuite de l'activité de soin et les travaux à risque élevé doit être anticipée grâce à une concertation indispensable entre l'équipe technique et les soignants. Neuf chantiers à risque ont été gérés en deux ans depuis décembre 2002 et aucune épidémie d'AIN n'a été détectée.

La mise en place d'une cellule aspergillose permet de prévenir efficacement la survenue d'épidémie d'AIN. Elle suppose une étroite collaboration entre hygiénistes et services techniques. ■

Bibliographie

- (1) Bocquet P. Aspergillose invasive nosocomiale et travaux hospitaliers : Recommandations. Les guides de l'AP-HP, ed Doin. 1993
- (2) ANAES. Prévention du risque aspergillaire chez les patients immunodéprimés. Texte de Consensus. Mars 2000.
- (3) Chefson C. Prevention of invasive aspergillosis during reconstruction work within a paediatric haematology and bone marrow transplant unit. Soumis à publication.

* Laboratoire d'hygiène département de microbiologie, CHU de Rouen

** Unité de Prévention des Infections Nosocomiales, CHU de Rouen

Mise en place des Solutions Hydro-Alcooliques (SHA) au CHU de Rouen

Denis Thillard^{1,2}, Marie-Pierre Tavalacci², François Caron², Jean-Christophe Richard²

1 Unité de Prévention des Infections Nosocomiales - Département d'Epidémiologie et de Santé Publique • 2 Commission Solution Hydro-Alcoolique du CLIN du CHU de Rouen

Le CTIN¹ recommande l'utilisation des SHA à la place du lavage simple au savon doux et à la place du lavage antiseptique. Dans notre établissement, l'utilisation des SHA a été un objectif institutionnel dès la fin 2001. Le CLIN a souhaité mettre progressivement en place les SHA dans l'ensemble de l'établissement.

Le CLIN a créé une commission composée des représentants de la pharmacie, de la direction, de l'équipe opérationnelle d'hygiène et des services cliniques. La SHA a été choisie à partir d'une étude réalisée dans notre établissement basée sur des critères d'efficacité in vitro, de tolérance et d'acceptabilité par les agents. Notre établissement compte 2 500 lits répartis sur cinq sites géographiques différents. Les SHA ont été mis en place, en accord avec la pharmacie, dans les services qui avaient reçu une formation initiale. Cette formation a été réalisée pour les services prenant en charge des patients à risque élevé d'infections nosocomiales et les services en période d'épidémie. Les formations sur sites ont permis de rencontrer un grand nombre de personnes en s'adaptant aux disponibilités médicales et paramédicales. Elles ont été réalisées par un infirmier hygiéniste et/ou un médecin hygiéniste et abordaient les indications de l'utilisation des SHA, son efficacité, l'amélioration de l'observance du lavage des mains et aussi la bonne tolérance cutanée. Une politique de "communication" a aussi été mise en place : trois articles sont parus dans les journaux internes, des affiches et le protocole ont été distribués dans les services et mis sur le site intranet.

Les SHA ont été mises en place dans 27 services (soit la moitié des services) de février 2002 à juin 2002 qui ont bénéficié d'une formation sur site, ce qui a représenté 33 sessions de formation. La mise en place des SHA dans les autres services a eu lieu de juin 2002 à fin 2003 (64 sessions initiales). Afin de permettre l'appropriation par les équipes de ce nouveau produit, il s'est avéré nécessaire de renouveler les formations, ce qui a représenté au total plus de 120 sessions de formations réparties sur 50 services. Au cours de chaque session, entre 15 et 20 personnes étaient rencontrées. Le CLIN a organisé fin 2002, en collaboration avec la formation permanente, une formation présentant le produit et ses avantages à l'ensemble du personnel et des correspondants en hygiène. Des interventions ont eu lieu également auprès des centres de formations de l'établissement (IFSI, école d'aide soignante, de kiné, étudiant en médecine...) soit sous forme de formation initiale des étudiants, soit auprès des enseignants.

Un diaporama avec des boîtes de Pétri a permis de montrer de manière "accrocheuse" l'efficacité des SHA.

Ensuite, une évaluation de la mise en place des SHA a été réalisée par une évaluation des connaissances et de l'utilisation (auto-questionnaire) de l'ensemble du personnel. L'audit sur les connaissances a eu lieu en mars 2004 et a concerné 1 832 personnes (5 240 questionnaires envoyés). Les réponses ont montré principalement que l'efficacité des SHA à la place d'un lavage simple est connue et que les SHA sont bien utilisées à la place du savon doux (par plus de 80 % des personnes interrogées) alors que l'efficacité à la place d'un lavage antiseptique est moins connue et, dans la pratique, les SHA sont peu utilisées à la place d'un lavage antiseptique (40 % des professionnels). Un 2^e après-midi du CLIN a été mis en place en septembre 2004 (250 personnes présentes) permettant de restituer les résultats de l'audit, de présenter les indicateurs et refaire une information sur les points mal compris mis en évidence lors de l'audit. Des quick audits d'observance lors de situations épidémiques ont aussi été réalisés.

Nous travaillons avec la médecine du travail et la dermatologie afin de gérer d'éventuelles intolérances.

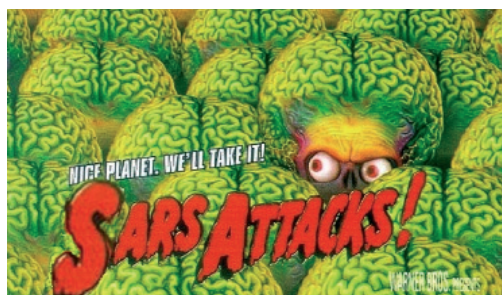
Les indicateurs de l'utilisation des SHA qui ont été choisis :

- Un indicateur direct : consommation par service de SHA pour 1 000j/patients. Cet indicateur mis en place début 2004 est envoyé chaque trimestre dans chaque service avec la consommation moyenne de leur discipline, la consommation minimale et maximale dans un but de mobilisation interne à chaque service.
- Un indicateur indirect : taux de SAMR par service.

Nous continuons à former ponctuellement les sites demandeurs ou pour lesquels les résultats de l'audit et la consommation de SHA est faible. Par ailleurs, nous développons l'utilisation des SHA à la friction chirurgicale au bloc chirurgical et hors blocs (réanimation, radiologie interventionnelle, hémodialyse...). ■

1. Avis du CTIN du 5 décembre 2001 sur la place de la friction hydro-alcoolique dans l'hygiène des mains lors des soins.

2. Rochon-Edouard S., Pons JL., Veber B., Larkin M., Vassal S., Lemeland JF. Comparative in vitro and in vivo study of nine alcohol-based handrub. Am J Infect Control 2004; 32:200-4.



Prise en charge des personnes présentant un syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) au centre hospitalier de Tourcoing

Martine Vanhuffel* , Véronique Lefebvre**

Organisation

L'arrivée annoncée d'un patient en provenance d'une zone où sévissait le SRAS a amené le centre hospitalier à s'organiser, afin de garantir la sécurité du personnel devant s'occuper de ce patient. Dans un souci de cohésion, les partenaires indispensables à l'organisation et la gestion d'événements exceptionnels : direction du personnel, direction des approvisionnements et de la logistique, services techniques, chefs de service de maladies infectieuses et de réanimation, personnels de l'unité d'hygiène et représentants de la direction de la qualité et de la gestion des risques, se sont retrouvés dans le cadre de réunions, appelées « cellule de veille ». Cette cellule a fonctionné sur le principe du plan blanc avec des réactivités étagées.

Accueil des patients

L'accueil de patients valides, sans transfert sanitaire, se fait à l'entrée de l'hôpital. Les patients sont dirigés d'emblée vers une unité de consultation spécifique avec prise en charge par un médecin référent infectiologue, y compris le week-end. Les locaux spécifiques dédiés à cet accueil bénéficient d'un matériel différencié (appareil de radio, matériels médicaux ...). La zone d'accueil est signalée par un fléchage au sol spécifique connu des portiers et de l'ensemble des personnels : jaune pour une consultation, rouge pour une hospitalisation. Du personnel infirmier volontaire est associé aux médecins.

En hospitalisation

Si l'hospitalisation s'avère nécessaire, un circuit dans l'hôpital distinct de celui des autres malades a été organisé. Cela permet l'admission directe du patient dans le service de maladies infectieuses via un ascenseur réservé à cet effet. Cet ascenseur est isolé par un sas. Une partie du service des maladies infectieuses est réservée. La ventilation de cette zone a été différenciée du reste de l'unité. L'accès à cette partie du service se fait au travers d'un sas délimité à la fois par les portes coupe-feu et un autre ensemble de portes (posées spécialement pour cette occasion) permettant ainsi de sécuriser cette partie de l'aile. L'organisation permet le respect des consignes d'isolement géographique. Le patient atteint ou suspect devra cependant traverser le couloir

d'hospitalisation conventionnel, compte-tenu des contraintes architecturales du service. Des mesures seront prises lors de son passage : port de masque pour le patient et pour le personnel accompagnant (le masque étant de type différent) ; personne ne doit être dans les couloirs et les portes doivent être fermées afin d'éviter le contact ou le croisement avec un autre patient.

Dans le cas particulier d'enfants présentant la symptomatologie, ils seraient suivis par une équipe de pédiatrie (pédiatres, puéricultrices) formée à cette prise en charge spécifique, notamment en matière de tenue de protection (technique d'habillage et déshabillage).

Dans le service de réanimation

Un secteur réservé à la prise en charge de ces patients a été désigné ; ce secteur est isolé du secteur d'hospitalisation par un sas avec un double système de portes dûment fermées (posées pour la circonstance). La ventilation du service a été arrêtée et les bouches de ventilation du secteur dédié sont obstruées. D'autre part, toutes les chambres destinées à l'hospitalisation et à la prise en charge de ces patients comportent un sas permettant le déshabillage des personnels affectés au traitement de ces malades.

Organisation des soins

La prise en charge des cas se fait par du personnel dédié et la planification groupée des soins est respectée. Les patients sont dans la mesure du possible non déplacés de leur chambre. Du matériel de radiographie mobile leur est dédié. Des mesures d'hygiène, notamment en termes de tenue du personnel, de bionettoyage des locaux et de matériel à usage unique ont été mises en place.

Tenue du personnel

À l'entrée de la chambre, respect de l'habillage qui se fait dans cet ordre :

- | | |
|----------------------------|--|
| 1 • masque de type FFP3 | 6 • hygiène des mains par application de SHA |
| 2 • surblouse en non tissé | 7 • 1 ^{re} paire de gants |
| 3 • lunettes | 8 • 2 ^e surblouse |
| 4 • charlotte | 9 • 2 ^e paire de gants |
| 5 • couvre-chaussures | |

À la sortie de la chambre, la première surblouse ainsi que la première paire de gants sont ôtées, par retournement, dans le sas. Dans le 2^e sas sont retirés les autres éléments de protection ; les lunettes sont déposées dans une solution détergente désinfectante, puis il est procédé à l'hygiène des mains.

Autres matériels

Le linge est à usage unique (draps, alaises, gants de toilettes...). Les dispositifs de bionettoyage sont réservés aux zones à risque. L'entretien des locaux est effectué avec du détergent désinfectant répondant aux

normes et est fonction de l'objectif à atteindre (bactéricide, virucide, fongicide) ; il respecte les dosages et les temps de contact recommandés. Tout le matériel (appareil à tension, thermomètre) est exclusivement réservé aux patients. Tous les éléments devant sortir de la zone subissent un bionettoyage et une désinfection par dispersat dirigé. Tous les déchets sont conditionnés en double emballage DASRI sur le site de production. Ils sortent de la zone dans un 3^e emballage puis sont déposés dans des containers spécifiques à proximité.

Ces containers sont ensuite enlevés par les agents des services intérieurs, sans aucune manipulation des sacs. Ils sont enlevés par un prestataire de service qui les achemine sur le lieu de l'incinération. Ils ne subissent aucune banalisation avant incinération.

Le circuit des prélèvements sanguins analysés au laboratoire de l'établissement est réalisé en collaboration avec l'équipe du laboratoire (fiche 3). Les prélèvements sont en triple emballage. Pour les examens réalisés en externe, ils sont transportés dans un triple emballage normalisé dont la référence OMS est 6.2 par un transporteur agréé.

Le personnel du laboratoire a reçu une formation à l'habillage et, en particulier, au port du masque FFP3 ainsi qu'à l'hygiène des mains.

Conclusion

Cette gestion a permis de mettre en évidence une réactivité et un professionnalisme de tous les partenaires :

- sensibilisation et adhésion de tous aux activités de soins SRAS ;
- capacité d'adaptation et d'amélioration ;
- travail en commun et respect mutuel ;
- grande disponibilité ;
- sentiment d'efficacité et de confiance mutuelle.

Chaque observation ou difficulté a été entendue, ce qui a permis de mettre en place des solutions efficaces.

Cette période a vu les liens des différents corps de métier se renforcer dans un seul but : la prise en charge d'un patient tout en assurant une sécurité maximale aux équipes.

Un gros effort de communication a été mené (informations en amphithéâtre, rencontre des équipes et de leurs familles) afin que puissent être exprimées les craintes et les appréhensions.

Tous ces éléments ont permis aux équipes de mettre en œuvre les mesures d'hygiène recommandées pour cette pathologie, d'avoir la réponse à leurs questions.

Nous avons fait la démonstration concrète d'un partenariat qui va bien au-delà d'une définition d'un mot dans le dictionnaire. ■

* Cadre supérieur de santé en hygiène hospitalière

** Infirmière hygiéniste UHLIN

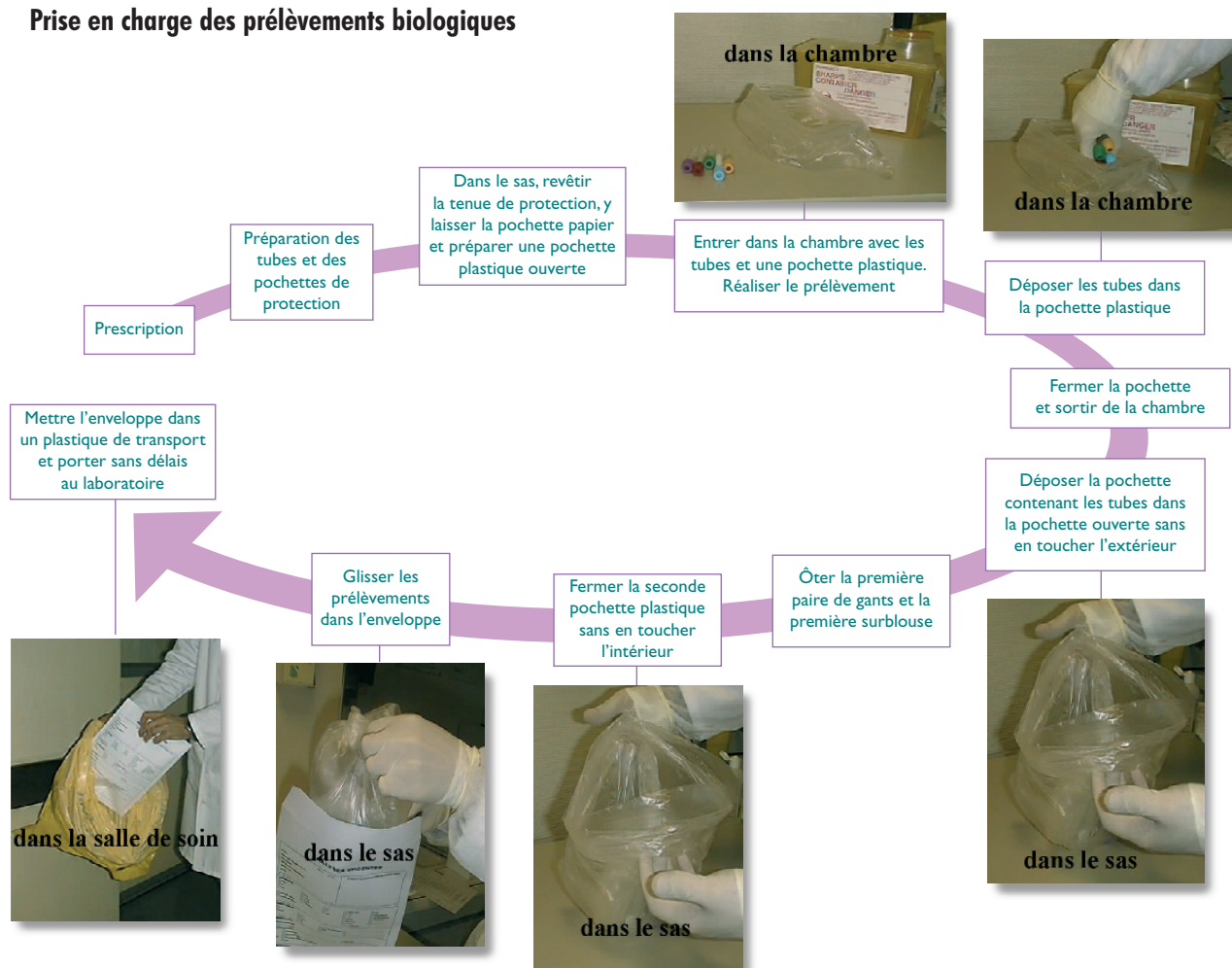
Protocoles rédigés par l'unité d'hygiène pour la prise en charge d'un patient suspect de SRAS

- orientation du patient à partir de l'entrée dans l'établissement
- prise en charge du patient au secrétariat des urgences
- prise en charge en consultation
- prise en charge en réanimation
- prise en charge en service de maladies infectieuses
- prise en charge d'un patient au bloc opératoire
- réalisation d'une radiographie au lit
- réalisation d'un scanner
- protocole d'entretien des lunettes
- conduite à tenir pour toute personne en contact avec un patient SRAS en collaboration avec la médecine du travail
- fiche de bionettoyage

Ces protocoles sont disponibles sur :
www.infectio-lille.com

Prise en charge des prélèvements biologiques

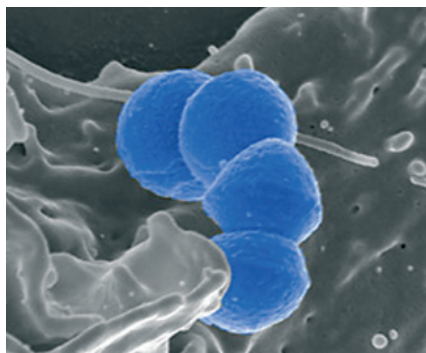
Figure 1



Nouvelles recommandations 2005

- **CCLIN Ouest** Hygiène en maternité - Recommandations - Grilles d'auto évaluation - 103 pages
- **CCLIN Ouest** Hygiène Hospitalière - Guide pour l'évaluation des pratiques - 60 pages
- **Ministère de la Santé** L'eau dans les établissements de santé - Guide technique - 120 pages
- **Afssaps** Rapport sur l'évaluation du risque de transmission de l'agent de Creutzfeldt-Jakob par le sang et ses composants (actualisation des données du rapport de décembre 2000) - 21 pages
- **Conseil Supérieur d'Hygiène Publique** Rapport relatif à la conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de coqueluche (mise à jour du 1^{er} février) - 19 pages
- **Ministère de la Santé** Gestion du risque infectieux en hémodialyse - 128 pages
- **Ministère de la Santé** Guide pour l'entretien manuel des dispositifs médicaux en endoscopie digestive - 38 pages
- **CCLIN Sud-Est** Acide péricétique. Activités et usages en établissements de santé - 72 pages

Ces documents sont téléchargeables à partir du site du CCLIN :
<http://www.ccr.jussieu.fr/cclin>



Signalement des infections nosocomiales à Streptocoque du groupe A dans l'interrégion Nord

Auréli Bourmaud, Anne Carbonne, CCLIN Paris-Nord

Les infections nosocomiales à Streptocoque du groupe A (SGA) sont rares mais leurs conséquences sont souvent graves (Simmelweiss). Depuis la mise en place du signalement des infections nosocomiales, 33 épisodes d'infections à SGA (2 % des signalements) ont été déclarés : 42 % de ces patients ont été hospitalisés en réanimation et 23 % sont décédés.

Les infections communautaires aiguës à SGA sont principalement de localisation ORL (angine) ou cutanée (impétigo, érysipèle, scarlatine). Elles sont exceptionnellement responsables d'un syndrome septique grave. Les infections nosocomiales à SGA liées aux soins sont plus rares. Leur localisation dépend du site d'inoculation du SGA et les complications sont souvent graves. Nous rapportons ici la synthèse des 21 signalements d'infections nosocomiales à SGA reçus par le CCLIN Nord entre juillet 2001 et décembre 2004.

Matériel et méthode

Depuis juillet 2001 le CCLIN Nord a reçu 1 050 signalements. Lorsque les cas déclarés sont considérés comme graves ou à fort potentiel épidémique, des renseignements supplémentaires sont recueillis auprès des établissements.

L'investigation peut être conduite par le CCLIN si l'établissement le souhaite. Les investigations pratiquées par l'équipe d'hygiène locale ou le CCLIN consistent, d'une part, à valider le cas d'infection et son caractère nosocomial, à rechercher des cas associés, à identifier des facteurs de risque ainsi qu'un cas "source" éventuel et, d'autre part, à évaluer les pratiques à risque de transmission. Pour les infections nosocomiales à SGA, ces investigations ont utilisé comme référentiel les recommandations des CDC (*Centers for Disease Control and prevention*).

Résultats

Parmi les 21 signalements reçus par le CCLIN Nord (33 cas), on dénombre 12 infections du site opératoire dont un signalement de 4 cas groupés. Le type d'intervention était varié : cure de varice, thyroïdectomie, exérèse de cancer rectal, chirurgie esthétique... Parmi ces cas, 5 sont décédés et 10 ont été hospitalisés en réanimation. 17 infections du post partum ont été recensées, 4 signalements étant des cas groupés de 2 à 4 infections. Une patiente dans ce groupe a été admise en réanimation et est

décédée d'un choc septique. La plupart des patients avaient une symptomatologie sévère d'endométrite (14 sur 17) ; une hystérectomie a dû être réalisée chez une patiente. Trois autres infections nosocomiales à SGA signalées étaient en fait communautaires, et un autre signalement concernait une pneumopathie nosocomiale à SGA.

Une recherche de cas additionnels par une étude rétrospective et prospective a été réalisée pour 13 signalements. Une revue des dossiers médicaux a été décrite pour 17 signalements. Douze épisodes ont occasionné un dépistage pharyngé de SGA parmi le personnel. Dans trois cas, un personnel soignant du bloc a été retrouvé porteur. Sept audits ont été réalisés, quatre par l'équipe opérationnelle d'hygiène locale et trois par le CCLIN. On ne retrouve pas de défaut de pratique systématique, ou de facteur de risque évident en dehors de l'absence très fréquente du port du masque en salle d'accouchement.

Les recommandations qui ont été proposées aux différents établissements sont principalement le port du masque correct en salle de naissance et au bloc, l'hygiène des mains et la préparation cutanée des opérés selon les protocoles en vigueur (voir avis de la SFHH du 11 mars, [page 17](#) de ce bulletin).

Conclusion

Les infections invasives nosocomiales à SGA signalées sont rares mais ne représentent probablement qu'une partie des cas qui surviennent dans l'ensemble des établissements de santé français. Elles méritent une vigilance particulière pour plusieurs raisons : leur localisation, leur gravité et leur létalité associées quel que soit le terrain du patient. Il semble ressortir de la plupart des investigations qu'un effort doit être fait pour le respect plus strict des précautions standard. ■

Voir tableaux 1, 2, 3 page suivante

Tableau 1

ISO

Nb cas	Date diagnostic	Intervention	Type d'infection	Nb décès	Passage en réanimation	Investigation des dossiers	Recherche de cas additionnels	Prélèvement du personnel	AUDIT
1	26/09/2001	Cure de varice	Dermohypodermite nécrosante	1	OUI	OUI	NSP	OUI	OUI
1	24/11/2002	Tumorectomie élargie	Fasciite nécrosante	1	OUI	OUI	OUI	OUI	NON
1	24/07/2003	Césarienne	ISO	0	OUI	OUI	OUI	OUI	NON
1	16/09/2003	Prothèse du genou	ISO	0	OUI, réa chir.	OUI	OUI	NON	NON
4	06.07.08 01/2004	Chir. plastique : abdo et mammaire	ISO	0	OUI (2 pour choc septique)	OUI	OUI	OUI	OUI
1	13/02/2004	Thyroidectomie	ISO et choc septique	1	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
1	12/02/2004	Eventration étranglée	ISO (abcès de paroi) et choc septique	1	OUI	NSP	NON	NON	NON
1	04/05/2004	Exérèse d'un cancer rectal	ISO et septicémie	0	OUI	OUI	OUI	NON	NON
1	01/09/2004	Césarienne	ISO, endométrite fasciite nécrosante choc septique	1	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI

Tableau 2

PP

Nb cas	Date diagnostic	Mode d'accouchement	Type d'infection	Nb décès	Passage en réanimation	Investigation des dossiers	Recherche de cas additionnels	Prélèvement du personnel	AUDIT
3	21/03/2002	Voie basse	Endométrite	0	NSP	OUI	OUI	OUI	NSP
1	28/02/2003	Voie basse	Pyélonéphrite	0	NON	OUI	NON	NON	NON
1	03/06/2003	Voie basse	Endométrite	0	NSP	OUI	OUI	OUI	NON
1	13/12/2003	Voie basse	Pyélonéphrite et choc septique	1	OUI	OUI	NSP	NSP	OUI
4	28/01/2004, 27/02/2004	Voie basse	Endométrite	0	NSP	OUI	OUI	OUI	NSP
2	10 et 17/01/2004	Voie basse	Endométrite	0	NON	OUI	OUI	NON	OUI
1	02/08/2004	Voie basse	Endométrite	0	NON	OUI	OUI	OUI	NON
1	25/08/2004	Voie basse	Endométrite	0	NON	OUI	OUI	OUI	NON
2	31/08/2004	Voie basse	Endométrite	0	NON	OUI	NSP	OUI	NON
1	27/11/2004	Voie basse	Endométrite et sacroïllite	0	NON	OUI	OUI	OUI	OUI

Tableau 3

Autre

Nb cas	Date diagnostic	-	Type d'infection	Nb décès	Passage en réanimation	Investigation des dossiers	Recherche de cas additionnels	Prélèvement du personnel	AUDIT
1	11/01/2002	/	Pneumopathie et choc septique	1	NON	NSP	NSP	NSP	NSP

Communautaire

Nb cas	Date diagnostic	-	Type d'infection	Nb décès	Passage en réanimation	Investigation des dossiers	Recherche de cas additionnels	Prélèvement du personnel	AUDIT
3	08/04/2004	/	Pelvipéritonite	1	OUI	OUI	NON	NON	NON
	17/04/2004	/	Septicémie (?)	1	OUI	OUI	NON	NON	NON
	29/04/2004	/	Érysipèle compliqué d'une septicémie	1	OUI	OUI	NON	NON	NON



Avis de la Société Française d'Hygiène Hospitalière (11 mars 2005)

Port du masque et infection à Streptocoque du groupe A en maternité

Cet avis de la Société Française d'Hygiène Hospitalière (SFHH) ne peut être diffusé ou reproduit que dans son intégralité

La survenue d'un nouveau décès, en relation avec une infection à Streptocoque du groupe A, chez une accouchée, nous conduit à rappeler que :

- a/ le pharynx est le réservoir principal de *Streptococcus pyogenes* ou Streptocoque du groupe A ;
- b/ le port d'un masque chirurgical* est indispensable :
 - dès la rupture des membranes,
 - pour toute personne (sage-femme ou accoucheur) réalisant un accouchement par voie basse,
 - dans toute maternité d'établissement public ou privé**.

* Voir Guide SFHH 2003 "Prévention et surveillance des infections nosocomiales en maternité" (téléchargeable sur le site SFHH).

** Cet avis de la SFHH inclut également les accouchements à domicile.



Effet des différentes méthodes de dépistage de porteurs de SARM lors de leur admission sur la valeur des indicateurs ajustés au risque, selon la pression de colonisation des SARM importés. *Journal of Hospital Infection* 2005;59:254-8.

De nombreuses études ont démontré qu'il pouvait persister un portage sain de SARM après la sortie de l'hôpital. D'autres études ont prouvé qu'il existait désormais une transmission communautaire de SARM. On peut en conclure que la proportion de patients entrant à l'hôpital et déjà porteurs de SARM augmente. On a aussi démontré que l'acquisition nosocomiale était fortement influencée par la Pression de Colonisation des SARM à l'admission. C'est pourquoi les programmes de surveillance du SARM à l'hôpital doivent utiliser des indicateurs ajustés au risque, telles que la proportion de SARM importés et l'incidence du SARM selon la Pression de Colonisation (densité pour 100 patients/jours, de porteurs diagnostiqués positifs à leur admission ou ICP).

Cette étude prospective uni-centrique évalue l'effet de trois méthodes différentes

de dépistage du SARM importé sur ces deux indicateurs ajustés au risque: l'ICP et la proportion de SARM importés. Ces indicateurs ont été calculés plusieurs fois dans le même établissement avec :

- pour la première méthode de dépistage, l'absence totale de programme systématique de dépistage ;
- pour la deuxième méthode, comme seul programme, un dépistage limité au service de soins intensifs ;
- pour la troisième méthode un dépistage systématique des patients n'étant pas en service de soins intensifs et possédant des facteurs de risques de portage de SARM (antécédents de portage de SARM, transfert d'un autre établissement, existence d'une hospitalisation dans les six derniers mois, lésions cutanées chroniques).

En ce qui concerne l'indicateur "proportion de SARM importé", les chiffres varient au sein de l'hôpital de 35,4 % pour la première

méthode à 71,8 % pour la 3^e méthode (avec une différence significative). De même l'ICP varie de 10,4 % avec la 1^{re} méthode à 3,1 % avec la 3^e (58 % de diminution).

Cette étude montre que l'utilisation que l'on pourrait faire de ces indicateurs pour comparer plusieurs établissements demande une interprétation très minutieuse. En effet, les chiffres obtenus sont très fortement liés à la stratégie de détection des porteurs de SARM à l'admission. Il ne faut pas pour autant rejeter ces indicateurs "ajustés au risque" mais plutôt interpréter leurs résultats en prenant en compte les méthodes de dépistage utilisées pour les obtenir.

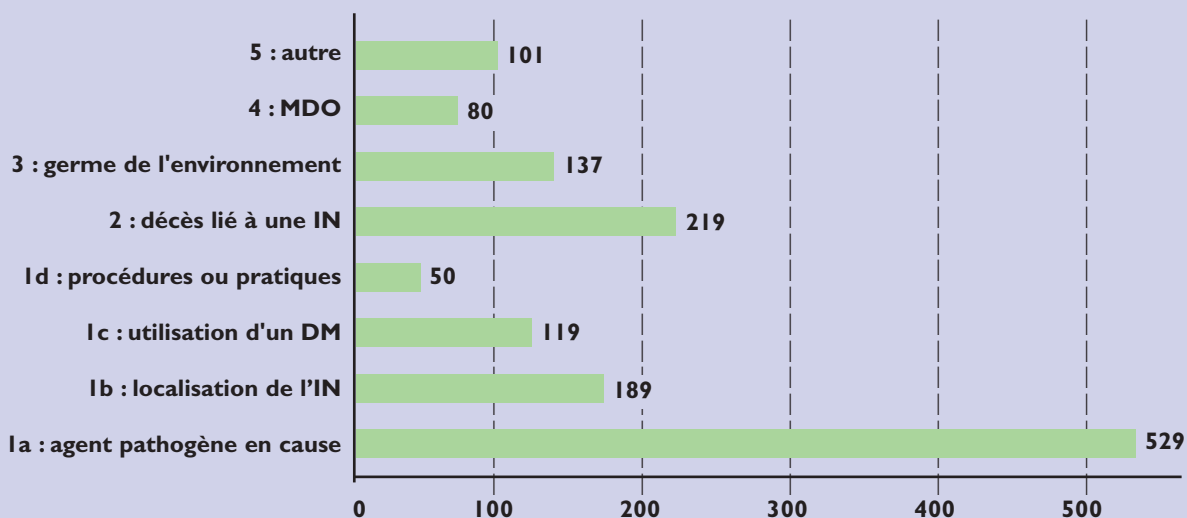
Aurélie Bourmaud
(Interne au CCLIN Paris-Nord)

Bilan CCLIN Paris-Nord au 7 mars 2005

1079 fiches de signalement ont été reçues (3444 cas) : 710 en Ile-de-France, 230 en Nord Pas-de-Calais, 71 en Picardie et 63 en Haute-Normandie.

Répartition des signalements par motif depuis août 2001

Tableau 1



Liste des principaux germes quand le motif de signalement est 1a

Tableau 2

- 193 *Acinetobacter baumannii*
- 64 *Staphylococcus aureus*
- 36 *Pseudomonas aeruginosa*
- 25 *Enterobacter*
- 15 *Aspergillus*
- 14 Parasites
(*Sarcoptes*, *Cryptosporidium*)
- 14 *Clostridium difficile*
- 14 *Streptococcus pyogenes*
- 13 *Legionella pneumophila*
- 12 *Klebsiella pneumoniae*
- 9 VHC

Liste des principaux sites quand le motif de signalement est 1b

Tableau 3

Sites	Effectif	%
Ophtalmo	55	29 %
ISO	38	20 %
Os et articulations	30	16 %
Syst. Nerveux Central	18	10 %
Bactériémie/septicémie	13	7 %

Exemples d'investigations relatives au signalement menées ces derniers mois

Tableau 4

- Épidémie de SARM dans un service d'orthopédie
- Épidémie de grippe dans un établissement de soins de suite
- Suspicion d'hépatite C nosocomiale au décours d'une endoscopie digestive
- Cas groupés de coqueluche nosocomiale

À la rencontre des représentants des usagers

Danièle Landriu et Karin Lebascle, CCLIN Paris-Nord

Depuis 2002, le CCLIN rencontre régulièrement les représentants des usagers de l'interrégion. En 2002 et 2003, l'ensemble des représentants des usagers de l'interrégion ont été invités à une demi-journée d'information en amphithéâtre au CCLIN Paris-Nord.

En 2004, l'organisation fut différente puisque chaque région a proposé une journée de rencontre (le 21 septembre en Ile-de-France, le 28 septembre en Picardie, le 7 octobre en Haute-Normandie, le 13 janvier 2005 en Nord-Pas-de-Calais).

Chaque coordinateur a préparé le programme pour sa région. Les objectifs étaient d'apporter aux usagers des éléments pour mieux appréhender la problématique des infections nosocomiales (définitions, modalités de surveillance, priorités de prévention, outils de communication). Ce choix devait permettre des échanges plus étroits du fait d'un nombre plus restreint de participants (15 à 20 personnes).

L'évaluation de la journée (par questionnaire anonyme) a fait ressortir la satisfaction de la majorité des usagers. La qualité des intervenants, la possibilité de discuter aisément avec eux (petit groupe), l'opportunité d'échanger entre usagers, ont été particulièrement appréciées.

Président de CLIN

N'oubliez pas de nous communiquer les coordonnées des représentants des usagers siégeant au CLIN de votre établissement et de nous signaler tout changement. Merci

Rappel

**“ Les représentants des usagers siégeant au conseil d'administration, ou au sein de l'organe qualifié qui en tient lieu, assistent avec voix consultative à la séance du comité au cours de laquelle sont discutés le rapport d'activité et le programme annuel d'actions.”
(Décret n° 99-1034 du 6 décembre 1999)**

Ces journées ont renforcé l'idée que la communication est essentielle, de part et d'autre.

Ces rencontres seront donc renouvelées. Les représentants des usagers ont ainsi proposé plusieurs thèmes de réflexion pour ces futures réunions et particulièrement leur légitimité et leur rôle au sein des CLIN. ■

Pour en savoir plus sur la fonction des représentants des usagers, vous pouvez consulter le "guide sur les représentants des usagers du système de santé", disponible sur www.ccr.jussieu.fr/cclin/ACTU_DIVERS/actualite.html

Offres

L'hôpital Rothchild recherche un **infirmier hygiéniste**, avec cinq ans d'expérience professionnelle et un DU d'hygiène. Contacter M. Bondrole, tél : 01 40 19 30 66

Le **CH spécialisé de Navarre** (27) recherche un **cadre de santé hygiéniste ou un infirmier hygiéniste**, DU d'hygiène et expérience professionnelle souhaités. Contacter M. Inabnit, directeur de l'établissement, 62 rue de Conches, 27022 Evreux Cedex
claud.inabnit@chs-navarre.fr

Le **CH Côte de Lumière** (Les Sables d'Olonne, Vendée) recherche un **praticien hygiéniste**, profil médecin ou pharmacien (poste de PH temps partiel à titre contractuel). Contacter Mme Pascoet, directrice des Ressources Humaines, CH Côte de Lumière - 75 avenue d'Aquitaine - BP 10393 85108 Les Sables d'Olonne Cedex, tél : 02 51 21 85 40 (fax : 02 51 21 85 60)

Le laboratoire polyvalent du **CH de Melun** (77) recherche un **praticien** (PH temps plein) titulaire du DU d'hygiène sur un poste à activité moitié bactériologie/ moitié hygiène. Contacter Hélène Fiette, présidente du CLIN ou Mme Véronique Scialom, chef de service du laboratoire au 01 64 71 63 78 ou écrire à helene.fiette@ch-melun.fr

La **Clinique Pasteur** (91, Ris-Orangis) recherche URGENT une **infirmière hygiéniste**, à temps partiel ou en vacations. Téléphoner à la direction pour rendez-vous : 01 69 25 69 00

La **Générale de Santé** recrute une **infirmière hygiéniste** pour ses 3 cliniques orthopédiques. CDI temps plein, à pourvoir immédiatement. Contacter Mme Frémouillat, tél : 01 40 79 40 60, m.fremouillat@gsante.fr

Le **Groupe Hospitalier Cochin - Saint Vincent de Paul - La Roche Guyon** (1400 lits) recrute pour l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène un **praticien attaché** pour 5 demi-journées hebdomadaires. Contacter Christophe Vinsonneau, tél : 01 58 41 26 45 ou Dr Hervé Blanchard, tél : 01 58 41 26 32
christophe.vinsonneau@cch.aphp.fr
herve.blanchard@cch.aphp.fr

Le réseau d'hygiène Inter-hospitalier Paris-Sud, centralisé à la **Fondation Hôpital Saint-Joseph** recrute un **IDE hygiéniste** (h/f). Contacter : Jacqueline Gonot
jgonot@hopital-saint-joseph.org

Candidature : réf IDE/105/2004/IH, DRHSI - Fondation Hôpital Saint Joseph - 185, rue Raymond Losserand 75674 PARIS Cedex 14
GestiondesRessourcesHumaines@hopital-saint-joseph.org

Offres

Le **CH de Saint-Cloud** recherche un **cadre hygiéniste ou IDE** avec projet école de cadre, poste sous la responsabilité directe du directeur de soin. Contacter Hervé Pauly

h.pauly@ch-saint-cloud.fr

Demandes

PH Hygiéniste, en cours de DIU, recherche vacations en établissement de Santé, ou poste en entreprise. (région 75, 92, 78). Éventuellement poste d'attaché en Pharmacie+Clin. Formation : Pharmacien option Biologie, Ancien Interne, Hygiéniste (Cnam), Sécurité des établissements de soins. Expérience hospitalière (EOHH, divers hôpitaux gériatriques) et industrielle. Dr J-C. Gourévitch, tél : 06 10 56 63 88

Gourevitch.jc@wanadoo.fr

Infirmière DE en 1986 au CHR de Lille puis **infirmière hygiéniste**, après l'obtention du DUPIN à la faculté de Nancy en 2001, sur 2 polycliniques (650 lits), puis sur un seul pour l'accréditation, responsable de la COH, membre de l'ARIH, du CHSCT, de la centrale d'achats, cherche poste d'infirmière hygiéniste à temps plein et/ ou formatrice dans un hôpital, centre de soins, lycées Professionnels, écoles... dans un rayon de 20 à 25 km autour de Lievin. Mme Béatrice Devanne, tél : 06 08 43 93 10

bdevanne@ahnac.com

Titulaire du DU Évaluation des Pratiques Professionnelles, du DIU Hygiène et Infections Nosocomiales et du DIU Sciences de la Qualité et Établissements de Santé (Paris V), je recherche des **vacations de praticien hygiéniste**, banlieue Sud de Paris

Claudetteduran@aol.com

Titulaire d'une Licence professionnelle biostatistique, je suis à la recherche d'un emploi qui pourrait m'apporter une réelle expérience dans le domaine du **traitement des données de santé** et en particulier au niveau des études cliniques et des enquêtes épidémiologiques. Logiciels : SAS, Access, SPSS, Epiinfo, Word, Excel, PowerPoint, Sphinx. Anglais : lu, écrit et parlé - Arnaud Godeau

agodeau@free.fr

PH attaché hygiéniste, déjà en poste à 6 demi-journées, recherche **vacations** (4,6 ou 10 le cas échéant) en région parisienne. Domaines de compétence : hygiène, gestion des risques, toxicologie, veille. Formation : Pharmacien, Hygiéniste (CNAM). Expérience en gériatrie, mais ouvert à d'autres hôpitaux
jcgou@free.fr

27^{es} Journées Nationales d'Études sur la Stérilisation dans les établissements de santé

20-21/04/2005 - Montpellier
Informations : Joëlle Vanbesien, Centre d'Études et de Formation Hospitalière (CEFH).

BP 98, 46002 Cahors cedex 9

Tél : 05 65 23 06 00, fax : 05 65 23 06 09

vandesiencefh@wanadoo.fr

http://www.cefh-ceps.com/actualite/frames_jns.htm

28^{es} Journées Régionales de Formation en Hygiène Hospitalière

10-11/05/05 - Lyon

Informations : Chantal Comtet, tél : 04 72 11 51 06

chantal.comtet@chu-lyon.fr

16^e Congrès National de la Société Française d'Hygiène Hospitalière

2-3/06/2005 - Reims - Informations : 05 34 45 26 45

europa@europa-organisation.com

<http://www.sfhh.net>

6^{es} Journées Nationales d'Infectiologie (JNI)

organisées par la SPILF et le CMIT 8-10/06/2005 - Nice
Informations : tél 01 43 37 67 30

vivactisplus@wanadoo.fr

<http://www.jni.fr>

Journée RHC (Relais Régional d'Hygiène Hospitalière du Centre)

21/06/2005 - Thème : "Risque nosocomial en maternité, néonatalogie et pédiatrie"

Informations : Chantal Mourens, tél : 02 47 47 82 89

c.mourens@chu-tours.fr

16^e Journée Annuelle du GERES

14/09/2005 - Paris
Thèmes : "Actualités sur les risques infectieux professionnels : coqueluche, grippe aviaire, prions"
"Transmission virale (VIH, VHB, VHC) du soignant"
au soigné : point sur le risque, recommandations"
"La gestion des risques infectieux professionnels en milieu de soins"

geres@geres.org

<http://www.geres.org>

16^e Journées Nationales de la SIIHHF

6-7/10/2005 - Marseille

Informations : Christine Chemorin, Présidente de la Société des Infirmiers et Infirmières en Hygiène Hospitalière de France

christine.chemorin@chu-lyon.fr

<http://www.siihhf.org>

Journée RHC (Relais Régional d'Hygiène Hospitalière du Centre)

11/10/2005
Thème : "Tableaux de bord : surveillance, audits, indicateurs, pertinence et faisabilité en médecine, réanimation, chirurgie obstétrique, ESRR, SLD, ambulatoire"

Informations : Chantal Mourens, tél : 02 47 47 82 89

c.mourens@chu-tours.fr

3^e journée Amiénoise en hygiène hospitalière

18/10/2005 - Amiens

Thème : "Quel isolement pour quelle prévention ?"

Informations : Adjidé Crespin, tél : 03 22 66 82 20

hygienehosp@chu-amiens.fr

4^e Congrès de l'Association Française des Gestionnaires de Risques Sanitaires (AFGRIS)

20-21/10/2005 - Saint-Denis

Thème : "Le retour d'expérience"

Informations : Isabelle de Castro, tél : 01 42 35 62 59

hsd-hygiene@ch-stdenis.fr

<http://www.ccr.jussieu.fr/afgris>

Congrès / Étranger

15th Annual SHEA Scientific Meeting Society for Healthcare Epidemiology of America

9-12/04/2005 - Los Angeles (USA).

Informations : SHEA, Tél : 1 703 299 5146

sheahq@talley.com

<http://www.shea-online.org>

APIC's 31st Annual Educational Conference and International Meeting

19-23/06/2005 - Baltimore (USA)

Informations : APIC, Tél : 1 202 789 1890

apicinfo@apic.org

<http://www.apic.org>

Congrès de l'Association des Epidémiologistes de Langue Française (ADELF)

21-23/09/2005 - Québec (Canada), informations :

adelfquebec2005@agoracom.qc.ca

<http://adelf.isped.u-bordeaux2.fr>

45th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy (ICAAC)

21-24/09/2005 - New Orleans (USA).

Informations : ITS, Tél : 1 847 940 2155

<http://www.icaac.org>



CCLIN Paris-Nord

15, rue de l'École de Médecine, 75006 Paris

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

<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, N. Dubreuil,

J.M. Germain, Z. Kadi, D. Landriu, R. Leroy,

F. L'Hériveau, M. Vanhuffel

Secrétariat de rédaction :

K. Lebasclé

Réalisation

A ÉDITORIAL, Paris

Tél. : 01 42 40 23 00