

## SESSION COMMUNICATIONS LIBRES 2 : HYGIENE DE L'ALIMENTATION, PRATIQUES AMBULATOIRES ET INFORMATION

### CLO7

#### BACTÉRIÉMIES LIÉES AUX SOINS ACQUISES EN DEHORS DE L'HOSPITALISATION COMPLÈTE : RÉSULTAT DE L'ENQUÊTE MENÉE EN FRANCE EN 2002

*BUSSY-MALGRANGE V.<sup>1,7,8</sup>, JEBABLI M.<sup>8</sup>, BARON R.<sup>2</sup>, BRANGER B.<sup>2,7</sup>, CARBONNE A.<sup>3,7</sup>, DUCRUET L.<sup>4</sup>, GAYET S.<sup>1,7</sup>, LEPOUTRE A.<sup>6,7</sup>, MALLARET M.-R.<sup>4</sup>, MARTY N.<sup>5</sup>, PARNEIX P.<sup>5,7</sup>, SAVEY A.<sup>4,7</sup>, VAN DER MEE N.<sup>2</sup>*

Réseaux CClins : 1=Est, 2=Ouest, 3=Paris-Nord, 4=Sud-Est, 5=Sud-Ouest, 6=InVS, et 7=Raisin, 8=Resclin, Reims.

**Introduction :** L'hospitalisation ambulatoire ou la prise en charge à domicile ou en cabinet de soins se développent de plus en plus, y compris pour des soins techniques compliqués où le risque infectieux est majeur, notamment chez les patients immunodéprimés ou atteints de pathologie sévère. Les bactériémies sont des infections graves qu'il est nécessaire d'analyser en dehors de l'hospitalisation complète. Le protocole minimal commun aux cinq CClins, issu des travaux du Raisin, initié en 2002, inclut les classements d'origine « communautaire sans rapport avec des soins », « nosocomiale acquise en hospitalisation complète » (BNHC), « nosocomiale acquise en hospitalisation incomplète » (BNHI) et « iatrogène ambulatoire » (BIA) et permet cette analyse.

**Objectif :** L'objectif de ce travail était de décrire les particularités des bactériémies liées aux soins acquises en dehors de l'hospitalisation complète au cours de la période de surveillance de l'année 2002.

**Population et méthode :** Les données agrégées proviennent de la surveillance réalisée par les réseaux des cinq CClins. Les portes d'entrée sont recueillies ainsi que les espèces microbiennes en cause et leur résistance aux antibiotiques. La fréquence des décès survenus dans les sept jours suivant le début de l'épisode est calculée.

**Résultats :** En 2002, 268 établissements ont participé à cette surveillance. Le nombre de bactériémies liées aux soins en dehors de l'hospitalisation complète est de 1 189, représentant 8,9 % de l'ensemble des bactériémies et de 17,4 % hors bactériémies communautaire, dont 609 BNHI et 580 BIA. Les patients sont plus fréquemment immunodéprimés pour BNHI (59,2 %) et BIA (38,1 %) vs 28,4 % pour BNHC ( $p < 10^{-6}$ ). Ils ont plus fréquemment une pathologie onco-hématologique pour BNHI (64,9 %), BIA (47,7 %) et BNHC (34,2 %) ( $p < 10^{-6}$ ). Les portes d'entrée cathéters sont plus fréquentes ( $p = 10^{-6}$ ) pour BNHI (47,5 %) et BIA (43,9 %) vs 21,5 % pour BNHC. La répartition des *S. aureus* est identique pour les 3 origines des épisodes (19,7 %, 21,3 % et 20,7 %). En revanche, la méticillino-résistance est plus fréquente ( $p = 0,007$ ) pour BNHC (40 %) que pour BNHI (25,8 %) et BIA (31,1 %). Les Staphylocoques à coagulase négative sont plus fréquents ( $p = 10^{-6}$ ) pour BNHI (27,2 %) et BIA (19,1 %) vs 16,3 % pour BNHC et les *E. coli* sont moins fréquents ( $p = 0,003$ ) pour BNHI (13 %) que pour BIA et pour BNHC : 18,2 % chacun. Enfin, les décès sont moins fréquents ( $p = 0,01$ ) pour BNHI (10,1 %) et BIA (8,5 %) vs 13,2 % pour BNHC.

**Discussion, conclusion :** Les différences obtenues entre les différents classements, justifie l'étude spécifique des infections liées aux soins en dehors de l'hospitalisation complète où les techniques de prévention doivent être appliquées. Les dénominateurs restent à construire pour suivre ces infections dans le temps et mesurer l'exposition à un risque.

### CLO8

#### EVALUATION DE LA QUALITE DE L'ENTRETIEN A DOMICILE DES NEBULISEURS DES PATIENTS ATTEINTS DE MUCOVISCIDOSE

*GARDES S.<sup>1</sup>, FERRARESE P.<sup>1</sup>, COUDRAIS S.<sup>1</sup>, REAT C.<sup>1</sup>, COYAULT C.<sup>1</sup>, GIRARD R.<sup>1</sup>, FABRY J.<sup>1</sup>, DUPERRAY I.<sup>2</sup>, DURIEU I.<sup>2</sup>*

1. Unité d'Hygiène et Epidémiologie

2. Centre de ressources et de compétence dans la mucoviscidose Centre Hospitalier LYON SUD (CHLS) PIERRE BENITE

**Contexte :** Pour ces patients, la contamination des nébuliseurs peut être responsable d'infections (à *Burkholderia cepacia* par exemple). La diffusion de recommandations nationales concernant la prévention de l'acquisition et de la transmission des germes respiratoires dans la mucoviscidose a été le point de départ du travail.

#### Objectifs :

- Mieux connaître le matériel utilisé à domicile pour la réalisation des aérosols (description du matériel)
- Décrire et valider les techniques d'entretien utilisées
- Connaître les formations suivies par les patients concernant l'entretien des nébuliseurs

**Matériel et méthode :** Entretien dirigé des patients adultes suivis au centre, situé au CHLS, par une IDE et un masseur kinésithérapeute. Chaque patient n'est interrogé qu'une seule fois. Les données ont été analysées sur le logiciel EPI INFO V6 par l'UHE.

Le référentiel utilisé le guide « Recommandations pour la prévention de l'acquisition et de la transmission des germes respiratoires dans la mucoviscidose » du groupe de travail Vaincre la Mucoviscidose 2004.

**Résultats :** 37 patients inclus (58 % des traités par aérosol) en septembre 2004. L'âge moyen des patients était : 26,7 ans. Ecart type : 5,5. Près de 75 % avaient une activité professionnelle ou étaient étudiants. 31 patients pratiquent un entretien du matériel dont 6 patients réutilisent les kits à usage unique. 6 patients ne réutilisent pas le matériel. Le nettoyage est correct (fréquence, technique) chez 9 patients (29 %). La désinfection est faite 1 fois par jour par 8 patients et correcte (fréquence, technique) chez 6 patients (19 %). 1 seul patient suit totalement les recommandations.

11 patients ont été formés. Parmi eux les procédures sont plus souvent correctes, mais l'écart n'est pas significatif.

**Conclusion :** Globalement on observe de nombreuses pratiques à risque, qui doivent être réduites grâce à un effort accru de formation. La mise en place plus large de l'usage unique permettrait une meilleure observance.

### CLO9

#### CONDITIONS DE REALISATION ET COMPLICATIONS INFECTIEUSES DES ACTES DE CHIRURGIE DERMATOLOGIQUE

*ROGUES A.-M.<sup>1</sup>, LASHÉRAS A.<sup>1</sup>, AMICI J.-M.<sup>2</sup>, GUILLOT P.<sup>2</sup>, THOMAS L.<sup>2</sup>, BEYLOT C.<sup>2</sup>, GACHIE J.-P.<sup>1</sup>*

1. Service d'Hygiène Hospitalière - CHU de Bordeaux  
Unité INSERM 657 Université Bordeaux 2

2. Groupe Chirurgical de la Société Française de Dermatologie

**Objectifs :** Estimer l'incidence des complications infectieuses lors des actes de chirurgie dermatologique et décrire les pratiques d'hygiène mis en œuvre dans ce type de chirurgie.

**Matériel et méthode :** Enquête prospective menée par le Groupe Chirurgical de la Société Française de Dermatologie sur une période de trois mois (1/12/2002 au 28/02/2003). Quarante quatre dermatologues volontaires ont complété une fiche de recueil de données, 34 d'entre eux avait un exercice libéral pur. Actes inclus : exérèses de tumeur bénigne ou maligne non infectée, excluant les kystes épidermiques. Données relevées concernant : le patient ; le type d'acte (exérèse suture simple avec cicatrice < 2 cm, exérèse suture simple avec cicatrice >2 cm, greffe de peau totale ou plastie par lambeau) ; la localisation anatomique et la durée de l'intervention. Mais aussi, les conditions de réalisation: salle où l'acte est pratiqué (salle d'examen en cabinet libéral, salle d'intervention spécialement aménagée en cabinet et salle d'intervention en établissement de santé) ; gestion des dispositifs médicaux (Poupinel, autoclave ou instruments à usage unique) ; tenue opératoire ; utilisation de consommables stériles, désinfection cutanée et antibio-prophylaxie. Analyse statistique : test du Chi-2 ou Fisher, test de Wilcoxon et analyse multivariée par régression logistique.

**Résultats :** 3 788 actes ont été inclus, 79 (2,1 %) se sont compliqués d'une infection (superficielle dans 92 % des cas). La fréquence des infections varie significativement selon le type d'acte (exérèse suture simple <2cm : 27/1841, soit 1,5 % ; exérèse suture simple >2cm : 27/1482, soit 1,8 % ; greffe de peau 5/47, soit 10,6 % ; plastie par lambeau : 20/407, soit 4,9 %) et sa localisation (face ou cou : 38/1921, soit 1,9 % ; périmasale 6/120, soit 5 % ; tronc 19/1069, soit 1,8 % ; membres 15/667, soit 2,2 %). Les conditions de réalisation varient aussi selon le type d'acte avec, par exemple : une plus grande fréquence de plastie ou de greffe en salle d'intervention avec des consommables stériles et une tenue opératoire spécifique (kimono et masque). L'antibioprophylaxie a plus souvent concerné les plasties et les greffes (2.64% vs 0.87% ; p:0.002). En analyse multivariée, il existe un lien significatif entre la durée de l'intervention, la prise d'immunosuppresseur et le risque de complication infectieuse pour les greffes et les plasties ; l'utilisation de gants stériles a un effet protecteur pour les plasties.

**Conclusion :** Cette première étude Française a permis d'apprécier le risque infectieux et les conditions de réalisation des actes de chirurgie dermatologique amenés à se développer du fait de l'augmentation de la fréquence des tumeurs cutanées consécutive à l'allongement de la durée de vie.

## CL10

### ÉPIDÉMIE DE COLONISATION PAR ACINETOBACTER JUNII

*BOULESTREAU H.<sup>1</sup>, MAUGEIN J.<sup>2</sup>, ROGUES A.-M.<sup>1</sup>, TABRIZI R.<sup>3</sup>, LASHÉRAS A.<sup>1</sup>, MERILLOU B.<sup>1</sup>, GACHIE J.-P.<sup>1</sup>*

1 Service d'Hygiène Hospitalière - CHU de Bordeaux

2 Laboratoire de bactériologie - Groupe Hospitalier Sud - CHU de Bordeaux

3 Service d'Onco-hématologie - Groupe Hospitalier Sud - CHU de Bordeaux

**Introduction :** *A.junii* est une bactérie à réservoir environnemental retrouvée dans environ 4 à 11% des isolats cliniques d'*Acinetobacter*.

En septembre 2004, une colonisation de la gorge (prélèvements systématiques hebdomadaires) de 5 patients hospitalisés en service d'onco-hématologie protégé par *A.junii* d'un même antibiotype est signalée au service d'hygiène hospitalière.

**Matériel et méthode :** L'enquête a consisté à compter les cas, revoir les dossiers des patients concernés, rechercher une source commune (enquête de pratiques et prélèvements environnementaux), afin de définir le mécanisme d'acquisition de cette bactérie et de rompre la chaîne de transmission.

**Résultats :** Au total, *A.junii* a été identifié dans la gorge de 15 patients hospitalisés en onco-hématologie dans 2 services différents (transferts de patients entre les 2 services selon l'état immunitaire) et colonisés entre le 15 et le 30 août 2004. Aucun prélèvement à visée diagnostic n'est revenu positif à *A. junii*. La bactérie n'a pas été retrouvée en parallèle dans les coprocultures systématiques. Le délai de découverte était indépendant de la date d'admission des patients. Tous sauf un recevaient des aérosols et tous des bains de bouche, des gélules de décontamination digestive, une alimentation sécurisée. L'enquête de pratique a permis d'éliminer les médicaments, les préleveurs et le laboratoire en tant que source potentielle. Les 12 prélèvements d'environnement, ciblés sur les piluliers, le réfrigérateur, le micro-onde, l'eau embouteillée et différents aliments ou sachets à infuser préparés dans ces services n'ont permis d'identifier la bactérie que dans l'eau embouteillée avec à raison de 104 UFC/ml. La bactérie a disparu spontanément de la gorge de certains patients et après changement de marque d'eau pour d'autres.

**Discussion :** Les bouteilles d'eau étaient livrées par un fournisseur intermédiaire et non directement à partir de l'usine de mise en bouteille. Des contrôles de qualité nous ont été fournis ainsi que de l'eau en provenance directe de l'usine pour analyse. Les résultats étaient très satisfaisants avec notamment absence d'*A. junii*. Il a été demandé aux services économiques de s'approvisionner directement à partir de l'usine de mise en bouteille afin de limiter les transports et les stockages successifs à risque, notamment en période estivale. Il n'y a pas eu d'infection clinique identifiée.

## CL11

### 202 CAS DE GALE PARMIS LE PERSONNEL HOSPITALIER DU CH D'ABBEVILLE : RÉALITÉ, GESTION ET ENSEIGNEMENTS D'UNE ÉPIDÉMIE

*KADI Z.<sup>1,6</sup>, REDECKER S.<sup>2</sup>, CACHERA I.<sup>3</sup>, AMMIRATI C.<sup>4</sup>, ILEF D.<sup>5</sup>, BOURGOIS C.<sup>2</sup>, BLÉRIOT P.<sup>2</sup>, PÉGARD S.<sup>2</sup>, ASTAGNEAU P.<sup>1,7</sup>*

1. CCLIN Paris-Nord ; 2. CH Abbeville ; 3. DDASS Somme ; 4. SAMU 80 ;

5. CIRE Nord ; 6. CHU Amiens ; 7. GH Pitié-Salpêtrière Paris

La gale est une parasitose commune transmissible mais le plus souvent bénigne. Elle est très présente dans les institutions de santé et particulièrement dans les USLD et les maisons de retraite où elle touche patients et soignants sans distinction. Les épidémies sont caractérisées par la difficulté de leur maîtrise et surtout le retard au diagnostic. Nous rapportons ici une situation épidémiologique particulière où l'épidémie a concerné un centre hospitalier de 450 lits et où l'écrasante majorité des cas étaient des soignants.

Le cas source présumé était une patiente immunodéprimée qui a été hospitalisée à 9 reprises en 18 mois. Le diagnostic de gale norvégienne a été posé le 17 juillet 2004 confirmé par un examen parasitologique mais l'interrogatoire a montré que ce diagnostic avait été posé en externe depuis au moins janvier 2004. Deux jours après, un soignant du service où était hospitalisée cette patiente a présenté une gale. Le 29 septembre, un autre cas est diagnostiqué dans le même service. Le 1<sup>er</sup> octobre, un dépistage sommaire dans le service retrouve 9 autres cas. Cette situation a conduit à la mise en place d'une cellule de crise avec la participation de responsables de l'établissement et des représentants du CCLIN Paris-Nord, de la DDASS et du SAMU.

Un dépistage systématique de l'ensemble des agents hospitaliers et des patients a été réalisé. Deux cent deux cas de gale ont été diagnostiqués chez les agents hospitaliers et 19 chez les patients. Le taux d'attaque était particulièrement important chez les ASH

(23 %). Deux sur 44 prélèvements étaient positifs. Tous les cas diagnostiqués et les membres de leur famille ont été traités à l'Ivermectine et au Benzoate de Benzyle. Une éviction de 10 jours a été prescrite. A l'exception des résidents en maison de retraite, de l'USLD et des femmes enceintes, tous les patients hospitalisés ainsi que tous les soignants ont reçu un traitement présomptif à l'ivermectine. Toutes les surfaces, literie et linge du Centre Hospitalier ont été décontaminés. Un large travail d'information a été fait en direction des agents hospitaliers, des établissements partenaires, des médecins généralistes et dermatologues de la région ainsi que des media. Un système de veille sanitaire mis en place a confirmé l'extinction de l'épidémie. Le coût de ces actions a été estimé à 300 000 euros. Bien qu'en raison d'une définition de cas trop sensible, l'importance de cette épidémie soit surestimée, sa réalité ne fait aucun doute. Cependant, la question de savoir pourquoi il y a eu 10 fois plus de cas parmi les agents hospitaliers que parmi les patients reste posée. Les principaux enseignements de la gestion de cette épidémie ont été tirés et seront rapportés.

## CL12

### INFORMATION DES PATIENTS SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES (IN) : CONNAISSANCES, ATTITUDES ET OPINIONS DES PROFESSIONNELS DE SANTE

*MERLE V., MOREAU A., DUBREUIL N., DOLLOIS B., GRAY C., KERLEAU K., THERY S., CZERNICHOW P.*

*Réseau CoCLINNOR, CHU-Hôpitaux de Rouen 76031 ROUEN cedex*

En France, les obligations réglementaires concernant l'information des patients sur les IN sont nombreuses : information générale (livret d'accueil), information individuelle sur le risque, information en cas de survenue d'une IN, et information rétrospective en cas d'exposition à un risque infectieux. La mise en œuvre de ces obligations par les professionnels de santé n'a, à notre connaissance, jamais été évaluée. Notre objectif était de décrire les connaissances, pratiques déclarées, et opinions des professionnels de santé concernant l'information des patients sur les IN.

**Méthode :** enquête multicentrique, par sondage auprès de médecins, IDE, cadres de santé (CS), sages-femmes (SF), tirés au sort parmi les professionnels de 22 établissements publics et privés. Recueil de données au moyen d'un questionnaire anonyme auto-administré sur : les caractéristiques démographiques et professionnelles du professionnel, les connaissances des obligations réglementaires, les pratiques déclarées d'information dans différentes situations, les motifs de non information, l'avis favorable ou non à plus d'information et l'opinion des professionnels sur les avantages et inconvénients de cette information.

**Résultats :** 1 270 professionnels ont été tirés au sort (342 médecins, 123 CS, 749 IDE, 56 SF), 1 107 ont répondu (taux de réponse 87,2 %); 8,2 % identifiaient l'ensemble des obligations réglementaires (sans différence entre les catégories professionnelles) ; 19,9% des professionnels déclaraient informer les patients de leur risque individuel d'IN (médecins 26,9 %, SF 27,7 %, CS 4,2 %, IDE 17,3 %,  $p=0,002$ ). Le principal motif déclaré de non information était l'absence de demande de la part des patients (64,4 %) ; 5,9 % des professionnels disaient ne pas informer par crainte des contentieux et 1,5 % parce qu'ils jugeaient l'information inutile. L'information sur la survenue d'une IN était : "habituelle" (36,5 % des professionnels, plus fréquente chez les médecins,  $p<0,0001$ ), "sur demande des patients" (27,6 %), et "non donnée au patient" (30,7 %). En contraste, 86 % des professionnels se déclaraient favorables à plus d'information des patients sur les IN ; ils en attendaient plus de compliance aux mesures de prévention (86,6 %), plus de transparence vis-à-vis des patients (61,7 %), une meilleure acceptabilité des IN (54,4 %), mais craignaient qu'elle entraîne plus d'anxiété (76,3 %), ou un refus du traitement par les patients (51,5 %). Les femmes, les moins de 45 ans, et les IDE avaient plus souvent une opinion favorable à l'information. L'influence de la profession IDE disparaissait après ajustement sur l'âge et le sexe.

**Conclusion :** l'opinion globalement favorable des professionnels à l'information sur les IN contraste avec leur connaissance imparfaite de la réglementation, et une faible pratique déclarée d'information en pratique quotidienne.