

Signalement des infections nosocomiales dues au virus de l'hépatite C, France, 1^{er} août 2001-31 décembre 2002

Agnès Lepoutre, Bruno Coignard, Jean-Claude Desenclos

Département des maladies infectieuses, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice

INTRODUCTION

Le décret du 26 juillet 2001 a mis en place le signalement des infections nosocomiales, en demandant aux établissements de santé de signaler certains cas d'infections nosocomiales « rares ou particulières » aux Centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CClin) et aux Directions départementales de l'action sanitaire et sociale (Ddass). Les Ddass transmettent ces signalements à l'Institut de veille sanitaire (InVS). Le signalement est un dispositif d'alerte et de vigilance conçu pour détecter et maîtriser ces infections nosocomiales en apportant, si nécessaire, une aide aux établissements.

Cet article présente une description des signalements des cas d'infection à VHC faits entre le 1^{er} août 2001 et le 31 décembre 2002 et reçus par l'InVS au 8 janvier 2003, complétée par les informations obtenues au cours des investigations qui ont suivi.

MÉTHODES

Le signalement peut correspondre à un ou plusieurs cas d'infection nosocomiale. Les critères de signalement définis par le décret sont les suivants :

- 1 : infections nosocomiales ayant un caractère rare ou particulier, par rapport aux données épidémiologiques locales, régionales ou nationales, du fait :
 - 1a : de l'agent pathogène en cause ;
 - 1b : de la localisation de l'infection ;
 - 1c : de l'utilisation d'un dispositif médical (DM) ;
 - 1d : de procédures ou pratiques pouvant exposer ou avoir exposé d'autres personnes au même risque ;
- 2 : décès lié à une infection ;
- 3 : infections nosocomiales suspectes d'être causées par un germe présent dans l'eau ou dans l'air environnant ;
- 4 : maladies à déclaration obligatoire (DO).

Lorsqu'une ou plusieurs infections nosocomiales correspondent à ces critères, les établissements de santé les signalent simultanément au CClin et à la Ddass à l'aide d'une fiche standardisée. Cette fiche précise le ou les critère(s) de signalement, le nombre et le type des infections (site, micro-organisme, caractère nosocomial probable ou certain), les mesures de contrôle prises par l'établissement, le fait que le problème soit maîtrisé ou non et le besoin éventuel d'une expertise extérieure.

Le CClin examine les signalements reçus, les saisit dans une base de données et, si nécessaire, complète les informations auprès des établissements. Le CClin assiste l'établissement pour l'investigation et l'élaboration de recommandations à sa demande ou à celle de la Ddass. La Ddass vérifie l'application des mesures de contrôle et coordonne les investigations menées. Elle transmet à l'InVS les fiches, qui sont complétées, validées et saisies dans une base de données nationale. L'InVS communique régulièrement avec les CClin et analyse ces données, à la recherche d'infections émergentes ou récurrentes pouvant nécessiter des mesures nationales. Il apporte aussi un soutien à l'investigation en cas d'épidémie importante.

Les hépatites C récentes d'origine nosocomiale probable ou certaine sont signalées car elles sont une cause peu fréquente et grave d'infection nosocomiale (critère 1a), et sont souvent liées à des procédures qui ont pu exposer d'autres personnes au même risque (critère 1d). Les critères diagnostiques, le caractère récent de l'infection et son caractère nosocomial sont initialement appréciés par le médecin signalant. L'investigation est faite par l'établissement avec l'aide du CClin, éventuellement du Centre national de référence (CNR) des virus des hépatites B et C et de l'InVS. Elle porte sur la confirmation du caractère noso-

comial des infections signalées, la recherche d'autres cas, l'analyse des pratiques de soins à la recherche des modalités de transmission et l'analyse virologique des souches du virus de l'hépatite C (VHC).

RÉSULTATS

Au 8 janvier 2003, l'InVS avait reçu 505 signalements pour la période du 1^{er} août 2001 au 31 décembre 2002 : 8 (1,6 %) concernaient des cas d'hépatite C d'origine nosocomiale probable ou certaine (l'origine nosocomiale a été confirmée pour chacun) ; 4 signalements concernaient des patients suivant des cures d'hémodialyse et 4 des patients hospitalisés ou opérés dans les trois mois précédant le diagnostic d'hépatite C. Trois des 8 signalements correspondaient à des cas groupés. Au total, les 8 signalements concernaient 33 cas d'hépatite C.

Les cas correspondant aux 4 signalements en service d'hémodialyse ont été identifiés par des sérologies VHC réalisées dans le cadre du suivi biologique de routine des patients. Trois signalements correspondaient à des cas isolés de séroconversion ; pour 2 signalements, 1 patient source, porteur connu du VHC et dialysé lors de la même séance, a été identifié lors de l'investigation.

Un signalement en décembre 2001 correspondait à 9 cas groupés dans un centre d'hémodialyse ; l'investigation a identifié un total de 22 cas survenus entre le 23 mars et le 25 décembre 2001, avec trois génotypes différents (1a, 1b, 2). Cette épidémie, investiguée par le CClin Sud-Est avec la collaboration de l'InVS, est présentée dans ce numéro [1].

Pour les 4 signalements effectués en dehors de services d'hémodialyse, 2 correspondaient à des cas isolés et deux à des cas groupés d'hépatites C. L'origine nosocomiale des cas a été évoquée lors du diagnostic d'une hépatite C aiguë, devant la notion d'hospitalisation dans les trois mois précédant la survenue de l'infection et l'absence d'autres facteurs de risque classiques. L'investigation qui a suivi a permis de confirmer le caractère nosocomial des infections et de retrouver parfois la cause de la contamination.

Parmi les 2 signalements de cas isolés d'hépatite C, 1 concernait un patient diabétique hospitalisé dans un service de médecine. L'audit de pratique mené par le CClin Paris-Nord a mis en évidence une mauvaise utilisation d'un lecteur de glycémie comme source possible de contamination. Le sang était déposé sur la bandelette déjà insérée dans le lecteur, permettant un contact entre le doigt du patient et le lecteur potentiellement contaminé. L'investigation du deuxième signalement est en cours et a retrouvé plusieurs expositions nosocomiales potentielles.

Parmi les 2 signalements de cas groupés d'hépatite C, le premier concernait 3 cas chez des patients opérés lors d'une même séance de chirurgie orthopédique. L'investigation réalisée par le CClin Paris-Nord a mis en évidence un partage de produit anesthésique (sans partage de matériel injectable) comme origine des contaminations ; elle est présentée dans ce numéro [2]. Le deuxième signalement concernait trois cas d'hépatite C chez des patients opérés le même jour dans les blocs d'endoscopie et d'orthopédie d'un même établissement. Bien que l'investigation, réalisée par le CClin Paris-Nord, ait identifié l'anesthésie générale comme facteur commun à ces 3 cas, aucune anomalie spécifique n'a été retrouvée lors de l'audit des pratiques.

CONCLUSION

Lors du diagnostic d'une hépatite C récente, il est important d'évoquer la possibilité d'une origine nosocomiale. Cela permet de déclencher une investigation pour confirmer ou non cette

hypothèse, rechercher les modalités exactes de transmission et prévenir la survenue de nouveaux cas.

L'investigation des cas d'hépatite C d'origine nosocomiale probable ou certaine est facilitée par l'obligation de signalement introduite par le décret. Cette obligation améliore, d'une part, la connaissance de ce problème par les CCLin et l'InVS, en rendant plus systématique la transmission d'information par les établissements. Elle facilite, d'autre part, une intervention rapide dans les établissements, avec l'aide éventuelle de la Ddass, permettant l'investigation des cas et la mise en place de mesures de contrôle adaptées. Ce nouveau dispositif a permis 8 investigations, dont les résultats complètent l'expérience acquise auparavant [3,4].

Ces investigations ont permis de retrouver des causes connues de contamination par l'hépatite C en milieu de soins : transmission croisée lors des séances hémodialyse [1] ou transmission lors de la réalisation de glycémies capillaires [3]. Elles rappellent aussi le risque lié au partage de produits [5] ou de matériels, en particulier lors des anesthésies. Elles ont permis de modifier les pratiques à risque dans les établissements concernés, de proposer un dépistage aux autres patients exposés et d'élaborer des recommandations pour l'ensemble des professionnels de santé. Il est donc

capital que tous les cas probables ou certains de transmission nosocomiale de VHC fassent l'objet d'un signalement.

RÉFÉRENCES

- [1] Savey A., Simon F., Lepoutre A., Izopet J., Desenclos J.C., Fabry J. Investigation de 22 cas de contaminations par le virus de l'hépatite C parmi des patients insuffisants rénaux chroniques dans un centre d'hémodialyse. BEH 16-17/2003
- [2] Germain JM, Gros H, Carbonne A, Bouvet E, Astagneau P. Transmission du virus de l'hépatite C potentiellement liée au partage d'un flacon multidoses d'un analgésique central. BEH 16-17/2003
- [3] Desenclos JC, Bourdiol-Razès, M, Rolin B, Garandeau P, Ducos J, Bréchet C, Thiers V. Hepatitis C virus transmission through a spring-loaded finger-stick device for self capillary blood glucose monitoring. Infect Control Hosp Epidemiol 2001 ; 22 :701-707
- [4] Delarocque E, Thiers V, Baffoit N, De Valk H, Astagneau P, Desenclos JC. Outbreak of hepatitis C infection in a hemodialysis unit : potential transmission through the hemodialysis machine. Infect Control Hosp Epidemiol 2002 ; 23 : 328-34
- [5] Krause G, Trepka MJ, Whisenhunt RS, Katz D, Nainan O, Wiersma ST, Hopkins RS. Nosocomial transmission of hepatitis C virus associated with the use of multidose saline vials. Infect Control Hosp Epidemiol 2003 ; 24 : 122-7



PROFET

Programme de formation à l'épidémiologie de terrain



PROFET est un programme de formation de deux ans, co-piloté par l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'École nationale de la santé publique (ENSP), qui vise à former par la pratique des professionnels de santé à l'investigation, la surveillance épidémiologique et à l'évaluation des risques sanitaires.

MODALITÉS DE LA FORMATION

- stage de 2 ans en structure d'accueil + regroupements pédagogiques ponctuels
- structures d'accueil : cellules (inter)régionales d'épidémiologie d'intervention et départements de l'Institut de veille sanitaire
- stage rémunéré (contrats InVS)

À l'issue de leur formation, les stagiaires ont vocation à occuper un poste d'épidémiologiste au sein d'une cellule (inter)régionale d'épidémiologie d'intervention ou d'un département de l'Institut de veille sanitaire.

CANDIDATURES

La formation s'adresse à des diplômés de santé publique en début de parcours professionnel se destinant à exercer des fonctions prioritairement consacrées à la surveillance épidémiologique, l'investigation, l'évaluation des risques sanitaires.

Les candidats au programme doivent remplir les conditions suivantes :

- avoir un diplôme de niveau bac + 5 dans les filières médicales, para-médicales, santé publique ou santé environnementale, et des bases théoriques en épidémiologie et/ou statistiques et/ou évaluation des risques sanitaires ;
- démontrer une forte motivation pour travailler dans le domaine de l'épidémiologie d'intervention et de l'évaluation des risques sanitaires ;
- bénéficier d'une mobilité importante au cours des deux années de la formation (affectation dans la structure d'accueil, participation aux regroupements pédagogiques, missions d'investigation).

INFORMATIONS ET DOSSIERS DE CANDIDATURE :

PROFET - Programme de formation à l'épidémiologie de terrain

Institut de veille sanitaire, 12 rue du Val d'Osne, 94415 Saint-Maurice cedex

Coordination : Brigitte Helynck - tél : 01 41 79 67 84 - e-mail : b.helynck@invs.sante.fr

Secrétariat : Linda Boyeaux - tél : 01 41 79 67 80 - e-mail : l.boyeaux@invs.sante.fr

- Date limite de candidature : 10 mai 2003.
- Pré-sélection des candidats sur dossier : mai 2003.
- Comité de sélection pour les candidats pré-sélectionnés : 18 juin 2003.
- Démarrage du cursus de la 2^e promotion Profet : 7 septembre 2003.