

SOMMAIRE

SURVEILLANCES 2001 DANS L'INTER-REGION OUEST.....	1
RECOMMANDATIONS DE LA DGS	8
RECOMMANDATIONS	8
INVESTIGATION D'UNE EPIDEMIE DE SHIGELLES	9
INTRODUCTION.....	9
LE « BON SENS » EN HYGIENE HOSPITALIERE.....	13
NOUVELLES DU C.CLIN-OUEST.....	15
TEXTES REGLEMENTAIRES	16
AGENDA.....	16

SURVEILLANCES 2001 DANS L'INTER-REGION OUEST

Les surveillances des infections nosocomiales (IN) telles qu'elles étaient recommandées en 2001 étaient les suivantes : infections de site opératoire (ISO), l'incidence des bactéries multi-résistantes (BMR), les bactériémies (BACT), les IN en Réanimation Adultes (REA), les infections urinaires sur sonde (ISU) et les Accidents d'exposition au sang (AES). Les résultats ont été colligés jusqu'en mars 2002 et le bilan complet a été adressé aux présidents de CLIN et aux hygiénistes en septembre 2002. Le texte ci-dessous est un résumé très bref de ce rapport (disponible également sur le site du C.CLIN-Ouest).

La participation des établissements et des réseaux est en augmentation par rapport aux années antérieures avec 117 établissements qui ont participé à au moins une surveillance : Bretagne (n=26), Centre (n=35), Pays de la Loire (n=29), Basse-Normandie (n=27).

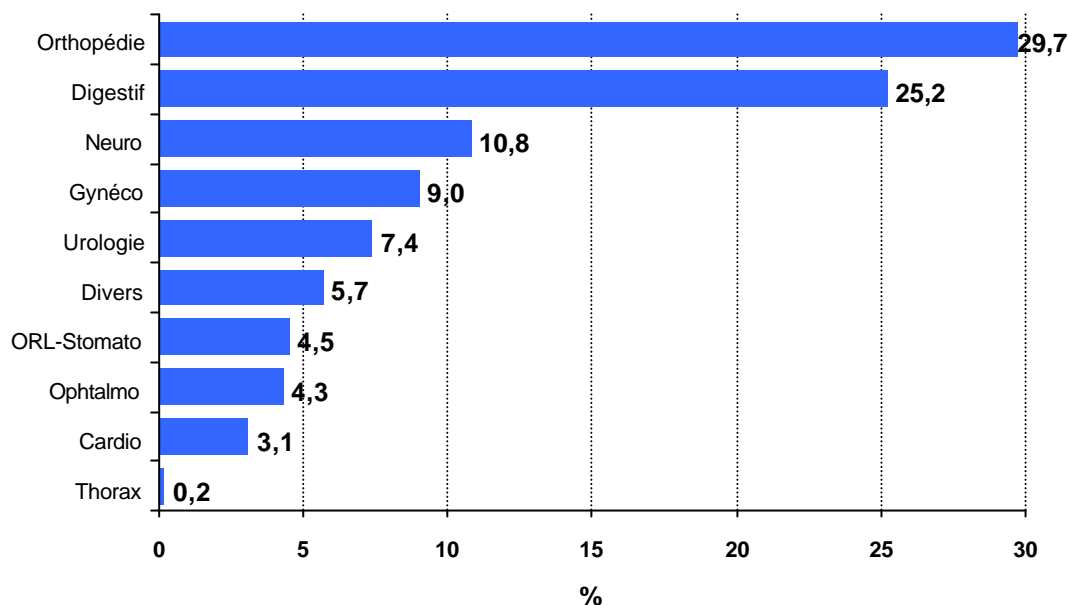
ISO2001

10 150 fiches de patients opérés ont été analysées avec une augmentation par rapport aux années antérieures.

Tableau I : Effectifs des patients opérés

Année	Etablissements	Services	Patients
1998	22	36	5 617
1999	7	11	4 792
2000	20	39	7 012
2001	20	39	10 150

Figure 1 : Répartition des interventions selon l'appareil opéré (% du total)



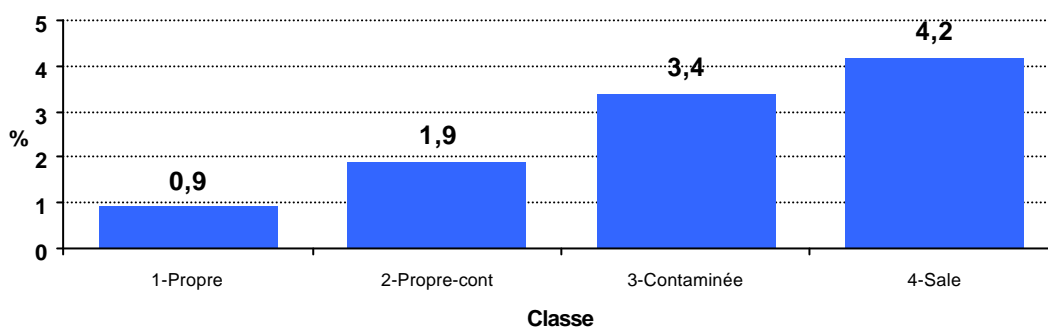
Parmi les facteurs de risque, une nouveauté en 2001 : le score NNIS (National Nosocomial Infection System) qui comprend le score ASA du patient (gravité et terrain), la classe de contamination de l'intervention (de 1 « propre » à 4 « sale ») et la durée d'intervention a été calculé sur une base française. En effet, jusqu'à maintenant, la durée était « longue » au-delà de 2 heures et courte en deçà. Désormais, à la suite des données établies sur 150 000 opérés à partir du RAISIN et des 5 C.CLIN, nous disposons d'une durée française et le seuil est fixé au 75^{ème} percentile de la durée pour chaque catégorie d'intervention. Ainsi, pour une césarienne, le seuil est à 1 h au lieu de 2 heures précédemment. Le suivi des patients a été réalisé pour 6 723 patients soit 66.2 % des patients, avec 49.8 % revus 30 jours ou moins après l'intervention, et 45.5 % au moins 15 jours après.

Le taux d'incidence global est 145 sur 10 150 soit 1.4 %, avec un intervalle de confiance à 95 % de 1.2 % - 1.7 %. Il est présenté selon le NNISS nouveau et la classe de contamination.

Tableau II : Taux d'ISO selon le score NNIS élaboré par le RAISIN

Score NNISS RAISIN	Nombre d'infections	Nombre de patients	Taux d'ISO
0	40	5 781	0.7 %
1	70	3 362	2.1 %
2	22	576	3.8 %
3	6	40	15.0 %
Inconnu	7	391	1.8 %
TOTAL	145	10 150	1.4 %

Figure 2 : Taux d'ISO selon la classe de contamination (10 079 réponses)



Les résultats bruts sont trop globaux pour être utiles aux services concernés. Ainsi, des résultats ont été rendus pour chaque établissement selon les facteurs de risques (par exemple seulement pour le NNISS = 0) de telle manière que les services puissent comparer à un taux théorique à risque égal. Ainsi (tableau III), pour les NNISS = 0, le taux théorique attendu est de 0.7 % (la moyenne) et le taux observé y est comparé par un test basé sur la loi de Poisson. Par exemple, l'établissement 62 a observé 7 ISO (1.7 %) alors que le taux de 0.7 % aurait dû lui en attribuer 2.9 (soit + 4.1) : la différence est significative. A l'opposé, l'établissement 122 a observé 1 alors qu'il aurait dû en avoir 9 (soit - 8).

Tableau III : Probabilité et conclusion d'observer une différence dans chaque établissement pour les interventions de NNISS=0 selon un taux attendu de 0.7 % (extraits)

Code établissement	NNISS=0	Nombre IN observées	Nombre IN attendues	Différence	p	Conclusion
45	345	0	2.4	- 2.4	0.09	NS
62	416	7	2.9	+ 4.1	0.01	DIFF+
65	17	0	0.1	- 0.1	0.90	NS
89	333	2	2.3	- 0.3	0.26	NS
98	160	3	1.1	+ 1.9	0.07	NS
105	140	1	1	0	0.36	NS
122	1 286	1	9	- 8	0.00	DIFF-
152	627	2	4.4	- 2.4	0.11	NS
153	168	6	1.2	+ 4.8	0.00	DIFF+

AES 2001

Le nombre d'établissements ayant communiqué les résultats augmentent d'année en année (tableau IV) :

Tableau IV : Effectifs des AES transmis

Année	Etablissements	AES
1999	10	345
2000	10	268
2001	27	585

Les lieux des AES sont essentiellement la chambre du patient et des boxs de soins (55 %), mais aussi la salle d'opération (14 %), le poste de soins (7 %) et les couloirs (6 %). Les AES sont surtout des piqûres (77 %). La figure 3 montre les matériels en cause : le conteneur est cité dans 8.8 % des cas en raison de sa mauvaise utilisation ! Enfin, à signaler encore des AES par recapuchonnage dans 5 % des

AES (figure 4).

Figure 3 : Matériel en cause dans les AES

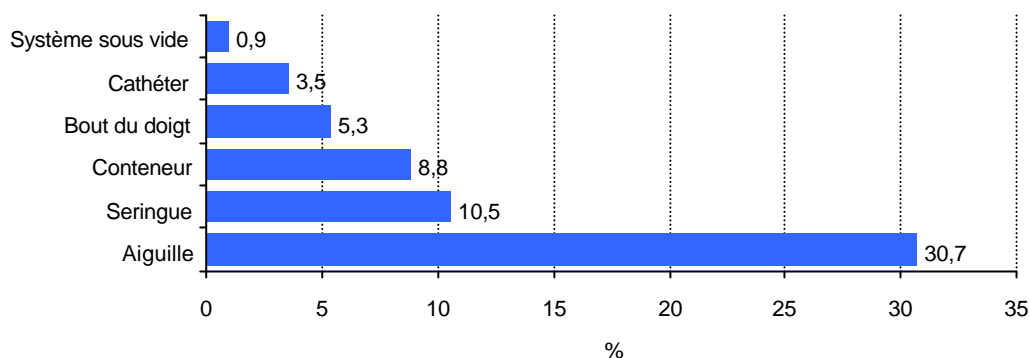
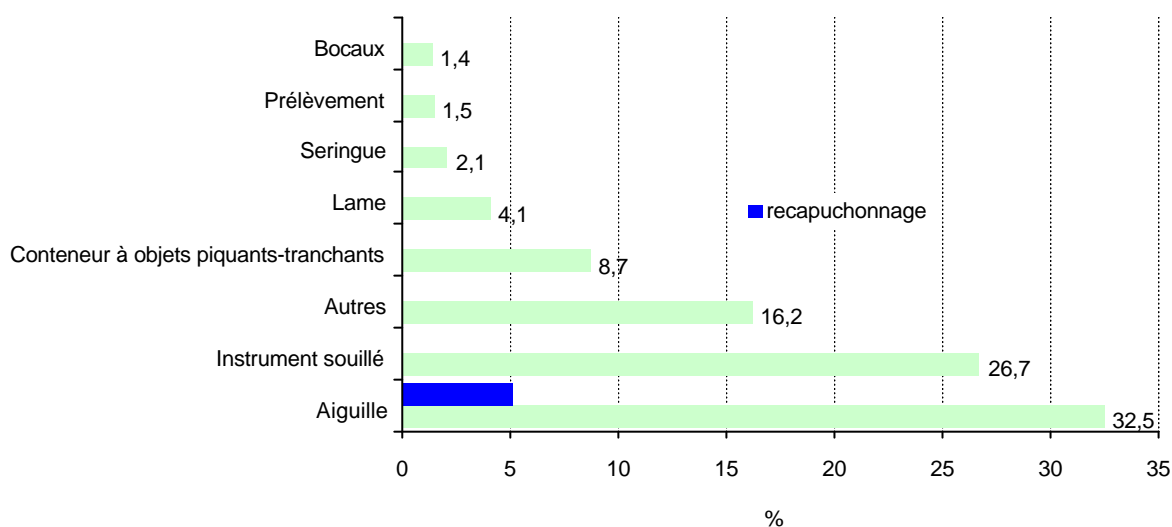


Figure 4 : Mécanisme des AES



Lors des AES, les agents portaient dans 51.5 % des gants. Le statut sérologique du patient source était le suivant : 30 patients VHC +, 12 patients HIV + et 12 patients AgHBs +, soit au total, **49 patients positifs avec au moins un virus (certains en avaient deux) (8 % des patients source).**

En conclusion, la surveillance reste plus que jamais d'actualité. On peut se dire que, globalement, 8 % des patients dans nos établissements sont porteurs, connus ou inconnus d'un virus transmissible aux soignants par piqûre ou coupure.

REANIMATION ADULTES 2001

Les effectifs des données communiquées au C.CLIN sont en augmentation (tableau V).

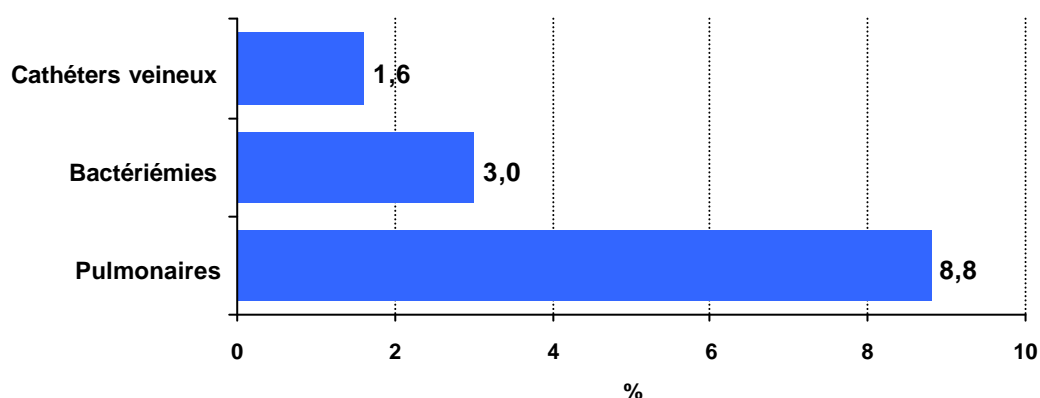
Tableau V : Effectifs des patients suivis en réanimation

Année	Etablissements	Patients
1999	10	1 662
2000	13	3 556
2001	20	3 943

L'âge moyen des patients était de 59 ans \pm 18 (extrêmes : 0 – 97 ans). Le taux de décès était de 14.1 % et 64.1 % des patients étaient intubés avec des variations selon les services. 50.3 % des patients ont été porteurs d'un ou plusieurs cathéters centraux.

Le nombre de patients infectés était de 418, soit 10.6 % (IC à 95 % : 9.7 % - 11.6 %), le nombre d'infections de 528, soit 13.4 % (figure 5) avec 1.3 infections par patient infecté. Le siège des infections était le suivant : 346 pulmonaires (65.5 %), 117 bactériémies (22.2 %), 65 sur cathéters (12.3 %).

Figure 5 : Incidence des infections nosocomiales par appareil (sur 3 943 patients)



Les infections apparaissaient en moyenne 12 jours après l'entrée dans le service (délai d'apparition pour la première infection), 15 jours pour les bactériémies et 12 jours pour les infections pulmonaires. Le taux d'incidence sur la durée de l'exposition avant la première infection était le suivant : 19 infections pulmonaires pour 1000 journées d'intubation, 4 infections de KT pour 1000 journées de cathéters veineux, et 7 bactériémies pour 1000 journées de cathéters veineux.

BMR 2001

Les effectifs de BMR adressés au C.CLIN ont augmenté avec 3 067 en 2001 (tableau VI)

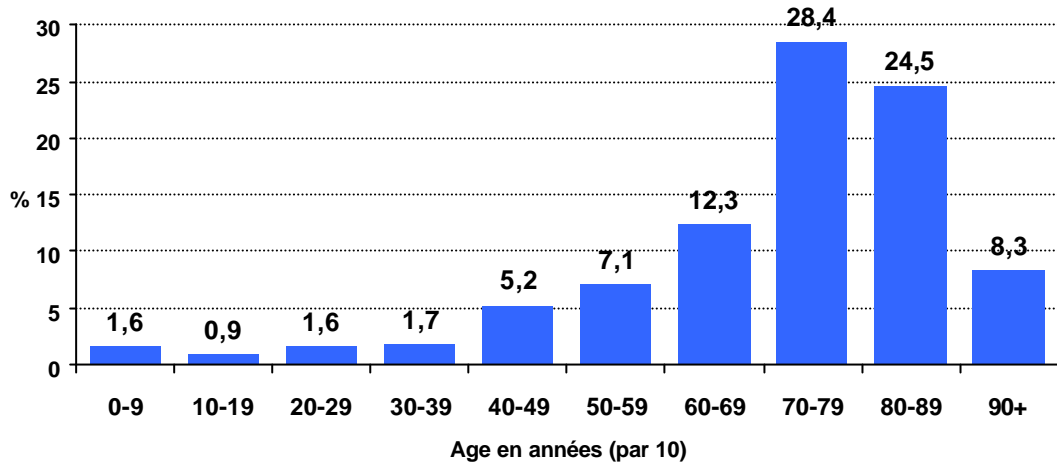
Tableau VI : Effectifs des BMR

Année	Etablissements	Patients
1999	14	428
2000	31	1 637
2001	73	3 067

L'âge des patients est élevé avec une moyenne de 71 ans \pm 19 (extrêmes : 0 – 83 ans) (hommes, 68

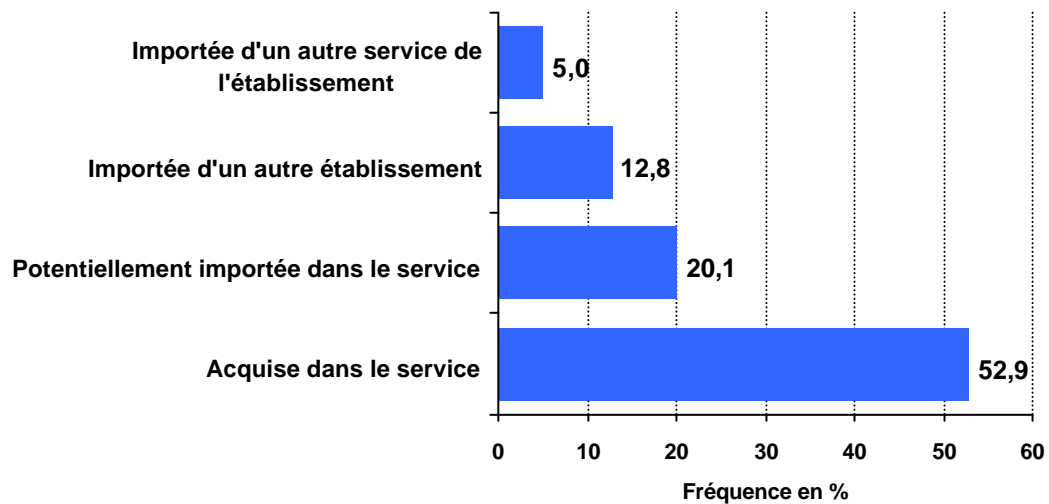
ans et pour les femmes, 75 ans ; $p < 10^{-6}$). Sur la figure 6, on remarque que 61.2 % des patients atteints de BMR ont 70 ans et plus.

Figure 6 : Age des patients en % du total



55.5 % des patients ont été hospitalisés antérieurement depuis moins de 1 an, et 12.9 % avaient déjà eu une BMR. 72.4 % sont des SARM, 15.6 % des entérobactéries et 11.2 % des pyocyaniques. Sur la figure 7, on voit que **52.9 % des BMR sont nosocomiales pour le service** où est hospitalisé le patient.

Figure 7 : Origine de la BMR (sur 3 052 réponses)



Les tableaux VII et VIII montrent les précautions prises en cas de BMR et les ressources disponibles. Ces indicateurs sont en baisse par rapport aux données de 1999 et 2000.

Tableau VII : Précautions prises en cas de BMR

	%
Signalisation sur la porte	51.8 %
Notification sur le bon de microbiologie	78.8 %
Notification pendant les transferts	
- à l'intérieur de l'établissement	50.9 %
- à l'extérieur de l'établissement	43.7 %
Isolement en chambre individuelle (total)	69.2 %
- en cas de chambre disponible	85.6 %

Tableau VIII : Matériel disponible en cas de BMR

	%
Unité mobile, matériel spécifique	38.0 %
Blouse disponible	68.4 %
Masque disponible	19.1 %
Gants disponibles	77.8 %
Lavabo dans la chambre	76.4 %
Solution hydro-alcoolique disponible	55.1 %

BACTERIEMIES 2001

Il s'agit de la première année de surveillance coordonnée dans l'inter-région Ouest avec 1 034 bactériémies communautaires ou nosocomiales. 22.5 % des patients concernés sont soignés pour pathologie onco-hématologique. **26.1 % des bactériémies sont nosocomiales** (33.3 % communautaires et 40.6% une contamination du prélèvement). 12.3 % des patients sont décédés dans les 7 jours suivant la bactériémie (15 % dans les nosocomiales). Les germes des bactériémies nosocomiales sont notés au tableau IX.

Tableau IX : Germes les plus fréquents des bactériémies nosocomiales (n=669)

Germes	n	%
<i>Escherichia Coli</i>	235	35.1 %
<i>Staphylococcus aureus</i>	94	14.1 %
Staphylocoque à coagulase négative	61	9.1 %
Streptocoques divers	30	4.5 %
Bactéroïdes	23	3.4 %
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	22	3.3 %
Entérocoques	21	3.1 %
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	18	2.7 %
<i>Proteus mirabilis</i>	16	2.4 %

Parmi les *Staphylococcus aureus* 25.5 % sont résistants à la méticilline (SARM) avec 16.7 % dans les bactériémies communautaires et 83.3 % dans les bactériémies nosocomiales.

Conclusion

L'ensemble de ces surveillances et leur progression répondent aux recommandations du CTIN et des critères d'accréditation. Nous remercions les établissements qui nous ont fait confiance en adressant

leurs données au C.CLIN. Les surveillances 2002 devront être adressées en janvier 2003 ; des établissements nous ont déjà adressé quelques données qu'exploite actuellement Nadine Garreau. Pour les surveillances 2003, une journée d'organisation est prévue le **jeudi 28 novembre 2002** au C.CLIN à Rennes (invitation à venir).

Bernard BRANGER, Nadine GARREAU, C.CLIN-Ouest, Rennes

RECOMMANDATIONS DE LA DGS

Une note du 19 juillet 2002 remise par la Direction Générale de la Santé du Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées a été communiquée à l'attention des responsables de C-CLIN. En voici la teneur :



« Objet : Recommandations à diffuser par les C-CLIN suite à un signalement de transmission nosocomiale du virus de l'hépatite C.

Dans le cadre de la procédure de signalement des infections nosocomiales, l'investigation de cas groupés de contamination par le virus de l'hépatite C chez les patients ayant eu une anesthésie générale au cours d'une même session opératoire suggère que le partage d'un flacon de soluté anesthésique pour l'anesthésie de plusieurs patients pourrait être à l'origine d'une contamination croisée. L'utilisation pour le patient « princeps » porteur du virus C de la même seringue et de la même aiguille pour injecter le produit et le prélever à nouveau dans le flacon expliquerait la contamination de ce dernier. Compte tenu du risque de cette pratique, je vous demande de rappeler à vos correspondants dans les établissements de santé de l'inter-région les recommandations d'hygiènes existantes, et notamment celles éditées en décembre 1997 par la Société Française d'Anesthésie - Réanimation (SFAR). »

Suivent les recommandations de la SFAR concernant l'hygiène en anesthésie (1997).

La préparation du plateau des agents anesthésiques et la manipulation des seringues, flacons et tubulures nécessitent des règles d'antisepsie visant à éviter : la contamination des produits anesthésiques par les micro-organismes de l'environnement ; la contamination de patients à patients via le matériel contaminé.

Des cas d'infections bactériennes ou fongiques graves ont été rapportés lors de l'utilisation incorrecte de propofol et de morphiniques par contamination extrinsèque de ces agents lors de leur manipulation. De même, l'utilisation d'une même seringue pour plusieurs patients, malgré le changement d'aiguille, a entraîné des contaminations par les virus des hépatites B et C.

De plus, les ampoules ou flacons contenant une dose d'agent anesthésique sont conçus pour un usage unique et ne contiennent pas généralement d'agents conservateurs antimicrobiens. Enfin, certaines formes galéniques, notamment lipidiques, favorisent la croissance bactérienne. L'ensemble de ces données impose le strict respect des règles d'asepsie nécessaire à la bonne pratique de l'anesthésie.

Recommandations

- Vérification des dates de validité de chaque agent anesthésique, ainsi que de l'ensemble des médicaments

susceptibles d'être utilisés par l'anesthésiste.

- Aspiration des produits anesthésiques de façon aseptique en utilisant des aiguilles et seringues stériles après avoir désinfecté correctement le bouchon du flacon ou le col de l'ampoule.
- Désinfection appropriée des robinets à 3 voies lors de toute manipulation.
- Le matériel utilisé (seringues, tubulures, robinets à 3 voies, ampoules et flacons) est à usage unique et destiné à un seul patient. Après connexion à la ligne de perfusion intraveineuse d'un patient, il doit être considéré comme potentiellement contaminé et donc uniquement utilisé pour ce patient, puis éliminé après usage ou au plus tard à la fin de l'anesthésie du patient concerné.
- Le plateau des agents anesthésiques est uniquement utilisable pour le soin d'un seul patient. Il contient l'ensemble des seringues et aiguilles préparées pour l'anesthésie en cours et doit être conservé dans un endroit propre et protégé de toute projection pour éviter une possible contamination.
- L'utilisation de flacons multidoses (non disponibles en France actuellement, les flacons de 500 mg de propofol étant réservés à l'entretien de l'anesthésie d'un seul patient) n'est pas recommandée.
- En cas d'utilisation d'un agent anesthésique mis en solution dans un solvant lipidique, en plus du respect scrupuleux des règles énoncées ci-dessus, il est souhaitable :
 - de diminuer autant que possible le nombre de manipulations ainsi que l'intervalle de temps entre la préparation et l'injection de la solution lipidique ;
 - d'utiliser des seringues préremplies ;
 - de ne pas déconditionner le flacon ;
 - d'utiliser, pour l'entretien de l'anesthésie, une pompe de perfusion permettant l'administration d'un débit fiable.

INVESTIGATION D'UNE EPIDEMIE DE SHIGELLES

Introduction

Shigella sp. sont des entérobactéries responsables de gastro-entérites au même titre que les salmonelles mais à une fréquence dix fois moindre. Leur gravité tient à l'espèce de *Shigella* concernée, allant d'une simple diarrhée à la forme dysentérique de *S. dysenteriae*.

La transmission des bactéries se fait par les aliments, l'eau de boisson contaminée par les matières fécales ou encore de personne à personne. En France, les shigelloses sont beaucoup moins fréquentes que les salmonelloses (environ 13 fois moins) (1) et le laboratoire du Centre Hospitalier de Pontivy n'isole habituellement qu'une à deux souches de *Shigella* par an. Une augmentation anormale du nombre de shigelles isolées au laboratoire du CH Pontivy a donné l'alerte fin février 2001.

Matériel et Méthode

L'enquête a été menée rétrospectivement par l'unité d'hygiène en analysant les dossiers patients et/ou en téléphonant aux patients ayant été hospitalisés ou travaillant au CH Pontivy.

En parallèle, l'enquête a été menée par téléphone auprès des laboratoires de ville de Pontivy et Loudéac qui ont adressé à l'unité d'hygiène, le double des antibiogrammes ainsi que les souches de shigelles quand cela était possible. La suite de l'investigation des cas communautaires a été menée par téléphone, dans un premier temps, par le service de la DDASS dans le mois qui a suivi l'épidémie et

dans un second temps, par l'unité d'hygiène pour compléter les éléments manquants.

Les souches hospitalières ont été sérotypées par le Centre National de Référence des shigelles et salmonelles. Le génotypage de ces souches et des souches communautaires disponibles a été réalisé par la Cellule épidémiologique interrégionale à Nantes. Les cas ont été définis de la façon suivante :

- cas probable : présence, pendant la période épidémique, d'une diarrhée aiguë et/ou de vomissements pendant plus de 48 heures

- cas certain : isolement d'une *Shigella* dans un prélèvement biologique.

L'analyse des données a été faite sur EPI-INFO version 6.04c.

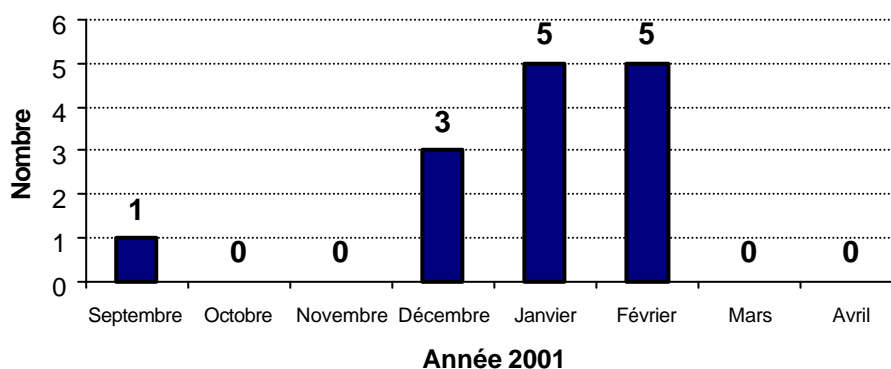
Résultats

14 cas au total (probables ou certains) ont été dépistés dans la région de Pontivy entre septembre 2000 et février 2001 (cf tableau 1). Cinq patients ont été dépistés à l'hôpital lors d'une hospitalisation en court séjour pour quatre d'entre eux, deux en chirurgie viscérale pour suspicion d'appendicite et trois en pédiatrie. Le cinquième cas, isolé à partir du laboratoire de l'hôpital, était une infirmière travaillant en pédiatrie mais non hospitalisée. Un sixième cas, hospitalisé et initialement étiqueté *Shigella*, a dû être exclu a posteriori, la souche envoyée se révélant être un *Escherichia coli*.

Six cas ont été dépistés à partir d'un laboratoire de ville. Les trois autres cas ont été détectés à partir du lien familial existant avec un patient.

Sur le plan géographique, tous les patients habitaient dans un rayon de 23 kilomètres maximum autour de Pontivy : quatre à Saint Allouestre, trois à Pontivy ou Saint Thuriau et un patient par autre lieu d'origine. La répartition des cas dans le temps a montré un pic de fréquence au tout début de l'année 2001 (cf figure 1).

Figure 1 : Courbe épidémique



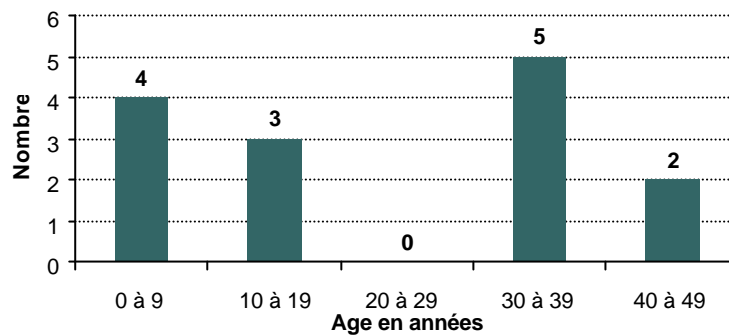
La recherche de cas dans l'entourage des patients a mis en évidence que deux familles étaient touchées : les cas numéro 5, 7, 12 et 13 d'une part ; les numéros 8, 9 et 10 d'autre part. Un seul membre par famille a été hospitalisé. Tous les patients ont eu une diarrhée qui a été sanglante dans quatre cas (7%). Elle a été associée à des douleurs abdominales dans 12 cas (85,7%). La fièvre a été présente dans huit cas (57%) alors que les vomissements étaient plus rarement retrouvés (3 cas), voire

uniquement des nausées dans deux cas. Les autres signes cliniques évoqués n'étaient pas très significatifs tels que une asthénie (un cas) ou des frissons (un cas).

La répartition par sexe souligne une majorité d'hommes avec huit cas (57%) contre trois (43%) pour les femmes, soit un sex ratio de 1,33.

L'âge moyen était de 22,6 ans +/- 16,5 (médiane : 22,5 ; extrêmes de 1 à 46 ans). La classe d'âge de 30 à 39 ans est la plus représentée.

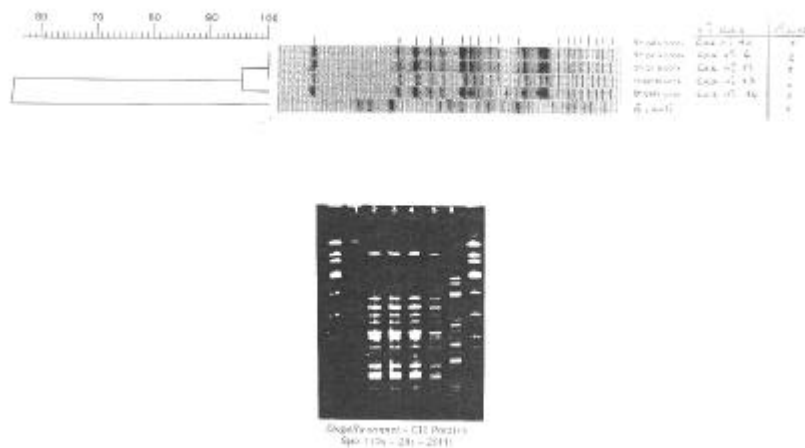
Figure 2 : Age des patients



La recherche d'aliments en cause à l'origine de cette épidémie est restée vaine. L'enquête microbiologique a montré que dix patients avaient un prélèvement biologique positif à *Shigella sonnei*. Dans neuf cas, il s'agit de coproculture et dans l'autre, d'un examen cyto bactériologique des urines. Les quatre autres cas probables pouvaient être reliés à l'épidémie parce qu'il existait des liens familiaux avec les deux cas certains.

Huit shigelles sur les dix identifiées ont été biotypées au Centre National de Référence des *Salmonella* et *Shigella*. Il s'agissait essentiellement du biotype A pour six cas (42,8%). Le biotype G a été retrouvé dans les deux autres cas alors qu'aucun biotype n'était disponible dans les six cas restants.

La recherche de similitude génétique par génotypage n'a pu être fait que sur six souches envoyées à la Cellule Inter-Régionale d'Intervention Epidémiologique Clinique et Microbiologique de Nantes où un dendrogramme et une membrane d'hybridation ont été partiqués. Ces examens ont montré que cinq souches étaient identiques, la sixième étant différente :



Discussion

La bouffée épidémique de *Shigella sonnei*, survenue à Pontivy et concentrée sur quatre mois entre septembre 2000 et février 2001, n'avait jamais été observée dans cette région du Centre Bretagne. Cependant, elle s'inscrit dans la tendance générale en France enregistrée par le Centre National de Référence des *salmonella* et *Shigella* depuis quelques années puisque l'on observe une montée en charge des *Shigella sonnei* signalés à cet organisme entre 1997 et 1999 [1]. L'étendue de l'épidémie, sur quatre mois, rappelle une autre épidémie à *Shigella sonnei* observée dans un institut médico-éducatif spécialisé de l'Aisne entre novembre 1998 et mars 1999 [3].

Le lieu de prélèvement majoritaire dans notre étude est la coproculture, à une exception près pour l'examen cyto bactériologique des urines. Ces données ne diffèrent en rien de ce qui est observé généralement [2] car le tube digestif est le site de prolifération privilégiée de ces bactéries et que le mode de transmission habituel de cette maladie est une contamination par le biais d'aliments souillés. L'investigation des cas de shigellose n'a pas permis de retrouver une origine alimentaire à cette épidémie malgré la concentration dans le temps (six mois) et dans l'espace des cas (rayon de 23 kilomètres autour de Pontivy).

En revanche, une origine nosocomiale a pu être fortement suspectée pour le cas numéro 14. En effet, plusieurs arguments sont en faveur de cette hypothèse : cette personne travaillait dans le service de pédiatrie du Centre Hospitalier de Pontivy à l'époque où était hospitalisé le cas numéro 11; elle a débuté la maladie trois jours après le contact avec le numéro 11, ce qui correspond au délai habituel d'incubation d'une shigellose [2]; le génotypage des souches a montré qu'il s'agissait de souches identiques. Il s'agit très probablement d'une transmission manuportée car l'enquête a montré qu'il y avait une observance incomplète des mesures d'hygiène en matière de lavage des mains, en particulier utilisation non rigoureuse de savon antiseptique lors des soins d'hygiène.

Ce cas de transmission nosocomiale, mis en évidence de malade à personnel, rentre dans le cadre d'une transmission inter-humaine classique au sein d'une collectivité de jeunes enfants [2] mais facilitée par la mauvaise observance probable du lavage de mains en période épidémique.

Dans notre foyer de cas groupés de shigellose, dix cas sont liés : soit de façon certaine par les résultats du génotypage qui indiquent des souches identiques pour cinq d'entre elles, soit de façon probable par l'existence de liens familiaux ou d'un biotype identique pour les cinq autres.

Les quatre autres cas ont été liés, a priori, à l'épidémie, malgré un biotypage différent ou inconnu, car l'identification des souches de shigelle est parfois difficile. Ainsi, une des souches, initialement étiquetée *Shigella*, a dû être exclue a posteriori après identification par le Centre National de Référence d'un *Escherichia coli*. En effet, il existe une parenté génétique entre ces deux genres d'entérobactéries [2].

Enfin, la veille sanitaire mise en place à Pontivy, depuis février 2001, au niveau des laboratoires, hospitalier ou de ville, a permis de constater qu'aucun autre cas de shigellose n'a été observé dans la région.

Conclusion

Cette épidémie de shigellose, survenue dans la population des environs de Pontivy, nous montre, là encore, le rôle de la transmission inter-humaine dans une telle toxi-infection alimentaire collective, soit par contact direct entre les membres d'une même famille, soit par contact entre le personnel et les patients infectés pendant leur hospitalisation, lors des soins d'hygiène.

L'importance de l'alerte précoce face à des signes évocateurs, tels que diarrhée fébrile et sanglante, n'est plus à démontrer. Cependant, celle-ci peut parfois être difficile à mettre en place, comme ici, quand les cas ne sont pas pris en charge par le même système de soins.

Toutefois, en ce qui concerne les mesures de contrôle de l'épidémie au sein de l'hôpital, cet événement inhabituel a été l'occasion de rappeler, au personnel soignant, les mesures d'hygiène de base à respecter en cas de diarrhée infectieuse, en particulier les précautions standard.

Remerciements : l'auteur remercie le laboratoire du Centre Hospitalier de Pontivy, le service santé de la DDASS du Morbihan et la Cellule Inter-Régionale d'Intervention Epidémiologique Clinique et Microbiologique de Nantes pour leur collaboration efficace dans l'investigation de cette épidémie ainsi que la secrétaire des services économiques pour son aide dans la mise en forme du document.

BURETTE L.*, KOULMANN L.***, GUILLAUMOT ***, REVEL R.**,

* Unité d'hygiène hospitalière CH Pontivy, ** Laboratoire de microbiologie CH Pontivy, *** DDASS Morbihan

Références

- 1 - BOUVET Ph. JM, GRIMONT P.A.D. ; Données de surveillance 1999 du Centre National de Référence des *salmonella* et *Shigella*. BEH n°12/2001 - 49-52.
- 2 - LAVRIL J.L. et Coll. ; Bactériologie clinique 2^{ème} édition 1992.
- 3 - EMPANA J.P., PERRIN M.D., PILON B., ILEF D. ; Epidémie de shigellose à *Shigella sonnei* dans un institut médico-éducatif spécialisé (département de l'Aisne, novembre 1998 - mars 1999). BEH n° 10/2000 - 43-44.

LE « BON SENS » EN HYGIENE HOSPITALIERE

Souvent dans les journées d'hygiène ou dans les contacts entre hygiénistes et soignants, deux mots reviennent comme un leitmotiv : « c'est une question de bon sens » ou « il faut en revenir au bon sens ». L'interlocuteur est alors placé dans une position défensive car il n'est pas question de lutter, n'est-ce pas, contre le bon sens... Que peut-on penser de cette expression ? Que veut dire ou que cache le « bon sens » ?

Une fausse évidence

Sans doute, une telle expression veut signifier qu'il faut en venir ou re-venir à des choses simples, facilement compréhensibles, à la causalité évidente et directe. L'exemple le plus frappant en est le « bon sens » de l'hygiène des mains : les soignants n'ont pas besoin de longs articles ou de longs développements puisque c'est le « bon sens » de se laver les mains avant un soin ou à la prise de travail. D'autres exemples sont fréquemment observés : c'est le « bon sens » d'entrer dans un bloc opératoire en tenue de bloc ou de manger au restaurant en tenue de ville plutôt qu'en tenue de

travail... On ferait ainsi appel à une compréhension immédiate et évidente des soignants d'une causalité entre gestes ou tenues et le risque d'infections nosocomiales, en écartant les « experts » en hygiène qui ont besoin de preuves, de longs développements ou de pénibles protocoles pour arriver au même résultat.

Sans doute, la communication des hygiénistes a besoin de messages simples et directs pour pouvoir convaincre et essayer de changer des comportements. Cependant, la transmission d'informations doit reposer sur la connaissance des savoirs des soignants et surtout de la « représentation » des gestes, des techniques et même des métiers des soignants. Par là même, toute communication est complexe et ne peut pas s'appuyer sur des choses simples ou supposées évidentes.

Dans un temps et un lieu donné

Dans ces conditions, on voit que le « bon sens » s'inscrit dans un temps donné (le « bon sens » d'une époque n'est celui d'une autre époque), dans un lieu donné (le « bon sens » d'un pays ou dans un hôpital n'est celui d'un autre pays ou d'un autre hôpital), mais aussi et surtout pour une personne donnée. Le « bon sens » d'une personne est le sien et généralement pas le même que d'autres personnes... Pour Roland Barthes, dans *Mythologies*¹ publié en 1957, le « bon sens » *est une vérité qui s'arrête sur l'ordre arbitraire de celui qui parle*. Ainsi, le « bon sens » ne serait qu'une fausse évidence, dans un lieu et un temps donnés, auto-proclamée par une personne qui utilise son propre système de référence et qui voudrait imposer son système de valeur. C'est ainsi que le « bon sens » a fait tourner le soleil autour de la Terre, d'ailleurs plate, et a nié le fait que des machines, plus lourdes que l'air, puissent voler...

Oui, mais.. diront certains, il est des cas où le « bon sens » ne se trompe pas, comme pour l'hygiène des mains dont on a la preuve qu'elle est efficace pour lutter contre les infections nosocomiales. Sans doute et les actions du CDC, du CTIN et de la SFHH pour promouvoir l'hygiène des mains sont là pour montrer la force de la preuve dans cette prévention. Comment expliquer alors la réticence des soignants à reconnaître cette évidence ? Ou en d'autres termes, pourquoi ce « bon sens » n'est-il pas accepté par tout le monde ? Semmelweis² a été la première victime, vers 1850 à Vienne, de cette faculté curieuse de certains à nier ou à réfuter les preuves d'une action efficace. Malgré la baisse des taux de mortalité observés dans le service d'obstétrique où il travaillait (tableau), la désinfection des mains n'a pas été considérée comme efficace pour la prévention de l'infection puerpérale des mères. Au nom de quoi ? Du « bon sens » qui considérait à l'époque que la fièvre des accouchées étaient liée aux miasmes dans l'air (d'où les fumigations) ou aux selles des mères (d'où les purges) ou aux patientes elles-mêmes. Il faut dire que l'existence des microbes n'était pas établie (elle le sera en 1880 par Pasteur) et que la transmission de « particules cadavériques », dont parle Semmelweis, entre les salles d'autopsies et les salles d'accouchement, par les mains des médecins, ne faisait pas partie du « bon sens » de l'époque. On voit ainsi que la « vérité scientifique » s'inscrit toujours dans un contexte social, historique, et dans des représentations culturelles du moment.

Tableau : Mortalité dans le service du Dr Klin

Année 1847	Naissances	Décès de mères	Taux de mortalité
------------	------------	----------------	-------------------

Avril	312	57	18.3 %
Mai	294	36	12.2 %
<i>Décision de l'antiseptie des mains pour les étudiants</i>			
Juin	268	6	2.4 %
Juillet	250	3	1.2 %
Août	264	5	1.9 %
Septembre	262	12	5.2 %
Octobre	278	11	3.9 %

Mot trop ambigu

Au total, le « bon sens » ne veut rien dire car, en son nom, des faits erronés sont transmis, reproduits et répétés. Dans le domaine de l'hygiène, au nom du « bon sens », des attitudes sont pérennisées sans réelle preuve : la « désinfection terminale » par voie aérienne, ou encore le « tapis anti-bactérien » à l'entrée des blocs opératoires³ qui n'ont aucune efficacité.

D'autre part, même si le « bon sens » a un rapport avec des faits avérés et vérifiés, la communication ne sera pas plus efficace au nom du « bon sens » qui ne s'impose à personne et qui ne constitue pas une référence universelle... De plus, il n'y a plus rien d'évident ni de palpable en médecine, les relations causales sont faibles et plurifactorielles et il faut plutôt lire les articles scientifiques qu'essayer de se prouver par soi-même de l'efficacité d'une action de soin.

Enfin, lorsque des actions de prévention efficaces, même si elles paraissent évidentes à certains, ne sont ni respectées ni suivies, il faut s'attacher à comprendre les raisons des réticences, ainsi que les idées et les représentations qui en sont faites pour pouvoir adapter le discours et l'insérer dans des formations. C'est ainsi qu'en matière d'hygiène des mains, selon les résultats d'audits d'observation de pratiques et de déclarations de pratiques, les médecins disent se laver les mains plus souvent qu'ils ne le font en réalité, alors que pour les aides-soignantes, c'est l'inverse ; la communication devra, sans doute, être différenciée selon le statut professionnel et les représentations⁴ de ce geste de « bon sens »....

Bernard BRANGER, Marie-Alix ERTZSCHEID, C.CLIN-Ouest

Références

1. BARTHES Roland. Mythologies. Le Seuil. 256 pages
2. SEMMELWEIS I-P. Die Aetiologie, der Begriff and die prophylaxis des Kindbettfiebers. Pest, Wien and Leipzig Editions 1861.
3. MANGRAM AJ, HORAN TC, PEARSON ML et al. Guideline for prevention of surgical site infection, 1999. <http://www.cdc.gov/ncidod/hip/SSI/SSI.pdf>
4. SIMON A, HUGONNET S, SAUVAN V, PERNEGER T, PITTET D. Confrères, pourquoi vous lavez-vous si peu les mains ? University of Geneva Hospitals, Geneva, Switzerland.

NOUVELLES DU C.CLIN-OUEST

- Isabelle Laurent vous rappelle son changement de nom : elle est devenue **Isabelle Girot** par son mariage (à noter sa nouvelle adresse électronique : isabelle.girot@chu-rennes.fr). Par ailleurs,

Maryvonne Dixon a pris ses fonctions début avril pour renforcer l'activité de documentation.

- **Groupes de travail en cours** : le groupe « *Hygiène des soins infirmiers en ambulatoire* » est en cours, de même que un groupe « *Hygiène en urologie* ». Les relais régionaux organisent également des groupes de travail; les contacter pour plus de détails.

- **Deux documents parus** : le document « *Hygiène et prévention du risque infectieux dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées* » a été adressé à tous les présidents de CLIN. Le document « *Guide pour l'évaluation des pratiques d'hygiène au bloc opératoire* » est publié par les Editions ENSP (Ecole Nationale de la Santé Publique) sous forme de livre ; il sera adressé, dans l'inter-région Ouest, aux présidents de CLIN des établissements avec un bloc opératoire. Pour les autres régions, il sera disponible à l'ENSP à un prix avoisinant les 20 €. Les grilles des questions d'évaluation sont disponibles sur le site du C.CLIN-Ouest <http://www.cclinouest.com>.

- **Signalement des infections nosocomiales** : 80 signalements sont parvenus au C.CLIN-Ouest depuis août 2001. Un diaporama est disponible avec les résultats sur le site du C.CLIN-Ouest : il est actualisé tous les 15 jours. Une liste nationale est discutée au CTIN à l'heure actuelle.

- **NOSO-DOC n° 19 du 2^{ème} trimestre 2002 est paru** : il est disponible auprès des documentalistes

- **Le poste de praticien hygiéniste au C.CLIN-Ouest** est pourvu à la date du 16 septembre.

- Les résultats de **l'enquête sur la consommation des produits d'hygiène** des mains sont en cours de rédaction. Ils seront adressés prochainement à tous les présidents de CLIN et hygiénistes. Un résumé paraîtra dans le prochain NOSO-NEWS n°26.

Rappels

- **Site web** : <http://www.cclinouest.com>

N'hésitez pas à le consulter et nous faire part de vos remarques. Les diapositives sur le signalement sont actualisées régulièrement. Un forum de discussion y est ouvert; s'inscrire auprès de B. Branger.

- **Pour vos messages au C.CLIN-Ouest**

Lorsque vous adressez un mail à un membre du C.CLIN-Ouest, pensez à mettre votre adresse complète et vos autres coordonnées (téléphone, fax) pour pouvoir vous joindre rapidement. Le mieux est de mettre tous ces renseignements, avec votre nom, comme signature automatique (par défaut dans tous vos messages. Sous Outlook, cliquer « Outils », puis « signature automatique » et écrivez votre nom et vos coordonnées.

TEXTES REGLEMENTAIRES

- A paraître : circulaire sur le traitement manuel des **endoscopes**, sur les **contrôles d'environnement** et sur **l'eau**. Les textes sur les **laveurs-désinfecteurs** ne seront disponibles qu'en 2003... !

AGENDA

- **13^{ème} journée du GERES**. 13 septembre 2002 à Paris

- **5^{ème} journée du RRH.** 17 septembre 2002 à Caen
- **3^{ème} Journée C.CLIN-Ouest :** Hygiène en maternité et surveillance. Jeudi 3 octobre à Rennes
- **Journée d'Hygiène Hospitalière de Brest.** Jeudi 14 et vendredi 15 novembre à Brest.
- **Journées Hygiène en UROLOGIE.** Mercredi 27 novembre 2002 à Paris
- **4^{ème} Journée C.CLIN-Ouest :** Hygiène dans les établissements de personnes âgées. Jeudi 12 décembre à Rennes.
- **Surveillance : résultats 2001 et projets pour 2003.** C.CLIN-Ouest. Jeudi 28 novembre à Rennes.

NOSO-NEWS : Bulletin du C.CLIN-Ouest. Trimestriel.

Directeur de la publication : Pr J. Chaperon.

Secrétaire de Rédaction : B. Branger

C.CLIN-Ouest - Service d'Epidémiologie et d'Hygiène Hospitalière - CHU Pontchaillou - 2, rue Henri Le Guilloux - 35033 Rennes cedex 9 - Tel 02 99 28 43 62 – Fax 02 99 28 43 65. E-mail : bernard.branger@chu-rennes.fr. Site web : <http://www.cclinouest.com>

Dépôt légal : 3^{ème} trimestre 2002