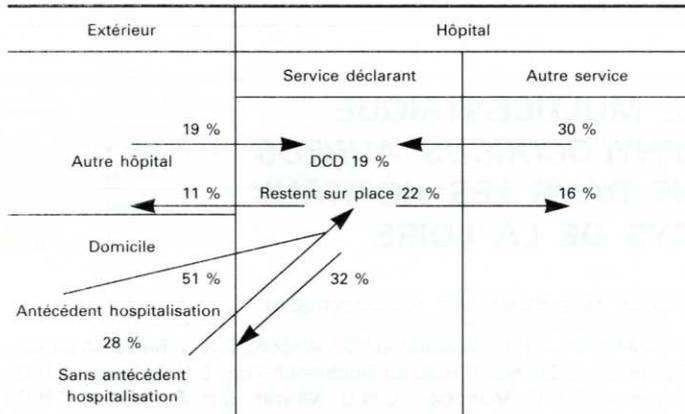


### Circulation des patients

Au moment de l'isolement du S.A.R.M., 51 % des patients venaient de leur domicile, 30 % venaient d'un autre service et 19 % d'un autre hôpital. Parmi les patients venus de leur domicile, 56 % d'entre eux avaient déjà été hospitalisés pendant l'année précédant l'étude. Il en résulte que seulement 22 % des patients infectés ou colonisés n'avaient, ni antécédents récents d'hospitalisation, ni fait l'objet de mutation interne ou externe. Des antécédents de prélèvements positifs à S.A.R.M. étaient connus chez 18 % des patients. Au total, 18 % des patients seulement n'avaient, ni été transférés d'un service à l'autre ou d'un hôpital à l'autre, ni présenté des antécédents de prélèvements positifs à S.A.R.M. La néonatalogie et les brûlés étaient sous-représentés dans l'étude alors que, dans les hôpitaux dans lesquels ils sont présents, leurs taux d'incidence étaient parmi les plus élevés.

Figure 2. – Flux des patients porteurs de S.A.R.M.

(les 13 % de patients dont le devenir est inconnu n'ont pas été inclus dans le schéma ci-dessous)



Le nombre de patients chez lesquels un S.A.R.M. a été isolé a été comparé au nombre de patients hospitalisés dans les mêmes classes d'âge uniquement dans un des établissements (C.H.U. de Nantes, 144 isolements de S.A.R.M.). Dans les services de courts séjours, les patients âgés de 16 à 45 ans avaient moins de prélèvements positifs à S.A.R.M. ( $p = 0,00003$ ) alors que les patients âgés de plus de 65 ans étaient surreprésentés ( $p = 0,00002$ ). Dans les services de moyens et longs séjours aucune différence n'était mise en évidence dans les mêmes classes d'âge. Le sexe masculin apparaît prédominant chez les enfants infectés de moins de 4 ans, mais cela reflète seulement la proportion plus importante de garçons hospitalisés dans cette tranche d'âge.

Si l'on se réfère aux recommandations publiées dans la littérature [1, 4, 5], la lutte contre la transmission des infections à S.A.R.M. passe principalement par le lavage des mains, l'isolement des patients infectés (chambres individuelles ou regroupement) et le port de gants et de casques. Cette étude a montré que ces recommandations n'étaient que partiellement appliquées et cette apparente difficulté à mettre en œuvre les précautions s'explique par plusieurs raisons :

- le défaut d'information et le manque de sensibilisation des personnels médicaux et paramédicaux au problème des infections nosocomiales en général, et à celui du S.A.R.M. en particulier;
- l'inadaptation des structures existant dans certains services, voire établissements, aux mesures d'isolement préconisées (absence de chambres à 1 lit, de lavabos dans les chambres, de distributeurs de savon liquide et de papiers essuie-mains...);

– l'insuffisance de matériel à usage unique (gants, casaque, masques, approvisionnement des distributeurs...).

Parmi toutes les données recueillies par l'intermédiaire du questionnaire, aucune n'avait trait aux précautions prises lors du transfert d'un patient. Si l'information explicite du service receveur est préconisée dans la littérature [1, 2], il n'existe pas de chiffres précis concernant la circulation des patients porteurs de S.A.R.M. Cette étude a mis en évidence la fréquence élevée de la circulation de ces patients, tant au sein d'un même établissement que d'une structure de soins à une autre. On constate que même chez les patients provenant de leur domicile, près de la moitié avait été hospitalisée dans l'année précédente. Au total, 77 % des patients chez lesquels un S.A.R.M. a été isolé avaient déjà eu au moins un contact avec l'hôpital.

Plusieurs équipes ont rapporté que le portage de S.A.R.M. pouvait persister chez certains patients pendant plusieurs mois, voire plusieurs années [2]. Dans cette étude, 18 % de patients étaient déjà connus comme porteurs de S.A.R.M.; on peut cependant supposer que la proportion de patients colonisés par un S.A.R.M. était bien supérieure car aucun dépistage systématique n'a été réalisé. Les patients colonisés représentent avec les patients infectés le principal réservoir de la bactérie. Le portage peut être pérennisé par un traitement non efficace des infections à S.A.R.M. Le personnel hospitalier représente une autre forme de réservoir qui n'a pas été évaluée dans cette étude.

### CONCLUSION

Cette étude avait pour but de faire l'état des lieux des isolements de S.A.R.M. dans des prélèvements à visée diagnostique et d'identifier les obstacles rencontrés dans la lutte contre la dissémination de cette bactérie, dans un groupe d'établissements des Pays de la Loire. Sous réserve de l'exhaustivité, l'enquête met en évidence un taux d'incidence relativement bas pour l'ensemble des établissements ayant participé. Parmi les facteurs retrouvés, la circulation inter et intra-hospitalière des patients, ainsi que la fréquence de leurs séjours hospitaliers préalables à l'isolement de S.A.R.M. apparaissent importantes. Ces résultats incitent à prendre des précautions supplémentaires à celles mises en œuvre dans ces établissements et vont permettre de proposer des mesures de prévention adaptées : rappel des règles d'hygiène et des protocoles d'isolement, établissement de fiches de transfert, dépistage à l'entrée des patients pour certains services. D'autre part, la diffusion des informations précises concernant la situation de chaque établissement permettra de sensibiliser les personnels médicaux, paramédicaux et administratifs au problème des infections à S.A.R.M.

### BIBLIOGRAPHIE

- [1] BOYCE (J.M.). – **Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in hospitals and long term-care facilities : microbiology, epidemiology, and preventive measures.** – *Infect. Control Hosp. Epidemiol.*, 1992, 13, p. 725-37.
- [2] HICKS (N.R.), MOORE (E.P.), WILLIAMS (E.W.). – **Carriage and community treatment of Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* : what happens to colonized patients after discharge ?** – *J. Hosp. Infect.*, 1991, 19, p. 17-24.
- [3] REVERDY (M.E.), BES (M.), BRUN (Y.), FLEURETTE (J.). – **Évolution de la résistance aux antibiotiques de souches hospitalières de *Staphylococcus aureus* isolés de 1980 à 1991.** – *Hygiènes*, 1993, 3, p. 35-38.
- [4] WENSEL (R.P.), NETTLEMAN (M.D.), JONES (R. N.), PFALLER (M. A.). – **Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* : implications for the 1990s and effective control measures.** – *Am. J. Med.*, 1991, 91 (suppl. 3B), p. 221S-27S.
- [5] CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE. – **100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales.** – *B.E.H.*, numéro spécial 1992.

# ENQUÊTE

## BOUFFÉE ÉPIDÉMIQUE DE LISTÉRIOSE (avril-mai 1995)

V. GOULET<sup>1</sup>, Ch. JACQUET<sup>2</sup>, V. VAILLANT<sup>1</sup>, J. REBIÈRE<sup>1</sup>, E. MOURET<sup>1</sup>, C. LORENTE<sup>1</sup>, E. MAILLOT<sup>1</sup>, F. STÄINER<sup>3</sup>, B. HAURY<sup>4</sup>, O. PIERRE<sup>3</sup>, J. ROCOURT<sup>3</sup>

Le 28 avril 1995, le Centre national de référence (C.N.R.) des *Listeria* (Institut Pasteur) a informé la Direction générale de la Santé (D.G.S.) et le Réseau national de Santé publique (R.N.S.P.) de l'isolement rapproché (entre

le 2 et le 19 avril) de 6 souches de *Listeria monocytogenes* d'origine humaine d'un même lysovar rare :

(2389; 3552; 2425; 1444; 1317; 3274; 2671; 47; 52; 108; 340; 312).

1. Réseau national de Santé publique.
2. C.N.R. des *Listeria*, Institut Pasteur.
3. Direction générale de l'Alimentation.
4. Direction générale de la Santé.
5. Direction générale de la Consommation, de la Concurrence et de la Répression des Fraudes.

Ces cas humains suggéraient la survenue d'un épisode épidémique lié à une source commune. Le screening lysotypique de 2 500 souches d'origine alimentaire adressées en routine au C.N.R. entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 28 avril a permis d'identifier 4 produits laitiers contaminés par cette même souche.

Dans ce contexte, une cellule de crise a été mise en place associant la D.G.S., la Direction générale de l'Alimentation (D.G.A.L.), la Direction générale de la Consommation, de la Concurrence et de la Répression des Fraudes (D.G.C.C.R.F.), le C.N.R. et le R.N.S.P. Il est alors décidé qu'une enquête sur la provenance des produits laitiers contaminés par la souche épidémique serait réalisée par la D.G.A.L. et la D.G.C.C.R.F. et qu'une enquête alimentaire exploratoire auprès des cas serait coordonnée par le R.N.S.P.

La confrontation des informations recueillies par ces 2 enquêtes a permis de générer rapidement une hypothèse sur l'origine de cette bouffée épidémique. En effet, les 4 souches d'origine alimentaire adressées au C.N.R. avaient toutes été isolées dans du brie de Meaux et les 6 premiers malades interrogés avaient tous consommé du brie.

Des investigations complémentaires ont alors été conduites par la D.G.A.L. et la D.G.C.C.R.F. auprès des établissements où les patients s'étaient approvisionnés en brie pendant les 2 mois précédant leur maladie pour identifier la provenance du brie distribué dans ces établissements. Le recouplement des informations fournies par ces investigations avec celles recueillies concernant les souches d'origine alimentaire a permis d'identifier un circuit de production.

Les résultats de l'enquête cas-témoin réalisée en parallèle par le R.N.S.P. sur 16 malades et 26 témoins ont montré une augmentation statistiquement significative du risque de listériose chez les consommateurs de brie (odds-ratio = 7,0; I.C. 95 % 1,1-56,2;  $p < 0,05$ ).

Une procédure de retrait des lots suspects, de désinfection et de contrôle renforcé des établissements concernés a été mise en place. Par ailleurs, un document rappelant les recommandations de prévention de la listériose a été adressé par voie de circulaire aux D.D.A.S.S. à l'attention des médecins concernés par cette maladie (cf. après ce texte). Le 18 mai, un communiqué de presse était diffusé pour informer le public et promouvoir la diffusion des recommandations de prévention.

Au 1<sup>er</sup> juin 1995, le C.N.R. avait recensé 25 cas survenus entre le 2 avril et le 19 mai (fig. 1) et répartis sur 16 départements français (fig. 2). 15 cas sont des formes materno-néonatales à l'origine de 3 avortements, de 6 accouchements prématurés et de 2 enfants mort-nés. 10 cas sont des formes non materno-néonatales, 3 sont survenus sur un terrain immuno-déprimé. Ces cas ont évolué favorablement, sauf 2 qui sont toujours dans un état critique.

Figure 1. - Épidémie de listériose : distribution hebdomadaire des cas au 1<sup>er</sup> juin 1995 (lysovar épidémique)

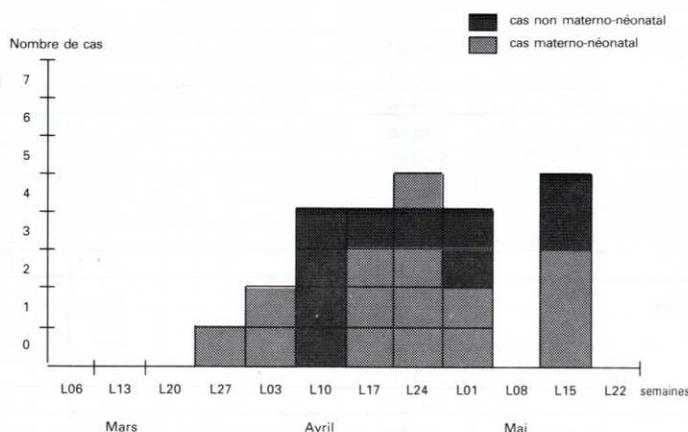
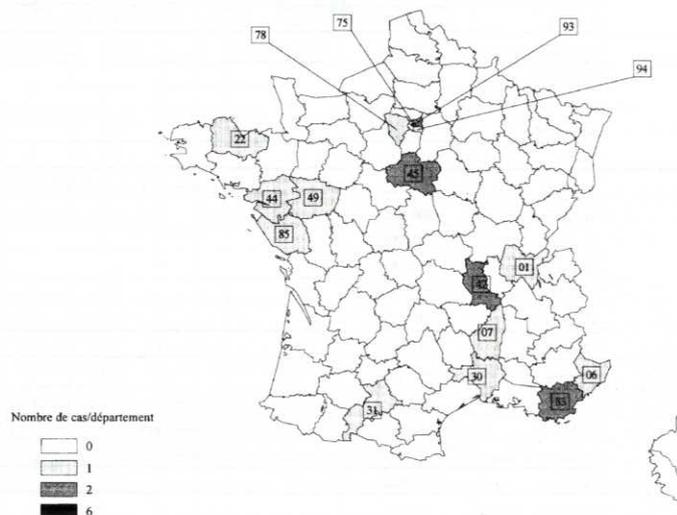


Figure 2. - Répartition départementale des lieux de résidence des 25 cas de listériose



## RECOMMANDATIONS

### PRÉVENTION DE LA LISTÉRIOSE CHEZ LES FEMMES ENCEINTES, LES PATIENTS IMMUNO-DÉPRIMÉS ET LES PERSONNES ÂGÉES

#### ALIMENTS À ÉVITER

- ⇒ Éviter la consommation de fromages à pâte molle au lait cru, de poissons fumés et de graines germées crues.
- ⇒ Pour les achats de produits de charcuterie consommés en l'état (pâté, rillettes, produits en gelée, jambon...), préférer les produits préemballés et les consommer rapidement après leur achat.

#### RÈGLES D'HYGIÈNE À RESPECTER

- ⇒ Cuire soigneusement les aliments crus d'origine animale (viandes, poissons).

- ⇒ Laver soigneusement les légumes crus et les herbes aromatiques.
- ⇒ Conserver les aliments crus (viande, légumes, etc.) séparément des aliments cuits ou prêts à être consommés.
- ⇒ Après la manipulation d'aliments non cuits, se laver les mains et nettoyer les ustensiles de cuisine qui ont été en contact avec ces aliments.
- ⇒ Nettoyer fréquemment et désinfecter ensuite avec de l'eau javellisée votre réfrigérateur.
- ⇒ Dans le cas de repas qui ne sont pas pris en collectivité, les restes alimentaires et les plats cuisinés doivent être réchauffés soigneusement avant consommation immédiate.