

# En Bref

**Bulletin d'information du C.CLIN Sud-Est**

**Contact :** C.CLIN Sud-Est, Pavillon 1M  
Centre Hospitalier Lyon-Sud  
F- 69495 Pierre-Bénite cedex

Téléphone 04 78 86 19 71  
Télécopie 04 78 86 33 31  
cclinse @ lyon-sud.univ-lyon1.fr

## L'Enquête Nationale 2001 de Prévalence des Infections Nosocomiales

La seconde Enquête Nationale de Prévalence (ENP) des infections nosocomiales (IN) se déroulera entre le 21 mai et le 23 juin 2001.

La circulaire DGS/DHOS du 18 janvier 2001 rappelle l'importance du caractère mobilisateur d'une telle enquête pour tous les établissements notamment pour les établissements privés engagés récemment dans la lutte contre les infections nosocomiales. Cette circulaire incite tous les établissements à participer à cette enquête.

Le C.CLIN Sud-Est a adressé début janvier aux présidents de CLIN de l'inter-région, un courrier comprenant un accord de participation pour l'enquête nationale. Si ce courrier n'est pas parvenu à votre établissement et que vous souhaitez participer à cette enquête, il est encore temps de nous contacter. Nous vous ferons parvenir un accord de participation ainsi que les lieux et dates des formations proposées, sur l'inter-région Sud-Est, pour les responsables d'enquête. Ces documents sont d'ores et déjà disponibles sur le site Internet du C.CLIN Sud-Est, à l'adresse suivante : <http://cclin-sudest.univ-lyon1.fr>.

L'un des objectifs principaux d'une enquête de prévalence est la sensibilisation et la mobilisation de tout un établissement autour d'un projet de surveillance. Il permet de faire connaître au personnel soignant les membres de l'équipe d'hygiène de leur établissement. Ce contact direct facilitera par la suite le recours à l'équipe d'hygiène.

Il nous semble donc important que l'équipe d'hygiène de l'établissement soit fortement impliquée dans l'organisation de l'ENP. Un courrier sera envoyé aux médecins hygiénistes de l'inter-région afin de leur proposer des documents pédagogiques pour cette enquête. Ils pourront ainsi, s'ils le souhaitent, former localement à l'enquête les personnes ne pouvant se joindre aux formations proposées par le C.CLIN.

Outre l'intérêt de sensibiliser les équipes et de connaître le taux d'IN de votre établissement, la participation à l'ENP vous fournira un « kit prévalence ». Ce kit est composé d'une fiche et d'un guide de surveillance, d'un protocole d'enquête et d'une application informatique permettant de saisir vos données et de les analyser à l'aide du logiciel EPI-INFO.

Vous pourrez, si vous le souhaitez, employer la même méthodologie de surveillance pour vos futures enquêtes et ainsi comparer les taux de prévalence de votre établissement au cours du temps.

L'enquête de prévalence est un outil qu'il ne faut pas hésiter à utiliser pour la surveillance des IN. Elle est particulièrement efficace pour une première approche de la situation mais est aussi utile pour faire un point périodique de celle-ci. Effectuer des enquêtes de prévalence à intervalle régulier avec la même méthodologie est une méthode reconnue de surveillance des IN qui permet de compléter une surveillance en incidence d'infections ciblées ou de patients à risque.

**Dr A. BOULETTEAU, Dr L. AYZAC**

### Calendrier ENP 2001

- **mars-avril 2001 :** Formation des formateurs
- **21 mai – 23 juin :** Enquête de prévalence
- **1<sup>er</sup> Octobre :** Date limite de retour des disquettes au CCLIN Sud-Est
- **Fin 2001 :** Résultats interrégionaux
- **Début 2002 :** Premiers résultats nationaux

### Sommaire

<b>Enquête Nationale de Prévalence 2001</b>	<b>1</b>
<b>Contribution au Plan Quinquennal 2001-2005</b>	<b>2</b>
<b>Dates</b>	<b>3</b>
<b>Ce qui vous préoccupe ...</b>	
... la maladie de Creutzfeldt-Jakob	4
<b>Officiel</b>	<b>6</b>
<b>Création du R.A.I.S.I.N.</b>	<b>6</b>
<b>Signalement des infections nosocomiales</b>	<b>6</b>
<b>La fièvre aphteuse</b>	<b>7</b>
<b>Guides et recommandations</b>	<b>8</b>
<b>Formations 2001</b>	<b>8</b>

## Contribution de 57 Présidents de CLIN du Sud-Est à l'élaboration du Plan quinquennal 2001-2005

Le CTIN a engagé une première réflexion sur le contenu et les priorités d'un deuxième plan quinquennal « Infections nosocomiales » 2001 – 2005. Nous souhaitons que ce 2<sup>ème</sup> plan quinquennal soit l'occasion de réduire les risques infectieux nosocomiaux en complétant et en renforçant l'organisation mise en place lors du 1<sup>er</sup> plan 1996-2000, mais comment ?

Les C.CLIN ont été invités à contribuer au débat, et nous vous présentons ici le résultat du récent questionnaire, contribution de tous ceux qui travaillent au niveau des établissements.

Sur les 800 questionnaires adressés aux CLIN de l'inter-région, 57 nous ont été retournés. La répartition par type d'établissement est la suivante : publics (25), privés (25), PSPH (7). Nous pouvons également considérer la répartition par taille d'établissement : < 100 lits (17), 100–200 lits (16), 200–500 lits (14), > 500 lits (10).

Nous reprendrons les différents thèmes tels qu'ils ont été abordés dans le questionnaire.

### 1. Accroître le nombre de personnels spécialisés et formés

<b>Hautement prioritaire :</b>	<b>35 %</b>
<b>Prioritaire :</b>	<b>59 %</b>
<b>Peu prioritaire :</b>	<b>4 %</b>
<b>Non prioritaire :</b>	<b>2 %</b>

Les activités à envisager pour cela sont par priorité décroissante (plusieurs réponses possibles) :

1. concevoir un cycle de formation en hygiène pour cadres infirmiers ou infirmières spécialisées (33),
2. créer des formations pluridisciplinaires en matière de gestion des risques sanitaires (26),
3. concevoir une filière universitaire de formation de praticiens spécialisés (exemple : DESC) (16),
4. créer des postes hospitaliers sans trop toucher aux formations actuelles (12).

Les autres actions proposées par les CLIN sont :

- le renforcement de la sensibilisation aux notions d'hygiène de TOUTES les catégories professionnelles (ASH, brancardiers... mais aussi les administratifs),
- la proposition de plus de formations pluridisciplinaires universitaires de courte durée,
- une homogénéisation et un renforcement des formations initiales en HH,
- la création d'un stage obligatoire dans un service d'hygiène lors de toutes les formations de personnel (médecin, IFSI ...),
- un travail sur le statut de la profession (IDE, médecin, pharmacien) et une meilleure reconnaissance de cette spécialité.

Les propositions pour faciliter le financement de la formation de ces personnels par les établissements sont les suivantes :

- une enveloppe nationale ou régionale allouée exclusivement à la formation par décision ministérielle, non reconductible,
- une redistribution des économies réalisées,

- une aide de l'état intégrée dans le prix de journée (privé),
- une clarté dans le budget attribué au CLIN,
- ou encore une enveloppe reconductible spécifique attribuée lors de l'établissement du Contrat d'Objectif et de Moyens avec l'ARH.

Le besoin de formations adaptées, sur site, est très marqué, de même que le souhait d'un recours possible aux équipes inter-établissements et à la coopération public/privé.

L'efficacité d'un projet de développement des ressources humaines spécialisées en hygiène hospitalière pourrait être évaluée suivant différentes méthodes :

- une enquête de satisfaction auprès du personnel qualifié formé,
- un audit des modes organisationnels des EOH au sein des établissements et l'analyse des rapports annuels de CLIN,
- une enquête nationale évaluant une semaine d'activité du personnel affecté à l'hygiène, dans le but de faire préciser les tâches qui n'ont pu être accomplies et d'en décrire la charge de travail à assurer par la création de postes.

### 2. Compléter le dispositif de lutte contre les IN

<b>Hautement prioritaire :</b>	<b>37 %</b>
<b>Prioritaire :</b>	<b>59 %</b>
<b>Peu prioritaire :</b>	<b>2 %</b>
<b>Non prioritaire :</b>	<b>2 %</b>

Les activités et acteurs suivants peuvent contribuer le plus efficacement à l'objectif ci-dessus :

1. renforcer la formation de l'ensemble des personnels des établissements (51),
2. renforcer les équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière (37),
3. définir les conditions d'accès du public aux données concernant les infections nosocomiales (15),
4. créer des équipes et/ou des laboratoires d'investigation des épidémies (15),
5. établir une définition claire de l'articulation entre les C.CLIN et leurs relais régionaux (13),
6. contribuer à la coopération et à l'harmonisation européennes dans le domaine (9).

D'autres items ont été proposés :

- dégager du temps aux équipes de soins pour le consacrer à l'hygiène et à l'analyse des résultats des enquêtes avec l'EOH,
- renforcer les effectifs de personnel soignant souvent débordé,
- faire participer malades et familles à la LIN,
- développer des coopérations public/privé,
- optimiser la relation labo-services (cahier des charges),
- renforcer les liens avec les autres sociétés savantes et les sensibiliser à la lutte contre les IN,
- compléter les EOH avec des techniciennes biohygiénistes et des épidémiologistes,
- faciliter l'accès à des conseils spécialisés par intervenants extérieurs.

### 3. Augmenter la réactivité du système de vigilance

<b>Hautement prioritaire :</b>	<b>25 %</b>
<b>Prioritaire :</b>	<b>61 %</b>
<b>Peu prioritaire :</b>	<b>12 %</b>
<b>Non prioritaire :</b>	<b>2 %</b>

Il faudrait envisager les mesures suivantes :

1. notification interne des infections sévères ou inhabituelles (41),
2. création par établissement d'une structure intégrée de gestion des risques incluant l'hygiène (32),
3. informatisation des laboratoires de microbiologie avec alerte en cas d'épidémies (26),
4. expérimentation d'un modèle de gestion des risques sanitaires dans les établissements de soins (19),
5. notification externe (tutelles) des infections sévères ou inhabituelles (17).

D'autres actions ont été évoquées :

- sensibiliser le corps médical,
- inscrire le signalement des IN dans le Système Informatique Hospitalier (DIM),
- améliorer la traçabilité hors-établissement des patients porteurs de BMR (transferts...),
- lister les différents logiciels d'épidémiologie existants.

Certains ont même souhaité que la surveillance de base standardisée au niveau national (ISO, BMR, Réa) devienne obligatoire, cette officialisation étant peut-être un moyen d'exiger concrètement des ressources...

Les acteurs devant contribuer au renforcement de la vigilance sont les CLIN et l'EOH, les C.CLIN et le personnel soignant médical et infirmier.

Un suivi du nombre de signalements d'épisodes inhabituels par an ainsi que le suivi des délais de réaction permettrait d'évaluer le système de vigilance.

#### **4. Mieux établir les bases scientifiques du programme national de surveillance et de prévention**

<b>Hautement prioritaire :</b>	<b>25 %</b>
<b>Prioritaire :</b>	<b>49 %</b>
<b>Peu prioritaire :</b>	<b>21 %</b>
<b>Non prioritaire :</b>	<b>5 %</b>

Il faudrait pour cela :

1. Mettre en place un système plus formel de production de recommandations techniques reposant sur l'analyse de la littérature et le consensus professionnel (37)
2. Mener des études nationales d'évaluation des mesures de prévention (23)
3. Mener une étude nationale destinée à comparer l'efficacité et les coûts des différentes stratégies de surveillance (21)
4. Contribuer à la création d'un groupe permanent (type groupe de revue Cochrane) sur l'évaluation des technologies de maîtrise des risques infectieux (21).

Le développement d'appels d'offre pour la recherche en hygiène ainsi qu'une incitation à publier les échecs ou les résultats négatifs (tout aussi informatifs) ont également été cités.

#### **5. Concevoir et mettre en œuvre une évaluation des programmes de prévention en cours**

<b>Hautement prioritaire :</b>	<b>21 %</b>
<b>Prioritaire :</b>	<b>54 %</b>
<b>Peu prioritaire :</b>	<b>21 %</b>
<b>Non prioritaire :</b>	<b>4 %</b>

Les activités et les acteurs suivants peuvent contribuer le plus efficacement à cet objectif :

1. Utiliser les données produites par les réseaux de surveillance (C.CLIN) (38),
2. Informatiser et analyser les rapports d'activités des établissements (27),
3. Utiliser les rapports d'accréditation (22),
4. Organiser des audits nationaux sur des dimensions importantes de la prévention (21).

Concernant ce dernier point, certains CLIN ont souligné l'importance de pouvoir disposer d'outils (kit d'audits) nationaux à usage local, d'autres l'intérêt de voir se développer des audits externes.

Enfin une campagne à venir sur les précautions standard (solution de nombreux problèmes ...) est souhaitée.

L'organisation de visites d'autres établissements et l'échange d'expériences seraient également très profitables.

Les indicateurs classiques de résultats et de processus ont été cités pour l'évaluation :

- Audits d'observance des protocoles,
- Enquête de prévalence nationale régulière,
- Taux d'incidence (IN, BMR...),
- Autres indicateurs (mortalité, coûts associés, consommation des antibiotiques, écologie microbienne...).

#### **Conclusion**

Quel que soit le domaine envisagé, les établissements publics mais surtout les établissements privés souhaitent un renforcement des moyens consacrés à l'hygiène (personnel, formation, équipement, outils...).

Par ailleurs, une place de choix doit être faite à la communication pour une sensibilisation accrue de tout le personnel travaillant dans l'établissement de santé.

Plus que des échanges, une réelle collaboration doit s'installer entre établissements (CHU/ non CHU, public / privé, équipes inter-établissements...) et avec les structures relais (centre de moyen et long séjours, soins à domicile, HAD...).

La multiplicité des recommandations, des structures, des indicateurs développés ne doit pas faire oublier le projet essentiel qui est la prise en charge globale du patient (confort, qualité, sécurité).

Enfin, devant la complexité et l'ampleur des tâches confiées dans le domaine de l'hygiène et de la lutte contre les infections nosocomiales, il serait peut-être utile de préciser quelle est la responsabilité microlégale des CLIN, des présidents de CLIN et des EOH.

*J. FABRY, A. SAVEY*

#### **Dates**

**XXIII<sup>es</sup> Journées Nationales d'Etudes sur la Stérilisation dans les établissements. Tours, 04 et 05 avril 2001.**

Informations : CEFH BP 98, 46002 Cahors, Tél. : 05 65 23 06 00.

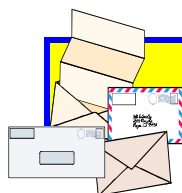
**24<sup>e</sup> Journées Régionales de Formation en Hygiène Hospitalière. Lyon, 16 et 17 mai 2001.**

Thèmes : Bactéries multirésistantes / Hygiène en Radiologie / Déchets hospitaliers

Informations : IISFCS, 132 avenue Lacassagne – 69424 Lyon cedex 03. Tél : 04 72 11 51 06, Fax : 04 72 11 51 22.

**XII<sup>e</sup> Congrès National de la SFHH. Lille, 7 et 8 juin 2001.**

Contact : Secrétariat du Dr Grandbastien, Service d'Epidémiologie et de Santé Publique, Hôpital Calmette, 59037 Lille, Tél. : (33) 3 20 44 55 18.



## Ce qui vous préoccupe...

### La Maladie de Creutzfeldt-Jakob

La maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ) est une maladie neurodégénérative principalement considérée comme une démence. C'est une maladie rare dont l'incidence moyenne dans les pays dotés d'une surveillance est de 0,5 à 1 cas par million d'habitants et par an. Elle se présente en majorité sous forme sporadique (85 % des MCJ) ou sous forme familiale (5 à 10 %). Elle apparaît chez des personnes âgées de 55 à 75 ans, la mort survient dans la plupart des cas quelques mois après le début des signes cliniques. La forme iatrogène représente moins de 5 % des MCJ (11% pour la France sur les 10 dernières années). La MCJ se transmet de personne à personne par l'intermédiaire de matériel contaminé lors de procédures médicales invasives (greffe de cornée, greffe de dure mère, injection d'hormones de croissance extractives, ré-utilisation de matériel neurochirurgical contaminé). La MCJ est liée à l'accumulation d'une protéine de l'hôte sous une forme particulièrement résistante aux protéases (PrP-res). Cette protéine est retrouvée en grande quantité dans le cerveau, la moelle épinière et l'œil qui constituent les tissus à haut risque infectieux. Elle est retrouvée en faible quantité dans les poumons, le foie, le rein, la rate, les ganglions lymphatiques, le LCR et le placenta (1).

Le premier cas publié de nouveau variant de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (nvMCJ) date de 1996 et depuis cette date, des preuves d'un lien causal entre la nvMCJ et l'ESB (Encéphalopathie Spongiforme Bovine) ont été établies. Le mode de transmission exact de l'agent de l'ESB chez l'homme n'est pas identifié, mais l'hypothèse la plus probable est une exposition alimentaire à des produits bovins contaminés par l'ESB. Selon D. Dormont, à ce jour, certains éléments indiquent que l'infectiosité nosocomiale est différente pour le nouveau variant de la MCJ de ce qu'elle est pour les autres formes de la maladie : la protéine pathologique PrP-res est également identifiable dans les formations lymphoïdes (ganglions, rate, amygdales). L'agent de l'ESB chez l'homme est donc largement distribué en périphérie ce qui impose de reconsidérer la sécurité des greffes, des médicaments d'origine humaine et bovine et de la transfusion (2). Dans l'état actuel des connaissances, il est impossible de savoir si un risque de transmission de la nvMCJ par le sang et ses dérivés existe chez l'homme. A partir des données épidémiologiques sur la nvMCJ, on peut estimer qu'au maximum en France 6 à 300 personnes pourraient développer cette maladie au cours des 60 prochaines années. Le risque théorique qu'un don de sang soit issu d'un donneur en incubation est estimé à 1/120 000 dons. Les produits sanguins labiles semblent les produits les plus à risque (PSL), les médicaments dérivés du sang (MDS) subissant au cours de leur fractionnement des opérations qui augmentent leur niveau de sécurité. (3)

Les ESST (Encéphalopathie Spongiforme Subaiguë Transmissible) posent un problème dans la mesure où les procédés classiques de désinfection sont inefficaces contre l'agent infectieux. Les procédés de désinfection suivants sont considérés comme inefficaces ou partiellement efficaces :

- Alcool,
- Peroxyde d'hydrogène,
- Acide peracétique,
- Glutaraldéhyde,
- Formaldéhyde,
- Iodophores,
- Rayonnements ionisants,
- Rayons UV,
- Oxyde d'éthylène,
- Autoclave à 121°C 15 min.

Seuls des procédés plus délicats ou coûteux sont efficaces. Il est alors nécessaire de gérer le risque en fonction du patient et de l'acte à risque. Voici les grandes lignes des recommandations pour la prévention des ESST de l'OMS (consultation du 23-26 mars 1999). (1)

La prévention de la MCJ iatrogène oblige à considérer plusieurs niveaux de risque en fonction :

- de la probabilité du patient d'être porteur de l'agent infectieux,
- du niveau d'infectivité des tissus ou des liquides biologiques de ce patient,
- de la nature de l'exposition à ces tissus.

L'OMS définit deux catégories de personnes à risque :

- les patients **atteints ou suspects d'ESST**, considérés comme les patients à plus haut risque. Aucune distinction ne doit être faite entre les cas confirmés et les cas suspects. Les précautions maximales doivent être mises en œuvre.
- les patients présentant des **facteurs de risque individuels** (sans symptômes) conduisent à proposer des mesures intermédiaires.

Pour déterminer le risque de transmission iatrogène, l'infectivité des tissus et le type d'exposition doivent être considérés ensemble.

- a) une exposition sur une peau saine ou des muqueuses (hormis l'œil) constitue un risque faible. Les soins et les investigations diagnostiques non invasives à un patient atteint d'une ESST ne présentent pas de risque pour le personnel soignant ou la communauté. Dans ces conditions, aucune mesure d'isolement de ces patients n'est nécessaire en dehors des précautions standards. (1)
- b) une exposition par voie transcutanée (incluant le contact avec une peau lésée, la projection dans les yeux, l'inoculation par une seringue, un scalpel ou un autre instrument de chirurgie) constitue un risque potentiel.
- c) L'inoculation dans l'œil ou le système nerveux central avec du matériel contaminé constitue un risque sérieux et des mesures appropriées doivent être prises pour éviter ce type d'exposition.

#### Procédures de décontamination : (1)

L'OMS recommande d'incinérer les instruments, considérant que l'incinération est la méthode la plus sûre d'éliminer toute infectiosité résiduelle sur les instruments chirurgicaux.

Aussi souvent que possible, les instruments à décontaminer susceptibles d'être réutilisés devront être gardés humides jusqu'à la phase de nettoyage et de décontamination. Les instruments devant être réutilisés doivent être nettoyés mécaniquement avant de subir la décontamination.

Ces recommandations sont classées par ordre décroissant d'efficacité : (1)

#### **A. Incinération**

Utilisée pour tous les instruments, les effluents et les déchets qui ont été en contact avec des tissus à fort potentiel infectieux.

#### **B. Autoclavage seul ou associé à une méthode chimique**

1. Immerger dans de la soude (NaOH 1N) et autoclaver dans un autoclave à déplacement de gravité à 121 °C pendant 30 min, puis laver, rincer à l'eau et faire subir une stérilisation de routine.

2. Immerger dans de la soude (NaOH 1N) ou de l'hypochlorite de sodium (Javel (20 000 ppm)<sup>1</sup>) pendant une heure, transférer les instruments dans l'eau, les autoclaver dans un autoclave à déplacement de gravité à 121 °C pendant 1 heure, puis laver, rincer à l'eau et faire subir une stérilisation de routine.

3. Immerger dans de la soude (NaOH 1N) ou de l'hypochlorite de sodium (20 000 ppm) pendant une heure, sortir et rincer les instruments à l'eau, transférer les instruments dans un panier ouvert et autoclaver dans un autoclave à déplacement de gravité (121 °C) ou à charge poreuse (134 °C) pendant 1 heure, puis laver, rincer à l'eau et faire subir une stérilisation de routine.

4. Immerger dans de la soude (NaOH 1N) bouillante pendant dix minutes à pression atmosphérique, puis laver, rincer à l'eau et faire subir une stérilisation de routine.

5. Immerger dans de l'hypochlorite de sodium (20 000 ppm) ou dans la soude (NaOH 1N) à température ambiante pendant une heure, puis laver, rincer à l'eau et faire subir une stérilisation de routine. (*Préférer l'hypochlorite de sodium*)

6. Autoclaver à 134° 18 minutes

**C. Méthodes chimiques** : pour les surfaces et les instruments sensibles à la chaleur :

Recouvrir avec de la soude 2 N ou une solution non diluée d'hypochlorite de sodium. Laisser en contact une heure, éponger et rincer à l'eau.

#### **Les mesures spéciales ESST sont proposées : (1)**

- lors d'exposition aux tissus à fort et à faible risque infectieux chez des patients atteints.
- lors d'exposition aux tissus à fort risque infectieux des patients ayant des facteurs de risque individuels de MCJ.
- pour toutes catégories de tissus pour les cas prouvés ou suspects de nvMCJ.

Les mesures de routine suffisent pour l'exposition aux tissus à faible risque infectieux et dans tous les autres cas de figure.

#### **Les différences avec la législation française :**

Depuis la circulaire du 14 mars 2001 relative aux précautions à observer lors des soins en vue de réduire les risques de transmission d'agents transmissibles non conventionnels, la législation française considère que tout patient est à risque de transmettre le nvMCJ.

Les formations lymphoïdes (rate, ganglions lymphatiques, amygdales, appendice, plaques de Peyer) sont clairement identifiées comme tissus à forte infectiosité vis à vis du nvMCJ. Le niveau d'exigence dans les procédures de décontamination utilisées pour traiter le matériel en contact avec un tissu considéré comme pouvant être infectieux lors d'un acte à risque est augmenté. L'usage unique est recommandé en première intention, à défaut, il faut préférer du matériel recyclable autoclavable.

Cette circulaire introduit également la notion de double nettoyage pour certains procédés d'inactivation. Les procédés de nettoyage automatiques sont autorisés à condition que l'automate ne recycle pas les solutions de nettoyage et de désinfection. La circulaire précise les règles de séquestration et de libération du matériel ainsi que les règles de traçabilité et d'information des patients.

<sup>1</sup> soit 2 % de chlore actif ou 20 g chlore actif / l ou encore 6,5 ° chlorométrique

## **Bibliographie**

(1) WHO Infection Control Guidelines for Transmissible Spongiform Encephalopathies. Report of a WHO Consultation, Geneva, Switzerland, 23-26 March 1999  
<http://www.who.int/emc-documents/tse/whocdscsgraph2003c.html>

(2) Eurosurveillance - Bulletin Européen sur les Maladies Transmissibles Vol 5 / No 9 (septembre 2000) Numéro spécial ESB ET MCJ  
<http://www.ceses.org/eurosurveillance/v5n9/en47-12.htm>

(3) Recommandations de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Analyse du risque de transmission de la nouvelle variante de la maladie de Creutzfeldt Jakob par le sang et ses dérivés. 11 décembre 2000. <http://afssaps.sante.fr/>

**L. DUCRUET**

### **Qu'est ce qu'un autoclave à déplacement de gravité ?**

Selon la définition de l'AFS.

[http://www.adiph.org/afs/deplacem\\_gravit.html](http://www.adiph.org/afs/deplacem_gravit.html)

**Cycle pour charges poreuses** : cycles comportant, dans la phase de pré-traitement, des alternances de vides ou de dépressions et d'injections de vapeur pour éliminer l'air.

**Les stériliseurs sont munis de systèmes de vide (pompe ou effet Venturi)**

**Autoclave à déplacement de gravité** : cycles permettant une évacuation de l'air par dilution de l'air, et évacuation par un orifice de purge qui se ferme lorsque la température atteint un certain seuil. Sur les appareils américains, la vapeur arrive par le haut de la cuve et chasse l'air par gravité (différence de densité en vapeur et en air) par le bas.

*Il n'y a pas de vide en phase de pré-traitement ; par contre, certains appareils peuvent être munis d'un condenseur permettant de sécher la charge en fin de cycle en réalisant un vide final.*

**Les appareils utilisant un cycle à déplacement de gravité ne permettent en général pas de stériliser les charges poreuses et ne dispensent donc pas d'une éventuelle procédure ultérieure de stérilisation (en autoclave pour charge poreuse).**

**Le cycle à la soude à 121 °C :**

**Les instruments à traiter (inox) sont installés dans un conteneur étanche (acier inoxydable) et immergés dans la soude. Ce conteneur spécial est porté à 121°C par autoclavage dans l'autoclave à déplacement de gravité, qui ne fait pas de vide en fin de cycle ce qui permet d'éviter que le tout explose.**

L'AFS déconseille formellement d'utiliser cette méthode si vous n'êtes pas équipé :

- d'un conteneur spécial étanche
- d'un autoclave à déplacement de gravité, résistant aux éventuelles fuites de soude

**Il est facile d'envisager les dégâts considérables qui peuvent être provoqués par une explosion de soude à 121°C ...**

**Certains fabricants commencent à proposer de tels ensembles. Leurs coordonnées paraîtront sur le site de l'AFS.** <http://www.adiph.org/afs/index.html>

## Officiel

Circulaire DGS/DHOS/E2 n° 645 du 29 décembre 2000, relative à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé.

Circulaire n° DGS/SD5C/DHOS/E2/2001/33 du 18 janvier 2001, relative à la réalisation d'une enquête de prévalence des infections nosocomiales dans les établissements de santé.

Circulaire n° DGS/5C/DHOS/E2/2001/138 du 14 mars 2001 relative aux précautions à observer lors de soins en vue de réduire les risques de transmission d'agents transmissibles non conventionnels.

Circulaire n° DGS/DHOS/DGAS/DSS/2001/139 du 14 mars 2001 relative à la prise en charge des personnes atteintes d'encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles.

Les textes législatifs sont disponibles en version intégrale sur le site Internet de **NosoBase** à la **rubrique Législation** : <http://www.univ-lyon1.fr/LyonSud/nosobase>

## Création du RAISIN

Depuis plusieurs années, les 5 C.CLIN partagent spontanément leur expérience concernant la surveillance en incidence des infections nosocomiales. Une approche consensuelle s'est développée afin d'aboutir à des méthodologies communes permettant d'établir des résultats nationaux et des comparaisons possibles.

Ainsi, un protocole (minimum commun) pour la surveillance des infections du site opératoire a d'abord été adopté en 2000 au niveau national. Ce même travail de consensus méthodologique est amorcé pour les autres réseaux tels que la surveillance des bactéries multirésistantes aux antibiotiques, des bactériémies, des accidents exposants au sang, des IN en réanimation ...

D'un autre côté, l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), qui succède au Réseau National de Santé Publique (établissement public de l'Etat placé sous la tutelle du Ministre chargé de la Santé) a été créé afin de renforcer le dispositif de sécurité et de veille sanitaire en France. Sa mission générale est de surveiller, en permanence, l'état de santé de la population et son évolution. Cette mission repose plus spécifiquement sur des activités de surveillance épidémiologique, d'évaluation de risques et d'observation de la santé. Ces missions s'appliquent à l'ensemble des domaines de la santé publique et notamment les maladies infectieuses y compris nosocomiales.

Une convention, a été rédigée conjointement et signée tout récemment par les 5 C.CLIN, l'InVS et le CTIN. Elle crée un comité de coordination, le **Réseau d'Alerte, d'Investigation et de Surveillance des Infections Nosocomiales (RAISIN)** définissant ainsi un nouveau cadre national. Il aura pour objectif de mettre en œuvre, harmoniser les recueils d'information, organiser l'analyse des données, les mettre en perspective au niveau national, promouvoir des travaux méthodologiques. La création de bases de données nationales est amorcée. Elles garantiront comme actuellement l'anonymat des établissements, des services et des patients inclus dans le réseau. Les C.CLIN continueront d'assurer dans leur inter-région la coordination des réseaux.

**Dr A. SAVEY**

## Signalement des Infections Nosocomiales

En application de l'article L. 6111-4 du code de la santé publique, un projet de décret relatif à « la nature des infections nosocomiales soumises à signalement et les conditions dans lesquelles les établissements de santé sont tenus de recueillir les informations les concernant et de les signaler » a été examiné par le Conseil d'Etat. Il a été élaboré à partir d'un travail mené avec des experts du Comité Technique national des Infections Nosocomiales et soumis à une large concertation.

Sans préjudice de la notification (Déclaration Obligatoire), des processus de vigilance ou encore des missions de surveillance, les établissements de santé devront signaler de façon non nominative les épisodes au cours desquels sont survenues une ou plusieurs infections nosocomiales selon des critères définis de signalement, dans le but :

- d'alerter les autorités sanitaires lorsqu'un risque de transmission à des tiers existe, afin qu'elles s'assurent que les mesures correctives nécessaires ont été mises en place, et pour répondre à un besoin d'aide extérieure éventuelle,
- d'enregistrer, suivre et analyser au niveau national l'évolution d'événements émergents pouvant conduire l'autorité sanitaire à proposer des mesures ou des recommandations nationales.

Il ne sera pas demandé de signaler en externe la totalité des infections nosocomiales survenant dans un établissement. Une liste de critères de signalement sera énoncée dans le décret et devra être précisée prochainement par une circulaire d'application.

Sans vouloir révéler à l'avance le contenu du décret, on peut d'ores et déjà envisager qu'il s'agit d'épisodes concernant des infections nosocomiales ayant un caractère inattendu ou inhabituel par rapport aux données épidémiologiques connues dont la cause est contrôlable et indépendante du patient (par exemple les infections transmises par un dispositif médical contaminé par un germe, les infections liées à un germe aérien ou aquatique, les maladies faisant l'objet d'une déclaration obligatoire à l'autorité sanitaire et contractées à l'hôpital), ou correspondant à des situations potentiellement sévères ou pour lesquelles les modalités de prise en charge sont peu connues ou difficiles à mettre en œuvre (c'est le cas des infections par des germes ayant un nouveau profil de résistance aux antibiotiques, de la survenue de cas mortels, des tableaux cliniques atypiques).

Le praticien en hygiène de l'équipe opérationnelle constituera le relais obligatoire au sein de l'établissement pour valider les signalements (dont tout professionnel « de base » peut être à l'origine) et mettre en œuvre immédiatement les investigations relevant de ses compétences. Par ailleurs, un professionnel de santé (qui pourrait être également chargé d'autres types de signalements) sera désigné par le directeur de l'établissement après avis du CLIN pour transmettre les signalements par écrit conjointement à la DDASS et au CCLIN.

L'InVS et le C.CLIN auront un rôle d'expertise et d'assistance technique auprès des établissements qui en feront la demande.

La DDASS transmettra ces informations à l'InVs et interviendra pour contrôler la mise en œuvre de mesures

correctives par l'établissement. La DDASS devra en effet disposer de tous les résultats des investigations et des recommandations formulées à l'issue des enquêtes menées au sein de l'établissement, le cas échéant par ou avec l'appui du CCLIN.

Le circuit d'information et les mesures à prendre à la suite du signalement s'appuieront sur le dispositif de lutte contre les infections nosocomiales imposé réglementairement dans les établissements de santé et dans les C.CLIN.

Des groupes de travail au niveau national comme au niveau de l'inter-région Sud-Est ont été constitués afin :

- d'élaborer les meilleurs outils pour venir en aide aux établissements (organisation interne du signalement, procédures d'investigation)
- d'organiser l'aide à l'investigation et l'expertise au niveau du C.CLIN Sud-Est (équipe opérationnelle, appui technique des antennes régionales, création d'une fiche de signalement standardisée, outils documentaires ...),
- de coordonner le circuit d'information avec les DDASS.

Nous ne manquerons pas de vous tenir informés des procédures à mettre en place prochainement.

Dr A. SAVEY

## La fièvre aphteuse...

La fièvre aphteuse est une maladie virale extrêmement contagieuse pour les ruminants et les porcins domestiques et sauvages. Le virus en cause appartient à la famille des *Picornaviridae*, genre *Aphthovirus*.

### Manifestations cliniques

Elle atteint essentiellement les bovins, les porcins, mais aussi certains petits ruminants (ovins, caprins). Fièvre et lésions cutané-muqueuses apparaissent dans les 48 heures après l'infection par le virus. L'apparition d'aphtes est le premier symptôme de la maladie. En l'absence de surinfection, les lésions disparaissent en une semaine de jours. Cependant, la cicatrisation est progressive car des aphtes secondaires peuvent se former 8 à 12 heures après l'aphte primaire.

La transmission du virus à l'homme est excessivement rare. Elle se traduit alors par une maladie bénigne.

### Epidémiologie

Au cours des années 90, quelques foyers de fièvre aphteuse ont été déclarés en Europe.

L'Union Européenne a interdit la vaccination contre la fièvre aphteuse, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1992, suivie par les pays d'Europe Centrale et d'Europe Orientale. Une épidémiologie vis à vis de cette maladie a donc été menée depuis, dans l'ensemble de ces pays.

### Diagnostic

Deux types de tests sont utilisés pour surveiller les « animaux suspects » :

- test virologique pour la détection et l'isolement du virus,
- test sérologique pour la mise en évidence de la présence d'anticorps.

Ces derniers démontrent qu'il y a eu un contact entre l'animal et le virus mais ne peuvent préciser si l'animal est encore virulent.

### Traitement

S'agissant d'un virus, il n'existe pas de traitement, à l'heure actuelle.

Ce virus résiste dans le milieu extérieur mais perd son pouvoir infectieux avec un pH < 6 ou > 8. Il est inactivé dans les viandes par la maturation lactique. Le froid le conserve mais une température de 110°C pendant quelques secondes le détruit. Les désinfectants actifs sont la soude caustique à 8%, la lessive de soude à 4% ou la chaux vive. L'eau de javel est efficace, à condition qu'elle soit utilisée hors présence de matière organique.

### Vaccination

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1992, l'Union Européenne a mis en place une prophylaxie sanitaire. Il existe, néanmoins, une banque européenne de vaccins.

### Hypothèses quant à la survenue de cette épizootie

L'importation illégale de viande contaminée ainsi que l'utilisation illégale d'eaux grasses dans l'alimentation animale seraient l'explication la plus vraisemblable de l'apparition de la maladie. Ces eaux grasses sont produites à partir d'aliments propres à la consommation humaine provenant essentiellement des restaurations collectives et soumis à un traitement thermique par des opérateurs agréés. Les déchets provenant des navires long-courriers doivent également être détruits.

### Recommandations

Très prochainement, une circulaire signée conjointement par la Direction Générale de l'Alimentation, le Ministère de l'Environnement et la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins doit préciser les mesures préconisées en ce qui concerne le traitement des déchets alimentaires. Nous l'annonçons avant la lettre afin que vous soyez informés de son existence.

Voici, brièvement, ce qui sera mentionné :

- la fièvre aphteuse est un **problème de santé animale** et ne concerne pas directement la santé publique,
- afin de limiter la propagation du virus, certaines mesures de précaution doivent être mises en place, en ce qui concerne le traitement et l'élimination des déchets alimentaires.

**La notion de déchet alimentaire a été élargie à la notion d'ordures ménagères.** Les dispositions à prendre consistent à conditionner ces dernières dans des sacs étanches correctement fermés. Avant leur ramassage, elles doivent être stockées dans des conteneurs munis d'un couvercle. Leur élimination s'effectuera par enfouissement, chaulage ou à défaut, recouvrement quotidien de terre. L'ensemble de ces **précautions doit permettre d'éviter le contact de ces déchets avec tout animal.**

### Sites Internet

. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments  
<http://www.afssa.fr/>

. Ministère de l'Agriculture  
<http://www.agriculture.gouv.fr>

I. POUJOL

## Guides et recommandations

### **Draft Guideline for Environmental Infection Control in Healthcare Facilities.**

Center for Disease Control and Prevention, HICPAC, 2001, 198 p.

(disponible sur le site : <http://www.cdc.gov/ncidod/hip>)

### **La Légionellose... Vous connaissez ?**

C.CLIN Paris-Nord, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Service des Recherches et d'Ingénierie en Protection Sanitaire, Décembre 1999, 21 p.

### **Sécurité sanitaire des installations d'eau dans les établissements de santé. Guide méthodologique.**

C.CLIN Paris-Nord, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Service des Recherches et d'Ingénierie en Protection Sanitaire, décembre 1999, 19 p.

### **Hygiène appliquée à la fonction linge dans les établissements de santé.**

COTEREHOS, DRASS du Rhône, juillet 2000, 71 p.

### **Endoscopie chirurgicale. Guide de bonnes pratiques.**

C.CLIN Paris-Nord, Septembre 2000, 42 p.

(disponible sur le site : <http://www.ccr.jussieu.fr/cclin/>)

### **Hygiène et prise en charge des dispositifs médicaux en consultation d'ophtalmologie. Guide de bonnes pratiques.**

C.CLIN Paris-Nord, Septembre 2000, 37 p.

### **Maîtrise de la qualité de l'eau dans un établissement de santé : prévention, maintenance, mesures correctives.**

C.CLIN Ouest, Relais Régional d'Hygiène Hospitalière du Centre, Octobre 2000, 30 p.

V. GARCIA

## Formations 2001 C.CLIN Sud-Est

• Vigilance environnementale		26-27 avril	LYON
• Maîtrise du risque infectieux post-opératoire		3-4 mai	VALENCE
• L'audit en hygiène hospitalière		10 mai	LYON
• Comment développer un plan d'action en hygiène hospitalière		17 mai	LYON
• Prévention des infections nosocomiales en psychiatrie		31 mai	LYON
• Epidémiologie et informatique appliquées aux infections nosocomiales			
	Niveau 1	11-12 et 18-19 juin	GRENOBLE
	Niveau 2	8-9 et 15-16 octobre	LYON
• Aide à la mise en place et à l'animation d'un CLIN		28 juin	LYON
• Hygiène en anesthésie		13-14 septembre	VALENCE
• Prévention des infections nosocomiales en gériatrie		20 septembre	GRENOBLE
• CLIN et démarche d'accréditation		28 septembre	FREJUS
• Prévention des infections nosocomiales en maternité - Niveau 2		11 octobre	LYON
• Comment prévenir les infections nosocomiales en maternité ? NOUVEAU : session réservée aux auxiliaires puéricultrices		18 octobre	LYON
• Rôle du laboratoire dans la gestion du risque infectieux des établissements		25 octobre	ANNECY
• Maîtrise des germes multirésistants		octobre (1 jour)	A déterminer
• Mise en place d'une politique de gestion des antibiotiques		octobre (1jour1/2)	MONTPELLIER
• Communication en hygiène hospitalière		29-30 octobre	VALENCE
• Initiation aux réseaux et à l'Internet dans le domaine des I.N		15 novembre	LYON
• Hygiène et soins à domicile		15 novembre	GRENOBLE
• Mise en place et gestion d'une stérilisation		En cours d'élaboration	

Les contenus pédagogiques et les informations pratiques concernant l'ensemble de ces formations sont détaillées dans une plaquette "Formations C.CLIN Sud-Est 2001" disponible sur simple demande au C.CLIN Sud-Est et sur notre site Internet à la rubrique Formation.

**Renseignements :** C.CLIN Sud-Est      Tél. 04 78 86 19 71      Fax 04 78 86 33 31

**Inscriptions :** Formation Continue Santé, Université C. Bernard Lyon 1, 8 avenue Rockefeller, 69 373 Lyon cedex 08  
Tél. 04 78 77 71 20      Fax 04 78 77 72 61      e-mail [FCSANTE@rockefeller.univ-lyon1.fr](mailto:FCSANTE@rockefeller.univ-lyon1.fr)

### **En bref - n° 17      Mars 2001 Bulletin d'information du C.CLIN Sud-Est**

#### **Ecrivez- nous !**

Faites nous part de vos commentaires et de vos suggestions concernant le contenu de ce bulletin. Vous pouvez également nous adresser vos expériences ou vos travaux. Nous les publierons dans le prochain numéro.

#### **Equipe de rédaction**

M. Auroy, L. Ayzac, A. Bouletreau, E. Caillat-Vallet, L. Ducruet, V. Garcia, S. Coudrais, I. Poujol, N. Sanlaville, A. Savey.

**Vos courriers ou vos propositions d'articles sont à adresser au Dr A. SAVEY, C.CLIN Sud-Est, pavillon 1M, CH Lyon-Sud, 69 495 Pierre-Bénite cedex**  
e-mail : [annesa@lyon-sud.univ-lyon1.fr](mailto:annesa@lyon-sud.univ-lyon1.fr)

**Prochain numéro : Juin 2001**