

# NOSO News



## Bulletin N°49

Mars 2009 - Trimestriel

### AU SOMMAIRE

Édito

p. 1

2<sup>es</sup> états généraux  
des infections noso-  
comiales

p. 2

Évolution des indica-  
teurs de la LIN

p. 4

Incidence des  
SARM acquis et  
consommation de  
produits hydro-  
alcooliques

p. 5

Épidémie de gastro-  
entérites aiguës à  
norovirus au CHU de  
Brest

p. 6

Bloc-Notes

p. 7

Calendrier des  
surveillances 2009

p. 8

Lu pour vous

p. 8

## EDITORIAL

Dans l'inter région, les résultats des actions de prévention des infections nosocomiales sont très encourageants si nous considérons le score ICALIN.

Le taux d'établissements classés en A et B est passé de 58,6% à 88,3% entre 2005 et 2007 (évolution des indicateurs – Martine Aupée).

Néanmoins, il faut considérer que nous avons des efforts à faire pour le bon usage des antibiotiques et l'utilisation des produits hydro-alcooliques.

En comparant l'incidence des SARM acquis et la consommation des PHA dans une cohorte de 17 établissements de l'inter région ayant participé au suivi de l'incidence du SARM et à la consommation des produits hydro-alcooliques, nous constatons une tendance à la diminution des SARM et à l'augmentation de la consommation des PHA.

Ceci n'est pas mis en évidence sur l'ensemble des établissements de l'inter région. Sans doute les établissements de l'inter région présentent une hétérogénéité, à la fois pour la consommation des PHA et l'intérêt pour le SARM. Tous les établissements n'ont pas participé aux différentes enquêtes relatives à ces deux indicateurs. Sur l'ensemble, nous observons que SARM et ICSHA croissent parallèlement. L'ensemble des établissements n'a pas atteint le niveau de consommation de PHA suffisant pour qu'un effet positif soit observé sur l'épidémie de SARM et sa transmission.

Cet hiver a été propice à la survenue d'épidémies :

- grippales : le GROG a observé un pic de fréquence de l'épidémie en janvier février 2009, sans dépasser la limite supérieure pour les 17 années précédentes.

- de gastro-entérites aiguës : plusieurs épisodes ont été rapportés dans l'inter région, en particulier en EHPAD et SLD. L'importance de la vie en communauté pourrait expliquer la diffusion rapide de norovirus, chez les résidents et parmi le personnel.

Nous avons constaté un échec relatif des mesures d'hygiène mises en place.

Déjà, nous pouvons annoncer que le prochain numéro de NosoNews sera consacré aux résultats des surveillances dans l'inter région.

Donc rendez vous en juin.

Professeur Benoist Lejeune, médecin responsable du CCLIN Ouest

### A noter

La journée nationale **Hygiène des mains** organisée en 2008 est reconduite **le 5 mai** prochain. Elle est associée à la journée mondiale sur le thème « Sauvez des vies ; lavez-vous les mains » organisée par l'OMS. Le site du Ministère de la santé mettra à disposition des établissements kits et outils pédagogiques sur un espace dédié à cette campagne. Une inscription en ligne gérée par l'OMS a pour but de recenser les structures du monde participant à l'opération.

### Quelques nouvelles des publications attendues

- Hygiène Hospitalière, nouvelle édition en préparation dont la parution est prévue après les vacances d'été 2009.
- Où en sont les 100 recommandations ?
  - Le groupe de travail est coordonné par Joseph Hajjar ; la première lecture est en cours
- Les recommandations sur la prévention de la transmission croisée de la SFHH vont bientôt tomber sur vos télécriteurs.

A un titre ou un autre le CCLIN Ouest par certains de ses membres participe à ces différents travaux.

# Compte-rendu des deuxièmes états généraux des infections nosocomiales

**Les deuxièmes états généraux des infections nosocomiales et de la sécurité du patient se sont déroulés les 2 et 3 février 2009, au Palais des Congrès à Paris.**

Le 2 février, dans son allocution d'ouverture, Madame Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, a rappelé son souhait d'étendre la lutte contre les infections nosocomiales (infections acquises dans des établissements de santé (ES)), aux infections associées aux soins (IAS). Elle a donc annoncé la prochaine publication d'un plan stratégique de prévention des IAS, qui touchera en plus des ES, le secteur médico-social avec les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) et la médecine libérale. Il s'agira d'adapter le dispositif existant et de collaborer avec les médecins libéraux.

Les futures agences régionales de santé (ARS) coordonneront les actions à mener dans les trois secteurs concernés.

A-M. Ceretti a ensuite fait le bilan des 24 points de la « Déclaration de Paris » 2007, bilan qui a été suivi d'une table ronde consacrée aux centres de référence (CR) des infections ostéo-articulaires (IOA). La création de ces centres se justifie par le fait que 7 contentieux sur 10 sont liés à une infection osseuse mal prise en charge. Huit centres de références des IOA ont ainsi été créés en France pour améliorer la prise en charge initiale des patients présentant une IOA, définir les règles de bonnes pratiques de prise en charge de ces infections, améliorer l'enseignement et la recherche dans ce domaine. A ces centres de référence sont associées des unités labellisées, au maximum 4 par CR. Les centres de références disposent d'un standard paramédicalisé destiné à répondre aux questions du public, des médecins généralistes et des chirurgiens orthopédistes. Ils peuvent également orienter vers des services sociaux et une prise en charge psychologique.

Des questions restent en suspens : les moyens, la répartition des CR sur le territoire national, les rôles respectifs des unités labellisées et des CR, l'harmonisation des modes de fonctionnement, la nécessité de structures d'accueil en aval et la centralisation des données.

Après la pause et la visite des stands,

la seconde partie de la matinée s'intéressait à la lutte sur le terrain.

Les intervenants, médecins généralistes et spécialistes, ont souligné la difficulté de gérer le risque infectieux en médecine de ville, la nécessité de former les infirmier(e)s et médecins libéraux, de leur faire connaître les dispositifs médicaux existants et de leur permettre de les utiliser. Il s'avère nécessaire de créer un lien ville-hôpital de qualité.

Concernant le risque infectieux en radiologie, la Société Française de Radiologie a constitué un groupe de travail « hygiène » chargé d'élaborer des recommandations, elle participe aux travaux sur les référentiels métiers coordonnés par la DHOS. La difficulté sera de former ou d'informer les radiologues (7500 avec des modes d'exercices divers) et les manipulateurs en électro-radiologie qui sont souvent les garants de l'application des protocoles.

A-M. Ceretti a réaffirmé le désaccord du Lien avec les recommandations françaises sur la désinfection des sondes d'échographie endocavitaire. Dans la table ronde qui s'en est suivie, la place de l'innovation industrielle au service de la sécurité du patient a été débattue. Il a été rappelé que dans le cadre de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) des dispositifs médicaux (DM), la sécurité et la performance sont vérifiées et le fabricant doit établir la preuve du service médical rendu. Ce point est une difficulté, ainsi d'ailleurs que de quantifier le risque infectieux lié aux DM, notamment en ambulatoire. Des partenariats entre industriels, Société Française d'Hygiène Hospitalière (SFHH), direction générale de la Santé (DGS), agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (afssaps) s'avèrent souvent nécessaires pour faire reconnaître des innovations qui nécessitent de longues années de recherche.

J. Hajjar, président de la SFHH a rappelé que les professionnels attendent que les DM améliorent la qualité technique d'un acte. Les hygiénistes, de leur côté, ont en charge les procédures évitant la transmission croisée, leur rôle consiste à vérifier auprès des industriels que ces notions ont été prises en compte. Il est, par conséquent, fondamental que les industriels intègrent la prévention de la transmission croisée dans leurs réflexions dès

la conception du dispositif médical. La SFHH travaille avec les industriels depuis 1996 dans le cadre de la liste positive des désinfectants (LPD), elle a également engagé un partenariat avec l'afssaps sur le thème des agents transmissibles non conventionnels (ATNC) et propose depuis quelques années des symposiums et sessions d'innovation lors de son congrès annuel.

JC. Ghislain a rappelé le rôle de l'afssaps dans le contrôle des marchés des DM, et dans l'impulsion qu'elle peut donner à l'évolution réglementaire. Il reste des progrès à faire par rapport aux notices et aux recommandations françaises.

L'après-midi a été consacré à la culture du compromis. Trois tables rondes ont abordé ce thème sous l'angle du management, de la sécurité du patient et de la décision politique.

C'est le thème du lavage des mains qui a été utilisé pour aborder l'aspect managérial. Les CDC ont décrit 19 facteurs de non observance de l'hygiène des mains. Les intervenants ont insisté sur la nécessité de donner un sens aux actes réalisés par les soignants. Il est nécessaire que l'hygiène des mains devienne un « acte de confiance »

La culture du compromis, c'est l'art de la médiation a rappelé P. Parneix. Le cadre de santé et le chef de service y jouent un rôle essentiel. On reste sur la pédagogie et la vertu de l'exemple. Les hygiénistes peuvent jouer un rôle fédérateur dans ce domaine, ils ont à faciliter l'implantation des produits hydro-alcooliques, à convaincre les acteurs de santé. Pour se faire, ils peuvent mettre en place des ateliers de pratique et favoriser les retours d'expériences.

L'aspect sécurité du patient a été développé via l'exemple du signalement des infections nosocomiales par F. Weber, directrice de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS). Elle a également évoqué la phase d'expérimentation de la déclaration des événements indésirables graves qui se déroule dans 4 régions pilotes. Au niveau régional, une cellule d'appui en gestion du risque clinique (CRAGRC) contribuera à la mise en œuvre et au bon déroulement de l'expérimentation dans chaque région. Ces CRAGRC seront mises en place par les DRASS, en concertation avec l'ARH.

J.P. Guérin, directeur de la certification à la Haute Autorité de Santé (HAS) a annoncé que dans la nouvelle version 2010, du manuel de certification, l'utilisation d'une check-list pour sécuriser davantage la prise en charge des patients sera un critère exigible dans l'organisation des blocs opératoires. Cette check-list est adaptée du programme OMS « Safe surgery saves lives ».

A. Podeur, directrice de la DHOS, a introduit le thème « compromis et décision politique » en évoquant le rôle de l'IGAS et des tutelles DDASS et DRASS dans les contrôles des ES, précisant qu'ils peuvent aboutir à des sanctions comme des suspensions ou des retraits d'autorisation. Il a également été déclaré par le conseiller en santé publique de la FHF que le GROUPELIN doit être à la base de la réflexion et servir de modèle au plan stratégique de prévention des IAS et qu'il est important que la DHOS soit au côté de la DGS dans le suivi de ce dossier. Le directeur de l'ARH de Picardie a souligné que les ARH souhaitaient développer une culture de la performance et de la vigilance. Elles prennent en compte les résultats du tableau de bord, les rapports d'accréditation et viennent en appui pour compléter l'apport financier destiné à renforcer les moyens de lutte contre les infections. C'est ainsi qu'en 2008, plus de 8 millions d'euros ont été débloqués pour renforcer les EOHH. Les ARH peuvent également apporter un appui financier lors de la survenue de phénomènes épidémiques (*Clostridium difficile*, ERV...).

Pour le président du collectif inter associatif sur la santé, il conviendrait de se familiariser progressivement au débat contradictoire et de donner aux usagers le pouvoir d'alerter les instances

MO. Bertella-Jeffroy, juge d'instruction, a regretté le manque de moyens pour contrôler les ES et qu'en cas de non-conformité, les sanctions ne soient pas systématiques dès le second contrôle.

La table ronde sur les indicateurs de résultats a été annulée du fait de la sortie prochaine des nouveaux indicateurs annoncée par Madame Bachelot-Narquin.

Dans la table ronde sur les IN et accidents médicaux, les possibilités de recours dont disposent les patients ont été précisées ainsi que les possibilités d'indemnisation.

La journée s'est terminée par l'intervention de J.P. Delevoye, médiateur de la République. Il existait jusque-là une mission pour le développement

de la médiation, de l'information et du dialogue pour la sécurité des soins (MIDISS), mise en place par la Haute Autorité de Santé en 2006, d'un côté, et le Médiateur de la République, d'un autre. Ces deux entités se sont réunies, début janvier 2009, pour créer un pôle santé et sécurité des soins « dédié à l'information des usagers et à la médiation entre les patients et les professionnels de la santé ». Cette fusion a pour but de renforcer le droit des patients et la sécurité des soins.

La journée du 3 février s'est, en première partie de matinée, intéressée à la prévention du risque infectieux en EHPAD.

Les difficultés techniques et humaines de la prévention des IAS dans ces structures ont été évoquées.

M. Rothan-Tondeur a ensuite présenté les résultats de l'enquête de prévalence des IN réalisée par L'ORIG. Elle a concerné 577 établissements et 45000 lits. La prévalence des cas confirmés était de 4,6% et celle des cas probables de 6,6%. Un quart des infections étaient des infections respiratoires. Le guide de recommandations de bonnes pratiques de L'ORIG, adapté à ces lieux de vie est en cours de relecture, il devrait paraître prochainement. Trois études sont également en cours, deux sur l'évitabilité, le poids des gestes à risques, la troisième sur l'évaluation des coûts des IAS et la consommation d'antibiotiques en EHPAD.

Des pistes de réflexion ont été proposées pour améliorer la prévention des IAS dans les EHPAD : redéfinir le positionnement des médecins coordonnateurs, favoriser l'expertise des C.CLIN et diffuser les cibles prioritaires.

B. Favier, conseiller technique médical FCES, a développé l'apport d'un système informatisé de déclaration d'EIG. 123 événements ont été déclarés dont 3 concernant des épidémies de grippe. Il a insisté sur le fait qu'en EHPAD, 94% des résidents sont vaccinés contre seulement 35% des salariés.

L'impact d'une formation en hygiène par e-learning sur les changements de pratiques a été présenté ensuite. La formation à distance Hygienosa, née à Grenoble en 2001, propose deux programmes spécifiques EHPAD et SSIAD. Elle est actualisée en permanence et adaptée à chaque public. Elle permet l'acquisition de connaissances nouvelles, l'analyse des pratiques et la création d'une dynamique. Entre 2004 et 2008, 700 personnes ont été formées dans 14 régions et 123 structures.

L'environnement peut être un facteur de prévention et de diffusion des infections dans les EHPAD, l'office français d'ingénierie sanitaire (OFIS) propose aux établissements une démarche d'accompagnement qui va de la rédaction du cahier de charges à la mise en place du carnet sanitaire afin de prévenir les risques de légionellose.

Le second volet de la matinée a abordé la sécurité du patient au bloc opératoire.

Le thème de la check-list a été développé comme un outil d'amélioration de la qualité et de prévention des risques inspiré de l'aéronautique par le Pr G. Vallancien. Chirurgien et anesthésiste ont exposé leur vision de la sécurité du patient au bloc opératoire. Le chirurgien a rappelé l'importance de l'information à donner au patient et souhaité le maximum de transparence avec la communication des taux d'infections du site opératoire par chirurgien. L'anesthésiste a insisté sur l'importance des facteurs humains et sur la nécessité de travailler avec des équipes stables.

P. Berthelot de la SFHH a précisé le rôle des sociétés savantes, indiquant que les limites auxquelles elles se heurtent pour publier des recommandations tiennent aux niveaux de preuve.

Le Pr Lortat Jacob a ensuite évoqué les perspectives d'avenir dans la lutte contre les infections du site opératoire, dans le contexte particulier de la prévention des infections ostéo-articulaires. Il a insisté sur le rôle du portage de micro-organismes par le patient, la contamination par voie hémotogène et le rôle de l'adhérence bactérienne. Différentes pistes sont explorées : le matériel prothétique recouvert d'antibiotique, le contrôle de la réaction inflammatoire par l'état de surface du DM. La fondation FINOVI a été mentionnée, située à Lyon, elle a pour objectifs de développer des recherches innovantes pour de nouvelles solutions thérapeutiques et préventives contre les maladies infectieuses et de contribuer à faire émerger un pôle de recherche en infectiologie qui soit reconnu pour son excellence au niveau international.

Pour clore ces journées, six établissements ont été consacrés pour leur engagement dans la lutte contre les infections nosocomiales.

Martine Aupée

# Évolution des indicateurs de la LIN sur l'inter région Ouest entre 2005 et 2008

Suite à la récente publication des résultats du tableau de bord de la lutte contre les infections nosocomiales 2007, il nous a semblé intéressant de présenter l'évolution des indicateurs qui le composent, dans l'inter-région, sur les 3 dernières années.

## 1 - ICALIN

C'est l'indicateur le plus ancien, il permet d'évaluer l'organisation, les moyens et les actions dans le domaine de la lutte contre les infections nosocomiales.

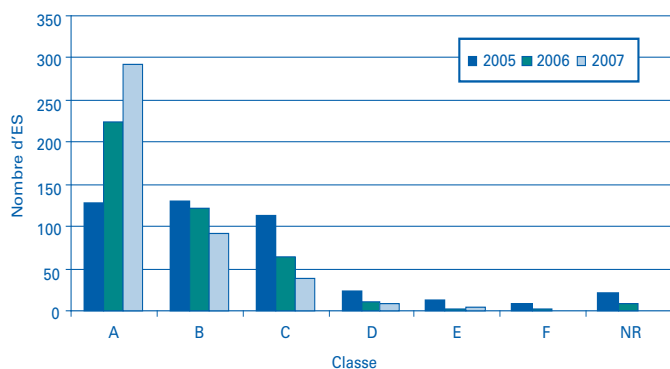
Le résultat global montre tout d'abord une diminution puis une disparition des établissements de santé non répondants. Ils étaient 21 en 2005 (5% des ES) et 9 en 2006 (2% des ES).

On observe également une très nette amélioration des résultats puisqu'on passe pour la classe A, de 127 ES en 2005, à 226 en 2006 et 293 en 2007, soit une augmentation de 78% entre 2005 et 2006 et de presque 30% entre 2006 et 2007 (tableau 1). Ainsi en 2007, 67% des ES étaient classés en A contre seulement 30% en 2005. Quarante vingt huit pour cent des ES sont classés en A ou en B en 2007 et aucun ES n'a été classé en F.

Tableau 1 - Résultats de l'ICALIN de 2005 à 2007 sur l'inter-région Ouest

	2005	2006	2007
A	127	226	293
B	129	121	93
C	114	65	37
D	25	10	8
E	14	4	6
F	7	2	0
NR	21	9	0
<b>TOTAL</b>	<b>437</b>	<b>437</b>	<b>437</b>

### Évolution de l'ICALIN entre 2005 et 2007 sur l'inter-région



Les résultats par région montrent une évolution similaire, de 85 à 90% des ES sont classés en A ou en B.

## 2 - ICSHA

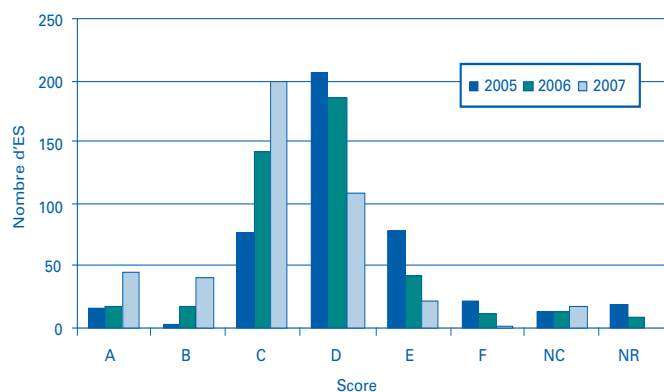
Cet indicateur permet d'évaluer la consommation en produits hydroalcooliques d'un ES, en fonction d'un objectif personnalisé théorique.

On observe (tableau 2) une amélioration nette de ce score puisque de 51% des ES classés D en 2005, on passe à 47% des ES classés C en 2007. Cependant les résultats sont encore insuffisants, seulement 21% des établissements étant classés en A ou B en 2007. Même s'il apparaît que 31% des établissements, classés en D, E et F, ont à travailler à une utilisation plus large des produits hydroalcooliques, ceci ne signifie pas que dans ces établissements, l'hygiène des mains n'est pas réalisée. Nous avons bien vu dans l'enquête annuelle du CCLIN Ouest sur les consommations des produits d'hygiène des mains que les savons antiseptiques sont encore privilégiés dans de nombreux ES (Cf Nosonews n°44).

Tableau 2 - Évolution de l'ICSHA entre 2005 et 2007

	2005	2006	2007
A	15	17	46
B	3	17	41
C	77	141	200
D	206	185	109
E	79	42	22
F	23	12	2
NC	14	14	17
NR	20	9	
<b>TOTAL</b>	<b>437</b>	<b>437</b>	<b>437</b>

### Évolution de l'ICSHA entre 2005 et 2007 sur l'inter-région



## 3 - ICATB

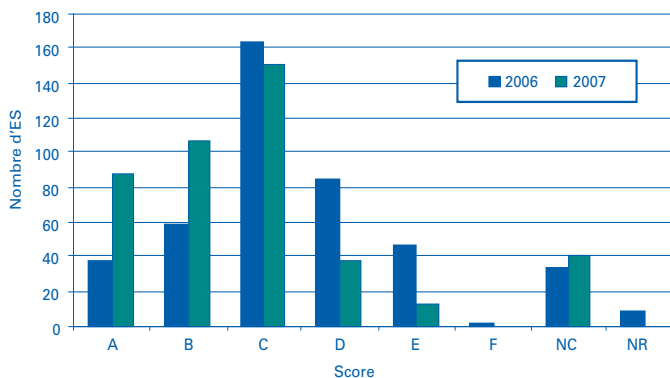
Cet indicateur est le reflet de la mise en place des mesures préconisées par la circulaire 2002-272 du 2 mai 2002 relative au bon usage des antibiotiques. Comme l'ICALIN, il évalue l'organisation, les moyens et les actions mis en œuvre par les établissements.

Le pourcentage d'ES classés en A ou en B est en progression, passant de 25 à 49% des ES classés entre 2006 et 2007. La classe C reste prépondérante (42% en 2006 et 38% en 2007). Le pourcentage d'ES classé en D et E diminue passant de 43 à 13%.

Tableau 3 - Évolution d'ICATB entre 2006 et 2007

	2006	2007
A	38	88
B	59	107
C	164	151
D	85	38
E	47	13
F	1	
NC	34	40
NR	9	
<b>TOTAL</b>	<b>437</b>	<b>437</b>

Évolution de l'ICATB entre 2006 et 2007 sur l'inter-région



#### 4 - SCORE AGRÉGÉ

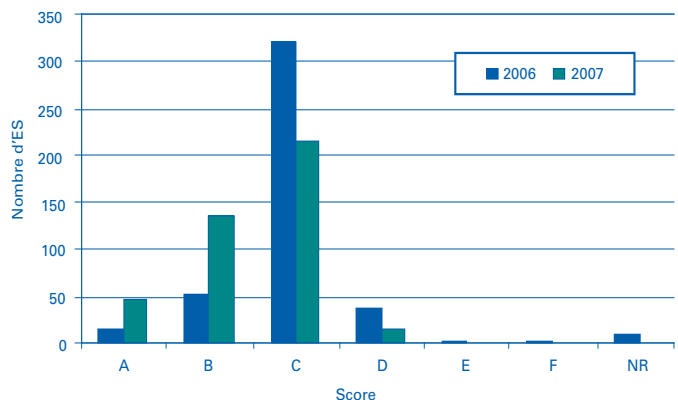
Il s'agit des données 2006 et 2007. On voit (tableau 4) que les résultats du score agrégé, compilation de 4 indicateurs (ICALIN, ICSHA, SURVISO, ICATB), sont nettement moins bons que ceux de l'ICALIN, puisqu'en 2006, seulement 15% des ES sont classés en A ou en B. Trois quarts des ES sont en classe C. En 2007, on observe une réelle amélioration, puisque 44% des ES sont en classe A ou B. Vingt trois établissements ont été exclus car ne réalisant pas de surveillance ISO. Il est important de préciser là que contrairement à l'interprétation faite par les médias ce n'est pas parce qu'un établissement ne surveille pas ses infections du site opératoire que les patients opérés ne bénéficient pas d'un suivi post-opératoire.

Tableau 4 - Résultats du score agrégé en 2006 et 2007

	2006		2007	
	Score	Nb d'ES %	Score	Nb d'ES %
A	14	3	47	11
B	51	12	135	33
C	321	75	215	52
D	38	9	16	4
E	2	0	1	0
F	2	0	0	0
NR	9	2	23*	5
<b>TOTAL</b>	<b>437</b>	<b>100</b>	<b>437</b>	<b>100</b>

\* ES exclus car ne réalisant pas de surveillance ISO

Évolution du score agrégé entre 2006 et 2007 sur l'inter-région



#### CONCLUSION

Depuis la publication de l'ICALIN en 2003 puis du tableau de bord de la LIN, on constate une amélioration des résultats de l'inter-région.

Si plus de 88% des établissements sont maintenant en classe A ou B pour l'ICALIN, on constate que pour ICSHA et pour ICATB les établissements classés C sont encore nombreux. De ce fait, les résultats du score agrégé placent plus de la moitié des ES en classe C.

Martine Aupée

## Incidence des *Staphylococcus aureus* résistants à la méticilline acquis et consommation de produits hydro-alcooliques

Le CCLIN Ouest surveille chaque année, depuis 1999 les bactéries multi-résistantes (BMR) et recueille depuis 2000 les consommations en produits d'hygiène des mains. La prévention de la transmission croisée des BMR repose en partie sur la promotion de l'hygiène des mains.

Nous avons étudié la relation entre l'incidence des *Staphylococcus aureus* résistants à la méticilline (SARM) acquis et la consommation en produit hydro-alcoolique (PHA).

Une cohorte de centres hospitaliers (CH) de l'inter région Ouest a été constituée. Ils avaient participé :

- en 2004, 2005, 2006
- à la surveillance des BMR
- à l'enquête sur la consommation annuelle en produits d'hygiène des mains (PHM)

Ont été calculées :

- les densités d'incidence (DI) annuelles pour 1000 jours d'hospitalisation (JH) de SARM acquis
- les consommations en PHA en ml/journée-patient

Les analyses de tendance ont été effectuées par la comparaison des intervalles de confiance à 95% des DI par approximation de Poisson.

17 CH ont été inclus dans la cohorte.

La diminution des DI de SARM\* acquis entre 2004 et 2006 (0,22 en 2004, 0,12 en 2005 et 0,13/1000 JH en 2006) était non significative ( $p > 0,05$ ).

Pendant la même période, la consommation annuelle des 17 CH (3,6ml/journée-patient en 2004, 5,0 en 2005 et 7,6 en 2006) a augmenté significativement ( $p < 10^{-4}$ ).

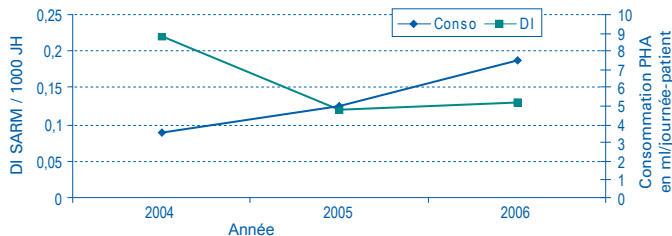
Une comparaison des résultats de la cohorte à ceux de l'ensemble des CH ayant participé au réseau BMR et ayant réalisé l'enquête consommation PHA nous a paru intéressante à mener : la diminution des DI n'est pas retrouvée sur l'ensemble des CH de 2004 à 2006 et la consommation de PHA était significativement plus faible ( $p < 0,05$ ) que sur notre cohorte.

## Incidence des *Staphylococcus aureus* résistants à la méticilline acquis et consommation de produits hydro-alcooliques... suite

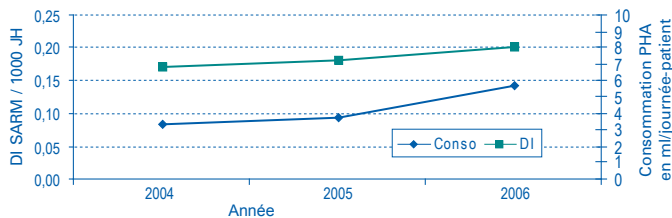
Dans notre cohorte, la corrélation entre DI et consommation de PHA était faible et non significative ( $r^2=0,5$ ;  $p=0,67$ )

\* la DI n'est pas toujours calculée sur la même période (3 mois ou 1 an)

*Tendances DI SARM acquis et consommation PHA sur la cohorte des 17 CH*



*Tendances DI SARM acquis et consommation PHA sur l'ensemble des CH*



A défaut de mettre en évidence une relation entre incidence des SARM acquis et consommation en PHA, cette étude de cohorte montre une tendance à la diminution des SARM. Ceci est conforme aux résultats nationaux contrairement à l'ensemble des CH de l'inter-région. On observe aussi une augmentation importante de la consommation des PHA. La DI des SARM /1000 JH dans la cohorte était significativement plus élevée que sur l'ensemble des CH ( $p<0,05$ ). Ceci peut expliquer l'implication de ces CH sur les trois années dans le réseau BMR et dans l'enquête sur la consommation des PHA et pour 13 des 17 CH une participation à l'évaluation des précautions contact. Cette dynamique reflète une politique d'établissement active.

Cette étude a fait l'objet d'un poster à la 28<sup>e</sup> réunion interdisciplinaire de chimiothérapie anti-infectieuse (RICAI) à Paris les 4 et 5 décembre 2008.

Nous tenons à remercier les praticiens et infirmiers de l'inter-région pour leur participation au réseau de surveillance BMR et à l'enquête annuelle sur la consommation des produits d'hygiène des mains.

*Marion Olivier, Hélène Sénéchal, Martine Aupée*

## Epidémie de gastro-entérites aiguës à norovirus au centre René Fortin (CHU de Brest)

En novembre 2008, le service de long-séjour du CHU de Brest a connu une épidémie de gastro-entérites d'ampleur et de retentissement inhabituels. Un norovirus a été isolé des selles de malades. L'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière a proposé des mesures complémentaires d'hygiène et mené l'investigation.

Les norovirus sont des virus non enveloppés à ARN. Ils constituent la famille des *Norovirus* appartenant au genre des *Caliciviridae*. Les études récentes suggèrent qu'ils sont parmi les premiers pathogènes responsables de gastro-entérites aiguës non bactériennes. Sa transmission est essentiellement féco-orale, indirecte par des aliments ou des surfaces contaminés, ou directe de personne à personne. Il peut également être transmis par aérosolisation lors d'épisodes de vomissements. Ils sont hautement contagieux pour plusieurs raisons :

- la dose infectieuse est basse ;
- ils ont une grande stabilité dans l'environnement ;
- ils sont plus résistants aux techniques de désinfection que la plupart des bactéries et des autres virus pathogènes ;
- un individu peut excréter le norovirus jusqu'à 3 semaines après y avoir été exposé ;
- des infections asymptomatiques sont décrites ;
- des protocoles très stricts d'hygiène ne semblent pas suffire pour contenir une épidémie débutante, bien qu'ils réduisent considérablement le taux de reproduction (diminution de 84.8% du nombre moyen de cas secondaires à un cas, restant néanmoins supérieur à 1).

### Investigation

Ont été considérés comme cas les résidents ayant eu des vomissements et/ou des diarrhées pendant la période épidémique, pour lesquels un diagnostic clinique de gastro-entérite aiguë a été posé.

L'épidémie s'est déroulée du 05/11/08 au 27/11/08, avec un pic unique le 14/11/08 (figure 1).

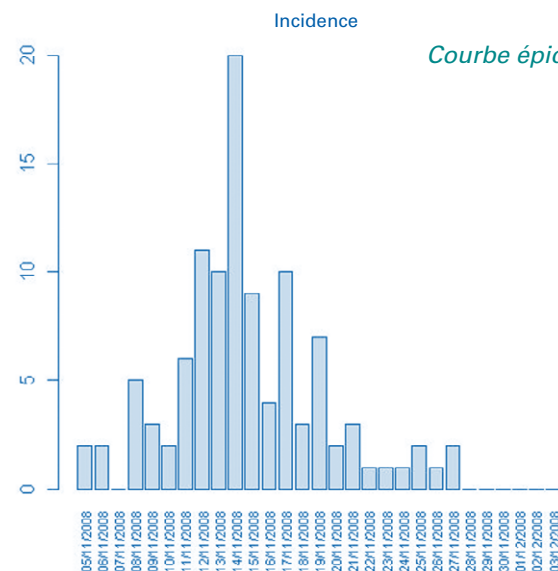


Figure 1  
Courbe épidémique

Cent sept résidents sur 237 ont été atteints, soit un taux d'attaque de 45,1%.

Les 3 étages du centre ont été différemment touchés :

- les taux d'attaque les plus importants ont été observés au 2<sup>e</sup> (56,4% des résidents) et au 3<sup>e</sup> étage (48,1%) ; le 1<sup>er</sup> étage a été un peu moins touché (31,6%).

- Les 3<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup> et 1<sup>er</sup> étages ont été atteints successivement : leurs résidents respectifs ont été malades en moyenne après des délais de 13,6 jours, 10,1 jours et 9,6 jours.

L'âge, le sexe, l'autonomie, l'hospitalisation en chambre double et les habitudes de vie relevées n'étaient pas statistiquement associés à la survenue d'une gastro-entérite aigue.

Un examen virologique des selles a été réalisé chez 37 cas sur 108 (34,6%).

La recherche de norovirus par RT-PCR a été positive pour 21/37 échantillons (soit 56,8% des échantillons de cas). Aucune association significative n'a été mise en évidence entre les résultats et le délai de réalisation du prélèvement. Quarante trois membres du personnel ont été malades.

### Intervention

Les mesures concrètes d'intervention, spécifiques à cette épidémie et décidées après concertation, ont été :

- Concernant les déplacements des résidents hors du centre :
  - aucune entrée acceptée (à l'exception d'un retour de court-séjour) ;
  - aucune sortie, aucun transfert ;
  - les consultations ont été évitées dans la mesure du possible.
- Concernant le fonctionnement interne de l'établissement :
  - les salles-à-manger : fermeture temporaire ; réouverture après entretien par les services intérieurs ;
  - le club et le salon fumeur : fermeture temporaire ; réouverture après entretien par les services intérieurs ;
  - la kinésithérapie : poursuivie aux étages.
- Concernant les cas parmi les résidents :
  - isolement :
  - isolement strict des nouveaux cas en chambre strict, jusqu'à 72 heures après la fin des symptômes, dans la mesure du possible ;
  - mesures d'isolement contact maintenues pendant 10 jours à partir de la fin des symptômes : surblouse, tablier jetable, gants et lavage des mains renforcé, circuit du linge contaminé, pancarte « isolement », entretien des chambres : protocole spécifique « recommandations pour le nettoyage des chambres en isolement » ;
  - régime alimentaire adapté, individuellement.

• Concernant le bionettoyage :

- entretien des chambres : protocole spécifique « recommandations pour le nettoyage des chambres en isolement » ;
- nettoyage à fond des salles de bain communes, par l'équipe déjà en place, les mardi et jeudi après-midi ;
- 4 agents de l'équipe nettoyage, présents dès le mardi 18/11 ayant pour consignes de nettoyer et désinfecter les mobiliers, mains courantes, poignées de portes et rampes ainsi que les sols de toutes les parties communes des unités de soins, salle-à-manger comprises, escaliers et ascenseurs.

• Concernant le personnel :

- une consigne d'éviction du personnel malade a été donnée, les personnels en arrêt de travail ont été remplacés. L'implication de l'équipe opérationnelle d'hygiène ayant été tardive, l'impact de ces mesures est difficilement évaluable.

### Conclusion

Les précautions d'hygiène et le protocole habituel de gestion des cas de gastro-entérites (isolement contact) n'ont pas permis d'enrayer l'épidémie, confirmant la contagiosité très importante du norovirus dont fait état la littérature. Le taux d'attaque de 45,1% dans cette épidémie est aggravé par le fait qu'il concerne une population déjà fragile. Les conséquences pour le fonctionnement du centre ont été importantes, la surcharge de travail ayant été majorée par l'atteinte de 43 membres du personnel. Au décours de l'épidémie, l'équipe médicale et paramédicale du centre concerné s'est engagée à mettre en place une démarche d'amélioration des pratiques d'hygiène et une révision des protocoles d'isolement.

### Bibliographie

Heijne JC, Teunis P, Morroy G, Wijkmans C, Oostveen S, Duizer E et al. Enhanced hygiene measures and norovirus transmission during an outbreak. *Emerg Infect Dis* 2009;15(1):24-30.

Koopmans M. Progress in understanding norovirus epidemiology. *Curr Opin Infect Dis* 2008;21(5):544-52.

Estes MK, Prasad BV, Atmar RL. Noroviruses everywhere: has something changed? *Curr Opin Infect Dis* 2006;19:467-74.

Kroneman A, Vennema H, Harris J, Reuter G, von Bonsdorff CH, Hedlund KO et al. Increase in norovirus activity reported in Europe. *Euro Surveill* 2006; 11(50):3093.

*Carpentier M., Legaludec M., Cousin A., Ollivro J., Baron R., Garlantezec R., Fauchier Ch., Mimoui-Tran A., Lejeune B. Service de santé publique-Unité d'hygiène hospitalière, Département de microbiologie, Centre René Fortin, CRENO de Bretagne. CHU Brest (29)*

## BLOC-NOTES

### Documentation

- *NosoThème n°7 - Transmission virale hématogène - décembre 2008*
- *Prévention des infections nosocomiales en réanimation – transmission croisée et nouveau-né exclus. Conférence de consensus, SFAR, SRFL, 20 novembre 2008*
- *Épidémie de gale communautaire. Guide d'investigation et d'aide à la gestion. InVS, novembre 2008*
- *Rapport national 2007 sur les tableaux de bord des infections nosocomiales. Ministère de la santé, janvier 2009*
- *Kit BMR pour les établissements accueillant des personnes âgées, CCLIN Sud-Est, janvier 2009*
- *Évaluation de la maîtrise du risque infectieux en EHPAD, CCLIN Sud-Ouest, novembre 2008*
- *Prévention des infections nosocomiales 2<sup>e</sup> édition, OMS, 2008*

### Congrès et journées

- **XX<sup>e</sup> Congrès national de la SFHH, XX<sup>e</sup>s Journées nationales SIIHHF – 4-5 juin 2009 – Nice**
- **4<sup>e</sup> Journée des référents en antibiothérapie – SPILF – 10 juin 2009 - Lyon**
- **10<sup>es</sup> Journées nationales d'infectiologie – SPILF - 10-12 juin 2009**
- **Journée régionale de formation : gale, tuberculose, staphylococcie à SARM PVL+ – RHC – 23 juin 2009**

# Calendrier des surveillances 2009

En 2009, le CCLIN-Ouest propose les surveillances suivantes : AES, BMR, REA, ISO, NEOCAT, Bactériémie, Prévalence, Prévalence antibiotiques, Consommation ATB et résistances bactériennes.

Les ES ont pu s'inscrire soit directement (Pays de la Loire et Basse Normandie) dans l'application WEB « annuelle » du CCLIN Ouest, soit en adressant leurs accords de participation aux antennes régionales qui les ont saisis.

Les données doivent être saisies en ligne ou envoyées, via l'antenne régionale, à l'échelon central du CCLIN Ouest selon le calendrier ci-dessous :

PROTOCOLES NATIONNAUX		Participation aux enquêtes	Période de surveillance RECOMMANDÉE	Date limite des envois de données	Référent
	ISO	• Nationale	de janvier à juin 2009	<b>fin septembre 2009</b>	Marion Olivier
	BMR	• Nationale • Inter-régionale	avril/mai/juin 2009 <i>une surveillance annuelle est possible</i>	<b>fin septembre 2009</b> fin février 2010	Nadine Garreau
	RÉANIMATION	• Nationale • Inter-régionale	de janvier à juin 2009 <i>une surveillance annuelle est possible</i>	<b>fin septembre 2009</b> fin février 2010	Nadine Garreau
	AES	• Nationale	de janvier à décembre 2009	fin février 2010	Marion Olivier
	NEOCAT	• Nationale	de janvier à décembre 2009	fin février 2010	Marion Olivier

PROTOCOLES RÉGIONNAUX	BACTÉRIÉMIES	• Inter-régionale	3 mois entre janvier et mai <i>une autre période est possible</i>	fin mai 2009	Nadine Garreau
	PRÉVALENCE	• Inter-régionale	un jour donné sur mai-juin ou dernier semestre de l'année 2009	septembre 2009 ou janvier 2010	Nadine Garreau
	PRÉVALENCE	• Inter-régionale	un jour donné sur mai-juin ou dernier semestre de l'année 2009	septembre 2009 ou janvier 2010	Marion Olivier
	PRÉVALENCE	• Inter-régionale	de mars à juin 2009	fin juin 2009	Pacôme Angora

Les protocoles seront disponibles sur le site Internet.

## LU POUR VOUS...

### Prévalence des infections associées aux soins en hospitalisation à domicile (HAD) de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris, France, 2007

Les structures d'hospitalisation à domicile (HAD) ont toujours été exclues des enquêtes nationales de prévalence des infections nosocomiales. Cependant, une nouvelle enquête de prévalence des infections associées aux soins (IAS) a été réalisée en HAD de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (APHP) en mai 2007. Ses objectifs étaient de disposer de données épidémiologiques afin d'évaluer l'efficacité des actions mises en place depuis 2000 et de proposer une méthodologie adaptée aux particularités de la prise en charge en HAD : intrication entre lieux de soins et de vie, dispersion géographique des unités de soins, prise en charge par des libéraux et absence fréquente d'examen complémentaires. L'étude a inclus 613 patients (99,8 % des patients éligibles). La prévalence des patients infectés et celle des IAS étaient de 5,2 %, celle des IAS acquises en HAD de 2,6 %. Les IAS acquises étaient urinaires, respiratoires et cutanées (respectivement 9, 5 et 2). Les entérobactéries communautaires étaient les micro-organismes prédominants. Aucune multi-résistance n'a été retrouvée ; 16 % des patients recevaient une antibiothérapie, dans un tiers des cas pour IAS. S'il est difficile de conclure à une diminution significative des IAS acquises en HAD de l'APHP entre 2000 et 2007, il existe une

réelle possibilité d'adapter la méthodologie de la prochaine enquête nationale de prévalence, afin que les structures d'HAD puissent y participer.

*Ittah-Desmeulles H; Miguères B; Silvera B; Denic L; Brodin M. Prévalence des infections associées aux soins en hospitalisation à domicile (HAD) de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris, France, 2007. Bulletin épidémiologique hebdomadaire 2009; 5 : 44-48. (Réf\*23364).*

**NOSO-NEWS** : bulletin du CCLIN-Ouest. Trimestriel.

**Directeur de la publication** : Dr M. AUPÉE  
**Secrétaire de Rédaction** : I. GIROT

C.CLIN-Ouest - CHU Hôtel-Dieu  
2, rue de l'Hôtel-Dieu - CS 26419 - 35064 Rennes cedex 2

Tél. 02 99 87 35 30 - Fax 02 99 87 35 32  
martine.aupee@chu-rennes.fr  
Site web : <http://www.cclinouest.com>

Dépôt légal : 2<sup>e</sup> trimestre 2009

Réalisation : A.L.J. Création (Montfort / 02 99 09 34 41)