



Sommaire

RÉSEAUX DE SURVEILLANCE

- 2 AES : résultats de la surveillance 2012
- 5 Réseau BMR: résultats de la surveillance 2012
- 8 Néocat: résultats de la surveillance 2012
- 11 Réseaux de surveillance et outils web

EN DIRECT DES ÉTABLISSEMENTS

- 12 Investigation d'une épidémie de grippe par la méthode ALARM

EHPAD, FAM ET MAS

- 15 Auto-évaluation des risques infectieux liés au soins en Fam et Mas

MISE AU POINT/BONNES PRATIQUES

- 16 Gestion pré-opératoire du risque infectieux
- 18 Mise à jour de recommandations pour le bon usage des antiseptiques
- 19 Affichage et date de recueil des indicateurs du tableau de bord

AUDIT / ÉVALUATION DES PRATIQUES

- 20 Utilisation des tabliers à usage unique : enquête régionale
- 22 Le futur outil d'audit en endoscopie du Grephh
- 24 Communication soignant/soigné sur l'hygiène des mains

SIGNALEMENT

- 26 Bilan réalisé à partir des données e-SIN
- 27 Épidémiologie des EPC dans l'inter-région Paris-Nord

LU POUR VOUS P. 28

CONGRÈS / AGENDA P. 30

De priorités... en priorités

Les priorités en matière de surveillance des infections associées aux soins (IAS) en France ont été définies il y a plusieurs années. Actuellement, cinq réseaux sont considérés comme des priorités au niveau national. Deux concernent réellement des IAS, dans des secteurs où les patients sont particulièrement exposés aux gestes invasifs et au risque iatrogène: surveillance des infections de site opératoire (ISO-Raisin) et des IAS en réanimation (REA-Raisin). Deux concernent le problème croissant, qui dépasse largement le cadre des IAS et des établissements de santé (ES), de l'antibiorésistance des bactéries: bactéries multi-résistantes (BMR-Raisin) et consommations d'antibiotiques dans les ES (ATB-Raisin). Un seul concerne la santé et la sécurité des personnels de santé: surveillance des accidents exposant au sang (AES-Raisin).

Ces réseaux, mis en place pour la plupart dans les années 90, ont permis non seulement de prendre la mesure de l'importance du problème, mais aussi de mettre en place des mesures de prévention aboutissant notamment à une baisse très sensible de l'incidence des bactériémies liées aux cathéters veineux centraux en réanimation, des ISO, et des AES (surtout, la proportion des AES liés à un non-respect des précautions standard a également baissé).

Cependant, cette surveillance est coûteuse en temps et en moyens humains, aussi bien au niveau des établissements qui recueillent et transmettent les données qu'au niveau des CCLin qui les analysent et restituent les résultats. La question se pose de savoir s'il est possible de continuer à faire baisser ces incidences, et si oui est-ce possible dans les mêmes proportions que ce qui a déjà été observé. Ceci alors même que le coût pose problème en période de restrictions budgétaires. D'un autre côté, l'interruption de ces surveillances risquerait de faire perdre ces progrès et de nous renvoyer vingt ans en arrière.

Tous ces éléments, parmi d'autres, ont conduit à envisager de redéfinir et de hiérarchiser les priorités en matière de surveillance des IAS: les priorités sont-elles les mêmes en 2014 qu'il y a presque vingt ans? D'autres priorités (liées en partie à l'évolution des pratiques de soins) ont-elles émergé entre-temps? Sans nécessairement les interrompre, il faudra peut-être considérer que certaines des cinq surveillances actuelles ne sont plus des priorités au niveau national. Comme pour les grèves, il est facile de débiter une surveillance, il est plus difficile de l'arrêter. Le danger de vouloir hiérarchiser ces priorités, dans le but de diminuer la charge de travail, est de définir de nouvelles priorités, sans supprimer celles qui existent déjà, et d'allonger ainsi la liste des priorités.

François L'Hériteau
Coordonnateur réseaux, CCLin Paris-Nord



Résultats de la surveillance des AES 2012

Cécilia Campion, François L'Hériveau - CClin Paris-Nord

Les accidents exposant au sang (AES) font courir au personnel de santé le risque de transmission d'un grand nombre de pathogènes. En particulier du VIH et des virus des hépatites B et C. Le respect des précautions standard et la mise à disposition de matériels de sécurité permettent de limiter ce risque. La surveillance des AES est un des moyens de la prévention. Cette surveillance a été mise en place dans l'inter-région depuis 1995.

Au cours de l'année 2012, un total de 4530 AES a été recensé dans 185 établissements de l'inter-région Nord ayant participé au réseau, dont 40 % sont de statut « public ».

Les personnels de soins paramédicaux ont notifié la plupart des AES (2857 soit 63,1 %). Parmi eux, les infirmières (infirmières, infirmières de bloc opératoire, infirmières anesthésistes et surveillantes de soins) étaient les principales victimes avec 2140 AES. Les médecins ont notifié 189 AES et les chirurgiens en ont notifié 104.

Les AES déclarés se répartissaient en 3485 accidents percutanés (APC: 3040 piqûres et 445 coupures) et 898 projections (700 oculaires ou sur le visage, et 179 sur peau lésée).

Les mécanismes les plus fréquents des APC étaient la manipulation d'aiguilles (47,9 %) et d'instruments souillés (22,7 %). Le mécanisme permettait de présumer que l'AES aurait pu être évité par le respect des précautions standard dans 32 % des APC (**tableau 1**).

La tâche en cours lors des APC survenus en recapuchonnant une aiguille était le plus souvent (71,4 %) une injection sous-cutanée. Le matériel en cause était le plus souvent un stylo injecteur d'insuline (14 %) ou une aiguille sous-cutanée sans précision du matériel sur lequel elle était montée (21,6 %). La tâche au cours de laquelle sont survenus les APC en désadaptant une aiguille était une injection sous-cutanée dans 67,5 % des cas. Ici, le matériel en cause était le plus souvent un stylo injecteur d'insuline (41 %). Les APC liés à des objets traînants sont survenus principalement lors de manipulation et le transport de déchet (28 %), le nettoyage (23 %) et le rangement (16 %). Parmi les 2325 APC où la présence d'un collecteur d'objets piquants tranchants (OPT) n'était pas jugée sans objet, ce collecteur était absent dans 30 % des cas.

Le personnel concerné a déclaré ne pas porter de gants dans 872 APC (26,2 %).

Mécanisme des APC

	n	%
Manipulation d'aiguille	420	12,1 %
En recapuchonnant	199	5,7 %
En désadaptant (à la main, à la pince,...)	157	4,5 %
En piquant ou retirant une aiguille d'un bouchon, bloc plastique, tubulure ou drain	64	1,8 %
Manipulation d'instruments souillés	569	16,3 %
Posé sur un plateau ou une paillasse	298	8,6 %
Traînant	298	8,6 %
Passage de la main à la main	226	6,5 %
Manipulation de lame	61	1,8 %
Section, ablation de fils, redons, tubulures	38	1,1 %
Désadaptation de lame	21	0,6 %
Remise sur bistouri	2	0,1 %
Manipulation de conteneurs OPT	45	1,3 %
Matériel saillant du conteneur trop plein	38	1,1 %
Mal fermé	5	0,1 %
Mal cliqué	2	0,1 %

Total de mécanismes d'APC évitables 1098

Tableau 1

Tâche en cours lors d'un APC (N=3 485)

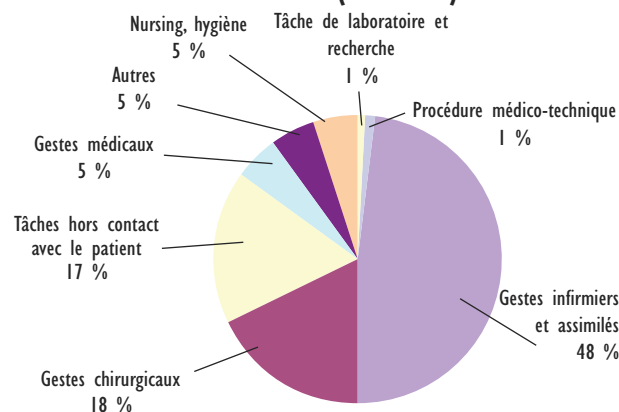


Figure 1

Suite >>>

Incidence des AES et AC pour 100 lits ou pour 100 équivalents temps plein par an

	N	AES		APC	
		Taux d'incidence	IC _{95%}	Taux d'incidence	IC _{95%}
LITS	185	7,2	[7 - 7,4]	5,5	[5,3 - 5,7]
PERSONNELS PARA-MÉDICAUX					
Infirmièr(e)s (IDE)	155	5,2	[5 - 5,5]	4	[3,8 - 4,2]
IBODE	77	14,3	[11,9 - 16,7]	11,9	[9,7 - 14,1]
IADE	66	3,8	[2,7 - 4,9]	3	[2 - 3,9]
Aide-soignant(e)s	149	1,4	[1,3 - 1,5]	1	[0,9 - 1,1]
Puéricultrices	66	1,8	[1,1 - 2,5]	1,5	[0,8 - 2,2]
Auxiliaires-puéricultrices	69	1,2	[0,8 - 1,6]	1	[0,7 - 1,4]
ASH et OP (chargés de l'entretien des locaux)	138	1,3	[1,1 - 1,5]	1,2	[1 - 1,4]
Elèves	75	1,9	[1,7 - 2,1]	1,6	[1,4 - 1,8]
PERSONNELS MÉDICAUX					
Médecins	137	1,6	[1,3 - 1,9]	1,3	[1 - 1,5]
Chirurgiens	59	5,2	[4,1 - 6,4]	4,6	[3,6 - 5,7]
Sage-femmes	48	6,5	[5,1 - 7,8]	4,8	[3,6 - 6]
Anesthésistes-réanimateurs	65	2,4	[1,3 - 3,4]	2,3	[1,3 - 3,3]
Internes	62	8,1	[7,2 - 9]	6,4	[5,7 - 7,2]
Autres médecins	44	0,4	[0 - 1]	0,4	[0 - 1]
ETUDIANT(E)S	48	4	[3,4 - 4,6]	2,8	[2,3 - 3,3]
PERSONNELS MÉDICO-TECHNIQUES	130	1,4	[1,1 - 1,7]	0,8	[0,6 - 1]

La victime de l'AES n'était pas vaccinée contre l'hépatite virale B dans 0,3 % des cas et son statut vaccinal était inconnu dans 4,3 % des cas. La tâche en cours lors de l'APC était un soin infirmier ou assimilé dans 48 % des cas (injection et prélèvement sanguin le plus souvent), un geste chirurgical dans 18 % (dont moins d'1/3 concernaient l'aide), un geste médical dans 5 % des cas.

Dans 17 % des cas, la tâche au cours de laquelle s'est produit l'APC n'impliquait pas de contact avec le patient.

L'accident était une projection oculaire ou sur le visage dans 15,4 % des cas. Dans respectivement 32 %, 20 % et 20 % d'entre eux, un geste infirmier (perfusion et prélèvement sanguin le plus souvent), un geste chirurgical (aide à une procédure), et un soin de nursing ou d'hygiène étaient à l'origine de l'AES.

Les projections sur peau lésée (4 % des AES), survenaient à l'occasion d'un geste infirmier dans 45 % des cas, d'un soin de nursing ou d'hygiène dans 21 % et d'un geste médical et chirurgical dans 7 % des cas.

Le statut sérologique du patient source était inconnu vis-à-vis du VIH dans 757 AES (17 %), vis-à-vis du virus de l'hépatite C (VHC) dans 861 (19 %) et vis-à-vis de l'antigène HBs dans 1 054 (23 %). Le patient source était infecté par le VIH dans 182 AES (5 %), séropositif pour le VHC dans 256 (6 %), et porteur de l'antigène HBs dans 80 (1,8 %).

L'incidence des AES pour 100 lits et pour 100 équivalents temps plein (ETP) a été mesurée pour chaque catégorie de personnel. Les incidences les plus élevées étaient observées chez les IBODEs (14,3/100 ETP) et les internes (8,1/100 ETP). (tableau 2)

[Suite >>>](#)

Tableau 3

Incidence des APC selon les matériels utilisés

	N ES	2009	2010	2011	2012
Cathéters veineux périphériques	42	4,3 [3,4 - 5,3]	4,8 [3,8 - 5,8]	4,7 [3,7 - 5,7]	4,5 [3,6 - 5,4]
Seringues à sang du gaz	32	7,6 [5,2 - 9,9]	8,2 [5 - 11,3]	10,1 [6,7 - 13,5]	9,2 [6,1 - 12,4]
Chambres implantables	33	44,0 [28,5 - 59,5]	20,5 [10,5 - 30,6]	28,4 [16,3 - 40,6]	28,5 [16,6 - 40,4]
Stylos à insuline	36	22,2 [18,2 - 26,3]	17,6 [14,4 - 20,8]	14,0 [11,3 - 16,8]	9,0 [6,8 - 11,3]
Seringues à héparine	34	1,4 [0,9 - 1,9]	1,7 [1 - 2,4]	2,6 [1,7 - 3,4]	2,3 [1,5 - 3]
Aiguilles à ailettes	34	4,4 [3,2 - 5,6]	5,6 [4,2 - 6,9]	3,6 [2,6 - 4,5]	1,9 [1,2 - 2,6]

L'incidence des APC pour 100 000 matériels était particulièrement élevée pour les aiguilles à chambre implantée (21/100 000), et les stylos à insuline (9,4/100 000). Parmi les ES ayant fourni des renseignements (nombre d'APC et nombre de matériels commandés) de 2009 à 2012, l'incidence des APC a diminué de façon significative pour les stylos injecteurs d'insuline et pour les aiguilles à ailettes. (tableau 3 page suivante)

Conclusion

Comme les années précédentes, il persiste une part importante d'accidents évitables. Le risque reste plus important notamment chez les IBODEs, les internes, les chirurgiens, les sages-femmes, et avec certains matériels (stylos à insuline et chambres implantées). ■

Le rapport AES 2012 est disponible sur le site du Cclin Paris-Nord.

Nous tenons à remercier tous les établissements ayant participé au réseau AES en 2012.

Réseau BMR – Résultats de la surveillance 2012

CClin Paris-Nord hors AP-HP



Isabelle Arnaud - Cclin Paris-Nord

Depuis 1996, le Cclin Paris-Nord coordonne un réseau annuel de surveillance des bactéries multi-résistantes aux antibiotiques (BMR) sur trois mois (avril, mai et juin) à partir des laboratoires de microbiologie. Depuis 2002, cette enquête s'intègre dans le cadre du réseau national BMR-Raisin coordonné par le Cclin Paris Nord.

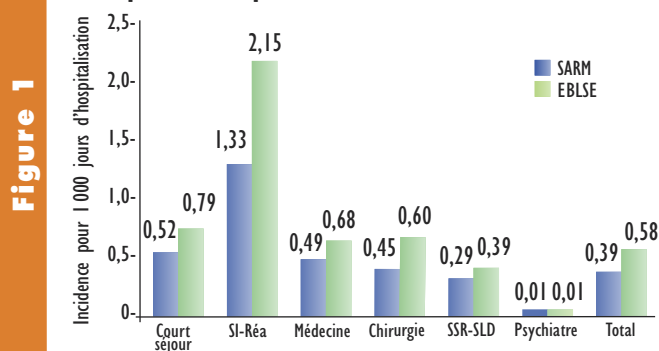
L'objectif est de promouvoir une méthodologie commune de surveillance des BMR dans les établissements de santé (ES) qui participent à BMR-Raisin, de fédérer les ES autour de la thématique BMR pour soutenir la dynamique d'action contre leur diffusion et de contribuer à l'évaluation de l'impact du programme national de prévention de la diffusion des BMR.

Les BMR surveillées sont les *Staphylococcus aureus* résistants à la méthicilline (SARM) et les entérobactéries productrices de bêta-lactamase à spectre étendu (EBLSE). Ne sont incluses après dédoublement que les souches isolées de prélèvements à visée diagnostique. Les indicateurs utilisés sont la proportion des souches résistantes au sein de l'espèce pour *S. aureus* et l'incidence des SARM et des EBLSE pour 100 admissions et pour 1000 journées d'hospitalisation (JH).

En 2012, 215 établissements de l'inter-région Paris Nord ont participé à cette surveillance (ils étaient 35 en 1996). La surveillance BMR 2012 a porté sur 488 053 admissions et 4 511 244 journées d'hospitalisation, soit 2 568 878 en court séjour (dont 167 110 en soins intensifs (SI)-réanimation, 1 275 719 en médecine, 695 090 en chirurgie), 1 382 420 journées d'hospitalisation en soins de suite et de réadaptation (SSR) et en soins de longue durée (SLD) et 559 946 journées en psychiatrie. Au cours de la surveillance, 7 932 *Staphylococcus aureus* ont été isolés (22,1 % de SARM) et 2 605 EBLSE dont les principales espèces étaient *Escherichia coli* (60,4 %), *Klebsiella pneumoniae* (20,3 %), *Enterobacter cloacae* (11,2 %) et *Enterobacter aerogenes* (2,1 %). La figure 1 montre l'incidence globale des SARM et des EBLSE par service (1 cas = 1 malade avec au moins un prélèvement à visée diagnostique) pour 1000 JH.

Les informations sur le lieu d'acquisition des BMR ont montré que 41,2 % des souches de SARM et 39,5 % des EBLSE étaient acquises dans le service d'hospitalisation du malade.

Incidence des SARM et des EBLSE pour 1 000 journées d'hospitalisation par service en 2012



L'étude des résistances associées montre que :

- Les SARM sont majoritairement sensibles à la gentamicine (92,8 %), au cotrimoxazole (97,7 %), à la pristinaamycine (88,6 %), à la rifampicine (93,9 %), à l'acide fusidique (83,9 %), à la fosfomycine (93,2 %), au chloramphénicol (96,2 %), à la vancomycine (100 %) et à la teicoplanine (99,5 %). Ils restent globalement très résistants aux fluoroquinolones (10,9 % de sensibilité). La sensibilité à la tobramycine est de 65,4 % et à l'érythromycine de 60,4 %.
- Les entérobactéries productrices de BLSE sont sensibles à la gentamicine pour 55,8 % des souches, à l'amikacine pour 80 % et à la tobramycine pour 46,7 %. 99,6 % des souches sont sensibles à l'imipénème 95,2 % des souches à l'ertapénème, 21,2 % des souches aux quinolones classiques, et 28,7 % à la ciprofloxacine.

[Suite >>>](#)

Évolution du groupe de laboratoires ayant participé chaque année de 2008 à 2012 (85 laboratoires)

On observe pour les 85 laboratoires qui ont participé aux cinq dernières années de surveillance entre 2008 à 2012 (**figure 2**), une diminution de l'incidence globale des cas SARM depuis 2008 (0,56 à 0,44 / 1000 JH). L'incidence globale de SARM national montre la même tendance tout en étant légèrement inférieure aux chiffres de Paris Nord.

Cette évolution est observée en court séjour, 0,77 à 0,57 / 1000 JH, et en SSR-SLD (0,34 à 0,28 / 1000 JH), ainsi qu'en réanimation (1,64 à 1,34 / 1000 JH) entre 2008 et 2012 (**tableau 1**).

Pendant la même période l'incidence des EBLSE a augmenté de 0,34 à 0,62 / 1000 JH. Ces tendances sont retrouvées quelque soient les services concernés : court séjour (0,46 à 0,81 / 1000 JH), réanimation (1,23 à 1,96 / 1000 JH) et SSR-SLD (0,34 à 0,28 / 1000 JH).

On note la part importante des *Escherichia coli* au sein des EBLSE dont la proportion est de 61,9% en 2012.

L'incidence des *E. coli* augmente de 0,21 à 0,39 / 1000 JH entre 2008 et 2012 (**figure 3**). L'incidence des *E. cloacae* montre aussi une tendance à l'augmentation (0,04 à 0,07 / 1000 JH), de même que celle des *K. pneumoniae* (0,04 à 0,13 / 1000 JH). Au contraire, l'incidence des *E. aerogenes* diminue de 2008 à 2012 (0,04 à 0,02 / 1000 JH).

Évolution de de l'incidence des SARM et des EBLSE de 2008 à 2012 pour la cohorte des 85 établissements ayant participé chaque année à l'enquête BMR entre 2008 et 2012*

	2008	2009	2010	2011	2012	p**
Incidence pour 1 000 jours d'hospitalisation						
SARM						
Tous Services	0,56	0,53	0,50	0,49	0,44	<10 ⁻²
Court Séjour	0,77	0,69	0,66	0,65	0,57	
dont SI-réa	1,64	1,53	1,27	1,23	1,34	
dont médecine	0,34	0,35	0,27	0,28	0,23	
dont chirurgie	0,64	0,61	0,53	0,60	0,50	
SSR-SLD	0,34	0,36	0,34	0,30	0,28	
EBLSE						
Tous Services	0,34	0,42	0,49	0,58	0,62	<10 ⁻³
Court Séjour	0,46	0,56	0,66	0,79	0,81	
dont SI-réa	1,23	1,52	1,64	2,14	1,96	
dont médecine	0,41	0,49	0,54	0,65	0,69	
dont chirurgie	0,77	0,86	1,05	1,40	1,52	
SSR-SLD	0,23	0,26	0,28	0,31	0,39	
Incidence pour 100 admissions en court séjour						
SARM	0,44	0,38	0,36	0,35	0,31	
EBLSE	0,26	0,31	0,36	0,43	0,44	

* souches isolées de prélèvement à visée diagnostique et après dédoublement

** test de Régression de Poisson

Tableau 1

Figure 2

Évolution de l'incidence / 1000 JH des SARM et des EBLSE entre 2008 et 2012 (cohorte de 85 ES Paris-Nord et de 535 ES national)

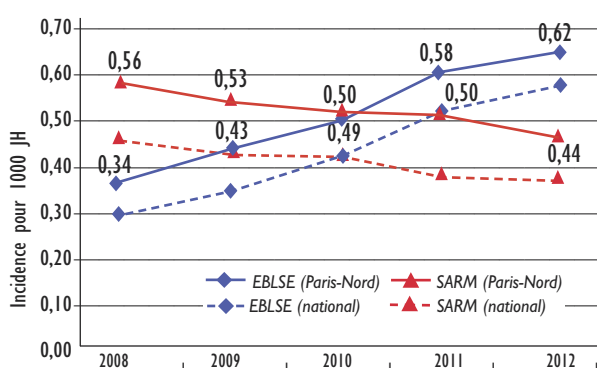
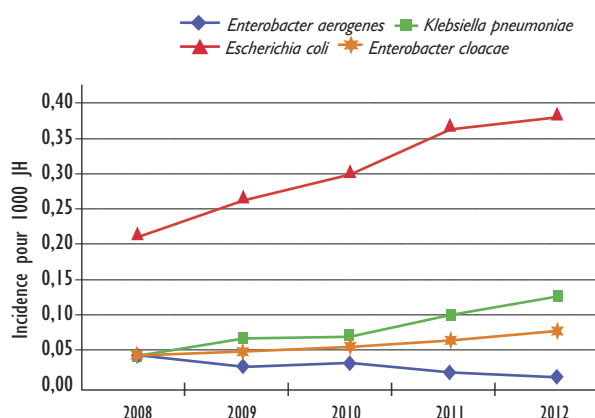


Figure 3

Évolution de l'incidence / 1000 JH de *E. aerogenes*, *K. pneumoniae*, *E. coli* et *E. cloacae*



Conclusion

Au sein des 85 laboratoires qui participent à la surveillance depuis 2008, l'incidence des SARM (prélèvements à visée diagnostique) a diminué significativement ($p < 10^{-2}$) dans tous les services. Ce résultat reflète très probablement l'impact des mesures de prévention. Parallèlement, l'incidence des entérobactéries productrices de BLSE continue d'augmenter. En particulier les *E. coli* qui constituent plus de la moitié de ces souches, soit une incidence d'*E. coli* de 0,39/1000 JH.

Devant cette augmentation alarmante, des recommandations pour la maîtrise de la diffusion des *E. coli* BLSE ont été rédigées par un groupe d'expert : « Recommandations relatives aux mesures à mettre en oeuvre pour prévenir l'émergence des entérobactéries BLSE et lutter contre leur dissémination. » (HCSP, février 2010, 71 pages).

De plus, l'émergence des EBLSE préfigure l'émergence déjà constatée des souches d'entérobactéries productrices de carbapénémase¹. Ce phénomène d'émergences successives est favorisé par la pression de sélection des antibiotiques à spectre de plus en plus étendu, qui à terme pourrait aboutir à l'impasse thérapeutique. Des recommanda-

tions pour la prévention de la transmission croisée de ces bactéries émergentes ont été éditées par le Haut Conseil de la Santé Publique en 2013². ■

Nous tenons à remercier tous les établissements ayant participé au réseau BMR 2012.

Bibliographie

1. Vaux S et al, Euro Surveill 2011, <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19880>
2. HCSP. Prévention de la transmission croisée des « Bactéries Hautement Résistantes aux antibiotiques émergentes » (BHRé). 2013, 79 pages.

Coordination : V. Jarlier

Rapport complet de la surveillance disponible sur le site internet du CClin : www.cclinparisnord.org

Calendrier 2014 des réseaux de surveillance

	Période d'enquête	Inscription	Retour limite des données	Coordonnateurs
AES (rétrospectif) données 2013	du 1 ^{er} janvier au 31 décembre 2013	terminée	31 mars 2014	François L'Héritau Cécilia Campion
AES données 2014	du 1 ^{er} janvier au 31 décembre 2014	toute l'année 2014	31 mars 2015	François L'Héritau Cécilia Campion
ATB (rétrospectif) données 2013	du 1 ^{er} janvier au 31 décembre 2013	jusqu'au 31 mars 2014	31 mars 2014	François L'Héritau Ludivine Lacavé
BMR	du 1 ^{er} avril au 30 juin 2014	février à septembre 2014	15 septembre 2014	Isabelle Arnaud
INCISO	du 1 ^{er} janvier au 30 juin 2014	janvier à mai 2014	15 octobre 2014	François L'Héritau Cécilia Campion
NEOCAT (rétrospectif) données 2014	du 1 ^{er} janvier au 31 décembre 2014	toute l'année 2014	31 janvier 2015	François L'Héritau Ludivine Lacavé
REA	- du 1^{er} janvier au 30 juin 2014 - du 1^{er} janvier au 31 décembre 2014 (facultatif)	janvier à avril 2014	30 septembre 2014 31 mars 2015 (facultatif)	François L'Héritau Cécilia Campion

AES → Accidents exposant au sang

ATB → Consommation d'antibiotiques

BMR → Bactéries multi-résistantes aux antibiotiques

INCISO → Infections du site opératoire

NEOCAT → Bactériémies sur cathéters veineux centraux dans les services de néonatalogie

REA → Infections liées aux cathéters veineux centraux dans les services de réanimation adulte



Surveillance des cathéters veineux centraux en néonatalogie : Néocat Résultats 2012

Ludvine Lacavé, François L'Hériveau - CClin Paris-Nord

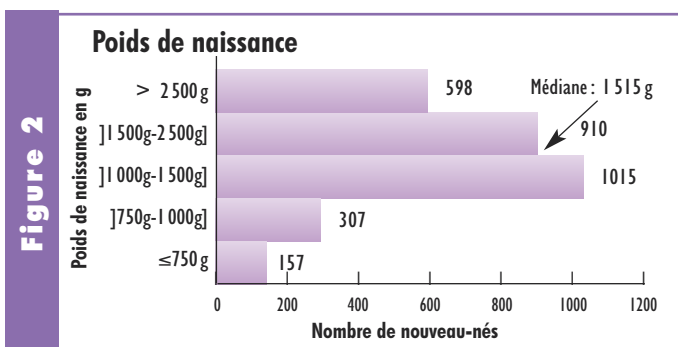
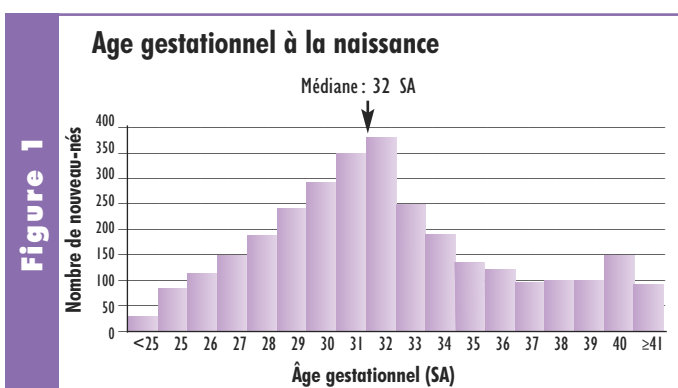
Depuis 2007, le réseau Néocat propose une surveillance des bactériémies liées aux cathéters veineux centraux (CVC) en néonatalogie, compte tenu des morbidité et mortalité non négligeables dont elles sont responsables. Les résultats de la surveillance 2012 sont présentés ici.

Cette surveillance est ouverte aux services volontaires de néonatalogie de toute la France depuis 2010. Il s'agit d'une surveillance continue, à l'année, des nouveau-nés (NN) porteurs d'un CVC. Les cathéters veineux ombilicaux (CVO) et les autres CVC sont étudiés séparément.

Résultats

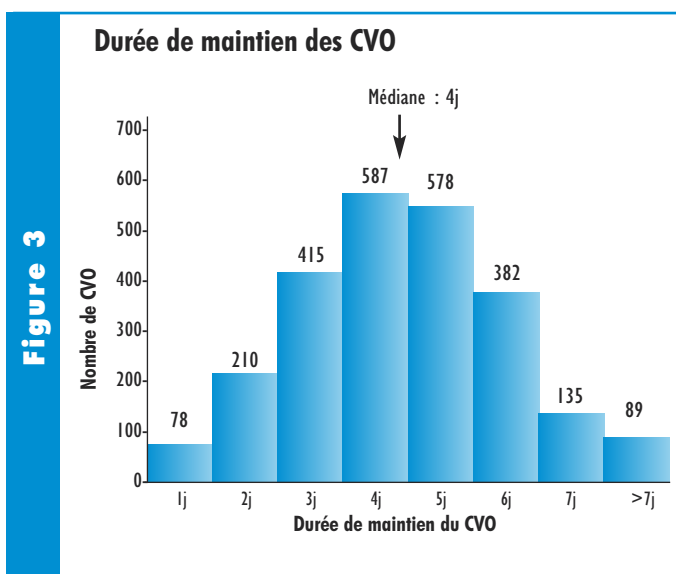
En 2012, 26 établissements de santé (ES) ont retourné leurs données de surveillance, incluant 2987 NN, porteurs de 2474 CVO et de 2226 autres CVC.

Description des nouveau-nés



Description des CVO

Le CVO était utilisé pour une nutrition lipidique dans 52,6 % des cas. Le CVO était contemporain d'une ventilation assistée invasive dans 52 % des cas et d'une ventilation non invasive dans 33,9 % des cas.



Soixante-six BLC ont été identifiées sur les CVO, soit une incidence de 2,7 p 100 CVO (IC_{95%} [2,0 – 3,3]) et une densité d'incidence (DI) de 5,9 p 1000 jr-CVO (IC_{95%} [4,5 – 7,4]).

Le délai médian d'apparition d'une BLC sur les CVO était de 5 jours, avec un intervalle interquartile (IIQ) de [4j – 6j].

L'incidence des BLC était variable selon le poids de naissance (cf. tableau 1).

[Suite >>>](#)

Tableau 1

Incidence et densité d'incidence des BLC sur CVO stratifiées selon le poids de naissance

Poids de naissance	N CVO	Incidence des BLC (pour 100 cathéters)	IC _{95%}	DI des BLC (%o jr-kt)	IC _{95%}
≤ 750g	150	7,3	[3,0 - 11,7]	16,3	[6,7 - 26,0]
]750g - 1000g]	263	6,5	[3,4 - 9,5]	14,7	[7,7 - 21,6]
]1000g - 1500g]	850	2,0	[1,0 - 3,0]	4,5	[2,3 - 6,6]
]1500g - 2500g]	746	1,3	[0,5 - 2,2]	2,8	[1,1 - 4,5]
> 2500g	465	2,4	[1,0 - 3,8]	5,8	[2,4 - 9,2]

Description des autres CVC

Le site d'insertion habituel des autres CVC était le membre supérieur (86,1 %).

Une nutrition parentérale lipidique est passée par le cathéter dans 90,4 % des CVC. Les NN ont reçu une ventilation assistée invasive dans 33,7 % des cas, et une ventilation assistée non invasive dans 42,4 % des cas, pendant le maintien du CVC.

La durée de maintien des CVC variait de 1 à 96 jours.

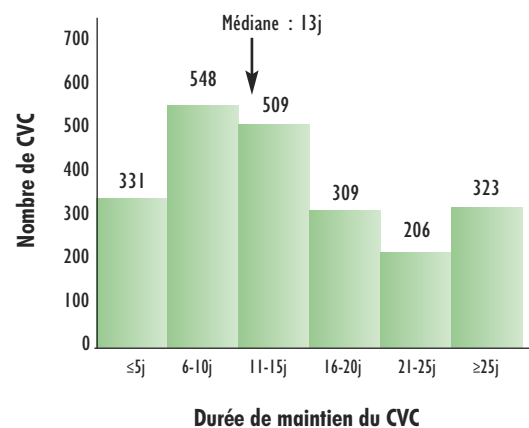
Tableau 2

Site d'insertion des CVC

Site d'insertion du cathéter	N	%
Membre supérieur	1806	81,1
Membre inférieur non fémoral	149	6,7
Jugulaire	130	5,8
Céphalique	68	3,1
KT central par voie ombilicale	37	1,7
Fémoral	19	0,9
Sous-clavier	17	0,8
Total	2226	100,0

Figure 4

Durée de maintien des CVC



Sur ces 2226 CVC, 333 BLC ont été identifiées, soit un taux d'incidence de 15,0 p 100 CVC (IC_{95%} [13,4 – 16,6]) et une densité d'incidence de 11,1 p 1000 jr-CVC (IC_{95%} [9,9 – 12,3]).

Le délai médian d'apparition d'une BLC sur ces CVC était de 9j (IIQ [6j – 15j]).

L'incidence des BLC était variable selon le poids de naissance (tableau 3 page suivante).

[Suite >>>](#)

Tableau 3

Incidence et densité d'incidence des BLC sur CVC stratifiées selon le poids de naissance

Poids de naissance	N CVC	Incidence des BLC (pour 100 cathéters)	IC _{95%}	DI des BLC (%o jr-CVC)	IC _{95%}
≤ 750 g	187	32,6	[24,4 - 40,8]	18,3	[13,7 - 22,9]
]750g - 1000g]	370	27,0	[21,7 - 32,3]	16,7	[13,4 - 20,0]
]1000g - 1500g]	969	12,4	[10,2 - 14,6]	9,6	[7,9 - 11,4]
]1500g - 2500g]	471	7,0	[4,6 - 9,4]	5,9	[3,9 - 7,9]
> 2500g	229	8,3	[4,6 - 12,0]	7,6	[4,2 - 11,0]

Tableau 4

Micro-organismes isolés des hémocultures

Micro-organismes isolés	NN porteurs de CVO	NN porteurs de CVC
Cocci Gram +		
Staphylocoques à coagulase négative	48	298
<i>Staphylococcus aureus</i>	12	17
Entérocoques	0	2
Autres Cocci Gram +	0	0
Cocci Gram -	0	0
Bacilles Gram +	2	3
Bacilles Gram -		
Entérobactéries	11	31
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	0	2
Autre <i>Pseudomonas</i> et apparentés	1	3
Autres bacilles Gram - non entérobactéries	1	0
Champignons	0	5
TOTAL	71	361

NB : La somme des micro-organismes isolés est différente du nombre de cultures puisque chaque culture peut isoler plusieurs micro-organismes.

Les micro-organismes le plus communément isolés des hémocultures étaient des staphylocoques à coagulase négative (SCN) : 68,3 % des 57 BLC sur CVO et 80,8 % des 353 BLC sur CVC. *S. aureus* ou les entérobactéries étaient plus rarement isolés.

Parmi 47 souches de *S. aureus* testées, 4 étaient des SARM (8,5 %) ; parmi 31 entérobactéries testées, 3 étaient productrices de BLSE (9,7 %).

Les micro-organismes le plus communément isolés des hémocultures étaient des staphylocoques à coagulase négative (SCN) : 64,8 % des 66 BLC sur CVO et 82,5 % des 333 BLC sur CVC. *S. aureus* ou les entérobactéries étaient plus rarement isolées.

Parmi toutes les souches testées (67 sur CVO et 280 sur CVC), 4 SARM sur 29 *S. aureus* ont été identifiés (13,8 %) ; et 2 entérobactéries (1 *E. coli* et 1 *K. pneumoniae*) sur 34 étaient productrices de BLSE (5,9 %). ■

Conclusion

La surveillance Néocat permet de fournir des données françaises sur l'incidence des BLC en néonatalogie. Elle permet également de décrire l'épidémiologie microbienne de ces bactériémies.

Cette surveillance en réseau fournit un référentiel permettant aux services participants de comparer leurs propres chiffres.

Le Cclin Paris-Nord remercie tous les établissements ayant participé au réseau Néocat 2012.

Réseaux de surveillance et outils web

Depuis 2013, quatre des cinq réseaux de surveillance Raisin pilotés par les CClin sont disponibles pour une saisie en ligne des données par les établissements : Accident d'exposition au sang (AES), Bactéries multirésistantes aux antibiotiques (BMR), Incidence des infections du site opératoire (ISO) et Réanimation adulte (REA).

La charte graphique utilisée est cohérente entre toutes les applications. Ces dernières permettent la saisie et la modification en ligne des données de l'établissement participant à l'enquête choisie.

Un rapport en ligne est éditable à la fin de la saisie. Un même référent peut être inscrit sur plusieurs établissements.

L'inscription administrative doit avoir lieu pour chaque enquête au niveau des CClin. Par la suite, un identifiant et un mot de passe sont envoyés afin de se connecter pour l'année en cours. Les données des années antérieures sont toujours disponibles pour le référent de l'établissement.

Un manuel utilisateur de l'application est disponible, et en cas de problème technique, une hotline au niveau des CClin est disponible. ■

Investigation par la méthode ALARM d'une épidémie de grippe dans un service de long séjour gériatrique USLD et mise en place de mesures de traitement du risque : une collaboration pluridisciplinaire efficace !

Sandrine Mias, Karine Kadri, Christine Lebaron, Hélène Marini, Samantha Bertrand,
Solange Lemaître, Véronique Merle - CHU de Rouen

La grippe est une maladie infectieuse grave chez les personnes âgées, qui représentent 5 à 11 % des cas, mais environ 90 % des décès annuels liés à la grippe en France, notamment en raison des complications respiratoires. La maîtrise des épidémies de grippe repose sur une bonne connaissance et une bonne application des mesures de prévention de sa transmission et, notamment, sur la vaccination antigrippale. En 2005, le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) a communiqué des recommandations nationales (réactualisées en 2012) sur la gestion et le signalement de cas groupés d'infections respiratoires aiguës (IRA) dans les collectivités de personnes âgées. Ces recommandations visent à réduire la morbi-mortalité grâce à l'identification précoce des cas, la mise en place réactive des mesures de contrôle et le soutien aux établissements.

Le CHU de Rouen est un établissement de 2 455 lits. Parmi ces lits, on compte trois structures Unités de Soins Longue Durée (USLD) et deux Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (Ehpad), réparties sur trois sites géographiques.

L'Ehpad-USLD « Boucicaut », où a eu lieu l'épidémie de grippe, regroupe deux pavillons, ayant chacun un médecin référent : un pavillon comprend deux USLD de 35 lits chacune sur deux niveaux, l'autre un Ehpad de 65 lits. Les résidents des USLD présentent des polypathologies chroniques, invalidantes et instables et sont dépendants pour les activités de la vie quotidienne. Sur la période concernée, tous les résidents étaient vaccinés contre la grippe.

L'évènement décrit ici débute pendant la deuxième semaine des vacances scolaires de février 2013. L'IDE hygiéniste de l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) est alertée le 1^{er} mars par un cadre de santé sur la suspicion d'une vingtaine de cas de "grippe" chez des résidents des USLD. Au terme de l'investigation, on comptera au total 33 cas, 4 parmi les soignants et 29 parmi les résidents, avec six décès liés directement à la grippe chez ces derniers. Le nombre important de cas et de décès, malgré la vaccination des résidents, nous a conduit à

mené une analyse systémique de cet épisode suivant la méthode ALARM.

Cette investigation a comporté plusieurs étapes :

- la reconstitution chronologique des faits et du contexte de l'épidémie au moyen d'entretiens auprès des médecins, du cadre de santé et des soignants présents pendant l'épidémie, de l'étude des dossiers patients, de l'étude des investigations menées par l'EOH.
- l'identification des écarts de soins selon les référentiels : « Guide des conduites à tenir devant une ou plusieurs IRA dans les collectivités de personnes âgées » du HCSP 2012, protocole institutionnel « Mesures de prévention de la transmission de la grippe ».
- la détermination et la classification suivant les catégories définies par la méthode ALARM des facteurs contributifs des écarts de soins identifiés.
- l'identification et la planification des mesures correctives en partenariat avec le médecin de l'USLD, l'EOH et la Médecine du Travail.

Les résultats de l'investigation (chronologie des faits, écarts de soins, facteurs contributifs) sont présentés dans le [tableau 1](#).

[Suite >>>](#)

Facteurs contributifs et causes immédiates de l'épidémie de grippe

Type de facteurs		Facteurs contributifs retrouvés	Causes immédiates favorisées par les facteurs contributifs
Facteurs liés aux patients	Antécédents État de santé (complexité et gravité)	Résidents vaccinés contre la grippe Personnes âgées fragiles (moyenne d'âge 84 ans) répondant moins à la vaccination anti-grippale et exposées à une plus grande morbi-mortalité en cas de grippe Symptomatologie peu évocatrice de grippe au début de l'épidémie (nombreux résidents avec fausses routes et infections respiratoires chroniques sur les USLD)	Retard du diagnostic de grippe
	Personnalité, facteurs sociaux et familiaux	Résidents se déplaçant seuls dans la structure, participant à la vie collective (regroupements dans le hall de l'unité du rez-de-chaussée) Lieu de vie des résidents, activités collectives en milieu "confiné" Comportement rendant difficile le respect des mesures de prévention, ex : "confinement en chambre" (importance de la vie sociale) Fréquence des visites des familles qui ne respectent pas systématiquement les consignes médicales de report de visite (familles grippées)	Non respect des précautions standard (PS) : absence de port de masque par les résidents qui toussent Non report de visite, absence de port de masque par le cas index (probable visiteur)
Facteurs liés aux tâches à effectuer	Protocoles (indisponibles, non adaptés ou non utilisés)	Absence de procédure formalisée de prise en charge médicale et paramédicale de cas groupés de grippe dans le service Connaissance partielle du protocole institutionnel de prévention de la transmission de la grippe par les soignants Equipes utilisant peu l'outil informatique de diffusion des procédures institutionnelles	Retard dans la mise en place des mesures de prévention de la transmission de la grippe par les équipes Port non systématique par les soignants du matériel de protection individuel nécessaire et recommandé lors des situations pouvant générer des aérosols de particules potentiellement contaminantes
	Qualification, compétences	Médecin présent pendant l'épidémie plus spécialisé dans la prise en charge des patients d'Ehpad que d'USLD Moindre expérience de l'institution pour le médecin présent durant l'épidémie (depuis moins d'un an sur le site) Pas d'expérience antérieure de la prise en charge médicale de cas groupés de grippe chez les résidents Connaissances insuffisantes des soignants sur la grippe, sa gravité en particulier chez les sujets âgés, les mécanismes de transmission et les mesures de prévention Refus ou oubli de la vaccination anti-grippale de certains professionnels de santé.	Retard dans la prescription médicale des PCG devant une toux fébrile Retard dans le repérage de la situation épidémique Retard du diagnostic individuel de grippe chez les résidents : diagnostic non évoqué en raison de la couverture vaccinale des résidents de 100 %, bien qu'on soit en période d'épidémie communautaire
Facteurs liés à l'individu	Communication entre professionnels	Absence de signalement en temps réel des épisodes grippaux au magasin central (surtout observé pour d'autres secteurs d'USLD)	Retard dans la prescription d'examen à visée diagnostique
	Communication vers le patient et son entourage	Difficulté de communication sur la grippe et les mesures de prévention auprès de certaines familles	Chimioprophylaxie non débutée selon les recommandations
	Informations écrites (dossier patient,...)	Pas de facteur retrouvé	Retard à la mise en place des mesures de contrôle de la grippe par les équipes
	Transmissions et alertes		Difficulté de gestion des stocks
	Répartition des tâches		Non report de visite et observance non optimale du port du masque par les familles
	Encadrement, supervision		
	Demandes de soutien ou comportements face aux incidents		

Facteurs contributifs et causes immédiates de l'épidémie de grippe (suite)

Type de facteurs		Facteurs contributifs retrouvés	Causes immédiates favorisées par les facteurs contributifs
Facteurs liés à l'environnement et aux conditions de travail	Équipement ou fourniture indisponibles, inadaptés	Commandes de matériel insuffisamment anticipées durant l'épidémie Réserve tampon de matériel du service insuffisante pour faire face aux épidémies saisonnières d'infections respiratoires Masques inadaptés pour les visiteurs (en particulier âgés) Déploiement tardif sur le pavillon des masques pour les visiteurs	Masques chirurgicaux insuffisamment disponibles sur les unités Observance non optimale du port du masque par les familles
	Retards, délais	Retard dans le signalement interne à l'UPIN (21 résidents grippés)	
	Effectifs inadaptés	Cadres des USLD absents (1 seul cadre pour 3 unités) Période de vacances scolaires: 1 seul médecin présent, aides-soignantes en sous effectif le 27/02 sur le quart d'après-midi, cadre absent les premiers jours de la première semaine d'épidémie. Mutualisation du personnel entre les 2 unités	Intervention tardive de l'EOH suite au repérage tardif de la situation épidémique par les unités
Facteurs liés à l'organisation et au management	Politique de formation continue	Soignants insuffisamment sensibilisés à la grippe avant la période hivernale et non formés à la gestion d'une épidémie de grippe Absence de formation des familles sur la grippe	Retard au repérage de la situation épidémique
	Politique d'achat	Réserve insuffisante de masques chirurgicaux au magasin central non informé des épisodes grippaux	Non respect des mesures de prévention par les familles. Absence de port de masque par le cas index Masques chirurgicaux insuffisamment disponibles dans les unités
	Management de la qualité, sécurité, hygiène et environnement	Dernière formation sur les précautions standard et précautions complémentaires en 2009 sur le site de Boucicaut Grippe non identifiée par les personnels comme une maladie grave potentiellement létale	Retard à la mise en place des PCG pour les résidents présentant une toux fébrile
Facteurs liés au contexte institutionnel	Politique de santé publique	Pas de facteur contributif identifié: absence de restrictions budgétaires particulières, appartenance et implication dans un réseau d'hygiène.	
	Systèmes de signalement	CREX existant depuis plusieurs années, culture de signalement des évènements indésirables	
		Absence de diffusion (tableaux de bord) aux acteurs (cadre, chef de service) et instances concernées (CLIN) des taux de vaccination du personnel service par service	Absence de sensibilisation spécifique pour cette équipe par la Médecine du Travail à l'importance de la vaccination

Au vu de ces résultats, un plan d'actions d'amélioration a été déterminé en lien étroit entre l'EOH, l'équipe médicale de l'USLD et la Médecine du Travail. Ce plan incluait la mise en place :

- d'une formation annuelle "Grippe" (retour d'information sur l'épidémie, données générales sur la grippe, mesures de prévention, vaccination, outils documentaires à disposition) sur site pour les professionnels de l'USLD. Cette formation a été réalisée avant l'hiver 2013-2014 et étendue à tous les sites d'Ehpad-USLD du CHU (huit sessions au total, à destination des équipes de jour et de nuit d'Ehpad et d'USLD, ont permis de former 155 professionnels). Cette formation a été précédée d'une évaluation des connaissances par auto-questionnaire qui sera renouvelée en avril 2014 afin de mesurer l'amélioration des connaissances suite à la formation
- de séances de vaccination organisées sur site par la Médecine du Travail, au décours immédiat des séances de formation ci-dessus (49 professionnels ont accepté de se faire vacciner).
- d'une information annuelle « Grippe » lors de la « réunion des familles », puis pour les intervenants extérieurs (bénévoles) sur l'in-

térêt de la vaccination des résidents, des familles, des intervenants extérieurs, les modes de transmission de la grippe, les mesures d'hygiène et de prévention.

- la création, par le groupe de travail « Gestion du risque infectieux en Ehpad », en collaboration avec l'EOH, d'un dossier informatisé « Grippe » regroupant des textes réglementaires, les protocoles institutionnels, une procédure de commande de matériel (masques, etc.), des affiches d'information destinées aux familles, un tableau d'enregistrement des cas, une procédure d'alerte de l'EOH, une liste des données à collecter pour la déclaration à l'ARS.
- d'un travail de fond, par le groupe « Gestion du risque infectieux en Ehpad » et la Médecine du Travail, pour renforcer la promotion de la vaccination auprès des personnels de santé et organiser un suivi efficace des taux de vaccination.

Au total, la gestion de cet épisode a permis de renforcer la collaboration entre EOH, équipe médico-soignante d'Ehpad-USLD et Médecine du Travail, et de mobiliser les professionnels autour de la prévention de la grippe. ■

Étude de l'évaluation de l'organisation et des moyens mis en œuvre pour la prévention des infections associées aux soins dans les Fam* et les Mas**

Danièle Landriu, pour le groupe de travail national

Dans le cadre du plan stratégique national de prévention des infections 2009-2013 et du programme national 2011-2013 des établissements médico-sociaux (EMS), la circulaire interministérielle n° DGCS/DGS/2012/118 du 15 mars 2012 incite les EMS à réaliser leur auto-évaluation sur la maîtrise du risque infectieux.

Dans cette circulaire il est noté que les EMS peuvent utiliser l'outil du Grephh pour réaliser cette auto-évaluation. En effet en 2011, le Grephh a mis à disposition des Ehpad un manuel d'auto-évaluation leur permettant de mettre en dégager leurs points forts et leurs points faibles (sur plusieurs thèmes relatifs à la maîtrise du risque infectieux) afin prioriser des axes d'amélioration, et d'élaborer un plan d'actions et de communication.

L'outil du Grephh a été remanié par des représentants du réseau CClin/Arlin, et des Fam-Mas en 2012-2013 pour l'adapter à ces structures différentes des Ehpad qui accueillent des usagers plus ou moins lourdement handicapés mentaux ou moteur.

Méthodologie

La population des Fam-Mas est donc très hétérogène et, à ce jour, il n'y a pas de données épidémiologiques spécifiques caractérisant le risque infectieux.

Pour cette raison, une étude nationale coordonnée par les cinq CClin a été proposée pour améliorer la connaissance de ce risque sur un échantillon représentatif des Fam et Mas de France (soit un échantillon de 30 Fam et 30 Mas).

Dans l'interrégion Paris-Nord, 16 Mas-Fam ont été tirés au sort (8 en Ile-de-France; 3 en Nord-Pas de Calais; 3 en Haute-Normandie; 2 en Picardie).

Les établissements retenus seront accompagnés dans la réalisation de leur auto-évaluation par le réseau CClin-Arlin.

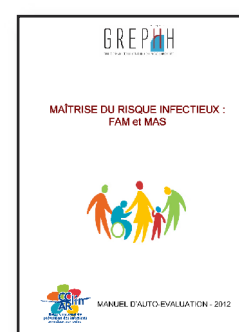
L'étude a lieu un jour donné entre janvier et avril 2014. Au 3^e trimestre 2013, les CClin-Arlin ont contacté par téléphone le responsable de l'établissement tiré au sort et expliqué le principe de l'étude, un courrier d'accompagnement leur a ensuite été adressé pour confirmer leur inclusion dans l'étude.

Le jour de collecte des données est donc choisi en accord avec les personnes concernées. Une demi-journée environ est nécessaire pour traiter les 7 chapitres du manuel avec au préalable la préparation minutieuse de l'auto-évaluation dans l'établissement. Le manuel

d'auto-évaluation sera rempli par la personne chargée de l'étude dans l'établissement et le représentant CClin/Arlin.

Les données seront saisies dans un programme informatique puis seront ensuite envoyées au coordinateur national de l'étude (Dr Claude Bernet, CClin Sud-Est).

Au cours du dernier trimestre 2014, un rapport national sera restitué aux participants et accessible sur le site du réseau CClin-Arlin (<http://www.cclin-arlin.fr>).



Conclusion

Cette étude permettra de mieux connaître les organisations et la prévention des infections associées aux soins dans ces structures et ainsi d'identifier au niveau national des axes prioritaires de prévention. ■

* Foyer d'Accueil Médicalisé

** Maison d'accueil Spécialisée

Recommandations

« Gestion préopératoire du risque infectieux »

Mise à jour de la conférence de consensus - octobre 2013

La Société Française d'hygiène Hospitalière (SF2H) en liaison avec les sociétés partenaires a récemment réactualisé certaines recommandations de la conférence de consensus de 2004.

Cette actualisation a été effectuée à l'aide de la méthode Grade, méthodologie scientifique rigoureuse, qui permet de standardiser la démarche d'élaboration des recommandations.

Les questions en ayant bénéficié sont :

- la douche préopératoire : utilité de la douche préopératoire et produit à utiliser,
- la détersion du site opératoire,
- la préparation cutanée (douche préopératoire, dépilation, détersion et antiseptie du site opératoire, utilisation des champs opératoires imprégnés d'antiseptiques).

Pour les questions non traitées par la méthode Grade, l'analyse de la littérature a concerné uniquement les articles publiés depuis la parution des recommandations de 2004. Lorsqu'il existait une méta-analyse, celle-ci était retenue et analysée en priorité.

La méthodologie de l'Anaes, inspirée de Kish (2001), a été utilisée pour élaborer les recommandations pour ces questions.

Limites : Les points abordés concernent les temps préopératoires (douche, shampoing, traitement des pilosités, la détersion préopératoire jusqu'à l'antiseptie chirurgicale).

Au final, les points clés sont : douche préopératoire avec un savon, pas de dépilation en routine et antiseptie du champ opératoire effectuée avec un antiseptique en solution alcoolique.

Il sera par ailleurs nécessaire de définir une stratégie de préparation cutanée de l'opéré au regard des divers indicateurs disponibles et des filières chirurgicales. ■

[Suite >>>](#)

Recommandations 2013 : ce qui a changé !

Etapes	Actualisation 2013	Commentaire
Douche préopératoire	• Au moins une douche • Antiseptique ou non antiseptique	Selon décisions du chirurgien et EOH : • Nombre de douches • Moment de la douche • Shampoing
	Quel que soit le type de savon	Nécessité d'utiliser un produit en mono dose jetable
	Le nombre de douches	La réalisation de la douche doit être tracée
	Le moment de la douche	Réalisée au plus près de l'intervention
Shampoing	Peut être prescrit lors d'une chirurgie de la tête et du cou	
	Il est recommandé : • de réaliser un shampoing préopératoire quand le cuir chevelu est dans le champ opératoire • d'enlever le vernis lorsque le doigt (main ou pied) est dans le champ opératoire	
Traitement des pilosités	Pas de dépilation en routine Si réalisée : privilégier la tonte, Non tranché : • Période de cette dépilation : la veille ou le jour de l'intervention • Crème dépilatoire	Si jugée utile, réduite à la zone d'incision et la zone permettant d'avoir un pansement ou poche
Détersion	Aucune recommandation ne peut être émise concernant la détersion avant la réalisation d'une antiseptie en routine, non systématique	La littérature ne montre pas de bénéfice de la détersion avant la réalisation d'une antiseptie sur le taux d'infection du site opératoire
	Recommandée sur une peau souillée	
Antiseptie	Désinfection large du champ opératoire à l'aide d'un antiseptique en solution alcoolique • Toujours d'actualité • Chlorhexidine ou povidone iodée	

Le bon usage des antiseptiques : mise à jour des recommandations du Cclin Sud-Ouest

Christophe Gautier, pour le groupe de travail « Bon usage des antiseptiques » - Cclin Sud-Ouest

Ce guide constitue une mise à jour de précédentes recommandations éditées en 2001¹. Au cours des dix dernières années, les règles d'emploi des antiseptiques lors de la réalisation de certains soins ont en effet évolué^{2,3,4}, de nouvelles formulations ont été commercialisées, impliquant de fréquentes interrogations de la part des professionnels.



Pour limiter les redondances avec des référentiels existant^{5, 6}, le groupe de travail a souhaité adapter les objectifs du document initial du Cclin Sud-Ouest. Les règles de bon usage des antiseptiques ayant fait l'objet de recommandations spécifiques chez l'enfant, ce document s'est ainsi limité au bon usage de ces produits chez l'adulte. Les spécificités liées à la prise en charge des plaies ont également conduit à se limiter dans

ce document aux recommandations de bon usage sur peau saine et muqueuse saine.

Outre la mise à jour de certaines données générales, le groupe a surtout voulu mettre à disposition des professionnels des fiches pratiques de bon usage des antiseptiques concernant les soins communément réalisés au sein des établissements de santé, ou dans les autres structures susceptibles de délivrer ces soins (Ehpad, cabinets libéraux,...). Le groupe de travail a proposé une classification des gestes ou actes de soins en fonction de leur niveau de risque. Trois niveaux de risque sont identifiés : haut, intermédiaire et bas. Pour chaque niveau de risque, sur la base des références existantes et des pratiques professionnelles actuelles, une fiche pratique décline les modalités d'usage des antiseptiques, et la ou les gammes à privilégier pour un usage sur peau saine ou muqueuse saine. Le choix des produits est adapté en fonction des éventuelles incompatibilités et du site d'application.

Du fait de leur spécificité, certains actes de soins comme la préparation cutané-muqueuse en chirurgie ophtalmologique, en chirurgie endobuccale ou en gynécologie, ont fait l'objet d'une fiche distincte. Le groupe de travail a également proposé une fiche concernant la décolonisation cutanée dans le cadre de la prévention du risque infectieux en chirurgie chez les patients porteur de *Staphylococcus aureus*, ou dans le cadre de la stratégie de maîtrise de la diffusion d'un micro-organisme à portage cutané comme le SARM.

Dans le futur, ces fiches pratiques seront susceptibles d'être mises à jour au regard de l'évolution des référentiels. ■

Bibliographie

1. *Le bon usage des antiseptiques*. Cclin Sud-Ouest, 2001. <http://www.cclin-sudouest.com/recopdf/atasp2p.pdf>
2. *Conférence de consensus : Gestion pré-opératoire du risque infectieux*. SF2H 2004. http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/sfhh/2004_chirurgie_textelong_SFHH.pdf
3. *Prévention des infections liées aux cathéters veineux périphériques*. SF2H-HAS, 2005 http://www.sf2h.net/publications-SF2H/SF2H_prevention-infections-catheters-veineux-peripheriques-2005.pdf
4. *Surveiller et prévenir les infections associées aux soins*. SF2H, 2010 http://www.sf2h.net/publications-SF2H/SF2H_surveiller-et-prevenir-les-IAS-2010.pdf
5. *L'Antiseptoguide : Guide d'utilisation des antiseptiques*. CHU de Clermont-Ferrand, 3ème édition, 2006. http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/Doc_Reco/CVP_DVD/ANTISEPTOGUIDE.pdf
6. *Guide des bonnes pratiques de l'antiseptie chez l'enfant*. SF2H, 2007. http://www.sf2h.net/publications-SF2H/SF2H_bonnes-pratiques-antiseptie-enfant-2007.pdf

Mise au point sur les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales et la mise en place du recueil biennal par couple d'indicateurs

Chaque année, les cinq indicateurs seront affichés, mais l'année de recueil varie. Par exemple, en 2014, seront affichées les données de l'activité 2013 pour Icatb.2, Ica-BMR et Icsha.2 et les données de l'activité 2012 pour Icalin.2 et Ica-Liso.

Tableau 1

Indicateurs	Année de recueil des données			
Icalin.2	2012	2014	2014	2016
Ica-liso	2012	2014	2014	2016
Icsha.2	2013	2014	2015	2016
Icatb.2	2013	2013	2015	2015
Ica-BMR	2013	2013	2015	2015
	↓	↓	↓	↓
Affichage public en...	2014	2015	2016	2017

Score agrégé supprimé

Indice triennal Sarm supprimé

Attention, ces informations sont données de façon prévisionnelle et devront être confirmées par l'arrêté et l'instruction à paraître en mars.

Pour rappel

- Icalin.2:** indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales
- Ica-liso:** indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire
- Icsha.2:** indicateur de volume de Produit hydro-alcoolique consommé
- Icatb.2:** indicateur composite de bon usage des antibiotiques
- Ica-BMR:** indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multi résistante

Textes réglementaires

- Instruction n°DGOS/PF2/2014/66 du 4 mars 2014 relative au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2013
- Arrêté du 24 février 2014 relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé
- Arrêté du 11 février 2014 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats publiés chaque année des indicateurs de qualité et de sécurité des soins

Enquête régionale sur l'utilisation des tabliers à usage unique

Anca Vasiliu, Denis Thillard, Jeanne-Marie Germain - Arlin Haute-Normandie

Les principales indications d'utilisation des tabliers plastiques à usage unique (UU) sont représentées par les soins mouillants, souillants ou exposant au sang ou aux liquides biologiques (R26)¹. Ces recommandations de bon usage des tabliers à usage unique ne font pas référence à une consommation attendue.

Cette enquête était destinée à tous les établissements de santé (ES), les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (Ehpad), les foyers d'accueil médicalisé (Fam) et les maisons d'accueil spécialisées (Mas) de Haute-Normandie. Son objectif était de faire un état des lieux régional de la mise à disposition et de l'utilisation des tabliers plastiques à usage unique.

Méthodologie

Un questionnaire standardisé, élaboré par un groupe de travail régional, a été envoyé, en juin 2013, à tous les établissements de la région. Il était composé de deux parties. La première s'intéressait à la mise à disposition des tabliers, aux protocoles d'utilisation et aux observations des pratiques. La deuxième partie recensait la consommation des tabliers par secteur d'activité (médecine, chirurgie, gynécologie/obstétrique, réanimation, SSR, SLD, psychiatrie, Ehpad et Fam/Mas). La consommation des tabliers a été étudiée pour le premier semestre de l'année 2013. Les établissements qui n'avaient pas répondu à toutes les questions ont été recontactés pour avoir le minimum de données manquantes. L'analyse des données a été réalisée par l'Arlin Haute Normandie avec le logiciel Epi Info.

Résultats

Un total de 98 établissements de la région ont répondu au questionnaire, soit un taux de réponse de 50 % pour les ES (n = 35), 39 % pour les Ehpad (n = 50) et 35 % pour les Fam/Mas (n = 13).

Présence d'un document écrit pour l'utilisation des tabliers à usage unique

L'utilisation des tabliers à UU était prévue dans au moins un des documents concernant la toilette des patients, les changes des patients ou les précautions standard pour 72,3 % des établissements.

[Suite >>>](#)

Figure 1

L'utilisation des tabliers est prévue dans un document concernant

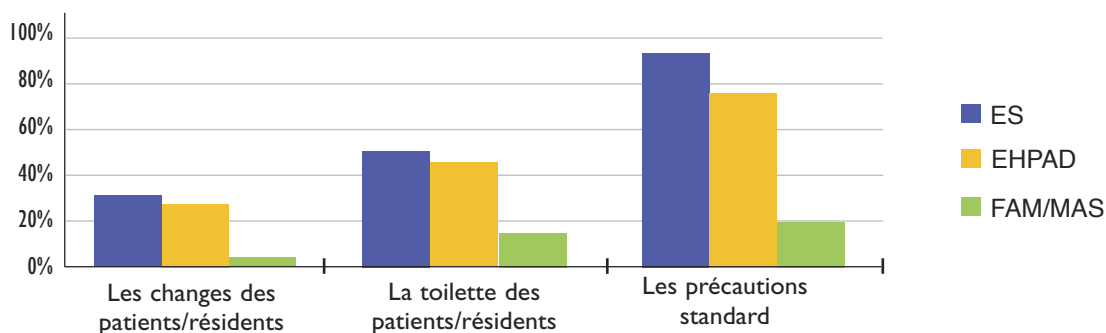
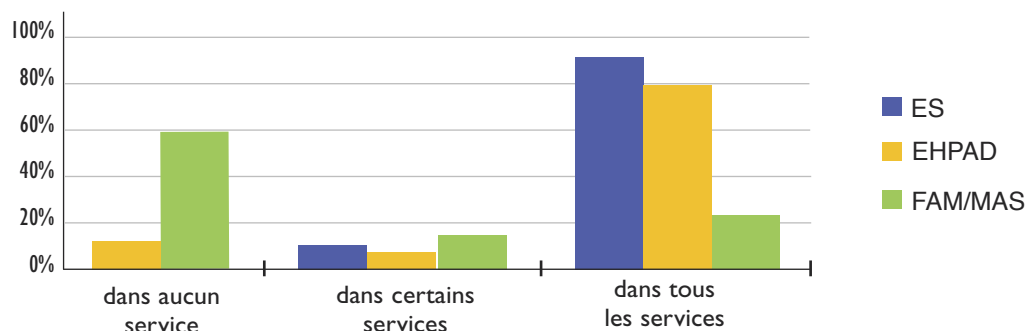


Figure 2

Mise à disposition des tabliers



Mise à disposition des tabliers plastiques à usage unique

Les tabliers à UU étaient à disposition dans au moins un service dans tous les ES, dans 90 % des Ehpads et 38,5 % des Fam/Mas.

L'ensemble des services disposait de tabliers pour 91,4 % des ES, 84 % des Ehpads et 23 % des Fam/Mas.

Année de mise à disposition

Les tabliers plastiques à UU ont été mis à disposition, dans au moins un service, depuis 1991 dans les ES (médiane = 2006) et les Ehpads (médiane = 2008) et de façon plus récente dans les Fam/Mas, en 2001 (médiane = 2009).

Consommation des tabliers plastiques à usage unique

Sur le premier semestre 2013, le ratio de consommation de tabliers à UU était de 0,67 par jour et par patient pour les ES, de 0,26 pour les Ehpads et de 0,03 pour les Fam/Mas.

Les consommations variaient en fonction des secteurs d'activité; les consommateurs les plus importants étaient la réanimation (2,8 tabliers par jour et par patient; n = 6 services répondeurs) et le SSR (1,0 tablier; n = 23 services répondeurs).

Un audit des pratiques avait été réalisé dans 9 établissements de santé dont 5 qui incluaient des Ehpads.

Conclusion

Il s'agit de la première étude régionale concernant l'utilisation des tabliers à UU.

En moyenne, les établissements de la région consomment moins d'un tablier plastique à UU par jour et par patient/résident. Les spécificités de chaque établissement pourraient justifier une différence de consommation (recrutement de patients BMR, niveau de dépendance des patients, type de soins).

Ces résultats justifient la poursuite des travaux régionaux: aide à la rédaction des protocoles, mise à disposition d'outils pour évaluer l'observance du port de tabliers, suivi régional périodique de la consommation par secteur d'activité et type d'établissement.

Nous remercions l'ensemble des établissements ayant participé à cette enquête.

Bibliographie

1. Recommandations nationales « Prévention de la transmission croisée : précautions complémentaires contact », SFHH 2009

Le futur outil d'audit en endoscopie du Grephh

F. Bekaert et D. Verjat-Trannoy - CClin Paris-Nord

Après mise à disposition fin 2013 d'un nouvel outil d'audit sur les précautions complémentaires, le Grephh prépare actuellement un outil d'évaluation en endoscopie qui sera disponible en fin d'année 2014. Un audit national sera proposé en 2015 par le réseau CClin-Arlin avec le soutien du Ministère. L'article ci-dessous présente les grands principes de ce futur outil.

Objectif de l'audit

L'outil proposé, dont la coordination nationale est assurée par le CClin Est (Dr. Loïc Simon), vise à évaluer, en endoscopie, l'ensemble des paramètres associés au risque infectieux « patient » de façon à optimiser la prévention de ce risque. Seront donc évalués à la fois les aspects « matériel » (les endoscopes sont des dispositifs médicaux réutilisables, d'architecture complexe, avec une difficulté de traitement et une criticité du séchage, soumis à une maintenance, des contrôles...) et « organisationnel » (procédures, formation du personnel, gestion des risques, circuit du matériel, traçabilité...). Cet audit transversal nécessitera la sollicitation par l'équipe d'hygiène des différents interlocuteurs concernés tels que les équipes de soin, le personnel en charge du traitement, le service biomédical (maintenance), le laboratoire (contrôles microbiologiques)...

Référentiels d'évaluation

Les référentiels concernant le traitement des endoscopes sont multiples : le site Nosobase recense 5 textes réglementaires et 18 recommandations. Les principaux documents utilisés pour la préparation de l'outil sont les suivants :

- CTINILS. Éléments d'assurance qualité en hygiène relatifs au contrôle microbiologique des endoscopes et à la traçabilité en endoscopie. CTINILS. 2007.
- CTIN. Guide pour l'entretien manuel des dispositifs médicaux en endoscopie digestive. 2004
- Circulaire DHOS/E2/DGS/SD5C n° 2003-591 du 17 décembre 2003 relative aux modalités de traitement manuel pour la désinfection des endoscopes non autoclavables dans les lieux de soins
- CTINILS. Guide pour l'utilisation des laveurs désinfecteurs d'endoscopes. 2003

Champ d'application

Cet audit s'adressera aux établissements de santé comportant des services d'endoscopie utilisant des endoscopes souples (critiques ou semi-critiques) à canaux internes. Une adaptation de cet outil à l'exercice libéral est prévue.

Outil de l'audit

Les établissements qui choisiront de faire l'audit auront à leur disposition (cf. [tableau 1](#)) :

- les 4 fiches d'évaluation du tronc commun : une fiche « établissement », une fiche « site de traitement », une fiche « traitement » et une fiche « personnel » ;
- des modules complémentaires pour approfondir l'évaluation de certains sujets, dont une fiche pour les contrôles microbiologiques, une fiche pour la maintenance, une fiche pour les enceintes de stockage (ESET) et un outil pour la traçabilité (« Traça-Test »).

Outils d'évaluation « Traça-Test »

Cet outil de traçabilité a été élaboré par le CClin Paris-Nord (dont F. Bekaert, interne en Pharmacie) dans le cadre de la participation au groupe de travail « audit endoscopie ». Il permettra aux établissements de vérifier l'efficacité du système de traçabilité mis en place dans le service en partant de scénarios concrets :

- découverte d'un endoscope contaminé,
- découverte d'un patient infecté (avec suspicion de transmission par l'acte d'endoscopie),
- défaut de traitement de l'endoscope. ■

[Suite >>>](#)

Tableau 1

Description de l'outil en préparation

TRONC COMMUN	Thèmes d'évaluation	Méthode d'audit
Fiche « Etablissement »	Protocoles Organisation	Documentaire
Fiche « Site de traitement »	Protocoles Locaux Ressources	Visite/documentaire
Fiche « Traitement »	Traitement manuel et automatisé	Observation des pratiques
Fiche « Personnel »	Formation	Auto-évaluation
MODULES COMPLÉMENTAIRES	Thèmes	Méthode
Fiche « Maintenance »	Endoscopes et LDE	Documentaire
Fiche « Contrôles microbiologiques »	Endoscopes et eau	Documentaire
Fiche « ESET »	Qualification Contrôles	Documentaire
Outil « Traça-Test »	Performance du système de traçabilité	Mise en situation (scénarios)

Historique des outils du Grephh

Par thème	Par domaine
• Préparation cutanée de l'opéré • Observance/pertinence de l'hygiène des mains • Qualité de réalisation de l'hygiène des mains • Cathéters veineux périphériques • Précautions standard • Précautions complémentaires (nouveau) • Endoscopie (nouveau)	• Auto-évaluation en Ehpad • Auto-évaluation en Fam-Mas

Pour toute question à ce sujet, il est possible de contacter l'interlocuteur au CClin pour cet audit : delphine.verjat-trannoy@sap.aphp.fr



Communication soignant-soigné sur l'hygiène des mains : une démarche du réseau CClin/Arlin en cours de déploiement

Delphine Verjat-Trannoy - CClin Paris-Nord, coordonateur du GRHYM*

* GRHYM : Groupe « Hygiène des mains » du réseau CClin-Arlin
(D. Verjat-Trannoy, MA. Ertzscheid, S. Monier, N. Jouzeau, D. Zaro-Goni)

Cette année, comme en 2013, la journée « Mission Mains Propres » associera les patients et le personnel de santé pour une meilleure communication autour de l'hygiène des mains. Cette manifestation, qui aura lieu le 5 mai 2014, peut être l'occasion de mettre en œuvre de nouvelles démarches de promotion/sensibilisation. Le groupe Hygiène des mains du réseau CClin/Arlin (GRHYM) propose une « communication soignant-soigné sur l'hygiène des mains » dont la mise en place a commencé dès 2012 dans les établissements.

Principe de la démarche

Elle consiste à impliquer un ou plusieurs personnels volontaires des services engagés (infirmier, aide-soignant, kinésithérapeute, référent en hygiène...) dans la mise en œuvre

d'une communication sur l'hygiène des mains au moment de l'accueil du patient ou en début de prise en charge. Une démonstration de friction est faite par le personnel et les messages suivants sont délivrés au patient :

- intérêt de l'hygiène des mains des soignants et rôle que peut jouer le patient dans la prévention des transmissions de micro-organismes ;
- avantages des produits hydro-alcooliques utilisés à l'hôpital ;
- conditions de réalisation de l'hygiène des mains par le personnel (en particulier retrait des bijoux) ;
- invitation du patient à communiquer avec le personnel sur le sujet.

Un document type « flyer » est également remis au patient.

Objectif

Elle vise à impliquer les soignants dans une démarche valorisante et engageante de communication permettant de faire évoluer

les comportements à la fois des soignants et des patients en matière d'hygiène des mains.

Etude de faisabilité (2012)

La démarche a été proposée pour la première fois aux EOH en amont de la Semaine de Sécurité des Patients (SSP) en 2012. Une dizaine d'établissements a participé à une expérimentation qui a permis de démontrer sa faisabilité dans de nombreux services (médecine, chirurgie, maternité/obstétrique, SSR, psychiatrie et plateau technique de kinésithérapie). Différents professionnels ont été impliqués avec une forte participation des étudiants (environ 50 % des participants), ce qui leur a donné l'occasion d'être sensibilisés à l'hygiène des mains au travers d'une communication au patient. Des bénéfices ont été identifiés à la fois pour les patients et les soignants, que ce soit en termes de communication, de connaissances ou d'amélioration des pratiques d'hygiène des mains (cf. diaporama présenté au congrès de la SF2H en mai 2013).

Mise en place

Elle nécessite préalablement l'obtention de l'accord de la direction des soins et un accompagnement des services dans la démarche avec rappel des principes de l'hygiène des mains par l'équipe opérationnelle d'hygiène ou le correspondant.

[Suite >>>](#)

Outils à disposition

Les outils fournis en accompagnement de cette démarche ont été actualisés en 2013 suite à l'expérimentation.

- un protocole (dont l'annexe est constituée de conseils pratiques pour la mise en place),
 - un diaporama de formation,
 - deux grilles d'évaluation : une pour les patients informés et l'autre pour les soignants impliqués,
 - une fiche pour la traçabilité des actions,
 - une fiche de synthèse pour l'établissement,
 - un outil de saisie informatique des données (outil en ligne).
- Un rapport de synthèse est fourni par le CClin sur demande.

Perspectives

La démarche se poursuit en 2014 dans toute la France, soit au sein de nouveaux établissements soit dans les établissements de l'étude pilote (démarche élargie à un plus grand nombre de services). Utilisable à toute période de l'année, cette démarche ou la présenta-

tion des résultats associés peuvent faire partie des actions déployées lors de la journée Mission Mains Propres (MMP) ou de la Semaine de Sécurité des Patients (SSP). ■

Nouveautés 2014 (en préparation)

- une inscription sur le site du CClin
- un certificat attribué aux services participants (sous condition d'inscription + retour d'expérience)
- un nouveau flyer « patient » adapté à la démarche.

Retrouvez tous les outils associés à cette démarche et les résultats de différentes expériences sur le site du réseau CClin/Arlin rubrique campagnes/mission mains propres/outils du réseau CClin-Arlin

NOUVEAUTÉS

(disponible en texte intégral sur NosoBase : <http://nosobase.chu-lyon.fr>)



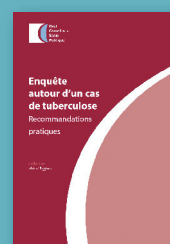
Recommandations par consensus formalisé d'experts de la SF2H concernant les **Bonnes pratiques et gestion des risques associés au PICC** (cathéter central à insertion

périphérique). Elles sont destinées à tous les "poseurs" et "utilisateurs" de PICC, utilisables dans tous les secteurs de soins incluant l'activité libérale et l'HAD.



Actualisation des recommandations de 2005 relatives à la **conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de légionellose**, ou face à une

contamination environnementale, par le Haut Conseil de Santé Publique.



Actualisation des recommandations pratiques de 2006, concernant l'**enquête autour d'un cas de tuberculose**, par le Haut

Conseil de Santé Publique

Bilan réalisé à partir des données e-SIN

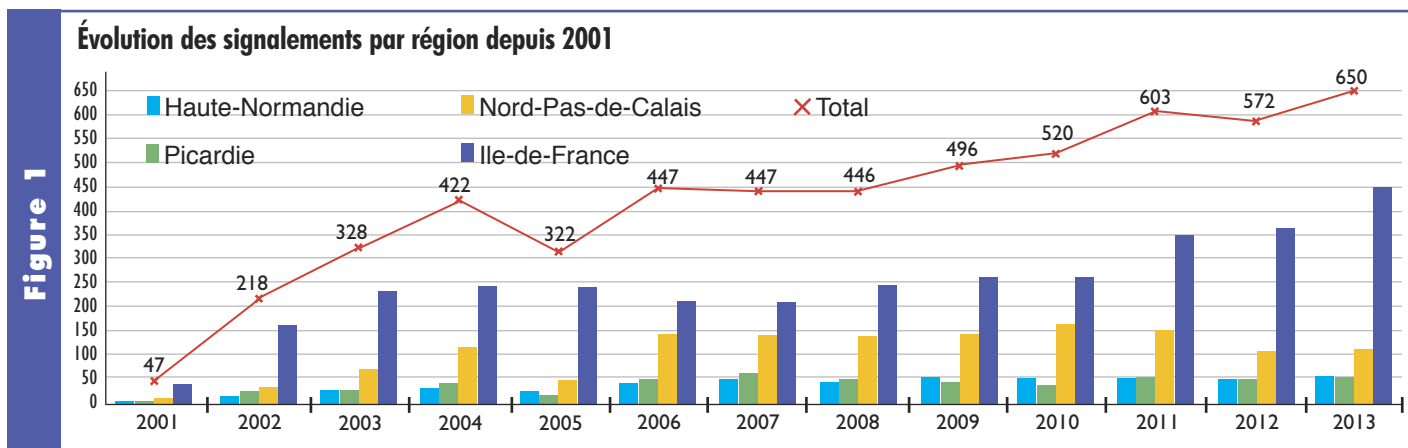


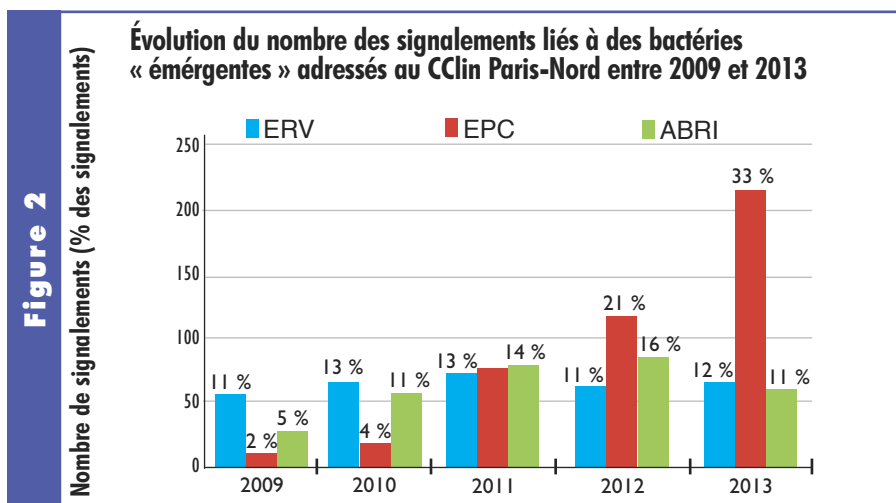
Tableau 1

Caractéristiques des signalements de 2011 à 2013

	2011	2012	2013
Signaux	580	572	650
dont dégradés*		46 (-46 %)	25
eSIN		526	625
Établissements		161	173
Cas groupés	191	189 (-10 %)	169
Cas	2189	2807	2153
Décès**	111 (3 %)	84 (3 %)	107 (5 %)
Demande expertise	41 (7 %)	32 (6 %)	37 (6 %)
Déplacements	95	73	69

* dégradés : formulaire adressé par l'établissement par fax ou par e-mail
 ** tel que déclaré, sans validation de l'imputabilité

Le bilan présenté a été réalisé à partir des données e-SIN du Raisin. Nous vous rappelons que depuis le 1^{er} mars 2012 les signalements doivent être saisis sur cet outil de gestion des signalements externes « dématérialisés »

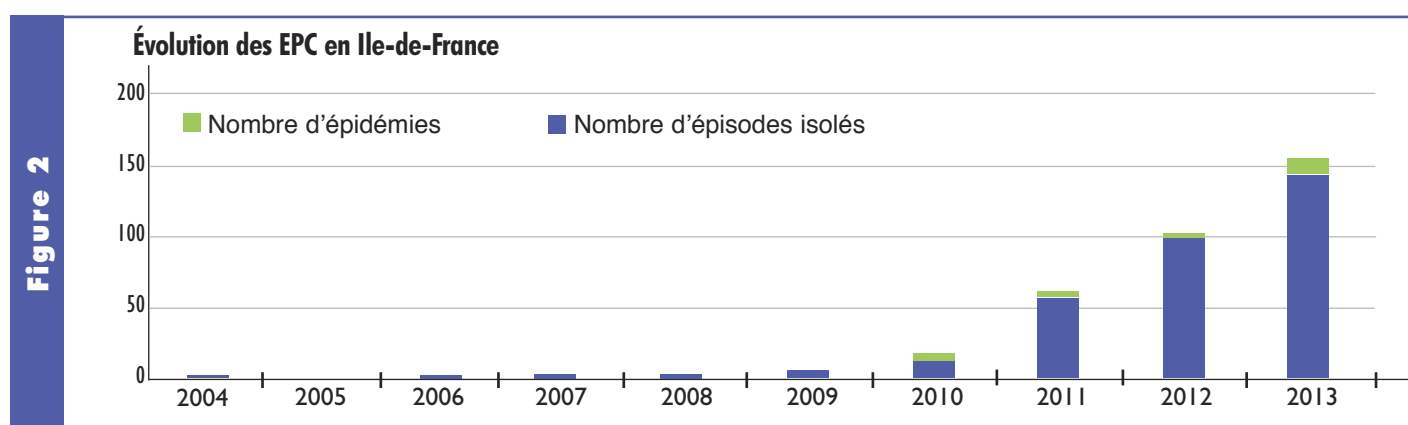
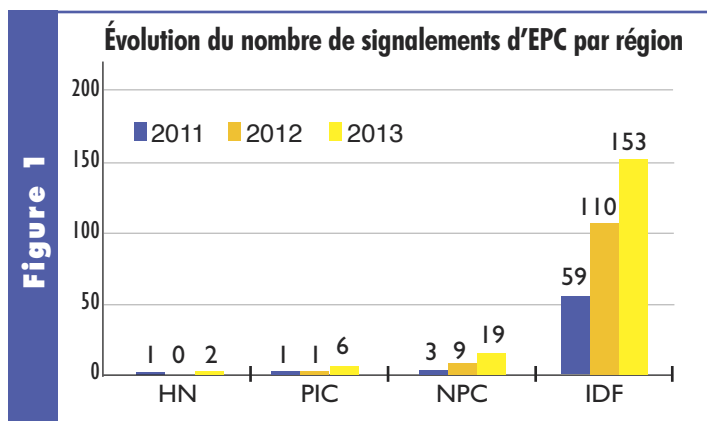


Épidémiologie des EPC dans l'inter-région Paris-Nord

E. Seringe - Arlin Ile-de-France

Les entérobactéries productrices de carbapénèmase (EPC) font l'objet, depuis 2010, d'un certain nombre de recommandations afin de limiter leur diffusion. Dans l'inter-région Paris-Nord, et plus précisément en Nord-Pas de Calais (NPC) et en Ile-de-France (IDF), ces trois dernières années ont vu une augmentation significative du nombre d'épisodes impliquant des EPC. La situation est moins marquée en Haute-Normandie (HN) et en Picardie (PIC) qui avec un seul signalement d'EPC en 2010, et 2 et 6 respectivement en 2013 (figure 1).

En Ile-de-France, le nombre d'épisodes isolés, bien que croissant chaque année, reste majoritaire par rapport aux épisodes épidémiques (figure 2), reflet de l'efficacité des mesures rapidement mises en place.



Bibliographie

1. Prévention de la transmission croisée des « Bactéries Hautement Résistantes aux antibiotiques émergentes » (BHRé). 2013, 79 pages.

Recommandations disponibles sur NosoBase
<http://nosobase.chu-lyon.fr>



Emergence of carbapenem-resistant Enterobacteriaceae in a UK paediatric hospital

Drew RJ et al. J Hosp Infect 2013 ; 84(4) : 300-4 (Référence NosoBase n°368129)

Les carbapénèmes sont une classe d'antibiotiques indiqués, entre autre, dans le traitement des infections à entérobactéries. La prescription excessive et inadéquate de ces antibiotiques favorise l'émergence de souches d'entérobactéries résistantes aux carbapénèmes et conduit donc à une problématique de prise en charge thérapeutique.

Les deux principaux mécanismes de résistance sont, d'une part la production de carbapénémases et, d'autre part, la production d'une céphalophorinase (AMPC) ou de bêta-lactamase à spectre élargi (BLSE) associée à une sous-expression de porine transmembranaire.

La diffusion hospitalière de ces souches reste peu étudiée au sein d'établissements de santé à vocation pédiatrique.

OBJECTIF

Étudier la prévalence et la nature des mécanismes de résistance des entérobactéries résistantes aux carbapénèmes dans un hôpital pédiatrique du Royaume-Uni.

MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée entre septembre 2011 et août 2012 au sein de l'hôpital pédiatrique « Alder hey children's nhs foundation trust » à Liverpool.

La recherche d'entérobactéries est réalisée d'une part à partir de prélèvements biologiques adressés au laboratoire pour ensemencement et d'autre part à partir de prélèvements à visée épidémiologique (écouvillonnage rectal et oropharyngé) effectués conformément aux recommandations émises par l'unité de lutte contre les infections nosocomiales de l'établissement.

La détection des entérobactéries et l'identification des souches résistantes sont réalisées au laboratoire de l'hôpital selon une procédure décrite par la British Society of Antimicrobial Chemotherapy. Les analyses phénotypiques puis moléculaires des résistances sont effectuées au

sein d'un laboratoire de référence spécialisé : l'Antimicrobial Resistance and Healthcare Associated Infections Reference Unit (AMRHAI).

RÉSULTATS ET DISCUSSION

La recherche d'entérobactéries s'est révélée positive chez 421 patients parmi lesquelles 24 ont été détectés comme porteur de souche résistante aux carbapénèmes. Ces 24 souches ont été identifiées à partir de 5 prélèvements à visée diagnostique et 19 prélèvements à visée épidémiologique.

Parmi ces 24 patients, on dénombre 5 cas d'infections et 19 cas de colonisations dont 4 cas ont évolué en infection, soit au total 9 cas d'infections et 15 cas de colonisations.

Sur les 24 souches d'entérobactéries résistantes isolées :

- 17 présentent une résistance de type BLSE/AMPC associée à une imperméabilité transmembranaire,
- 7 sont productrices de carbapénémases. Ces souches ont été isolées en cardiologie (3 patients) et en chirurgie (4 patients). Parmi ces 7 souches, 3 expriment le gène de résistance bla_{kpc} et 4 expriment le gène de résistance bla_{ndm}.

Une analyse génétique a permis de mettre en évidence que trois patients hospitalisés au sein de la même unité chirurgicale ont été identifiés comme porteur de souches présentant le même profil génétique. Un lien épidémiologique a été établi pour deux d'entre eux

CONCLUSION

Il s'agit de l'une des premières études décrivant l'émergence des entérobactéries résistantes aux carbapénèmes au sein d'un établissement pédiatrique. Ce travail met en lumière le rôle important joué par les unités de surveillance et de lutte contre les infections nosocomiales dans la maîtrise de la diffusion hospitalière de germes résistants.

El Hadi El Ghouati (interne de pharmacie CCLin Paris-Nord)



Extended-spectrum beta-lactamase-producing *Enterobacteriaceae* carriage upon hospital admission: prevalence and risk factors

Shitrit et al. *Journal of Hospital Infection* 2013 ; 85 : 230-2

Cette étude s'intéresse à la prévalence des entérobactéries productrices de bêta-lactamases à spectre élargi (BLSE) et aux caractéristiques épidémiologiques de la population porteuse.

Les deux principales mesures de contrôle de la diffusion des BLSE sont la maîtrise de la prescription des antibiotiques et les mesures d'hygiène.

L'utilisation de la surveillance des infections est influencée par plusieurs facteurs, un des facteurs étant la proportion des patients qui ne sont pas détectés en se basant uniquement sur les prélèvements à visée diagnostique.

L'objectif de cette étude était d'évaluer la valeur d'une surveillance des BLSE uniquement à partir des prélèvements à visée diagnostique et les facteurs de risque de portage de ces germes.

MÉTHODES

Cette étude transversale prospective a été menée dans un hôpital de 720 lits en Israël pendant une semaine, en avril 2011. Tous les patients admis à l'hôpital étaient inclus à l'exception des patients des services de pédiatrie et d'obstétrique. Pour les patients inclus, un prélèvement rectal a été réalisé à l'admission dans l'établissement par l'infirmière du service.

Les données concernant les facteurs de risque étaient : l'âge, le sexe, le lieu de résidence, l'admission à l'hôpital dans l'année précédente, des procédures invasives dans l'année précédente (intervention chirurgicale, dialyse...), une colonisation antérieure avec des germes BLSE.

Pour les patients dépistés, les données concernant la consommation d'antibiotiques pendant les six derniers mois étaient recueillies à partir des dossiers pharmaceutiques de l'hôpital et de la ville.

RÉSULTATS

Pendant la période de l'étude, 952 patients ont été admis. Parmi les 525 patients dépistés, 56 (10,66 %) étaient porteurs de BLSE. Le germe le plus souvent identifié était *Escherichia coli* (73,2 % des prélèvements positifs).

Le taux de non-détection a été calculé en divisant le nombre de patients identifiés porteurs de BLSE uniquement sur des prélèvements à visée diagnostique par le nombre total de patients porteurs. Le taux de non-détection était de 0,54.

Les facteurs de risque identifiés pour la colonisation par des germes BLSE étaient la provenance d'un EHPAD (32,1 % chez les patients avec un prélèvement positif par rapport à 10,9 % chez les patients avec un prélèvement négatif ; $p < 0,001$), l'hospitalisation dans l'année précédente (69,6 % vs 51,4 % ; $p < 0,001$), une antibiothérapie antérieure (72,5 % vs 44 % ; $p < 0,001$), et une colonisation connue aux germes BLSE (21,4 % vs 4,7 % ; $p < 0,001$).

Parmi les patients dépistés, 52 % (273/525) avaient au moins un des quatre facteurs de risque cités et en faisant un dépistage auprès de la population à risque identifiée dans cette étude, 87,5 % des patients positifs auraient pu être identifiés.

DISCUSSION

Dans cette étude, 10,6 % des patients dépistés à l'admission avaient un prélèvement positif aux germes BLSE. La moitié de ces patients n'auraient pas été dépistés par un système basé uniquement sur les résultats des prélèvements à visée diagnostique.

L'étude a mis en évidence quatre facteurs de risque : la provenance d'un EHPAD, un traitement antibiotique dans les six mois précédant l'étude, l'hospitalisation dans l'année antérieure et le portage antérieur des germes BLSE. Un dépistage ciblé sur ces facteurs de risque aurait identifié 87,5 % des porteurs de germes BLSE.

Dans la littérature, d'autres études ont identifié des prévalences similaires du portage BLSE à l'admission.

Cette étude a certaines limites, parmi lesquelles le recueil unicentrique et la non-exhaustivité du dépistage des patients admis (55,1 %) pendant la période de l'enquête mais l'effectif inclus était suffisamment important pour permettre l'identification de facteurs de risque associés.

CONCLUSION

La prévalence en hausse des germes BLSE est devenue un vrai enjeu de santé publique face à une palette antibiotique qui reste limitée. Cette étude apporte des informations importantes concernant, d'une part, le réservoir communautaire et, d'autre part, les caractéristiques de la population à cibler pour le dépistage.

Anca Vasiliu (interne santé publique Arlin Haute-Normandie)

CONGRÈS



France

Aseptic Surgery Forum

28 et 29 mars 2014 - Paris

<http://www.aseptic-surgery-forum.com/fr/>

10^e Congrès de la Société française de microbiologie

31 mars et 1^e avril 2014 - Paris

<http://www.congres-sfm.com>

9^e Congrès "Biologie et hygiène hospitalière"

8 avril 2014 - Paris

<http://www.cclinparisnord.org/TB/TB.htm>

International forum on quality and safety in health care

8 au 11 avril 2014 - Paris

<http://internationalforum.bmj.com/home>

XXV^e Congrès de la SF2H

4 au 6 juin 2014 - Marseille

<http://www.sf2h.net/congres-sf2h.html>

15^{es} Journées nationales d'infectiologie

11 au 14 juin 2014 - Bordeaux

http://www.infectiologie.com/site/_jni_15_accueil.php

9^e conférence internationale de la HIS (Healthcare infection society) en partenariat avec la SF2H

16 au 18 novembre 2014 - Lyon

<http://www.his.org.uk/events/his2014/>



International

24th European congress of clinical microbiology and infectious diseases (Eccmid)

10 au 13 mai 2014 - Barcelone (Espagne)

<http://www.eccmid.org/>

AGENDA

Cclin Paris-Nord / Antennes régionales

Cclin Paris-Nord

Journée inter-régionale annuelle de la prévention des infections associées aux soins et de la qualité du Cclin Paris-Nord

16 juin 2014, Paris

Arlin Haute-Normandie

Réunions du réseau des correspondants en hygiène des EMS

25 mars 2014 et septembre - Rouen

12^e Journée régionale de la prévention des infections liées aux soins

17 avril 2014 - Rouen

6^e journée "Hygiène et prévention du risque infectieux en établissements médico-sociaux".

Novembre ou décembre 2014 - Rouen

Arlin Ile-de-France

5^e Journée de formation pour les Ehpad d'Ile-de-France

3 avril 2014 - Paris

Arlin Nord-Pas de Calais

4^e Journée de l'Association de Lutte contre les infections associées aux soins

25 mars 2014 - Lille

Arlin Picardie

Nosopicard 2014 - 19^e rencontre régionale d'hygiène hospitalière, de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins

8 avril 2014 - Amiens



Cclin Paris-Nord

Site Broussais - 96 rue Didot
75014 Paris

Tél.: 01 40 27 42 13

Fax: 01 40 27 42 17

www.cclinparisnord.org

Responsable de la rédaction: P. Astagneau

Comité de rédaction: P. Astagneau, H. Blanchard, K. Blanckaert, A. Brenet, J.M. Germain, Z. Kadi, D. Landriu, F. L'Hériveau, I. Novakova, Y. Ollivier, E. Seringe, D. Thillard, D. Verjat

Secrétariat de rédaction: K. Lebascle

Réalisation: A. ÉDITORIAL, Paris, Tél. : 01 42 40 23 00