

# NOSO News



Bulletin N°59

Octobre 2011

## AU SOMMAIRE

Édito

p.1

Bloc-notes

p.2

e-SIN

p.2

Journée du  
6 octobre 2011

p.4

Des nouvelles  
du GREPHH

p.4

Journée  
EHPAD

p.5

Après le  
GROUPILIN,  
le COSPIN

p.6

Prions

p.6

Lu pour vous

p.8

## EDITORIAL

La rentrée est toujours une période stimulante au regard des projets que l'on souhaite développer pour la ou les années à venir.

Au niveau national, succédant au GROUPILIN, la Commission de suivi des programmes de prévention des infections associées aux soins dans les établissements de santé et en secteur de soins de ville (COSPIN) se met en place. Chargée de contribuer à l'élaboration des programmes nationaux de prévention des infections associées aux soins, à leur mise en œuvre et à leur évaluation, elle coordonnera également les actions des CCLIN-ARLIN.

Dans le même temps l'InVS lance e-SIN application du télésignalement des infections nosocomiales, avec l'aide des CCLIN, des ARLIN et des ARS. Dès le 24 octobre 2011, l'outil sera disponible pour notre interrégion. Dès à présent, lisez attentivement les conseils qui vous sont donnés dans ce numéro afin d'utiliser au mieux cette nouvelle application.

Le GREPHH ne proposera pas de thème d'audit national en 2012, ce sera une année de travail avec l'exploitation des données de l'audit « précautions standard », la réalisation de l'audit « prévention du risque infectieux en EHPAD » et la constitution de deux nouveaux groupes de travail. Ils vont s'intéresser, pour l'un, aux précautions complémentaires contact et pour l'autre, à l'endoscopie avec pour objectif de proposer de nouveaux outils en 2013.

Autre projet dont on a tant attendu la publication qu'on finit par se demander s'il aboutira un jour : la révision de la circulaire 138. A défaut, vous trouverez dans ce numéro une synthèse d'un article de W.A. Rutala, publié en 2010 dans ICHE, sur le traitement des dispositifs médicaux contaminés par des prions.

Au niveau interrégional, le CCLIN Ouest continue à mener des actions en direction des EHPAD et des représentants des usagers. La troisième journée EHPAD a eu lieu le 16 juin dernier en présence de Madame Tahrat, directrice de la DGCS. Bien qu'appréciée des participants, cette journée sera la dernière organisée au niveau interrégional. Les ARLIN disposant désormais de moyens suffisants, sont en mesure de prendre le relais et de proposer à leur tour des formations pour les personnels des EHPAD.

2011 était l'année des patients et de leurs droits, le CCLIN Ouest travaille depuis 2008 avec les représentants des usagers. Un groupe de travail très dynamique a organisé le 6 octobre dernier, en présence de Madame Rambaud, présidente du Lien, une journée intitulée : « Usagers-professionnels : quels partenariats depuis 2002 pour la prévention des infections associées aux soins ? ». Les échanges très enrichissants nous ont ouvert des perspectives de travail intéressantes.

*Martine Aupée,  
responsable adjoint du CCLIN Ouest*

## Congrès et journées dans l'Ouest

- 1<sup>re</sup> Journée régionale de veille sanitaire – « Partager les expériences, renforcer les partenariats » - ARS Bretagne, InVS - 15 novembre 2011 - Rennes
- 3<sup>e</sup> Journée régionale du bon usage des antibiotiques – MedQual - 17 novembre 2011 – Nantes
- XI<sup>e</sup> Journée Nantaise d'hygiène hospitalière - « Adapter nos comportements pour préserver l'avenir » - Graslin 24 novembre 2011 – Nantes

## Autres congrès et journées

- Journée européenne d'information sur les antibiotiques - 18 novembre 2011
- Semaine nationale « Sécurité des patients » 21 au 25 novembre 2011
- 34<sup>es</sup> Journées régionales d'hygiène hospitalière et de prévention des infections nosocomiales. 28-29 novembre 2011 - Strasbourg
- V<sup>e</sup> journée nationale REA-RAISIN 1<sup>er</sup> décembre 2011 - Lyon
- 31<sup>e</sup> Réunion interdisciplinaire de chimiothérapie anti-infectieuse (RICAI) - 1<sup>er</sup> et 2 décembre 2011 - Paris
- 21<sup>e</sup> Journée Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants (GERES) – 9 décembre 2011 - Paris
- 6<sup>e</sup> congrès francophone « Dispositifs intraveineux de longue durée » - 13-14 janvier 2012 - Paris

pour plus d'informations, consultez la page « Agenda » du CCLIN : [www.cclinouest.com](http://www.cclinouest.com)

## Documentation

- Circulaire interministérielle n° DGCS/DGS n° 2011-377 du 30 septembre 2011 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médicosocial 2011/2013
- Instruction DGS/DUS/RIS n° 2011-224 du 26 août 2011 relative aux mesures de contrôle des entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC)
- Avis relatif à l'actualisation de la stratégie vaccinale contre la grippe 2011-2012. HCSP. 2011
- Pratique du signalement externe des infections nosocomiales : une étude sociologique, Quéliier C, Jarno P, Sénéchal H, RAISIN. InVS. 2010
- Réalisation d'une endoscopie digestive haute puis basse avec le même endoscope chez le même patient. SFED, SF2H, SNFGE. 2011
- Avis relatif à la problématique de la rougeole chez la femme enceinte. HCSP. 2011, 5 pages.
- Cathéters veineux centraux insérés par voie périphérique ou PICC lines (Peripherally Inserted Central Catheter). Note technique. SF2H. 2011
- Vaccination chez les soignants des établissements de soins en France, 2009. GERES. InVS. 2011
- NosoThème n°17 - Coqueluche, grippe, rougeole, tuberculose : vaccination des professionnels de santé

pour plus d'informations, NosoBase : <http://nosobase.chu-lyon.fr>

## e-SIN

L'outil WEB e-SIN développé par l'InVS est accessible aux établissements de notre interrégion depuis le 24 octobre 2011.

Cet outil permet de créer un signalement, de l'émettre (transmettre) au CCLIN et à l'ARS dans un premier temps, puis à l'ARLIN et l'InVS, dans un deuxième temps. Le circuit est identique au précédent.

L'accès à l'application ne peut se faire qu'après l'installation du certificat. Il est indispensable de suivre scrupuleusement les instructions du guide InVS. **Une fois la démarche d'installation commencée, ne l'interrompre sous aucun prétexte. Toute installation incomplète invalide définitivement le certificat obligeant à faire appel à l'InVS.**

Une fois le certificat installé sur votre poste, vous pourrez accéder à l'application e-SIN avec les identifiant et mot de passe applicatifs qui vous ont été transmis dans un mail séparé.

La création d'un signalement est réalisée par le praticien hygiéniste ou le suppléant. Avant la transmission de la fiche au responsable de signalement, **un niveau d'action** est choisi pour le signalement.

The screenshot shows the 'FICHE SIN@PSE' form. At the top, it indicates 'Enregistrement effectué' and 'Circuit d'alerte' with various checkboxes for 'Lecteur', 'Coll.', 'ARS', 'ARLIN', 'InVS', 'Niveau d'action', and 'Clôture'. Below this, there are buttons for 'Supprimer la fiche', 'Niveau d'action', 'Journal', and 'Enregistrer la fiche'. The main form is divided into several sections:

- Données de l'établissement :**
  - Etablissement : AP-HP J. DUPUYTREN - DRAVEIL (Statut : PUBLIC)
  - Code FINES étab. : 910100031 (Type : Etablissement de santé)
  - Adresse : SITE DUPUYTREN 1 RUE EUGENE DELACROIX
- Données du responsable signalement :**
  - Responsable signalement : Nadine SABOURIN (Fonction : Pharmacien hygiéniste)
  - Téléphone : 01 69 63 58 38 (Fax : 01 69 63 63 26, eMail : fsaugier@elypsia.fr)

Exemples :

Niveau d'action 1 (pour information) : je transmets ce signalement car il correspond à un ou plusieurs critères de signalement externe. Il est géré au moment de l'émission du signalement. *Exemple* : une infection nosocomiale à *Clostridium difficile* ayant entraîné un décès.

Niveau 2 (pour suivi) : je transmets ce signalement car il correspond aux critères de signalement externe. Cet événement a donné lieu à une investigation et à la mise en place de mesures d'amélioration et de prévention. L'événement est en cours mais semble maîtrisé. *Exemple* : un cas isolé de légionellose nosocomiale.

Niveau 3 (pour action) : je transmets ce signalement car il correspond aux critères de signalement externe. Cet événement est en cours mais j'ai besoin d'une expertise extérieure. *Exemple* : plusieurs patients contacts d'un patient porteur d'ERG se positivent au cours d'un dépistage systématique.

La transmission de la fiche au CCLIN et à l'ARS est sous la **responsabilité du responsable du signalement**.

L'InVS a ouvert des droits aux différents acteurs du signalement de votre établissement.

La modification de la fiche est possible avant son émission sans impact particulier.

Si cette modification intervient après l'émission, elle génère une version dite « modifiée ».

Ce sont les données de la fiche initiale qui sont reprises dans les rapports automatisés.

Des pièces jointes (rapport, antibiogramme...) peuvent être associées à la fiche de signalement.

DONNÉES ADMINISTRATIVES	CRITÈRES DE SIGNALLEMENT	DESCRIPTION DE L'ÉVÈNEMENT	INVESTIGATIONS ET MESURES	INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES	FICHE DE SUIVI
<b>Commentaires :</b>					
3 - Isabelle POUJOL InVS le 12/01/2011 - 17:57					
Cette zone de communication est très pratique ! J'ai pu prendre connaissance de votre fiche.					
2 - Ludovic MARTY CH RENE ARBELTIER le 12/01/2011 - 17:56					
Voir la pièce jointe <a href="#">Supprimer la pièce jointe</a>					
Un message avec une pièce attaché					
1 - Ludovic MARTY CH RENE ARBELTIER le 12/01/2011 - 17:55					
Bienvenue dans la fiche n°3					

Lors de l'émission de la fiche aux instances, un mail d'information avec la fiche de signalement en format pdf est transmis au directeur de l'établissement, au chef de service et autres acteurs concernés par ce signalement. Leurs adresses mail sont à renseigner au niveau de la mise à jour des données personnelles (page d'accueil, en haut à droite).

ADRESSES MAILS INTERNES
Adresse mail
<input type="text"/>
<input type="button" value="Ajouter"/>
<input type="button" value="Supprimer"/>

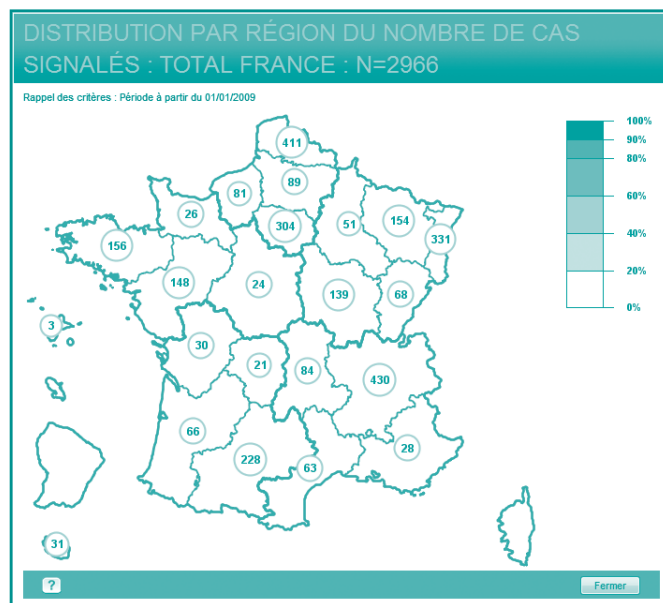
Une édition du signalement au format pdf est possible. Le signalement est transmis au CCLIN et à l'ARS. Un indicateur de lecture apparaît dans le bandeau « circuit d'alerte » de la fiche de signalement. Dès la lecture par le CCLIN et l'ARS, le signalement est transmis à l'ARLIN

et l'InVS. Dans ce circuit d'alerte, apparaît le niveau d'action mis par chaque acteur et l'état du signalement (clôturé ou non).

La fiche de suivi permet, à l'ensemble des acteurs concernés par un signalement, de communiquer. Il s'agit d'un lieu d'échange propre à chaque fiche e-SIN. **Les commentaires postés dans cet espace sont visibles par tous les acteurs concernés et associés à la fiche.**

e-SIN vous permet également de faire des recherches de cas similaires (exemple : type de germe, type d'infection) et d'éditer des rapports automatisés pour votre établissement, la région, l'interrégion ou le niveau national.

Une présentation géographique des résultats de recherche est possible.



Quand l'événement est maîtrisé et que les mesures d'amélioration sont en place, la clôture est possible. Elle se fait à chaque niveau (établissement, CCLIN, ARS, ARLIN, InVS). Le dernier intervenant pour la clôture globale doit confirmer l'action.

Hélène Sénéchal

## Bilan de la journée du 6 octobre 2011

La journée « Usagers–professionnels : quels partenariats depuis 2002 pour la prévention des infections associées aux soins ? » est la 2<sup>e</sup> journée organisée par le CCLIN Ouest en direction des usagers. Elle s'intègre dans un ensemble de travaux menés dans le cadre du groupe de travail du CCLIN Ouest (créé en mars 2008) associant à part égale représentants des usagers (RU) et professionnels impliqués dans la LIN. Ce groupe de travail a pour interrogation principale : *Quelle doit être la place du RU au CLIN ou commission équivalente ?*

Pour répondre à cette question, plusieurs travaux ont été initiés :

- la rédaction d'un guide pratique des RU en CLIN publié en 2010
- l'organisation de formations participatives d'une journée avec mises en situation des RU
- Une étude exploratoire sur la formation des RU et la LIN (financement PREQHOS) dont les objectifs étaient multiples :
  - Repérer les éléments de contexte susceptibles de faire varier les modes d'implication des RU
  - Identifier les attitudes et attentes des acteurs (professionnels et RU)
  - Décrire les typologies des interventions des RU en lien avec la LIN
  - Définir les pistes d'action pour améliorer le positionnement des RU dans la LIN

La journée du 6 octobre a permis de présenter les travaux du groupe notamment la formation qui s'appuie sur le principe du théâtre-forum et l'étude exploratoire de la place des usagers dans les CLIN. Elle a aussi été l'occasion de confronter ces travaux à l'analyse d'acteurs ayant une expertise et une expérience de la représentation des usagers dans d'autres champs de la santé publique.

### Participation

Une centaine de personnes étaient présentes à cette journée très animée, à laquelle participait Madame Rambaud, présidente du Lien.

Le niveau de satisfaction est important : 80% de satisfaits et de très satisfaits : globalement et pour les différentes interventions. Une mention particulière pour le théâtre-forum dont le caractère innovant a été particulièrement apprécié des représentants des usagers.

### Présentations

Ce qui ressort des présentations c'est que la loi balance entre individu (« malade », « patient », « assuré », « consommateur »... citoyen parfois) et population (qu'il s'agit d'informer ou au mieux d'éduquer). Ce que les sociologues ont d'ailleurs bien analysé :

- L'individu, a des droits, mais il est aussi consommateur (éclairé par la diffusion publique d'indicateurs « de qualité »), vecteur de la « modernisation » des services publics dans une logique de marché
- et (ou) le citoyen cogouvernant du système de soins / santé dans une logique démocratique / républicaine des ES, cette analyse a été jugée plutôt satisfaisante pour la majorité d'entre eux.

Il est ressorti également des échanges qu'on ne peut évidemment pas se passer des usagers (que nous sommes / que nous serons tous un jour). Mais il faut s'en donner les moyens :

- Financiers (indemnisation)
- Techniques (formation)
- Symboliques (transformer le « mal nécessaire », voire l'allié du moment, en partenaire légitime, à tous les niveaux du système, à commencer par la relation de soin).

Attention : l'objectif n'est pas de faire des représentants des usagers des professionnels bis, mais d'en faire de véritables partenaires.

Concernant les travaux en cours, il faut poursuivre la recherche sur la formation des RU et la LIN : *PREQHOS 2012*. Des pistes d'indicateurs d'évaluation ont été identifiées lors de cette enquête.

Par ailleurs, au cours de cette journée, la confrontation des travaux du groupe avec d'autres champs de la santé publique a permis d'identifier de nouvelles pistes de collaboration et d'échanges avec des professionnels de la gestion des risques, de l'accompagnement thérapeutique ou encore de l'éducation à la santé à transposer à la LIN.

Un grand merci à l'ensemble des orateurs dont les présentations ont été d'une grande qualité et qui, surtout, ont fait preuve de beaucoup de disponibilité lors des débats.

*Pascal Jarno*

## Des nouvelles du GREPHH

Le GREPHH, groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière a maintenant plus de 6 ans. Créé en septembre 2005 à l'initiative des 5 CCLIN, il avait pour objectifs d'élaborer des méthodologies d'audits ou d'évaluation dans le domaine de la maîtrise du risque infectieux et de proposer aux établissements de santé (ES) des outils d'évaluation clés en main permettant la saisie des données et l'édition automatique de rapports et posters. Chaque thème d'audit est proposé par un CCLIN qui assure l'animation du groupe de travail et la gestion des données nationales.

Depuis la création du GREPHH, plusieurs outils ont vu le jour, éventuellement accompagnés d'une circulaire incitative.

Ce fut le cas en 2007 pour le premier outil national d'audit sur la préparation cutanée de l'opéré. La circulaire ministérielle n°109 du 23 mars 2007<sup>1</sup> incitait les ES pratiquant de la chirurgie et de la radiologie interventionnelle à réaliser cet audit. Au total, 609 ES y ont participé et 41 188 observations ont été recueillies.



En avril 2008, l'outil « observance – pertinence » de l'hygiène des mains était mis en ligne sur le site du GREPHH et les CCLIN invitaient les ES volontaires à participer à un audit national sur ce thème entre octobre 2008 et mars 2009. Sept cent soixante deux ES ont participé à cet audit recueillant 99 414 observations.

En juillet 2009, un protocole d'audit sur les cathéters veineux périphériques est mis à disposition des établissements. Il est assorti de la circulaire n°302 du 26 septembre 2009 relative à la stratégie nationale d'audit des pratiques en hygiène hospitalière : thème « CVP »<sup>2</sup>. L'enquête est proposée par les CCLIN du 1er octobre 2009 au 31 mars 2010. Neuf cent vingt ES ont participé à cet audit et 46 529 poses de cathéters ont été évaluées.

L'année 2011 a vu aboutir plusieurs projets : « qualité technique des gestes d'hygiène des mains », « précautions standard » et « prévention du risque infectieux en EHPAD ».

L'outil « qualité technique des gestes d'hygiène des mains » est venu compléter l'audit « observance – pertinence » de l'hygiène des mains. Il est à disposition des établissements sans qu'il y ait incitation à participer à un audit national.

Le thème national retenu pour 2011 est celui des précautions standard, la circulaire n°41 du 2 février 2011<sup>3</sup> incitant les ES à réaliser un audit national des pratiques en hygiène hospitalière sur ce thème. Les ES ont jusqu'au 31 décembre 2011 pour le réaliser.

Dans le même temps, le GREPHH a mis à disposition des établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) un manuel d'évaluation du risque infectieux. La circulaire interministérielle n°377 du 30 septembre 2011 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médicosocial 2011/2013<sup>4</sup> incite les EHPAD, mais aussi les maisons d'accueil spécialisé (MAS) et les foyers d'accueil médicalisé (FAM) à promouvoir une démarche d'analyse de risque. L'outil proposé par le GREPHH permet à ces établissements de visualiser aisément les points forts et les points faibles de leur organisation pour dégager ensuite leur programme d'actions prioritaires.

Enfin, deux groupes de travail viennent de se constituer, l'un sur le thème des précautions complémentaires contact et l'autre sur l'endoscopie. Ils devraient aboutir à la production, en 2013 de deux nouveaux outils d'évaluation.

Martine Aupée

1- Circulaire DHOS/E2 n° 2007-109 du 23 mars 2007 relative à la stratégie nationale d'audit des pratiques en hygiène hospitalière pour l'année 2007

2- Circulaire DHOS/E2 n° 2009-302 du 26 septembre 2009 relative à la stratégie nationale d'audit des pratiques en hygiène hospitalière : thème « Cathéters veineux périphériques »

3- Circulaire DGOS/PF2 n° 2011-41 du 2 février 2011 relative à la stratégie nationale d'audit des pratiques en hygiène hospitalière : thème « les précautions standard »

4- Circulaire interministérielle n° DGCS/DGS n° 2011-377 du 30 septembre 2011 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médicosocial 2011/2013

## Évaluation de la journée « Prévention du risque infectieux en EHPAD »

La troisième journée « Prévention du risque infectieux en EHPAD » s'est tenue à Rennes le 16 juin dernier, en présence de Madame Tahrat, directrice de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS). Elle a rassemblé 233 personnes (participants, intervenants, représentants des laboratoires, organisateurs). Sur les 220 inscrits, on relève trois grandes catégories : direction (16), médicale (59) et paramédicale (111). Près de 67% des participants ont répondu (n=147) au questionnaire d'évaluation.

Le contenu de la journée a été apprécié pour l'ensemble des exposés, on note que « EPP inter EHPAD - pratique de l'hygiène bucco-dentaire » a été particulièrement appréciée, suivie de « Les Bonnes pratiques de prélèvements bactériologiques en EHPAD » et « Traitement des infections bactériennes de la personne âgée en EHPAD ». Ces communications étaient plutôt en rapport avec les préoccupations des participants quelle que soit leur fonction. Cependant, des réponses claires étaient attendues, en rapport avec les préoccupations quotidiennes des EHPAD et les exigences posées au niveau national (Déclinaison du plan stratégique national de la DGS en programme de prévention du risque infectieux en EHPAD, qui était toujours en attente de publication lors de la journée thématique) ou régional (Agences régionales de santé). Cet écart est remarqué dans les commentaires libres. Le lien avec le risque infectieux et

le « Rôle du médecin coordonnateur » a parfois manqué de développement selon les participants. La rapidité de présentation pour l'intervention « rôle de l'ARLIN dans la gestion des épidémies en EHPAD » a été souvent notée, sans remettre en cause la richesse de l'exposé.

Une fois encore, l'utilisation trop fréquente d'acronymes non expliqués est remarquée. Une liste est souvent souhaitée. Les diaporamas manquants dans le fascicule sont également signalés.

L'organisation de la journée a été jugée plutôt satisfaisante dans son ensemble : inscription, qualité de l'accueil, qualité du déjeuner. La participation des laboratoires a été largement appréciée des participants : 9 laboratoires nous ont soutenus pour cette journée. Les conditions d'exposition des stands, le temps du repas ont été également plutôt appréciés. Une pause l'après-midi aurait cependant été souhaitée.

La Formation continue du CHU de Rennes a participé à l'organisation des inscriptions, en particulier pour les conventions de formation et leur suivi pour 220 participants. La Direction financière du CHU de Rennes a particulièrement aidé à la réalisation et au suivi du budget de la journée.

Marie-Alix Ertzscheid,  
Marion Pérennec-Olivier

## Après le GROUPELIN, le COSPIN

Deux ans après la dissolution du GROUPELIN, l'arrêté du 14 juin 2011 met en place le COSPIN (Commission de suivi des programmes de prévention des infections associées aux soins dans les établissements de santé et en secteur de soins de ville).

**Missions :** Cette instance a pour mission de contribuer à élaborer des programmes nationaux de prévention des infections nosocomiales et des infections associées aux soins dans le secteur des soins de ville, d'assurer le suivi de leur mise en œuvre et de les évaluer, en cohérence avec le plan stratégique national de prévention des infections associées. Elle assure également la coordination des actions des CCLIN-ARLIN.

**Composition :** La commission est composée de 40 membres, dont 32 ont voix délibérative : les responsables des 5 CCLIN, les 2 représentants des ARLIN, le

représentant de la SF2H, les représentants des fédérations hospitalières, les présidents de CME et conférences médicales, les 5 représentants des UNPS, le représentant des directeurs généraux des agences régionales de santé ; le représentant du pôle « santé et sécurité des soins » du Médiateur de la République, les deux représentants des associations ou unions d'associations des représentants des usagers et les deux personnalités qualifiées désignées par le directeur général de l'offre de soins. Sont également représentés sans voix délibérative : la DHOS, la DGS, la DGCS, la HAS, le HCSP, l'InVS, l'ordre national des médecins et celui des infirmiers, l'Union nationale de caisses d'assurance maladie.

Le Professeur Brun-Buisson a été élu président de cette commission.

*Martine Aupée*

## Recommandations pour la désinfection et la stérilisation des DM contaminés par des prions

Dans l'attente de la publication de la circulaire 138 révisée, un article récent vient éclairer le débat. Rutala et Weber<sup>1</sup> y rappellent l'épidémiologie de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ) et ses modes de transmission avant d'envisager les méthodes d'inactivation des prions puis les procédés de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables.

Les auteurs précisent, en préambule que moins de 1% des maladies de Creutzfeldt-Jakob est lié à une transmission associée aux soins. Le seul exemple prouvé de transmission par le biais d'un dispositif médical est celui de deux patients chez lesquels avaient été utilisés des électrodes de stéréotaxie, en 1977. Electrodes nettoyées, à l'époque, avec du benzène et « stérilisées » avec de l'alcool à 70% et des vapeurs de formaldéhyde produites par du paraformaldéhyde solide (équivalent des comprimés de trioxyméthylène). Des études rétrospectives suggèrent que 4 autres cas survenus en Europe entre 1952 et 1976 pourraient être en lien avec des dispositifs médicaux de neurochirurgie. La description des mesures de traitement des DM utilisés chez ces patients est incomplète.

Une nouvelle classification des tissus, en 3 niveaux, est proposée :

- Haute infectiosité : cerveau (incluant la dure-mère), moelle épinière, chambre postérieure de l'œil (rétine et nerf optique), hypophyse
- Infectiosité faible : LCR, foie, ganglions lymphatiques, rein, rate, langue, placenta, muqueuse olfactive
- Sans infectiosité démontrée : nerfs périphériques, intestin, moelle osseuse, sang total, leucocytes, sérum, thyroïde, surrénale, cœur, muscle squelettique, tissu adipeux, glandes, prostate, testicules, larmes, salive, expectorations, urine, matières fécales, sperme, sécrétions vaginales, lait, sueur.

Il est rappelé que les mesures générales de prévention reposent sur le respect des précautions « standard ». Il

n'y a pas de mesures particulières concernant le linge, la vaisselle, l'élimination des liquides biologiques. Il n'est pas nécessaire de décontaminer ou de détruire des équipements médicaux comme des laveurs désinfecteurs ou des analyseurs de LCR dont les circuits internes ont pu être contaminés par des prions.

Les auteurs font un rapide inventaire des études publiées sur l'inactivation des prions. Même s'ils rappellent l'efficacité incontestable des procédés chimiques (soude et chlore), ils notent qu'ils présentent l'inconvénient de ne pouvoir être utilisés sur des DM thermosensibles comme les endoscopes. Pour eux, les différents procédés de désinfection ou stérilisation utilisés jusqu'alors ne sont pas représentatifs des modalités de traitement des DM mises en œuvre dans les établissements de santé. Elles ne tiennent pas compte du nettoyage préalable avec un détergent alcalin ou enzymatique qui réduit normalement, à lui seul, la contamination initiale de 4 à 6 log. Ils font état des études publiées démontrant que l'utilisation de détergents alcalins ou enzymatiques lors de la phase de pré-désinfection réduirait significativement l'infectiosité des prions utilisés expérimentalement et minimiserait ou préviendrait, de ce fait, le risque de transmission iatrogène d'une MCJ non diagnostiquée.

Concernant les recommandations sur le traitement des dispositifs médicaux réutilisables, elles ont été classées selon la méthode utilisée par les CDC. Elles se déclinent en 6 volets (A à F). Elles ne s'appliquent pas à la MCJ liée au nouveau variant.

**A.** Ne pas permettre aux instruments de sécher après utilisation, les biofilms secs étant plus résistants à la stérilisation par la chaleur humide.

Maintenir les instruments humides (par immersion dans l'eau ou un détergent ayant une activité prionicide, ou si ce n'est pas possible, en utilisant un champ humide pour les couvrir) après utilisation

1- Rutala WA, Weber DJ. Guideline for disinfection and sterilization of prion-contaminated medical instruments. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2010; 31(2): 107-117.

et durant le stockage et le transport avant décontamination en Stérilisation centrale. Les instruments doivent être décontaminés au plus près de l'utilisation. Décontaminer les instruments dans un laveur-désinfecteur avec un détergent (de préférence ayant démontré une activité prionicide), et après décontamination, les stériliser par une des méthodes ayant fait la preuve de son efficacité et recommandée ci-dessous. (Catégorie IA)

**B.** Utiliser les procédures recommandées ci-dessous de 1 à 10 pour retraiter les DM critiques et semi-critiques qui ont été contaminés avec des tissus à haut risque provenant de patients à haut risque (présentant une MCJ avérée ou suspectée). (Catégorie IB)

1. Nettoyer le matériel, en particulier les instruments chirurgicaux afin d'éliminer efficacement les dépôts tissulaires. Les stériliser ensuite par un des 4 procédés suivants listés en fonction de leur efficacité rapportée dans la littérature scientifique (catégorie IB) :

Option 1. Stérilisation par la chaleur humide à 134° pendant 18mn minimum (autoclave pour charges poreuses)

Option 2. Stérilisation à 132° pendant 1 heure en autoclave à déplacement de gravité

Option 3. Immersion dans la soude normale pendant 1 heure, rinçage puis transfert dans un bac ouvert et stérilisation à 121° dans un autoclave à déplacement de gravité ou à 134° dans un autoclave pour charges poreuses pendant 1 heure.

Option 4. Immersion dans la soude normale pendant 1 heure et stérilisation à 121° dans un autoclave à déplacement de gravité pendant 30 minutes (afin de minimiser l'exposition du personnel et de l'autoclave aux vapeurs de soude lors du trempage des instruments et leur autoclavage dans la soude, l'utilisation de containers à rebords inclinés et couvercle facilitant les dépôts de condensation, est recommandé). Les DM ainsi traités seront ensuite rincés avant de subir une stérilisation de routine.

*On notera que les options 2 à 4 ne sont pas utilisables en France, les stérilisations centrales étant équipées d'autoclaves pour charges poreuses. Si un procédé chimique est utilisé il est suivi d'une stérilisation à 134° pendant 18 mn et non pendant 1 heure.*

2. Mettre au rebut les instruments impossibles à nettoyer (Catégorie II)

3. Ne pas utiliser de stérilisation flash pour retraiter les instruments. (Catégorie I)

4. Mettre au rebut les DM qui ne peuvent supporter qu'une stérilisation à basse température (stérilisation par oxyde d'éthylène). (Catégorie IB)

5. Aucune recommandation ne peut être faite concernant les technologies « basse température » qui ont démontré une activité prionicide telles que la stérilisation par plasma d'hydrogène et vapeurs de peroxyde d'hydrogène car les données disponibles sont limitées et nécessitent confirmation. (Pas de recommandations : question non résolue)

6. Rappeler les instruments contaminés (instruments utilisés pour les biopsies cérébrales avant dia-

gnostic) qui n'ont pas été traités selon les procédés recommandés et les retraiter selon un procédé adapté. (Catégorie II)

7. Pour réduire l'exposition des patients à des DM neurochirurgicaux ayant pu être contaminés par un patient reconnu à posteriori porteur d'une MCJ, utiliser les recommandations ci-dessus pour le traitement des DM ayant servi aux biopsies cérébrales quand une lésion spécifique (tumeur ou abcès) n'a pas été démontrée par le scanner ou l'IRM. Utiliser pour ces patients l'alternative de l'usage unique. (Catégorie IB)

8. Nettoyer les surfaces environnementales non critiques contaminées par des tissus à haut risque (surface de laboratoire en contact avec du tissu cérébral de patient présentant une MCJ) avec un détergent puis décontaminer sur place avec de l'hypochlorite de sodium dilué entre 10 et 20% (10 500 à 12 300 ppm) en respectant un temps de contact minimal de 15 mn. Pour réduire la contamination de l'environnement, utiliser des feuilles de protection doublées de plastique, à usage unique, sur les surfaces de travail. (Catégorie IB)

9. Nettoyer puis désinfecter le matériel non critique contaminé par des tissus à haut risque en utilisant de l'hypochlorite de sodium dilué entre 10 et 50% ou de la soude normale en fonction de la compatibilité du matériel. S'assurer que la totalité des surfaces contaminées a bien été exposée au désinfectant. (Catégorie IB)

10. Si le chirurgien pense que le patient est à risque de MCJ, il doit communiquer cette information à l'infirmière responsable de la salle d'opération, à l'équipe d'anesthésie, au neuropathologiste et à l'équipe d'anatomopathologie, au gestionnaire de risque et au responsable de la prévention des infections. Former les cliniciens et les techniciens chargés du traitement des DM à étiqueter correctement le matériel et aux protocoles de retraitement spécifiques prions. Parce que la décontamination standard des échantillons et des prélèvements par le formol ne peut inactiver les prions, tous les échantillons doivent être manipulés en respectant les précautions « standard » (c'est-à-dire en portant des gants). Etiqueter le matériel qui nécessite un traitement spécifique « prions » après utilisation. Les échantillons de laboratoires et les prélèvements doivent être étiquetés « risque biologique » et « suspects de MCJ » avant d'être envoyés au laboratoire. (Catégorie IB)

**C.** Aucune recommandation ne peut être faite en ce qui concerne l'utilisation des procédures listées de 1 à 10 pour le retraitement des DM critiques et semi-critiques contaminés par des tissus à faible risque (LCR, rein, foie, rate, poumon, placenta, muqueuse olfactive, nodules lymphoïdes) issus de patient à haut risque (pas de recommandations : question non résolue)

**D.** Utiliser seulement la désinfection standard pour traiter les surfaces contaminées par les tissus à faible risque. (Utiliser les désinfectants recommandés par l'OSHA<sup>2</sup> pour désinfecter les surfaces contaminées par du sang). (Catégorie IB)

2- L'auteur est américain, il fait référence à l'organisme fédéral chargé de l'application de la législation sur la sécurité et la santé.

**E.** Utiliser les recommandations suivantes pour retraiter les DM critiques ou semi-critiques contaminés par des tissus ne présentant pas de risque (nerfs périphériques, intestin, moelle osseuse, sang, leucocytes, sérum, thyroïde, surrénales, cœur, muscle squelettique, tissu adipeux, gencives, prostate, testicules, larmes, salive, expectoration, urines, matières fécales, sperme, sécrétions vaginales, lait, sueur) provenant de patients à haut risque. (Catégorie IB)

1. Nettoyer puis désinfecter ou stériliser ces DM en utilisant les procédures conventionnelles de stérilisation chimique ou thermique ou la désinfection de haut niveau (Catégorie IB)
2. Utiliser les protocoles « standard » de nettoyage et de désinfection de haut niveau des endoscopes (excepté pour l'endoscopie neurochirurgicale entrant en contact avec le SNC). (Catégorie IB)
3. Utiliser la désinfection standard pour traiter l'équipement et les surfaces environnementales non critiques contaminées par des tissus ou liquides biologiques à faible risque. Utiliser pour désinfecter les surfaces contaminées par du sang de l'hypochlorite de sodium dilué entre 1 et 10%. (Catégorie IB)

**F.** Un programme de contrôle de la qualité doit être mis en oeuvre pour améliorer les performances

des professionnels de santé (orientation, formation continue, et compétence documentée) et contrôler l'efficacité de la stérilisation et la désinfection (par exemple : la maintenance des stérilisateur et l'histoire des réparations, la surveillance du processus de stérilisation par des contrôles physiques, chimiques et biologiques ; et la concentration de désinfectant). (Catégorie IB)

Il s'agit là d'un article de synthèse très intéressant qui fait le point sur la conduite à tenir vis-à-vis de la prévention de la transmission croisée de la MCJ par les DM réutilisables. A adapter bien évidemment aux matériels (autoclaves) et produits disponibles en France.

On notera également que l'Afssaps a publié en début d'année une liste des procédés et/ou produits susceptibles d'inactiver les prions. On peut raisonnablement penser qu'ils apporteront des réponses dans les cas d'utilisation de DM thermosensibles comme les endoscopes chez des patients suspects.

*Martine Aupée*

Sur le site de l'Afssaps – Dossier thématiques - Creutzfeldt-Jakob et produits de santé

[http://www.afssaps.fr/Dossiers-thematiques/Creutzfeldt-Jakob-et-produits-de-sante/Protocole-Standard-Prion/%28offset%29/0#paragraph\\_26472](http://www.afssaps.fr/Dossiers-thematiques/Creutzfeldt-Jakob-et-produits-de-sante/Protocole-Standard-Prion/%28offset%29/0#paragraph_26472)

## LU POUR VOUS...

### Pratique du signalement externe des infections nosocomiales : une étude sociologique

Le signalement des infections nosocomiales est un dispositif d'alerte, orienté vers l'action, mis en place réglementairement en 2001. Si la plus-value de ce système en termes de sécurité sanitaire a été démontrée, plusieurs évaluations conduites par les Centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN) ou l'Institut de veille sanitaire (InVS) ont montré que son fonctionnement n'était pas optimal. Une évaluation qualitative a donc été conduite en 2009 pour mieux comprendre la dynamique de son fonctionnement dans les établissements de santé (ES) et proposer des pistes d'amélioration. Elle a été confiée par le RAISIN à une sociologue et était basée sur des observations et des entretiens semi-directifs auprès de professionnels de santé de 12 ES des inter-régions Ouest et Sud-Ouest et de quelques experts nationaux. L'étude a mis en évidence des dynamiques de signalement variées, organisées autour de deux piliers (président de CLIN et équipes opérationnelles d'hygiène (EOH)) avec une faible intégration à la gestion des risques. Les freins au signalement externe (SE) étaient d'abord ceux du signalement interne : discussion du caractère nosocomial de l'infection (difficulté diagnostique, association à une faute), faible implication des cliniciens ou des paramédicaux,

représentation négative du système ou insatisfaction de certaines EOH. Le système de SE souffrait aussi d'un manque de lisibilité, d'outils adaptés et d'objectifs clarifiés. Plusieurs facteurs paraissent à l'inverse faciliter les bonnes pratiques de signalement : l'existence de professionnels motivés, la proximité des EOH avec les services de soins, l'automatisation des alertes au sein des ES ou l'acceptation des démarques qualité. Cette étude permet de proposer certaines pistes d'amélioration : accroître la lisibilité du dispositif en clarifiant ses objectifs, ses circuits et en précisant les définitions d'infection nosocomiale, adapter sa déclinaison aux réalités de terrain, renforcer les formations à destination des établissements de santé et développer les espaces d'échanges entre professionnels. La mise en oeuvre récente de retours d'expérience formalisés par les CCLIN et la dématérialisation du signalement (e-SIN) conduite par l'InVS vont dans ce sens.

*Quélier C, Jarno P, Sénéchal H, RAISIN. Pratique du signalement externe des infections nosocomiales : une étude sociologique. InVS 2011 ; 75 p. (Réf.\*29308)*

Mots-clés : Signalement, enquête, évaluation, observance, qualité, EOH, attitude

**NOSO-NEWS** - bulletin du CCLIN Ouest

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

CCLIN 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](mailto:martine.aupee@chu-rennes.fr) - Site web : <http://www.cclinouest.com>