

# LA LETTRE DU SIGNALEMENT

Septembre  
2020

## ÉDITO

Anne BERGER-CARBONNE<sup>1</sup>, Isabelle POUJOL<sup>1</sup>

1. Santé publique France, Direction des maladies infectieuses, Unité Infections associées aux soins et Résistance aux antibiotiques

L'actualité inédite en rapport avec la pandémie de Covid 19, nous a contraints à revoir le contenu de cette lettre du signalement et à décaler sa publication. Comme pour tous les acteurs du système de santé, notre activité a été, en grande partie, absorbée par des questions relatives au SARS-CoV-2.

Dès l'apparition de premiers clusters dans les hôpitaux, un groupe de travail constitué de membres de CPIAS, d'EOH, de Cellules Régionales (CR), du département des Maladies infectieuses de Santé publique France (SpF) et du groupe d'études sur le risque d'exposition des soignants (Geres) a défini et proposé une conduite à tenir devant la découverte fortuite d'un cas ou d'un cluster en établissement de santé (ES), *disponible* sur le site de SpF, complété du questionnaire-type des contacts en cas de cluster en établissement de santé.

Depuis le début de l'épidémie, les ES signalent via e-SIN des épisodes de Covid19 associés aux soins. La synthèse de ces signalements a fait l'objet d'une actualisation hebdomadaire dans la rubrique actualité d'e-SIN et d'un article dans ce bulletin.

Par ailleurs, dès le mois de mars, nous avons constaté que les données recueillies par les divers systèmes de surveillance en place ne permettaient pas de connaître l'impact de Covid19 sur les soignants. Nous avons initié avec le Geres et les CPIas, un recensement des professionnels salariés exerçant en ES et atteints de Covid 19, ceci de façon rétrospective depuis le 1<sup>er</sup> mars, puis prospective et hebdomadaire. La méthodologie a été construite par un groupe de travail incluant CPIAS, EOH, Médecins du travail et SpF (CR et NOA). Cette enquête se poursuit et les résultats sont publiés dans le point épidémiologique de SpFrance. Les principaux résultats actuellement disponibles sont résumés dans ce numéro.

Parallèlement, nous avons soutenu le Geres dans la promotion de leur enquête qualitative sur les circonstances de contamination des PS atteints de Covid19, quel que soit leur lieu d'exercice et leur profession (*Enquête Geres*).

Ces différents axes de travail (infections nosocomiales, clusters, professionnels en ES) permettent de surveiller au plus près les événements liés au Covid19 en ES en France et par région. Ils contribuent à fournir un certain nombre d'indicateurs sur les infections à SARS-CoV-2 chez les professionnels exerçant en milieu de soins.

Depuis la période de déconfinement, en complément des signalements via e-SIN, nous colligeons au niveau national les informations concernant les clusters survenant en ES, en lien avec les cellules régionales de SpFrance, les ARS et les CPIAS. L'investigation des clusters reste une des étapes clés du contrôle de l'épidémie en France.

Il faut souligner la qualité du travail des professionnels de terrain malgré les difficultés actuelles et les remercier pour leur contribution à ces enquêtes.

## SOMMAIRE

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Édito</b>  | <b>1</b>  |
| <b>Actualité</b>  | <b>2</b>  |
| Bilan e-SIN Covid-19  | 2         |
| <b>Résultats</b>  | <b>6</b>  |
| COVID-19 chez les professionnels travaillant en ES : combien de personnes infectées ?       | 6         |
| <b>Flash-Info</b>   | <b>9</b>  |
| Candida auris   | 9         |
| <b>Rétex</b>  | <b>10</b> |
| Prise en charge dans le service des urgences d'une pathologie tropicale de retour de voyage | 10        |

### Glossaire :

CPIAS : centre d'appui à la prévention des infections associées aux soins et de l'antibiorésistance

EOH : équipe opérationnelle d'hygiène

ES : établissement de santé

e-SIN : outil de signalement en ligne des infections nosocomiales

CR : cellule régionale de Santé publique France

PS : personnel soignant

SpF : Santé publique France

Geres : Groupement d'Etudes sur le risque d'exposition des soignants aux agents infectieux

ARS : agence régionale de santé

NOA : unité infections associées aux soins et résistance aux antibiotiques de SpF

Actualité

## BILAN e-SIN COVID-19



**ES : Signalez sur e-SIN**

**EMS : Signalez sur [https://signalement.social-sante.gouv.fr/psig\\_ihm\\_utilisateurs/index.html#/accueil](https://signalement.social-sante.gouv.fr/psig_ihm_utilisateurs/index.html#/accueil)**

**Pour obtenir les informations actualisées, rendez-vous sur le site du RéPias**

Début janvier 2020, un virus émergent, le SARS-COV-2 est identifié comme responsable de la maladie COVID-19. Les premiers cas ont été déclarés par les autorités chinoises dès la fin du mois de décembre 2019. Depuis, l'épidémie a touché le monde entier et en particulier la France avec un pic épidémique en mars 2020. Les établissements de santé (ES) sont en première ligne dans la lutte face à ce virus. Comme pour tous les virus respiratoires, des cas de transmission nosocomiale sont observés, chez les patients ou les personnels des ES (PES).

Depuis 2001, le signalement des infections nosocomiales permet aux établissements de santé d'alerter sur la survenue d'infections émergentes et/ou épidémiques. Depuis 2012, il est dématérialisé via l'outil e-SIN et permet aux agences régionales de santé (ARS), aux Centres d'appui à la prévention des infections associées aux soins (CPIas) et à Santé publique France (SpF) d'en être informés de manière facilitée et plus réactive. e-SIN permet le suivi partagé au niveau local, régional et national de la gestion de l'événement faisant l'objet d'un signalement. Cet outil générique permet ainsi de signaler les cas de COVID-19 pour lesquels une origine nosocomiale est suspectée, qu'ils surviennent de manière sporadique ou lors de cas groupés. Le caractère nosocomial est évalué par les équipes opérationnelles d'hygiène (EOH) et peut être possible, probable ou certain.

Nous décrivons ici les signalements de COVID-19 reçus jusqu'au 30 juin 2020.

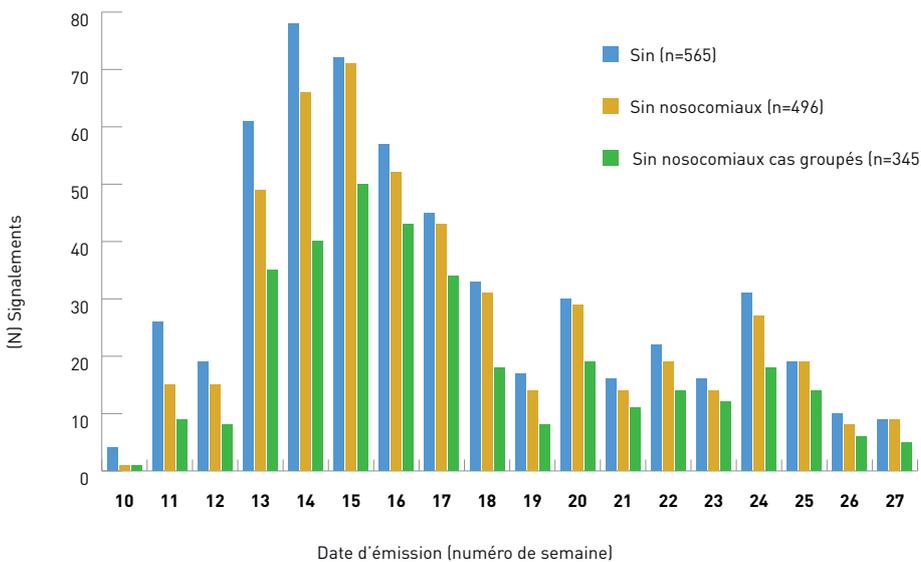
### Méthodes

Depuis le 3 mars 2020, un nouveau code (SARSCO-99) pour la variable microorganisme, spécifique du nouveau coronavirus SARS-CoV-2, a été introduit dans e-SIN. Nous avons analysé l'ensemble des signalements utilisant ce code et reçus à Santé publique France entre le 3 mars et le 30 juin 2020, ainsi que ceux faisant appel au code « VIRAUT-99 », correspondant aux virus non listés (autre virus). Les signalements utilisant ce second code ont été retenus s'ils faisaient mention d'une COVID-19 dans l'une des variables en texte libre du formulaire. Le suivi et l'analyse des signalements COVID-19 ainsi retenus, réalisés en collaboration avec les CPIas, a permis de distinguer les cas exclusivement communautaires et d'actualiser le nombre de cas survenus au cours de l'épisode. La part des signalements COVID-19 a été calculée en prenant en compte l'ensemble des signalements reçus, y compris ceux concernant des bactéries hautement résistantes émergentes (BHRe), entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 30 juin 2020.

**Résultats**

Au 30 juin 2020, 269 établissements avaient réalisé 565 signalements COVID-19. Ces signalements représentaient 32,8 % de l'ensemble des signalements (n=1 722) reçus à Santé publique France entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 30 juin 2020 ; au mois d'avril 2020, cette proportion atteignait 71 %. Parmi les signalements COVID-19 reçus, 69 signalements concernaient des cas exclusivement communautaires, qui ont été exclus de l'analyse.

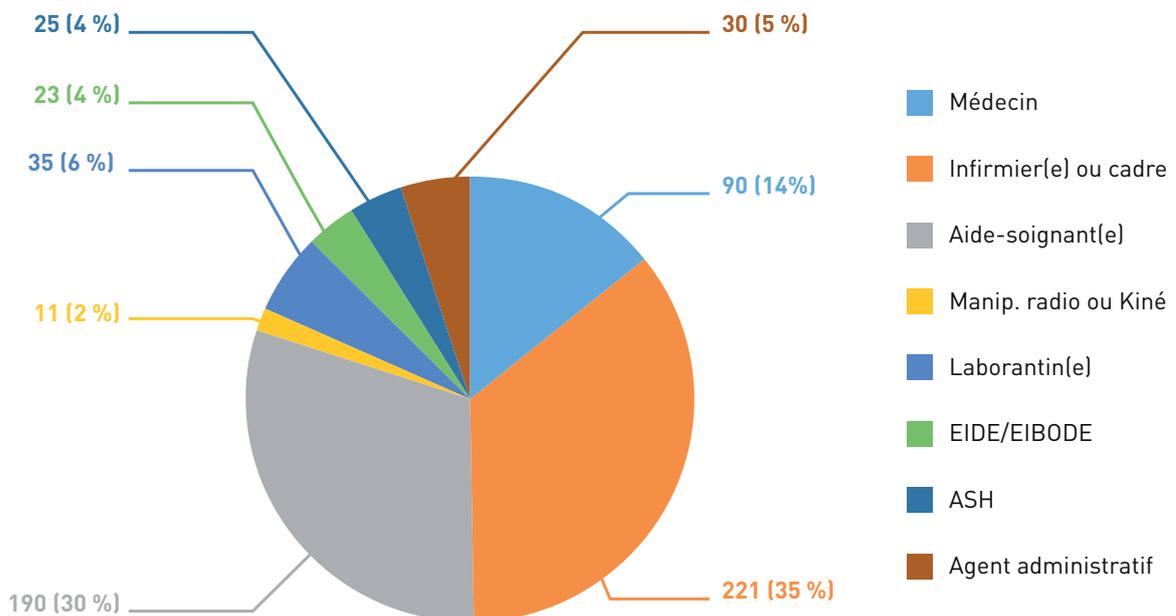
DISTRIBUTION HEBDOMADAIRE DES SIN COVID-19 ÉMIS DU 3 MARS AU 30 JUIN 2020 (N=565), BASE E-SIN, FRANCE



Sur les 496 signalements incluant des cas nosocomiaux (associés aux soins) de COVID-19, 192 (39%) étaient évalués par les EOH comme nosocomiaux certains, 175 (35%) comme nosocomiaux probables et 120 (24%) comme nosocomiaux possibles.

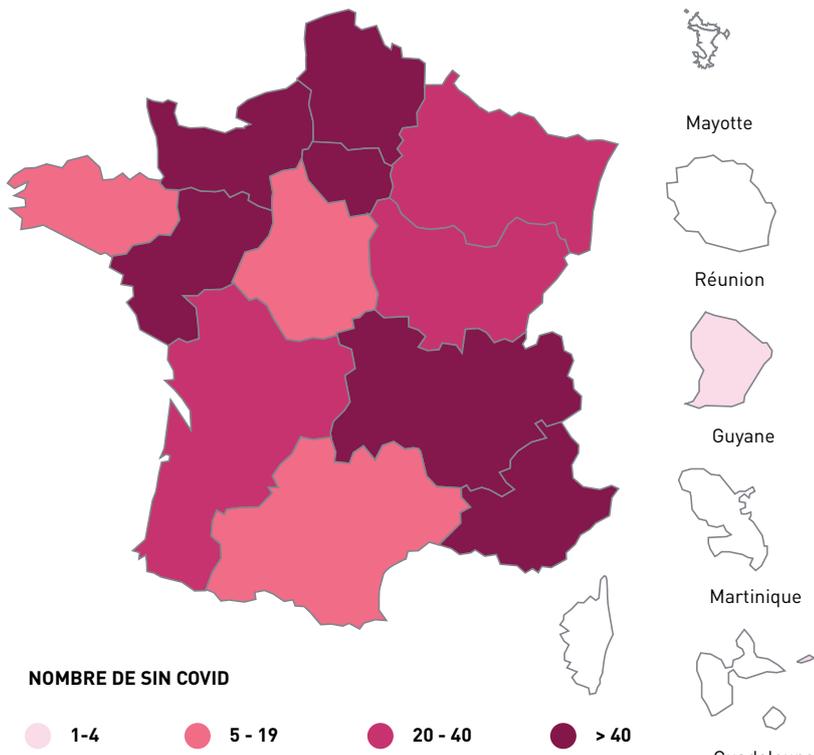
Au total, ces signalements concernaient 5207 cas, dont 3270 patients, 1932 PES et 5 cas parmi des visiteurs. Concernant les PES, leur catégorie professionnelle n'était pas renseignée pour 1307 (67,5%) d'entre eux. Parmi les 625 PES avec une profession renseignée, celles d'infirmier(ère), d'aide-soignant(e) ou de médecin étaient les plus fréquentes.

DISTRIBUTION DE LA PROFESSION RENSEIGNÉE DES PES POSITIFS À COVID-19 (N=625) PARMI LES SIGNALEMENTS NOSOCOMIAUX ÉMIS DU 3 MARS AU 30 JUIN 2020, BASE E-SIN, FRANCE



Les régions avec le plus grand nombre de signalements de COVID-19 nosocomiaux étaient la région Pays de la Loire (90 signalements dont 48 de cas groupés), Île-de-France (80 dont 54 de cas groupés), Auvergne-Rhône-Alpes (66 dont 47 de cas groupés), Provence-Alpes-Côte-d'Azur (64 dont 55 de cas groupés) ainsi que les Hauts-de-France (52 dont 37 de cas groupés) et la Normandie (46 dont 33 de cas groupés).

**RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES SIGNALEMENTS DE COVID-19 NOSOCOMIAUX ÉMIS DU 3 MARS AU 30 JUIN 2020 (N=496), BASE E-SIN, FRANCE**

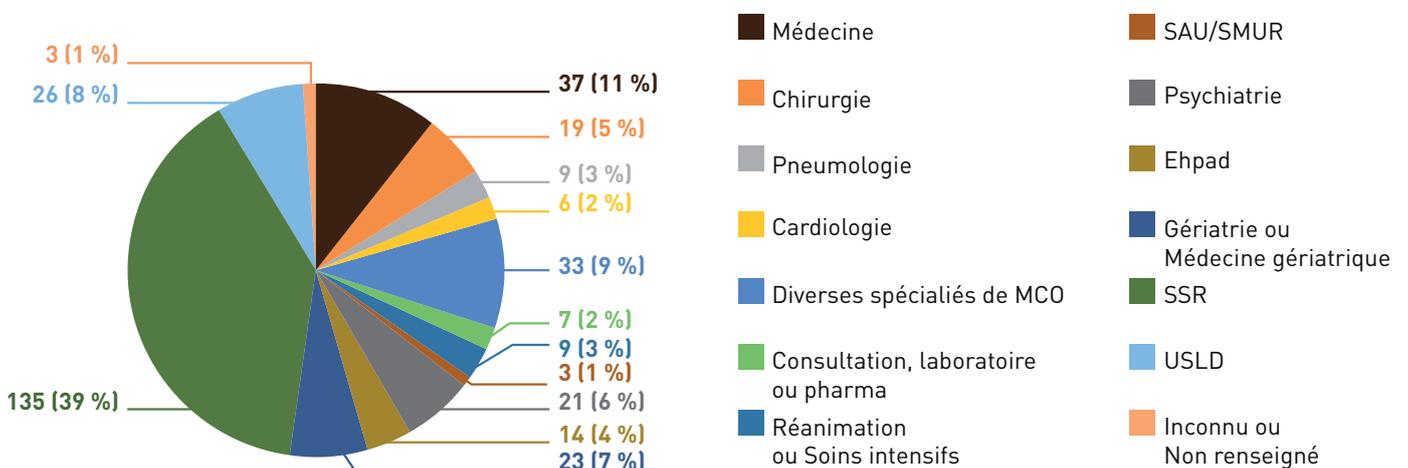


Sources : ©IGN-2020 - Santé publique France

**Focus sur les cas groupés**

Au total, 345 (69,6 %) signalements de COVID-19 nosocomiaux concernaient des cas groupés (survenue d'au moins 2 cas) pour un total de 4 936 cas, soit 95 % des cas recensés parmi les signalements COVID-19 nosocomiaux. Ces 4 936 cas concernaient 3070 patients, 1861 professionnels et 5 visiteurs. Pour certains épisodes, il s'agit d'un nombre cumulatif de cas, sur une période de plusieurs mois. Le nombre médian de cas par épisode était de 8 [minimum : 2 – maximum : 371] avec un nombre médian de patients de 6 [1-233] et de professionnels de 4 [1-138]. Plus de la moitié de ces épisodes (57,4 %) est survenue en services de soins de suite et de réadaptation (SSR, 39 %), de long séjour (SLD, 8 %), de gériatrie (7 %) ou en établissements pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) rattachés à un établissement de santé (4 %).

**SERVICES CONCERNÉS PAR LES SIGNALEMENTS DE CAS GROUPÉS DE COVID-19 NOSOCOMIAUX ÉMIS DU 3 MARS AU 30 JUIN 2020 (N=345), BASE E-SIN, FRANCE**



**Discussion / Conclusion**

SSI les ES ont réalisé moins de signalements sur les cinq premiers mois de 2020 que sur la même période en 2019 (1 504 versus 1 705), les signalements COVID-19 représentaient près d'un tiers d'entre eux (32,5%) ; parmi ces derniers plus de 4 sur 5 concernaient un ou plusieurs cas d'acquisition nosocomiale, chez des patients ou des soignants. Ces signalements ne sont pas exhaustifs mais attestent, au même titre que pour d'autres virus respiratoires, du risque de transmission de COVID-19 entre patients, de soignants à patients, de patient à soignants ou entre soignants. Ils témoignent aussi du risque épidémique lié à COVID-19 puisque les cas groupés représentaient 70% de ces signalements et totalisaient 95% des cas recensés.

La distribution régionale des signalements COVID-19 ne correspond pas à celle des régions les plus touchées par le virus. La région Pays de la Loire est ainsi celle qui a le plus signalé alors qu'elle était moins touchée que d'autres (Île-de-France, Grand Est, Bourgogne-Franche-Comté) ; ces discordances peuvent être liées aux pratiques de signalement, variables d'une région à l'autre, ou plus probablement à un manque de temps dans les zones fortement concernées, ce d'autant que chaque cas faisait par ailleurs l'objet d'un signalement aux ARS via des circuits spécifiques COVID-19.

En particulier, le traitement spécifique des clusters COVID-19, dont la gestion est coordonnée par l'ARS avec l'appui des Cellules régionales de Santé publique France et des CPIas, apporte des éléments complémentaires. Depuis la sortie du confinement, 75 clusters en ES ont ainsi été suivis sans que la majorité d'entre eux n'ait fait l'objet d'un signalement sous e-SIN. Indépendamment du circuit de signalement utilisé, il est primordial que le CPIas travaille étroitement avec l'ARS et les Cellules régionales de Santé publique France afin d'accompagner

les ES. Le signalement dans e-SIN facilite un suivi partagé de l'épisode.

Enfin, ce premier bilan des signalements de COVID-19 nosocomiaux souligne que 57,4% de ces cas groupés concernaient des services de SSR, de gériatrie, de SLD et des Ehpad rattachés à un établissement de santé. Ce ne sont pas des services où sont réalisés des actes à haut risque, mais la durée d'hospitalisation y est plus longue et la dimension sociale des relations entre patients et soignants plus importante. La mise en œuvre des mesures de prévention y a ainsi pu être différée ou plus difficile. Des études complémentaires, telles que celle en cours avec le Geres concernant les soignants, restent nécessaires pour mieux comprendre ces circonstances de transmission. ■



### Bilan des SIN covid-19 actualisé 1 fois/semaine avec :

- Nombre de signalements en lien avec covid-19
- Nombre de signalements covid-19 nosocomiaux
- Parmi les signalements nosocomiaux, le nombre de cas groupés
- Nombre total de cas (puis distribué par patients, professionnels et visiteurs)
- Répartition régionale des épisodes

**À NOTER :** Concernant les cas de COVID-19 et les décès survenus en établissements médico-sociaux (EMS) et en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), un outil de signalement est mis à disposition de ces établissements depuis le 27 mars 2020. L'objectif est de signaler rapidement la survenue d'un tableau clinique compatible avec une infection Covid-19 parmi les résidents et le personnel des Ehpad/EMS afin de mettre en place rapidement des mesures de gestion. Les informations sur le nombre de cas et de décès doivent être actualisées quotidiennement dans le volet « quotidien ». La partie « bilan final » sera complétée secondairement à la fin de l'épisode.

[https://signalement.social-sante.gouv.fr/psig\\_ihm\\_utilisateurs/index.html#/accueil](https://signalement.social-sante.gouv.fr/psig_ihm_utilisateurs/index.html#/accueil)

Sylvie MAUGAT<sup>1</sup>, Audrey LEON<sup>1</sup>, Sophan SOING-ALTRACH<sup>1</sup>

1. Santé publique France, Direction des maladies infectieuses, Unité Infections associées aux soins et Résistance aux antibiotiques

## Résultats

# COVID-19 CHEZ LES PROFESSIONNELS TRAVAILLANT EN ES : COMBIEN DE PERSONNES INFECTÉES ?

Les professionnels travaillant en établissements de santé (PES), soignants et non soignants, ont été particulièrement exposés au SARS-CoV-2 tout au long de l'épidémie. Il est donc important de suivre le nombre et la proportion de PES infectés dans le cadre de la surveillance nationale, en complément de ce qui peut être fait au niveau des établissements ou des régions.

Un groupe de travail associant Santé publique France, le Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants au risque infectieux (GERES) et les CPIas a mis en place un recensement des PES infectés à SARS-CoV-2. Tous les établissements de santé d'hospitalisation, qu'ils soient publics ou privés, ont été sollicités pour participer. Une personne référente au sein de chaque établissement participant est désignée pour répondre de façon hebdomadaire à un questionnaire concernant tous les PES salariés de ces établissements. Le nombre de PES infectés, leur catégorie professionnelle et le type de service dans lequel ils ont principalement travaillé durant les 15 jours précédant l'infection ont été recueillis, de manière agrégée pour la période du 1<sup>er</sup> mars au 12 avril, puis par semaine à partir du 13 avril. Les cas ont été définis comme tout PES dont l'infection par SARS-CoV-2 est confirmée par RT-PCR, mais également les cas probables (clinique, historique de contact ou imageries évocatrices), reconnus comme infectés par la cellule « COVID-19 » ou l'infectiologue référent de l'ES. Le nombre de décès liés à l'infection au COVID-19 parmi ces PES a également été recueilli.

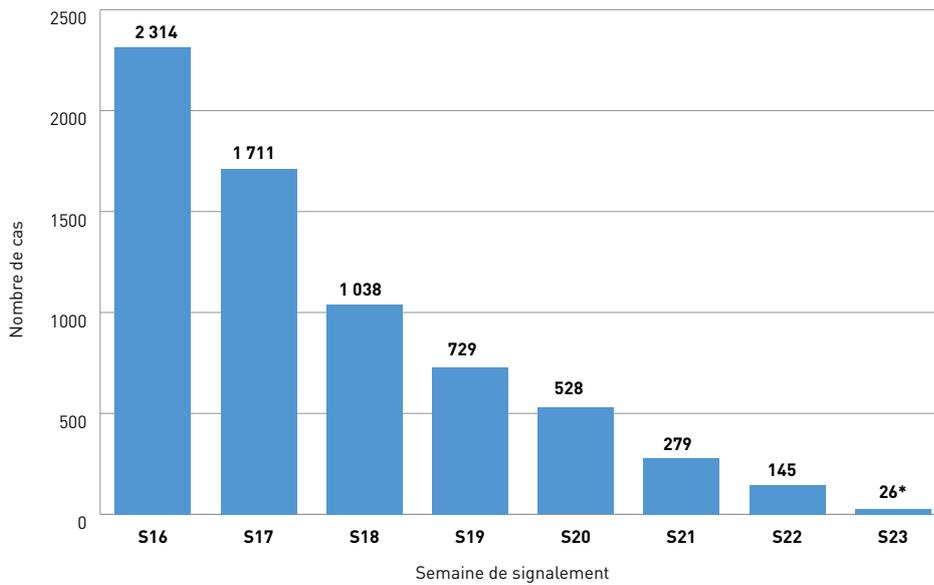
Entre le 1<sup>er</sup> mars et le 07 juin 2020, **30 675** cas ont été rapportés par **1 165** établissements répartis dans les 18 régions françaises (Tableau 1). Le taux de participation par région parmi l'ensemble des établissements était en moyenne de 35% (minimum : 19% - maximum 63%). Parmi les 29 CHR-CHU français, 26 ont participé à l'enquête. Parmi les **30 675 cas**, **25 727 (84%)** étaient des professionnels de santé et **3 160 (10%)** des professionnels non soignants. Pour 6% des cas, la catégorie professionnelle n'était pas renseignée. La dynamique de déclaration des cas est présentée dans la Figure 1. Parmi ces **30 675 cas**, 16 décès liés à l'infection à SARS-CoV-2 ont été rapportés depuis le 1<sup>er</sup> mars 2020, dont 5 médecins, 4 aides-soignants, 1 professionnel de santé « autre » et 6 professionnels non soignants. En s'appuyant sur les données issues de la base SAE 2018, selon la région, la proportion de professionnels en ES déclarés infectés par le SARS-CoV-2 parmi l'ensemble des professionnels en ES de la région varie de 0,1% à 4,3% (Figure 2). Selon la catégorie professionnelle, les aides-soignants (3,3%) et les internes (3,0%) ont été les professions proportionnellement les plus impactées (Tableau 2).

*NB : chaque semaine, un référent par établissement fournit ces données qui sont susceptibles d'évoluer au cours de la période de surveillance.*

**TABLEAU 1 : RÉPARTITION DU NOMBRE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DÉCLARANT ET DU NOMBRE DE PROFESSIONNELS COVID-19 DÉCLARÉS, PAR RÉGION, DEPUIS LE 1<sup>er</sup> MARS 2020 (DONNÉES AU 07 JUIN), FRANCE.**

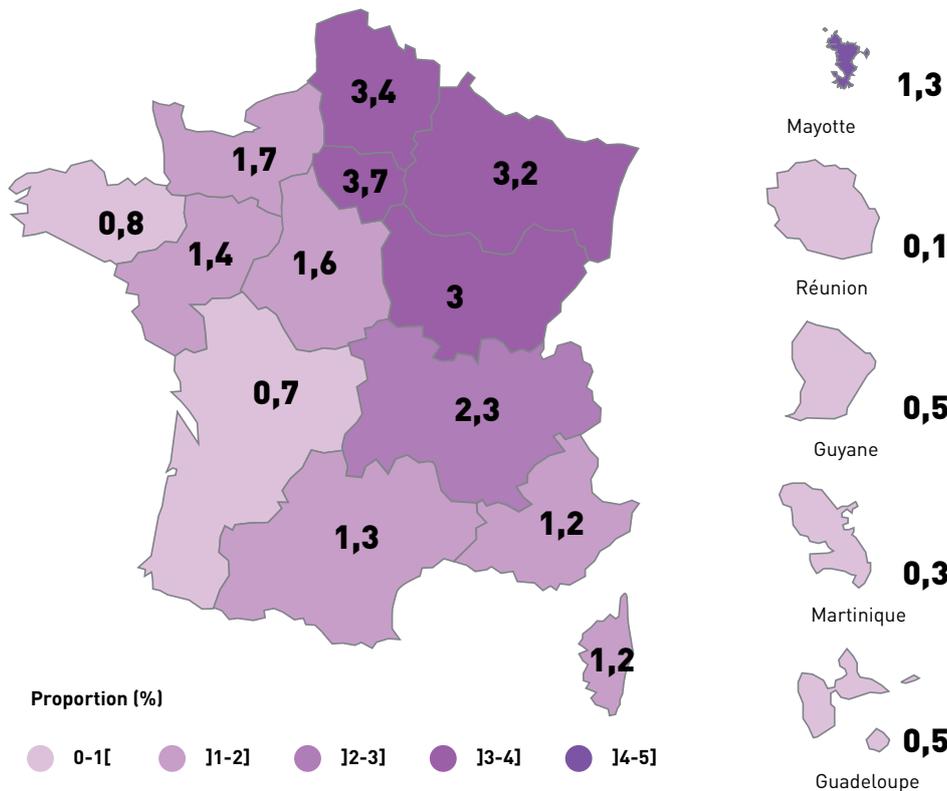
| Région                  | Nombre d'ES ayant participé à la surveillance | Nombre de cas |
|-------------------------|---|---------------|
| Auvergne-Rhône-Alpes    | 162   | 3 510         |
| Bourgogne-Franche-Comte | 57  | 1 953         |
| Bretagne                | 61  | 565           |
| Centre-Val-de-Loire     | 47  | 783           |
| Corse                   | 6   | 83            |
| Grand Est               | 86  | 4 056         |
| Guadeloupe              | 9   | 41            |
| Guyane                  | 7   | 21            |
| Hauts-de-France         | 142   | 4 364         |
| Île-de-France           | 132   | 9 429         |

| Région                     | Nombre d'ES ayant participé à la surveillance | Nombre de cas |
|----------------------------|---|---------------|
| La Réunion                 | 14  | 2             |
| Martinique                 | 9   | 27            |
| Mayotte                    | 1   | 112           |
| Normandie                  | 73  | 1 224         |
| Nouvelle-Aquitaine         | 77  | 854           |
| Occitanie                  | 97  | 1 400         |
| Pays-de-la-Loire           | 62  | 949           |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 123   | 1 302         |
| <b>Total</b>               | <b>1 165</b>                                  | <b>30 675</b> |



\* Les données pour la semaine 23 sont en cours de consolidation  
 Note : Les cas antérieurs au 13 avril 2020 (N = 23 905 cas) ont été signalés à Santé publique France de manière rétrospective et agrégée sans précision sur leur semaine de signalement.

Figure 1. Nombre de professionnels COVID-19 déclarés (N=6 770), par semaine, depuis le 13 avril 2020 (données au 07 juin), France



\*Source de données pour le nombre total de professionnels par catégorie professionnelle par région : SAE, données 2018 <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/accueil.htm>  
 NB : Les cas pour lesquels la profession était inconnue, et les élèves n'ont pas été pris en compte dans cette analyse, en l'absence de dénominateur connu.

Santé publique France  
 Sources : Santé publique France  
 Date de création de la carte : 9 juin 2020

Figure 2. Proportion (%) de professionnels en ES déclarés infectés par le SARS-CoV-2 parmi l'ensemble des professionnels en ES (N=28 082), France\*

TABLEAU 2 : PROPORTION (%) DE PROFESSIONNELS EN ES DÉCLARÉS INFECTÉS PAR LE SARS-COV-2  
PARMI L'ENSEMBLE DES PROFESSIONNELS EN ES, PAR CATÉGORIE PROFESSIONNELLE (N=28 082)  
(DONNÉES AU 07 JUIN), FRANCE\*

| RÉGION                     | Proportion (%) de professionnels infectés parmi les professionnels de la région |                |          |          |                            |              |                                |                                    | TOTAL |
|----------------------------|---|----------------|----------|----------|----------------------------|--------------|--------------------------------|------------------------------------|-------|
|                            | Infirmiers  | Aide-soignants | Médecins | Internes | Masseurs-kinésithérapeutes | Sages-femmes | Autres professionnels de santé | Autres non professionnels de santé |       |
| Auvergne-Rhône-Alpes       | 2,5   | 3,7            | 2,6      | 2,8      | 2,8                        | 1,3          | 2,0                            | 1,2                                | 2,3   |
| Bourgogne-Franche-Comte    | 3,6   | 5,3            | 3,5      | 4,4      | 5,5                        | 0,8          | 2,6                            | 1,0                                | 3,0   |
| Bretagne                   | 0,9   | 1,3            | 1,1      | 2,1      | 1,1                        | 0,2          | 0,9                            | 0,2                                | 0,8   |
| Centre-Val-de-Loire        | 1,8   | 3,0            | 1,8      | 0,6      | 2,4                        | 0,2          | 1,7                            | 0,6                                | 1,6   |
| Corse                      | 0,9   | 2,6            | 1,8      | 4,2      | 0,0                        | 0,0          | 1,2                            | 0,2                                | 1,2   |
| Grand Est                  | 3,6   | 4,3            | 3,9      | 3,5      | 4,1                        | 2,5          | 3,6                            | 1,5                                | 3,2   |
| Guadeloupe                 | 0,5   | 0,5            | 2,7      | 0,0      | 0,0                        | 0,0          | 0,2                            | 0,2                                | 0,5   |
| Guyane                     | 0,5   | 0,0            | 2,1      | 0,0      | 0,0                        | 0,0          | 0,0                            | 0,5                                | 0,5   |
| Hauts-de-France            | 4,1   | 5,4            | 3,4      | 2,3      | 2,1                        | 1,1          | 3,4                            | 1,5                                | 3,4   |
| Île-de-France              | 4,3   | 5,6            | 4,2      | 5,1      | 4,7                        | 2,1          | 4,5                            | 1,2                                | 3,7   |
| La Réunion                 | 0,0   | 0,0            | 0,1      | 0,0      | 0,0                        | 0,0          | 0,0                            | 0,0                                | 0,0   |
| Martinique                 | 0,5   | 0,4            | 0,5      | 0,3      | 0,0                        | 2,7          | 0,1                            | 0,0                                | 0,3   |
| Mayotte                    | 3,8   | 6,8            | 9,2      | 0,0      | 0,0                        | 4,2          | 3,5                            | 2,9                                | 4,3   |
| Normandie                  | 2,0   | 2,6            | 2,3      | 2,0      | 1,8                        | 0,6          | 1,7                            | 0,7                                | 1,7   |
| Nouvelle-Aquitaine         | 0,9   | 1,0            | 0,9      | 1,1      | 1,2                        | 0,5          | 0,6                            | 0,3                                | 0,7   |
| Occitanie                  | 1,5   | 1,3            | 1,8      | 3,3      | 1,1                        | 0,3          | 1,2                            | 0,7                                | 1,3   |
| Pays-de-la-Loire           | 1,8   | 2,1            | 1,1      | 1,1      | 1,8                        | 1,3          | 1,5                            | 0,6                                | 1,4   |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 1,5   | 2,0            | 1,4      | 3,4      | 2,3                        | 0,9          | 0,9                            | 0,5                                | 1,2   |
| Total                      | 2,5   | 3,3            | 2,7      | 3,0      | 2,6                        | 1,2          | 2,3                            | 0,9                                | 2,2   |

\*Source de données pour le nombre total de professionnels par catégorie professionnelle par région : SAE, données 2018

<https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/accueil.htm>

NB : Les cas pour lesquels la profession était inconnue, et les élèves n'ont pas été pris en compte dans cette analyse, en l'absence de dénominateur connu.

Ce recensement des PES infectés par le SARS-CoV-2 permet d'objectiver l'impact de l'épidémie chez ces professionnels particulièrement exposés au virus du fait des interactions avec les patients. La dynamique de signalement des cas montre une forte diminution du nombre de cas déclarés par semaine entre le 13 avril et le 07 juin ; ces données sont cohérentes avec les indicateurs épidémiologiques en population générale, et illustrent le ralentissement de la circulation du virus. Cette surveillance est toujours en cours, et restera active jusqu'à la fin de l'épidémie, afin de garder une vigilance sur le nombre de PES infectés.

Les disparités régionales montrent un gradient Nord-Est/Sud-Ouest des proportions de PES infectés parmi l'ensemble des PES de la région, avec les régions Mayotte, Ile-de-France,

Haut-de-France, Grand-Est, et Bourgogne-Franche-Comté qui rapportent les plus fortes proportions (entre 3,1% et 3,6% des professionnels en ES). Là encore, ces données sont cohérentes avec les indicateurs en population générale, ces régions ayant été fortement impactées par l'épidémie. Les aides-soignants et les internes sont les catégories professionnelles avec les plus fortes proportions de professionnels infectés. Ces données ne tiennent pas compte des cas et des décès survenus chez des professionnels de santé libéraux qui peuvent, s'ils ont été atteints, participer à l'enquête proposée sur [le site du Geres](#). Nous remercions l'ensemble des référents des établissements de santé, des services de la médecine du travail, des équipes opérationnelles d'hygiène et des Cpias qui nous ont permis le recueil de ces données. ■

**Mélanie COLOMB-COTINAT**

Santé publique France, Direction des maladies infectieuses, Unité Infections associées aux soins et Résistance aux antibiotiques

## Flash-Info

# CANDIDA AURIS

*Candida auris* est une levure décrite pour la première fois en 2009 au Japon et qui a été rapidement associée à un grand nombre d'infections invasives ou de colonisations chez des patients hospitalisés, le plus souvent dans des services de réanimation, avec des maladies chroniques, volontiers immunodéprimés, ayant été récemment traités par des antibiotiques ou des antifongiques, et porteurs de cathéters (endovasculaires et urinaires). Cette levure se caractérise par une résistance naturelle à un ou plusieurs antifongiques, dont le fluconazole, une colonisation diffuse de nombreux sites anatomiques et une implantation durable dans l'environnement hospitalier, rendant son éradication difficile. Cette espèce est parfois confondue avec des espèces proches moins "menaçantes" si les bases de données utilisées (MALDI-TOF) n'ont pas été récemment mises à jour.

Le contexte d'émergence, la diffusion mondiale rapide de *C. auris*, la sévérité des infections associées aux soins, les difficultés diagnostiques et thérapeutiques, ont conduit plusieurs pays à émettre des recommandations visant à prendre en charge les patients infectés par *C. auris* et prévenir la transmission de cette levure dans les établissements de santé et les milieux de soins en général.

Certains pays décrivent des épidémies de plusieurs dizaines de cas. En France, moins de 10 cas (identifiés entre 2015 et 2019) ont été décrits à ce jour. Il s'agissait essentiellement de cas isolés. La mise en place, en 2002, par le Centre National de Référence des Mycoses Invasives et des Antifongiques (CNRMA) d'une surveillance de celles-ci à l'échelle nationale avec confirmation de l'identification des isolats d'espèces rares, rend peu probable que des cas de candidémie à *C. auris* soient restés méconnus.

Suite au signalement des premiers cas français, le Haut Conseil de Santé Publique a produit des recommandations spécifiques en 2019 pour la prise en charge des cas (Recommandations HCSP, consultables [ICI](#)). Ces recommandations décrivent des mesures proches de celles mises en œuvre pour la prévention de la diffusion des bactéries hautement résistantes aux antibiotiques et émergentes, et discutent des indications de traitement et de décolonisation éventuelles. On peut aujourd'hui espérer que la communication autour des cas français et les recommandations du HCSP aient fait évoluer les techniques diagnostiques des laboratoires et préparé les équipes à la prise en charge des cas. Dans tous les cas, infections et colonisations, le signalement via e-Sin et l'envoi des souches au CNR sont impératifs. ■

**ANNE BERGER-CARBONNE<sup>1</sup>, FRANÇOISE DROMER<sup>2</sup>**

1. Santé publique France, Direction des maladies infectieuses, Unité Infections associées aux soins et Résistance aux antibiotiques 2. Centre national de référence des mycoses invasives et antifongiques (CNRMA), Unité de mycologie moléculaire

Rétex

# PRISE EN CHARGE DANS LE SERVICE DES URGENCES D'UNE PATHOLOGIE TROPICALE DE RETOUR DE VOYAGE

L'Équipe Opérationnelle d'hygiène (EOH) était alertée le 17/09/19 par les collègues microbiologistes de l'identification de *Burkholderia pseudomallei* sur un prélèvement d'abcès de cuisse réalisé le 14/09/19 chez un patient pris en charge en urgence. Ce bacille à Gram négatif (anciennement *Pseudomonas pseudomallei*) est un agent de classe 3 responsable de la mélioïdose, une zoonose endémique d'Asie du Sud Est et du Nord de l'Australie, conduisant à des infections pulmonaires, cutanées ou septicémiques de formes aiguë, subaiguë ou chronique. Il est également considéré comme un agent pathogène utilisable dans le cadre d'attaque biologique. **Le patient, un homme de 47 ans ayant pour antécédents un tabagisme et un diabète, de retour d'un voyage en Thaïlande depuis 8 jours, consulte dans le service des urgences pour un abcès localisé de la cuisse droite.** Il rentre à domicile avec une prise en charge chirurgicale organisée le lendemain matin 14/09. Il sort après le drainage chirurgical avec un traitement antibiotique et des soins locaux.

L'alerte émise par le laboratoire de biologie est relayée immédiatement auprès des infectiologues référents de la région (CHU de Lille), qui se chargeront de contacter le patient pour l'hospitaliser en maladies infectieuses. Une antibioprophylaxie pour les sujets contact est proposée le jour même. Les recommandations disponibles en France sont celles de la fiche BIOTOX de l'AFSSAPS datant de 2010. Celles-ci ne précisent pas la définition des sujets contact.

En l'absence d'une définition précise, le parcours du patient était retracé par l'EOH avec les cadres de santé des services de soins, de son entrée aux urgences, en passant par le bloc opératoire jusqu'à sa sortie du service, afin de lister les personnels intervenus dans la prise en charge. Pour chacun, une description des types de prise en charge était réalisée (contact direct avec le patient, avec la plaie, pas de contact etc...).

En parallèle, le laboratoire de microbiologie retraçait le circuit du prélèvement et listait les personnels ayant manipulé les prélèvements en décrivant les tâches accomplies (déballage des échantillons, lecture des boîtes sous hotte...). C'est pour le personnel de laboratoire que le risque de transmission est le plus élevé et les seules contaminations secondaires décrites dans la littérature concernent ces personnels, notamment lors de la réalisation de « sniff test »<sup>2</sup>. Les échantillons étaient placés en quarantaine en L3 et un bionettoyage complet était réalisé sur le secteur de microbiologie.

Une réflexion multidisciplinaire associant les infectiologues référents « Risque épidémique et biologique » de la zone de défense, en lien avec la Direction des maladies infectieuses de santé publique France, a retenu comme personnes contact :

- les personnels de laboratoire ayant pris en charge les prélèvements sans respecter strictement les précautions standard (PS) et les Bonnes Pratiques de Laboratoire
- les personnels des services de soins ayant eu un contact avec la plaie du patient ou les prélèvements sans respecter strictement les PS
- les personnels ayant eu un AES lors de la prise en charge

Le type de traitement antibiotique était également précisé ainsi que la surveillance biologique associée. Avec l'aide de la médecine du travail, et après interrogatoire des professionnels concernés, ont été inclus comme contacts et traités :

- 3 personnels de laboratoire : un technicien ayant manipulé la souche pour l'identification en spectrométrie de masse, un technicien et un microbiologiste ayant lu la boîte hors hotte sans la manipuler

- 2 personnels des urgences : un externe et une infirmière ayant manipulé le pansement souillé sans respecter les PS.

L'équipe chirurgicale et les autres personnels de laboratoire ou des urgences ayant respecté les précautions standard, n'ont pas été retenus pour la prophylaxie. Une simple surveillance clinique leur a été demandée. Le laboratoire s'est chargé de transmettre l'alerte à l'Agence régionale de Santé (ARS), de réaliser l'envoi sécurisé du prélèvement à l'IRBA (Institut de Recherche Biomédicale des Armées), après autorisation de transport par l'ANSM, pour caractérisation de la souche et antibiogramme. Cette dernière a été détruite par autoclavage dès confirmation de l'identification et réception de l'antibiogramme.

Une réunion téléphonique (infectiologues, IRBA, ARS, biologistes, SpF) a par ailleurs été organisée par l'ARS pour suivre l'évolution de l'alerte. Cette réunion a permis de préciser la durée de l'antibioprophylaxie des personnes contact devant la discordance entre les recommandations de l'Afssaps de 2008 et celles plus récentes des CDC de 2012 [3]. La durée du traitement a alors été étendue de 10 à 21 jours pour les sujets contact.

Un retour d'expérience (REX) était prévu en interne au laboratoire concernant cette alerte infectieuse inhabituelle.

Devant la multiplicité des voyages internationaux, l'évolution des techniques de laboratoire, la probabilité d'identifier ce type de pathogène augmente. Les patients seront le plus souvent accueillis dans les services d'urgence, où le risque de portage de Bactérie Hautement résistante et émergente est également à prendre en compte dans un contexte de rapatriement ou d'hospitalisation à l'étranger.

Que ce soit au laboratoire ou aux urgences, le respect des précautions standard est l'élément majeur permettant d'éviter aux professionnels de s'exposer aux risques infectieux, même les plus exotiques ! ■

1. ANSM. Fiches biotox de prise en charge thérapeutique. 2008. [https://www.ansm.sante.fr/Dossiers/Biotox-Piratox-Piratome/Fiches-Biotox-de-prise-en-charge-therapeutique\(offset\)/1](https://www.ansm.sante.fr/Dossiers/Biotox-Piratox-Piratome/Fiches-Biotox-de-prise-en-charge-therapeutique(offset)/1)
2. Peacock SJ, Schweizer HP, Dance DA, Smith TL, Gee JE, Wuthiekanun V, DeShazer D, Steinmetz I, Tan P, Currie BJ. 2008. Management of accidental laboratory exposure to *Burkholderia pseudomallei* and *B. mallei*. *Emerg. Infect. Dis.* 14:e2. 10.3201/eid1407.071501
3. Lipsitz R, Garges S, Aurigemma R, Baccam P, Blaney DD, Cheng AC, Currie BJ, Dance D, Gee JE, Larsen J, Limmathurotsakul D, Morrow MG, Norton R, O'Mara E, Peacock SJ, Pesik N, Rogers LP, Schweizer HP, Steinmetz I, Tan G, Tan P, Wiersinga WJ, Wuthiekanun V, Smith TL. Workshop on treatment of and postexposure prophylaxis for *Burkholderia pseudomallei* and *B. mallei* infection 2010. *Emerg. Infect. Dis.* [2012 Dec;18(12):e2]

**E.BECLIN<sup>1</sup>, D. DESCAMPS<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Équipe Opérationnelle d'hygiène du Centre hospitalier de Béthune, <sup>2</sup> Laboratoire de microbiologie du CH de Béthune

