

# ACTUALITÉS DU CCLIN EST ET DE SES 5 ANTENNES RÉGIONALES



Septembre 2012

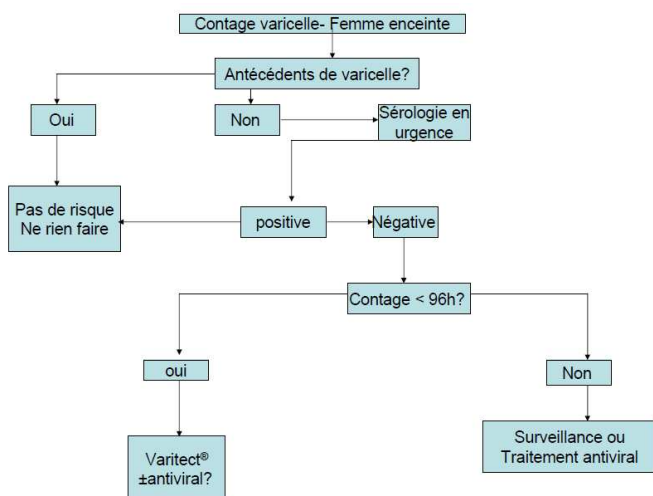
## VARICELLE ET GROSSESSE

Suite à un signalement récent reçu par le CCLin Est décrivant un contact entre un enfant atteint de varicelle mais non diagnostiqué au moment d'un séjour hospitalier et du personnel féminin, il est opportun de rappeler les risques et la marche à suivre :

- il est important de rappeler que la séroprévalence de la varicelle chez la femme enceinte est élevée : plus de 98% en France. Ce qui signifie qu'un faible % de femme ne sont pas protégé et court un risque,
- Néanmoins beaucoup de femmes ne connaissent pas leur statut vis-à-vis de la varicelle,
- Quels risques pour la mère? Alors que les varicelles de l'adulte représentent moins de 5% des varicelles en France, les adultes rendent compte de 25% des hospitalisations et 69% des décès.
- Quels risques pour le fœtus? Il existe un risque de foetopathie varicelleuse avant 20 semaines d'aménorrhées ou SA (globalement 2 à 2,5%)
- Pas de foetopathie après 20 SA mais risque de zona précoce. Le nombre de varicelles congénitales en France pourrait être de 1,5 à 3,5 cas par an

### Dans ce numéro :

Varicelle et grossesse	1
A l'agenda	2
Clostridium difficile	3
Burn-out	4
ENP 2012	5
Cathéters	6
Semaine sécurité patients	7
Hémocultures	8



Algorithme décisionnel

### Sommaire :

- Formations
- Surveillances
- Signalements
- Réglementation

### Pour en savoir plus

Diaporama « Varicelle et grossesse », Pr Daniel Floret, Réseau Mater-Sud-Est, Lyon, 2009

[http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/Reseaux/Mater/Journee/2009/6\\_Varicelle\\_et\\_grossesse\\_DF.pdf](http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/Reseaux/Mater/Journee/2009/6_Varicelle_et_grossesse_DF.pdf)

## Calendrier des événements

SEPTEMBRE 2012

## Rappel :

- Pour toutes questions concernant votre inscription et le suivi de vos surveillances, contacter M. Olivier Hoff au 03-83-15-35-45 et [o.hoff@chu-nancy.fr](mailto:o.hoff@chu-nancy.fr)
- Pour toutes questions concernant la méthodologie, l'interprétation des résultats d'une surveillance, contacter le coordonnateur inter-régionale de la surveillance <http://cclin-est.fr/spip.php?rubrique115> (lien vers le calendrier des surveillances)

					1	2	3
4	5	6	7	8	9	10	
11	12	13	14	15	16	17	
18	19	20	21	22	23	24	
25	26	27	28	29	30		

## Retour des données :

ENP 2012 : **fin du recueil le 26 septembre** (pour les ES ne faisant pas partie de l'échantillon Européen)REA et ISO : **1<sup>er</sup> octobre**

## Fiche de mise à jour Clin et EOH — Annuaire

Si un changement est intervenu dans la constitution de votre EOH et/ou Clin (ou instance équivalente), faites une mise à jour en ligne : <http://www.cclin-est.org/UserFiles/File/divers/FICHE%20MISE%20A%20JOUR%20ANNUAIRE.doc>

## COLLOQUES - JOURNEES - CONGRES - FORMATIONS

**Journée CCLin Est/ARLIN couplée avec la 17ème journée régionale de formation de l'antenne régionale Champagne-Ardenne : Reims le 25 octobre 2012 sur « Où en somme-nous avec les EPC? »** - accéder au programme et aux inscriptions : les inscriptions sont à envoyer uniquement au CCLin Est (voir coordonnées dernière page)

<http://www.cclin-est.org/spip.php?rubrique25>



17ème Journée régionale Resclin-Champagne-Ardenne  
Journée inter-régionale de formation CCLIN-Est  
Jeudi 25 Octobre 2012  
Grand Amphithéâtre de l'Institut Régional de Formation  
CHU de Reims

**BULLETIN D'INSCRIPTION**  
Inscription et repas gratuits

Nom : .....  
Prénom : .....  
Fonction/Spécialité : .....  
Service : .....  
Etablissement : .....  
Adresse : .....  
CP : ..... Ville : .....

Tel : .....  
E-Mail : .....  
Déjeunera le midi sur place :  
Oui :  Non :

A retourner au plus tard le :  
22 Octobre 2012 au CCLIN-Est  
Hôpital de Erasme - Rue du Monvain  
54511 VANDOEUVRE LES NANCY  
Tel : 03/83 15 34 73 - Fax : 03/83 15 39 73  
cclin.est@chu-nancy.fr

**PLAN D'ACCES**



CHU de REIMS  
PLAN ET MISE À JOUR





17ème Journée régionale  
du Resclin-Champagne-Ardenne &  
Journée Inter-régionale CCLIN-Est  
Jeudi 25 Octobre 2012

**PRÉ-PROGRAMME**  
THÈME:  
**OUÛ EN SOMME-NOUS  
AVEC LES EPC EN 2012 ?**

Grand Amphithéâtre de l'Institut  
Régional de Formation  
CHU de Reims

Matinée		Après-midi	
« ACTUALITES ET EVOLUTIONS »		« DESCRIPTION DE SITUATIONS EPIDEMIOLOGIQUES ET ENSEIGNEMENTS TIRES »	
09h00 Accueil et visite des stands		14h30 Epidémiologie d'infections à EPC en région Parisienne Dr Hervé BLANCHARD, CCLin Paris-Nord	
10h00 La résistance chez les Entérobactéries : Evolution épidémiologique Pr Christophe DE CHAMPS, CHU REIMS	11h45 Pause et visite des stands	15h05 Epidémiologie KP Oxa 48 en Lorraine Dr Emille POIRIER, ARLIN Lorraine N. JOUZEAU, CCLin-Est	
10h35 Les causes de la résistance : pression de la sélection des antibiotiques et/ou transmission croisée Dr Sandrine HENARD, CHU NANCY	12h30 Réflexions thérapeutiques face aux EBLSE et EPC Pr Christian RABAUD, CCLin-Est	15h40 Pause et visite des stands	
11h10 Recommandations pour prévenir les disséminations des Entérobactéries résistantes : EBLSE et EPC Dr Loïc SIMON, CCLin-Est	13h15 Déjeuner	16h00 Epidémiologie KP Oxa 48 en Champagne-Ardenne Dr Vincent STOECKEL, ARLIN Champagne-Ardenne	
		16h35 Clôture	

## COMPARAISON DE HUIT MÉTHODES DE DÉSINFECTION DE CHAMBRES D'HÔPITAL CONTRE *CLOSTRIDIUM DIFFICILE*

Une équipe britannique a passé au banc d'essai huit méthodes de désinfection de chambres d'hôpital contaminées par *Clostridium difficile*, qui conforte le coût-efficacité de la méthode traditionnelle par rapport aux nouvelles.

Les détergents sont insuffisants contre les spores de *C. difficile* dans les chambres de patients infectés par la bactérie. Il est donc recommandé de terminer leur nettoyage avec des agents sporicides ou à base de chlore.

Les produits à base de chlore sont les plus faciles à utiliser et les moins chers mais ils présentent certaines limites comme celles de relarguer des vapeurs irritantes, d'avoir une nature corrosive, d'être inhibés par les matières organiques et par une mauvaise adhésion du personnel aux bonnes méthodes de désinfection. Il y a donc un intérêt croissant pour de nouvelles méthodes de décontamination.

Ils ont comparé l'efficacité clinique et le coût-efficacité d'un produit à base de chlore (1.000 ppm, Actichlor Plus\*, Ecolab) avec celle des nouvelles méthodes, en nettoyage terminal de chambres d'hôpital vides désinfectées puis contaminées avec des spores de *C. difficile* 027. Les nouvelles méthodes évaluées étaient un dispositif de vaporisation de brouillard de peroxyde d'hydrogène à 350-700 ppm (Bioquell Q10\*), une technologie d'oxydation par ozone sec à 25 ppm (Meditrox100\*), des chiffons en microfibre avec ou sans produit à base de chlore à 1.000 ppm, un système de diffusion de vapeur sèche atomisée surchauffée à 180°C en association avec une solution hydroalcoolique contenant du métasilicate et du carbonate de sodium (Sanisystem\*, Polti), un dispositif de nettoyage vapeur (Osprey Deepclean\*), des éponges sporicides (Clinell\*,

Gama Healthcare) qui produisent de l'acide peracétique au contact de l'eau.

Les trois techniques qui se sont révélées les plus efficaces en désinfection terminale étaient le peroxyde d'hydrogène (baisse de 2,3 log de la contamination), le produit à base de chlore (-2,2 log) et les éponges produisant de l'acide peracétique.

La baisse de la contamination était de 1,4 log pour les chiffons en microfibre associés à un produit à base de chlore, de 1,3 log pour l'ozone sec, de 1,1 log pour les chiffons en microfibre sans produit à base de chlore et de 0,5 log pour les deux dispositifs de nettoyage vapeur. Un classement des différentes techniques en fonction de leur coût (par utilisation et par mois) est également fourni, la moins coûteuse étant l'utilisation de chiffons en microfibre (18 euros par utilisation, 189 euros par mois) et la plus coûteuse, l'ozone sec (147 euros par utilisation, 1.560 euros par mois), en passant par le produit à base de chlore, le nettoyage vapeur classique, la microfibre associée au produit à base de chlore, les éponges produisant de l'acide peracétique, le nettoyage vapeur haute température et le peroxyde d'hydrogène.

Le peroxyde d'hydrogène, le dispositif de nettoyage vapeur classique et les éponges produisant de l'acide peracétique étaient plus efficaces que le produit à base de chlore mais plus chers. Les chiffons en microfibre associés au produit à base de chlore, le dispositif de nettoyage vapeur à haute température et l'ozone sec étaient moins efficaces que le produit à base de chlore et plus chers. Les chiffons en microfibre seuls étaient moins chers que le produit à base de chlore mais légèrement moins efficaces.

La méthode traditionnelle et moins chère faisant appel à un produit à base de chlore est donc aussi efficace que les techniques modernes de désinfection pour les chambres de patients contaminées par *C. difficile*, concluent les auteurs.

### Pour en savoir plus

[Journal of Hospital Infection, 17 août, 8 pages](#)

(article à votre disposition sur simple demande au Cclin Est)



## LE BURN-OUT DES INFIRMIÈRES ASSOCIÉ À UN RISQUE ACCRU D'INFECTIONS NOSOCOMIALES

Le *burn-out* (ou épuisement professionnel) des infirmières à l'hôpital est associé à un risque accru d'infections nosocomiales, selon une étude américaine publiée dans le numéro d'août de l'*American Journal of Infection Control*.

Des études ont déjà mis en évidence un lien entre la surcharge de travail des infirmières et certaines infections nosocomiales. D'autres ont cherché à déterminer le meilleur paramètre de déficit des effectifs à l'hôpital ayant un réel impact sur les infections nosocomiales. Mais aucune étude publiée jusqu'à présent n'avait évalué l'association entre le *burn-out* des infirmières et les infections nosocomiales.

Cette étude a rapproché les données d'une enquête sur le *burn-out* des infirmières menée en 2006 auprès de plus de 7.000 salariés (des femmes dans 95% des cas) dans 161 hôpitaux de Pennsylvanie (227 lits en moyenne par établissement), avec les données de surveillance des infections nosocomiales (le choix s'étant porté sur les deux plus fréquentes, les infections urinaires sur sonde et les infections du site opératoire, dont les taux étaient en moyenne de 7 et 5 pour 1.000 patients respectivement).

Le *burn-out* a été évalué avec le MBI-HSS (Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey), un score sur 22 points associés à l'attitude professionnelle à

trois différents niveaux (surtout l'épuisement émotionnel, mais également la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel). Dans l'étude, plus d'un tiers des infirmières avaient un *burn-out* élevé (défini par un score MBI-HSS de 27 ou plus pour les professionnels de santé). Globalement et en moyenne, les infirmières étaient âgées de 44 ans et s'occupaient de 5,7 patients chacune.

L'étude a mis en évidence une association statistiquement significative entre le ratio infirmières/patients ou le *burn-out* élevé et les deux types d'infections nosocomiales.

L'assignation d'un patient supplémentaire à chaque infirmière dans un hôpital était associée à presque une infection urinaire supplémentaire pour 1.000 patients et à presque une infection du site opératoire supplémentaire pour 1.000 patients.

Une hausse de 10% de la proportion d'infirmières souffrant d'un *burn-out* élevé était associée à une augmentation de presque une infection urinaire et deux infections du site opératoire pour 1.000 patients. Inversement, si les hôpitaux parvenaient à diminuer la proportion d'infirmières souffrant d'un *burn-out* élevé (de 30% actuellement à 10%), un total de 4.160 infections pourraient être évitées et 41 millions de dollars par an économisés.

### Pour en savoir plus

[American Journal of Infection Control](#), août, vol.40, n°6, p486-490

(article à votre disposition sur simple demande au CClin Est)

## PSEUDOMONAS AERUGINOSA MULTI-RESISTANT

Les souches de *Pseudomonas aeruginosa* qui sont à adresser au CNR de la résistance aux antibiotiques (<http://www.cnr-resistance-antibiotiques.fr/>) restent les suivantes :

- Les souches résistantes à l'ensemble des antibiotiques testés excepté la colistine.
- Les souches associées à un phénomène épidémique
- Les souches dont le mécanisme de résistance est inexpliqué

Le CNR de la résistance aux antibiotiques nous alerte de l'identification d'une souche de *Pseudomonas aeruginosa* de sérotype O : 12 particulièrement résistante aux antibiotiques : résistance à tous les antibiotiques sauf la colistine et parfois au méropénème (la résistance au méropénème peut varier selon la présence ou non d'un mécanisme de résistance additionnel tel que l'altération de la porine OprD). Cette souche produit 4  $\beta$ -lactamases (VIM-30, OXA-35, PER-1 et PSE-1) dont 1 BLSE (PER-1) et

1 nouvelle carbapénémase (VIM-30).

Il paraît important que toute souche de sérotype O : 12 avec ces caractéristiques (souches résistantes à tout sauf à la colistine et parfois au méropénème soient adressées au CHU de Besançon (CNR Résistance aux antibiotiques - Laboratoire Associé, Professeur Patrick PLESIAT, HOPITAL JEAN MINJOZ, LABORATOIRE DE BACTERIOLOGIE, EA3186 - Boulevard Fleming - 25030 BESANCON CEDEX, Tél. : 03 81 66 82 86).

Il faudrait continuer à veiller que soient envoyées au CNR associé les souches de *Pseudomonas aeruginosa* :

- les souches toto résistantes : molécules I ou R à l'ensemble des antibiotiques excepté la colistine et le méropénème.
- les souches issues de cas groupés.

De plus, nous vous rappelons, l'importance du signalement d'infection nosocomiale avec ce type de bactéries multi-résistantes.

## ENQUÊTE NATIONALE DE PRÉVALENCE (ENP) DES INFECTIONS NOSOCOMIALES ET DES TRAITEMENTS ANTI-INFECTIEUX, 2012

L'ENP 2012 qui s'inscrit dans le cadre de la 1<sup>ère</sup> enquête Européenne de prévalence des IN a débuté depuis plusieurs semaines.

**Calendrier :**

~~Mi-février au 11 mai : inscription en ligne~~

~~Mi-avril : REALISE sélection de l'échantillon européen (tirage au sort de 55 ES de court séjour sur l'ensemble des ES participant à l'ENP 2012 au niveau national)~~

~~13 juillet : REALISE date limite de saisie des données (échantillon européen)~~

**26 septembre** : date limite de saisie des données (ensemble des ES hors échantillon européen)

Rappel : lien pour la saisie de l'ENP 2012

<http://eprev.invs.sante.fr/enp/identification.faces>

**Fin novembre** : résultats préliminaires nationaux

**Coordonnateur ENP 2012 pour le CCLin Est :**

**Loïc SIMON**, praticien hygiéniste (tel : 03-83-15-34-73)

## EPIDÉMIE LIÉE À UNE ENCRE DE TATOUAGE

Sur la base du signalement en 2012 d'un cas par un dermatologue américain, une enquête est lancée sur une épidémie d'infections de la peau et des tissus mous chez des sujets ayant été tatoués dans le même salon. Le cas signalé concerne un homme de 20 ans, précédemment en bonne santé, présente sur un bras une éruption granulomateuse persistante après avoir été tatoué sur cette zone en octobre 2011. Cet homme avait déjà été tatoué à de multiples reprises sans problème. Dans un premier temps, il a été traité sans succès par corticoïdes avant d'être adressé au dermatologue. La biopsie a montré la présence de *Mycobacterium chelonae*. Or, depuis 2003, on a décrit à plusieurs reprises une association entre tatouage et infection localisée par cette mycobactérie atypique. En interrogeant le cas index, on apprend que d'autres personnes ont présenté des réactions similaires après s'être fait tatouer par le même « artiste » dans le même salon. On se rend chez ce tatoueur qui explique que depuis mai 2011, il utilise une nouvelle encre noire prédiluée – ce qui donne une teinte grisée à 30, 60 ou 90 %, qui permet d'obtenir des ombres et un aspect en trois dimensions du tatouage. Il a acheté les premiers flacons de cette encre en avril 2011 chez un fournisseur d'Arizona ; puis s'est réapprovisionné quelques mois plus tard. Le conditionnement ne contient ni numéro de lot ni autre élément d'identification.

Pour repérer tous les cas d'infections, on prend 4 mesures :

- on demande au laboratoire d'anatomopathologie auquel s'adressent la plupart des dermatologues de signaler tous les cas de réaction granulomateuse associée à une encre ;
- on obtient de l'artiste la liste des clients qu'il a tatoués entre mai et décembre 2011 ;
- on contacte tous les salons de tatouage des environs : aucun n'utilise la même encre et aucun n'a eu de cas d'éruption parmi ses clients ;
- les clients exposés sont contactés et interrogés.

Il apparaît que le tatoueur du cas index observait de bonnes pratiques : instruments stériles, gants jetables propres, récipients pour encre à usage unique.

Une enquête a été diligentée par la FDA chez le fournisseur d'encre.

Au total, on a identifié 19 cas d'infection à *M. chelonae* associée à un tatouage : 14 confirmés, 4 probables, 1 suspecté. Des biopsies ont été obtenues chez 17 des 19 patients ; chez 12, on a observé des infiltrats lymphohistiocytaires diffus dans le derme superficiel et des granulomes chez les 5 autres. *M. chelonae* a été isolé chez 14 des 17 sujets. Les CDC ont confirmé l'isolement de *M. chelonae* dans 11 isolats cliniques et dans une des trois bouteilles d'encre non ouvertes (dilution à 30 %). Toutes les bouteilles d'encre prédiluée du tatoueur ont été confisquées.

Byron Kennedy et coll. *New England Journal of Medicine* du 23 août 2012.

## UN PROGRAMME DE FORMATION DIMINUE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES LIÉES AUX CATHÉTERS DANS LES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE

Les hôpitaux universitaires de Genève ont diminué leurs infections nosocomiales liées aux cathéters en mettant en place un important programme de formation multidisciplinaire et multimodal, selon une étude présentée à San Francisco à l'Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy (ICAAC).

Le programme a commencé par la formation de 146 anesthésistes et spécialistes des soins intensifs via 20 ateliers de simulation de quatre heures d'insertion de cathéters veineux centraux, puis par la formation d'infirmières via un programme d'apprentissage sur internet ([www.carepractice.net](http://www.carepractice.net)) -tout d'abord 980 infirmières de l'établissement puis 294 nouveaux arrivants..

Depuis 1985, l'hôpital utilise comme antiseptique la chlorhexidine alcoolique en préparation cutanée avant l'insertion des cathéters, mais n'a recours à aucun cathéter enduit ni pansement imprégné de chlorhexidine.

L'étude a porté sur quatre ans, de 2008 à 2011, période pendant laquelle 6.353 cathéters ont été placés chez 3.952 patients pendant 6 jours en médiane (correspondant à 61.366 cathéters-jours). Un total de 114 bactériémies liées aux cathéters ont été observées, ces infections survenant en médiane au bout de 15 jours.

Il y a eu une baisse trimestrielle statistiquement significative du nombre de bactériémies liées aux cathéters, de 8,2% à l'échelle de l'hôpital entier, de 10,6% dans les unités de soins intensifs et de 7,4% en dehors des unités de soins intensifs.

Une baisse de la densité d'incidence des bactériémies liées aux cathéters a également été enregistrée entre la première et la dernière année de l'étude. Elle est passée de 2,3 à 0,7 bactériémies pour 1.000 cathéters-jours à l'échelle de l'hôpital, de 1,7 à 0,4 pour 1.000 dans les unités de soins intensifs et de 2,7 à 0,9 pour 1.000 en dehors des unités de soins intensifs.

Une association significative a été trouvée entre le nombre trimestriel cumulé de médecins et d'infirmières formés et la baisse du taux de bactériémies liées aux cathéters.

Il s'agit du premier programme de formation multidisciplinaire et multimodal à montrer une baisse significative des bactériémies liées aux cathéters à l'échelle d'un hôpital. Le programme est adapté aux soins quotidiens et est actuellement testé dans un essai randomisé contrôlé européen incluant 15 hôpitaux.

## A LIRE

### Réseaux sanitaires en milieu hospitalier Une préconisation technique affinée pour les concepteurs

Malgré les divers documents, guides ou documentations des fabricants, distributeurs et centres techniques, il n'est pas toujours facile de faire le tri et le lien entre les diverses recommandations qui doivent permettre de concevoir des réseaux sanitaires aisément exploitables. Démarches et fiches pratiques pour s'y retrouver.



Par Jacques Naitychia (ancien ingénieur hospitalier à l'APHP)

Revue CHAUD • FROID • PERFORMANCE • N°759 - Septembre 2012

(article à votre disposition sur simple demande au CCLin Est)

## SEMAINE DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTS DU 26 AU 30 NOVEMBRE 2012 : « ENGAGEONS-NOUS POUR DES SOINS PLUS SÛRS »

La sécurité des soins apportée aux patients est un objectif majeur pour l'ensemble des acteurs du système de santé. C'est la raison pour laquelle le Ministère en charge de la santé organise la deuxième édition de la **semaine de la sécurité des patients**, pour que chacun, professionnel et usager, puisse s'informer, échanger et prendre conscience de son rôle dans ce domaine.

Les thèmes retenus cette année sont déclinés sous forme de supports de communication dont les messages sont les suivants :

- **bien utiliser les médicaments**
- **favoriser la communication**
- **soulager la douleur**
- **renforcer l'hygiène des mains**

Le Ministère chargé de la santé invite l'ensemble des professionnels de santé à s'engager dans l'opération et à mener des actions d'information et de sensibilisation.

Pour en savoir plus :

<http://www.sante.gouv.fr/semaine-de-la-securite-des-patients-du-26-au-30-novembre-2012-engageons-nous-pour-des-soins-plus-surs.html>

Pour visualiser les outils mis à votre disposition :

<http://www.sante.gouv.fr/les-outils,11819.html>

Pour commander les outils de la semaine de la sécurité des patients 2012 :

<http://www.sante.gouv.fr/formulaire.html>

Les thèmes retenus par le groupe de travail pour 2012 sont déclinés sous forme de supports de communication dont les messages sont les suivants :

- **bien utiliser les médicaments** : le message adressé au patient est axé sur des principes clés relatifs à la connaissance du médicament et à la communication avec les professionnels de santé. Pour les professionnels de santé, le support met l'accent sur la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse aux points de transitions que sont les entrées, sorties et transferts des patients.

- **favoriser la communication** : le patient est invité à libérer sa parole, à questionner les professionnels de santé, afin de le rendre acteur de sa propre sécurité. Le professionnel est incité à favoriser le dialogue avec le patient et à la communication au sein de l'équipe. Il est également sensibilisé au signalement et à l'analyse des événements, pour faire progresser la culture de sécurité.

- **soulager la douleur** : l'objectif est d'inciter le patient à exprimer sa douleur auprès des professionnels. Le patient est informé de ses droits et de l'intérêt à parler de sa douleur. Le professionnel est sensibilisé à l'écoute et à considérer la parole du patient comme un signal pouvant faire évoluer la prise en charge.

- **renforcer l'hygiène des mains** : cette année, la journée sur l'hygiène des mains ou « mission main propre » est intégrée dans la semaine de la sécurité des patients. L'objectif pour les patients est de comprendre comment il peut agir sur sa sécurité et prévenir les infections grâce à l'hygiène des mains. Pour le professionnel, le message permet de les informer sur le pourquoi, quand et comment utiliser les produits hydro-alcooliques. Par ailleurs, un message est spécifiquement adapté aux infirmiers libéraux



## UNE MÉTHODE SIMPLE POUR DIMINUER LA CONTAMINATION DES HÉMOCULTURES

Un hôpital américain présente une méthode simple et efficace pour faire baisser les taux de contamination des flacons d'hémoculture.

La contamination des prélèvements, qui ne devrait normalement pas dépasser 3% des échantillons, reste un problème sérieux conduisant à des prises en charge inutiles et coûteuses.

La formation des professionnels de santé sur les techniques adéquates de prélèvements de sang à des fins d'analyse par culture permet de réduire les coûts humains et financiers associés à la contamination des échantillons. Mais dans certaines situations, la formation seule n'est pas suffisante et des mesures complémentaires sont nécessaires.

Une méthode simple a été mise en place au Veterans' Administration Medical Center (VAMC) à Mountain Home (Tennessee), un hôpital universitaire qui compte 114 lits.

Avant qu'ils ne soient envoyés au laboratoire, tous les flacons de sang doivent être étiquetés avec les initiales des professionnels de santé ayant réalisé les prélèvements. Si ces initiales manquent ou sont illisibles, le service d'origine est contacté afin d'obtenir cette information.

Le laboratoire assure ensuite une traçabilité des contaminations et des taux de contamination pour chaque professionnel de santé. Une analyse de sang par culture est considérée comme étant contaminée si au moins un des micro-organismes suivants (staphylocoque à coagulase négative, *Corynebacterium*, streptocoque hémolytique alpha ou gamma, *Micrococcus*, *Bacillus* et *Propionibacterium*) est identifié dans une série d'analyses de sang par culture, parallèlement ou non à un pathogène.

Un retour individualisé est effectué auprès des professionnels de santé et en particulier des infirmières du service des urgences, avec des conseils oraux et une formation au lit des patients pour le personnel ayant des prélèvements de sang contaminés pendant au moins deux mois.

Cette étude rétrospective a porté sur quatre ans et demi et a mis en évidence une baisse du taux de contamination des échantillons de sang à analyser, qui est passé de 2,6% deux ans avant le changement de procédure à 1,5% deux ans et demi après, la différence étant statistiquement significative. La baisse était rapide puisqu'elle était de 42% en 12 mois.

Environ 141 épisodes de contamination ont été évités, permettant une économie de l'ordre de 1,13 million de dollars.

### Pour en savoir plus

Journal of Hospital Infection, août, vol.81, n<sup>o</sup>4, p 288-291

(article à votre disposition sur simple demande au CClin Est)

Adresse:  
Hôpitaux de Brabois  
Rue du Morvan  
54 511 Vandoeuvre les Nancy  
Secrétariat central:  
Tél. 03 83 15 34 73  
Fax 03 83 15 39 73  
Email. [cclin.est@chu-nancy.fr](mailto:cclin.est@chu-nancy.fr)

Retrouvez nous sur le  
Web  
<http://www.cclin-est.org/>

