



Infections **A**ssociées aux **S**oins dans une unité de réanimation: de la théorie à la pratique

Dr I. Aissa

Dr F. Messai

Tunis, le 29 septembre 2016



Introduction

- Infections associées aux soins (IAS) :
Sujet d'intérêt (public-professionnels)
- Conséquences des IAS: épidémiologie, qualité de soins, coût, morbi-mortalité, médico-légal
- Les soignants et les usagers sont à la recherche d'informations pertinentes sur le niveau de la qualité des soins prodigués

Définitions (1)

Infection Nosocomiale(IN) 1999 (FR)

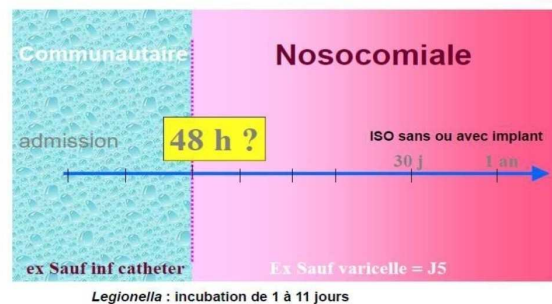
« toute infection qui survient au cours ou à la suite d'une **hospitalisation**, qui n'était ni présente, ni en incubation à l'admission du patient. » Nosos (maladie) komeîn (soigner)

Infection Associée aux Soins (IAS) 2007

Une infection est dite associée aux soins si elle survient au cours ou au décours **d'une prise en charge** (diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive ou éducative) et si elle n'était ni présente ni en incubation au début de la prise en charge. Concerne **patients, professionnels, visiteurs**

IN est une IAS contractée en établissement de santé

Définitions (2)



IAS:

Lorsque l'état infectieux au début de la prise en charge n'est pas connu précisément, un délai d'au moins 48h ou un délai supérieur à la période d'incubation est couramment accepté pour définir une IAS

Infection du site opératoire (ISO):

On les considère comme associée aux soins lorsqu'elles surviennent dans les 30 jours suivant l'intervention, ou s'il y a mise en place d'un implant ou d'une prothèse, dans l'année qui suit l'intervention

Définitions (3)

Et quelque soit le délai de survenue d'une IAS

- Il est recommandé d'apprécier **dans chaque cas la plausibilité de l'association entre la prise en charge et l'infection**
- « Associée » et non « liée » aux soins (causalité)
- Tenir compte du type de germe en cause

Exclusions de la définition des IAS

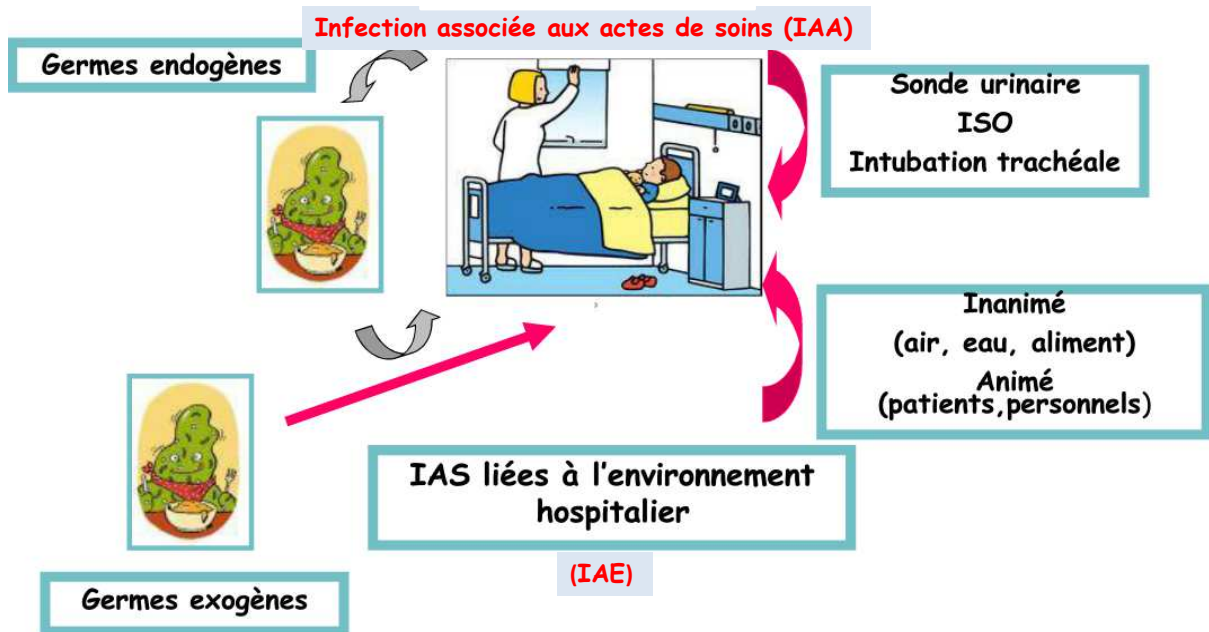
Infection présente ou en incubation à l'admission

Colonisations asymptomatiques/ urinaires, cathéter,
cicatrice

Infections Associées aux Soins (IAS)

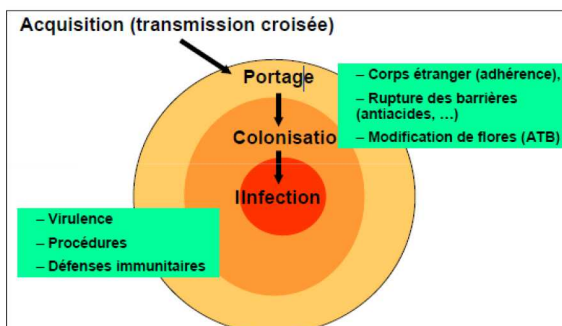
Mécanismes et origines des germes des IAS

Soins au sens large (incluant l'hébergement et le nursing) Par un professionnel de santé
Ou soins auto-dispensés dans le cadre d'un protocole



IAS: Mécanismes

- ❑ Infections **endogènes** (2/3 des cas):
A partir de la propre flore du patient
 - Infection urinaire à partir de la flore du périnée
 - Infection pulmonaire
 - Infection du site opératoire ISO



- ❑ Infections **exogènes** (1/3 des cas)

Flore des autres patients, flore de l'environnement

- Par l'intermédiaire des soignants ou des visiteurs
- Transmission croisée: manu portage, gouttelettes, dispositifs médicaux, surfaces souillées

IAS: EPIDEMIOLOGIE

- ★ IAS **pays développés**
5 à 10% des patients contractent une ou plusieurs IAS
IAS en France : Enquête de prévalence 1996: 10% IN
Enquête de prévalence **2012**: 5,3% IN
- ★ IAS **pays en voie de développement**:
peuvent dépasser les 25%
- ★ IAS en milieu **de soins intensifs**: de 20% à 30%

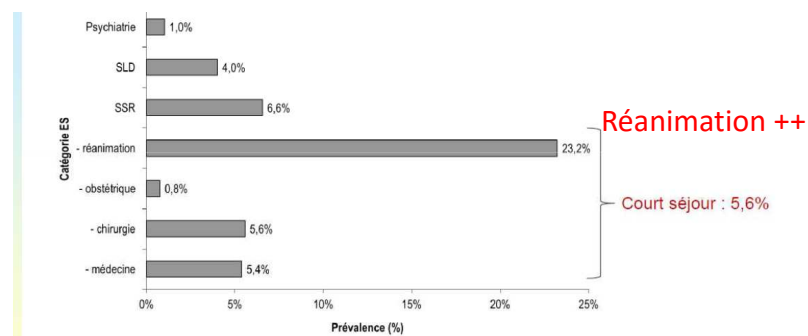
Infections urinaires, respiratoires, bactériémies, ISO

IAS: EPIDEMIOLOGIE

La fréquence des infections nosocomiales (IN) en France

■ Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux, 2012

■ Prévalence des infections nosocomiales
◆ taux de patients infectés = 5,1% (n=15 180)



ENP 2012 : Prévalence des patients infectés, selon les caractéristiques des patients (1)

Facteur de risque	Patients (N)	Infectés N	%	Ratio de prévalence
Age (années)				
[15-45[	52 857	1 161	2,2	REF
[1-15[	6 517	158	2,4	1,1
[0-1[	10 833	265	2,4	1,1
[45-65[	69 442	3 389	4,9	2,2
[85 et plus [	54 266	3 372	6,2	2,8
[65-85[	106 415	6 835	6,4	2,9
Sexe				
Femme	163 134	7 493	4,6	REF
Homme	137 196	7 687	5,6	1,2
Mac Cabe				
0	174 928	5 747	3,3	REF
1	51 260	4 103	8,0	2,4
2	23 528	2 909	12,4	3,8
Inconnu	50 614	2 421	8,6	(-)

Age (mois)	Patients		%
	N	N	
[0-1[	8 558	125	1,5%
[1-2[	857	59	6,9%
[2-3[	419	33	7,9%
[3-4[	191	12	6,3%
[4-5[	128	10	7,8%
[5-6[	119	3	2,5%
[6-11]	561	23	4,1%

<http://www.invs.sante.fr/>

ENP 2012 : Prévalence des patients infectés, selon les caractéristiques des patients (2)

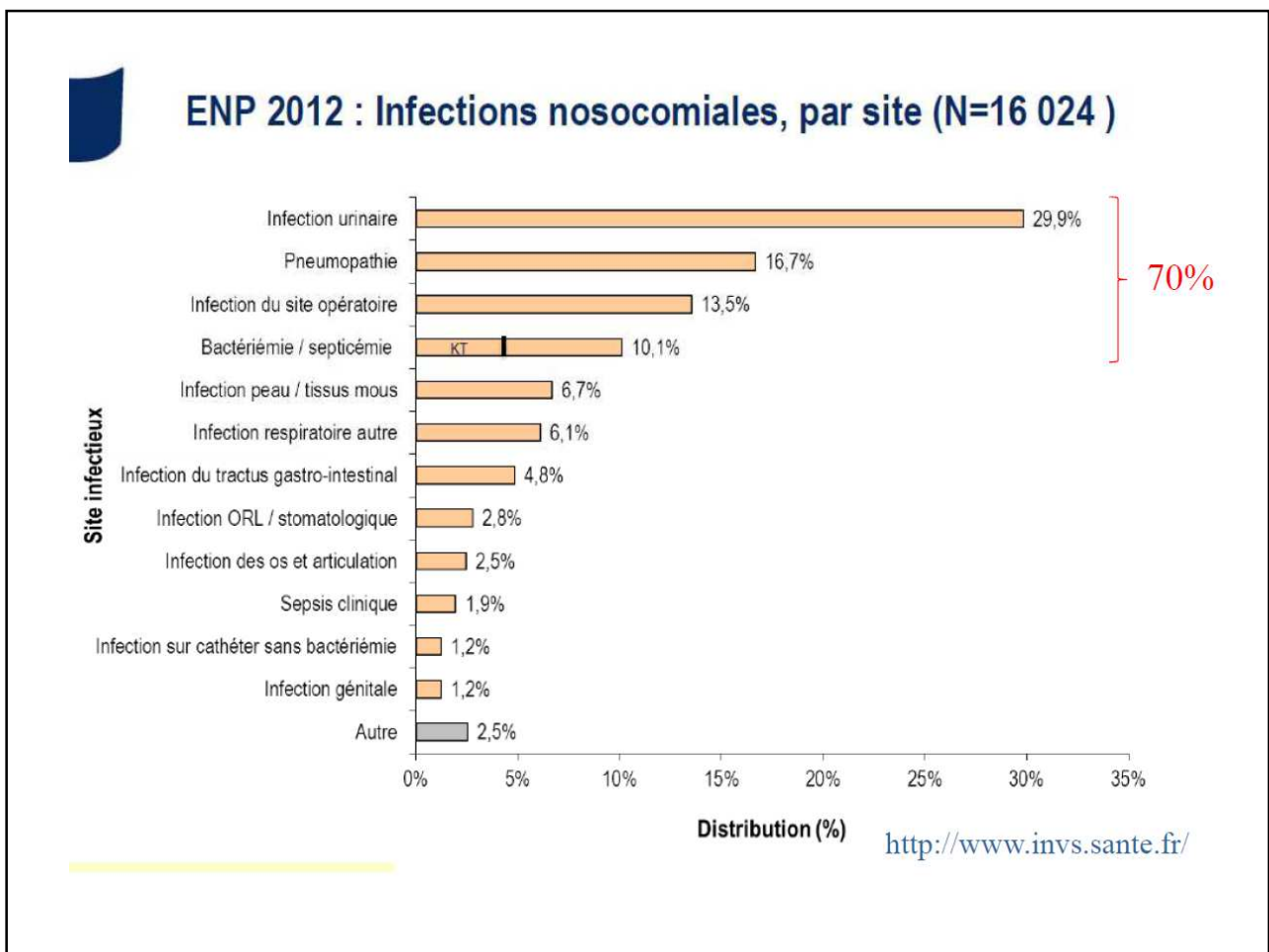
Facteurs de risque	Patients (N)	Infectés N	%	Ratio de prévalence
Immunodépression				
Non	257 317	11 414	4,4	REF
Oui	28 800	3 133	10,9	2,5
Inconnu	14 213	633	4,5	(-)
Affection maligne				
Non	246 336	10 935	4,4	REF
Tumeur solide	31 533	2 827	9,0	2,0
Hémopathie	5 249	712	13,6	3,1
Inconnu	17 212	706	4,1	(-)
Intervention depuis l'admission				
Non	247 148	11 037	4,5	REF
Oui	53 182	4 143	7,8	1,7

<http://www.invs.sante.fr/>

ENP 2012 : Prévalence des patients infectés, selon les caractéristiques des patients (3)

Facteurs de risque	Patients (N)	Infectés		Ratio de prévalence
		N	%	
Au moins un dispositif invasif				
Non	206 133	5 750	2,8	REF
Oui	94 197	9 430	10,0	3,6
Cathéter				
Non	214 169	6 696	3,1	REF
Oui	86 161	8 484	9,8	3,1
- dont périphérique veineux	59 432	4 123	6,9	2,2
- dont périphérique sous cutané	9 341	1 005	10,8	3,4
- dont PAC	9 686	1 140	11,8	3,8
- dont PICC	1 150	278	24,2	7,7
- dont central veineux	8 800	2 375	27,0	8,6
- dont central artériel	1 121	317	28,3	9,0
- dont périphérique artériel	2 223	659	29,6	9,5
Sonde urinaire				
Non	276 062	11 151	4,0	REF
Oui	24 268	4 029	16,6	4,1
Intubation / Trachéotomie				
Non	295 870	14 014	4,7	REF
Oui	4 460	1 166	26,1	5,5

<http://www.invs.sante.fr/>



Et en réanimation?

Surveillance des infections nosocomiales en réanimation adulte

Réseau REA-Raisin, France, Résultats 2012

Incidence pour 100 patients exposés	n patients	n' inf.	Taux (n'/n)
Pneumopathie liée à l'intubation	19 501	2 436	12,49 / 100 patients intubés
Bactériémie	29 554	1 115	3,77 / 100 patients surveillés
Infection urinaire liée au sondage	25 196	1 028	4,08 / 100 patients sondés
Culture CVC+ (COL, ILC ou BLC)	19 226	1 287	6,69 / 100 patients cathétérisés
ILC	19 226	177	0,92 / 100 patients cathétérisés
BLC	19 226	155	0,81 / 100 patients cathétérisés
Incidence pour 1000 jours d'exposition	n jours	n' inf.	Taux (n'/n)
Pneumopathie liée à l'intubation	166 135	2436	14,66 / 1000 j d'intubation
Bactériémie liée au séjour	321 307	1 115	3,47 / 1000 j de séjour
Infection urinaire liée au sondage	266 714	1 028	3,85 / 1000 j de sondage urinaire

IAS: EPIDEMIOLOGIE TUNISIE



Enquête Nationale de Prévalence des Infections Nosocomiales NosoTun 2012 (publié en 2014)

- Prévalence patients infectés 6.6%
- Prévalence IN 7.2%
- Prévalence des patients infectés en réanimation 28.8%
- Site respiratoire (25%), urinaire (22%)
bactériémie (15%)

IAS: EPIDEMIOLOGIE TUNISIE



NosoTun 2012

Facteurs favorisants:

- Gravité (Pathologie fatale) : 18,7%
- Immunodépression : 11,6%
- Intervention dans les 30 jours : 21,7%
- Au moins un dispositif invasif : 56%

IAS: EPIDEMIOLOGIE TUNISIE

NosoTun 2012

Documentation bactériologique pour près de 50% des IN

Bactérie	Nombre (%)	
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	56 (19)	50% imp R
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	51 (17)	68% BLSE
<i>Acinetobacter baumannii</i>	45 (15)	
<i>Escherichia coli</i>	45 (15)	
<i>Staphylococcus aureus</i>	31 (10,5)	50% Méti R
<i>Staphylococcus coagulase négative</i>	18 (6)	
<i>Enterobacter cloacae</i>	16 (5,5)	
Autres (nosocomiaux potentiels: 19 et non habituels: 16)	35 (12)	
	Total : 297	

FACTEURS DE RISQUE DES IAS

- Facteurs « procédures » (invasives)
- Facteurs patients (scores gravité, co-morbidités, ATB...)
- Facteurs environnementaux (air, eau, dispositifs et équipements, personnel)
- Facteurs organisationnels
 - Autorisant ou non l'observance optimale des protocoles de prévention

FACTEURS DE RISQUE DES IAS

« le germe n'est rien le terrain est tout » (Louis Pasteur)

Inf CVC	Inf. urinaire	Pneumopathie	Inf. site op.
<ul style="list-style-type: none"> - Foyer inf. à distance - Gravité 	<ul style="list-style-type: none"> - Sexe féminin - Diarrhée - Diabète - Ins. rénale 	<ul style="list-style-type: none"> - Gravité - Age - BPCO - Tb. de déglutition - Inhalation - Tb. de conscience - Traumatisme - Chir. récente - Déf. viscérale 	<ul style="list-style-type: none"> - Cl. de contamination - Score ASA - Immunodép. - Age, obésité, - Diabète, état nutrition.
<ul style="list-style-type: none"> - Durée de CVC - Site de pose - Asepsie à la pose - Expérience de l'opérateur - Nbre de manip - Asepsie lors des manipulations 	<ul style="list-style-type: none"> - Durée de sondage - Asepsie à la pose - ATB en cours - Ch. Urologique - Respect du système clos 	<ul style="list-style-type: none"> - Durée de ventilation - Réintubation - Sédation - Prévention de l'ulcère - ATB antérieure 	<ul style="list-style-type: none"> - Durée pré-op. - Dépilation cutanée - Antisepsie cutanée - ABprophylaxie - Technique du chir. - Durée de la chir. - Qualité de l'air - Rigueur au bloc op.

Terrain pré-existant

Terrain lié aux soins

PREVENTION DES IAS

Approche globale: **Bundles** of care:

- . Moyens associés permettant d'obtenir un effet significatif
- . 3 à 5 mesures , simples à appliquer

Approches multimodales visant à:

- Réduire la transmission des microorganismes (FHA...)
- Réduire l'exposition aux risques liés aux techniques invasives (procédures...)
- Réduire la diffusion des BMR par l'usage raisonné des ATB (antimicrobial stewardship)

Prévention des ILCVC Bundles: exemple

- ▶ Mise en place 5 mesures dans 108 réanimations
 - Hygiène des mains
 - Chlorhexidine
 - mise en place chirurgicale
 - priorité sous clavière
 - ablation si inutile
- ▶ Diminution bactériémies sur KT
 - 7,7/1000 JKT en initial (mediane 2,7)
 - 2,3 (mediane 0) entre M0-M3
 - 1,4 (médiane 0) à M18

Pronovost NEJM 2006

**A comparer à:
REARASIN 2013 = 0,6**

Et ça marche...

Interventions multimodales sur les ILC en réanimation

	Avant	Après	% Red.	Post
• Civetta, 1996	15%	8.6%	43%	
• Maas, 1998	42%	12%	71%	
• Bishop-Kurylo, 1998	11.2/10 ³ j.	7.0/10 ³ j.	37%	
• Bijma, 1999	13/10 ³ j.	8/10 ³ j.	38%	
• Eggimann, 2000	6.3/10 ³ j.	2.9/10 ³ j.	65%	1.7-3.4/10 ³ j
• Coopersmith, 2002	10.8/10 ³ j.	3.7/10 ³ j.	66%	
• Warren, 2004	9.4/10 ³ j.	5.5/10 ³ j.	41%	
• Berenholtz, 2004	11.2/10 ³ j.	0/10 ³ j.	100%	0.54/ 10 ³ j

Adapté et augmenté de Harbarth S, J Hosp Infect 2003

Et ça marche

Infections liées aux cathéters (ILC)

□ Mise en place de 5 mesures préventives (MP)



(Hygiène des mains, Chlohexidine alcoolique, asepsie maximale, éviter la V. fémorale, retrait des CVCs inutiles.)

- 103 USI du Michigan (300 310 Jours-CVC)

➤ Incidence des ILC pour ‰ J-CVC, avant MP (moyenne, médiane):

7.7‰ et 2,7‰ jours CVC

➤ Incidence des ILC 18 mois après MP:

1.3‰ et 0‰ jours CVC

Pronovost et al, NEJM 2006; 355

○ Maintien de cette réduction 36 mois après MP

Pronovost et al, BMJ 2010; 340

5



Communiqué de presse 9 Mai 2011:

« ICUs in Michigan sustain Zero blood stream
infections for up to 2 years »

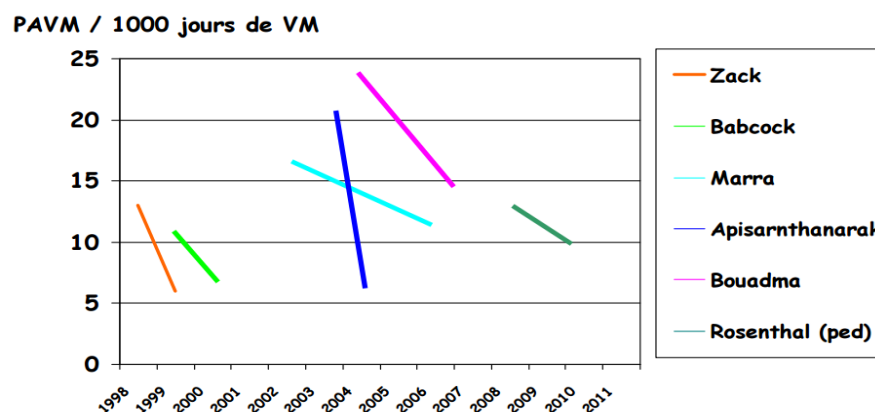
Prévention des PAVM

Bouadama and all, CCM 2010

8 mesures mises en place

- Hygiène des mains
- Port de gants
- Surrélévation de la tête
- Surveillance pr du ballonnet
- Sonde oro gastrique
- Surveillance du résidu gastrique
- Désinfection buccale
- limiter les aspi trachéales

Mise en place de « bundles » et incidence des PAVM



Prévention des IAS

Et pour que ça marche en équipe

Nous savons quelles sont les mesures (Bundles)
les appliquons-nous?

Déclaration des **événements indésirables associés aux soins**

AUDIT++

Indicateurs de process (pratiques de soins, management du patient)
Indicateurs de résultats (objectif à atteindre)

Prévention des ILS

Et pour que ça marche en équipe

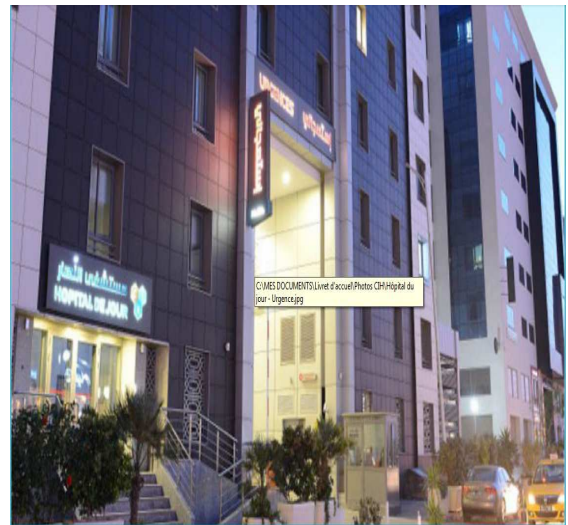
Nous savons quelles sont les mesures (Bundles)
les appliquons-nous?

Analyse des audits en équipe

Evaluation en interne dans le temps
(tableau de bord)

Actions correctives et retour d'expérience

Culture de sécurité +++



En pratique

Comment nous essayons de diminuer les IAS
dans notre réanimation?

PRESENTATION DE NOTRE ETABLISSEMENT



Clinique pluridisciplinaire:

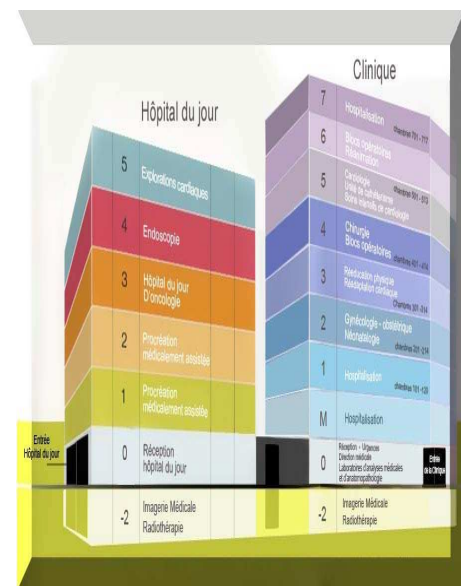
Ouverture juin 2011

oncologie, cardiologie, médecine, chirurgie,
réanimations, gynécologie, maternité, HDJ,
plateau technique

580 employés

220 lits répartis sur 11 niveaux

12 salles d'opération



La réanimation



- réanimation polyvalente adulte
- 7 lits
- ratio soignant/patient: 3/7
- nb d'admissions par an:728
- journées d'hospi/an:2350

Quels moyens pour lutter contre les IAS

Contexte : En Tunisie et dans le secteur privé

Pas de déclaration ni de recueil IAS
Pas de structure régionale ni de réseau CLIN
Insuffisance des données épidémiologiques

Contexte : Réanimation

Constat : Alerte par le nombre important de bactéries
multi-résistantes importées, d'infections croisées.
Incidence? Prodiguons-nous des soins de qualité?

Quelle écologie bactérienne en réanimation ?

Dans un établissement privé

ECOLOGIE BACTERIENNE

Service de réanimation:

« épice centre de la résistance aux ATB »

Etude rétrospective (juin 2011-février 2013)

objectif: *déterminer: la résistance des Bacilles Gram Négatif aux C3G/IMP*
: la résistance de Staphylococcus aureus à la méthicilline

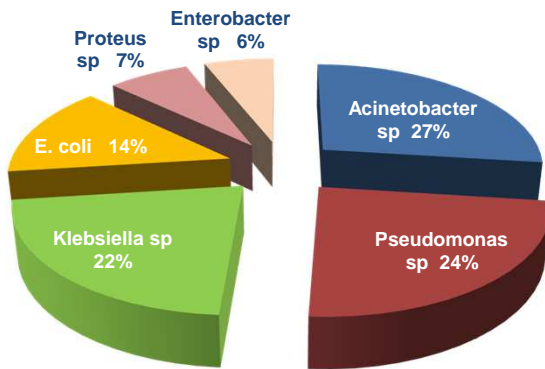
Répartition des souches par site de Prélèvement

Origine	Nb de souches isolées
Respiratoire	74 (37%)
Hémoculture	54 (27%)
Urinaire	47 (23%)
Digestive	13 (6.5%)
Autres	8 (4%)
LCR	2 (1%)
Total	198

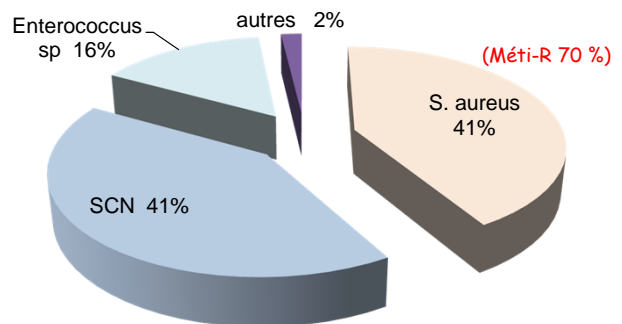
100 patients, (moitié étrangers)

Répartition globale des Germes en réanimation

Bacilles Gram Négatif (n=145)

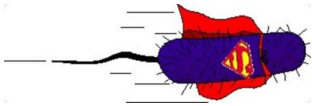


Cocci Gram positif (n=53)



AU FINAL La RESISTANCE DES BGN

Multi-résistance C3G+IMP+cipro



40 % entérobactéries
89 % acinetobacter sp
40% pseudomonas sp

Niveau de résistance élevé ++
BMR++

Pour Entérobactéries et Acinetobacter sp:

COLIMYCINE : 100% de sensibilité

TIGECYCLINE: 92% de sensibilité pour 50 souches testées

Morbidité et mortalité des infections à BMR en France 2012 (étude Burden)

- 158 000 infections à BMR (France 2012)
- Dont 16 000 invasives (bactériémies)
- SARM et entérobactéries résistantes aux C3G responsables de 65% de ces infections
- **Nombre total de décès attribués 12 500**
- Dont 2700 décès liés à des infections invasives





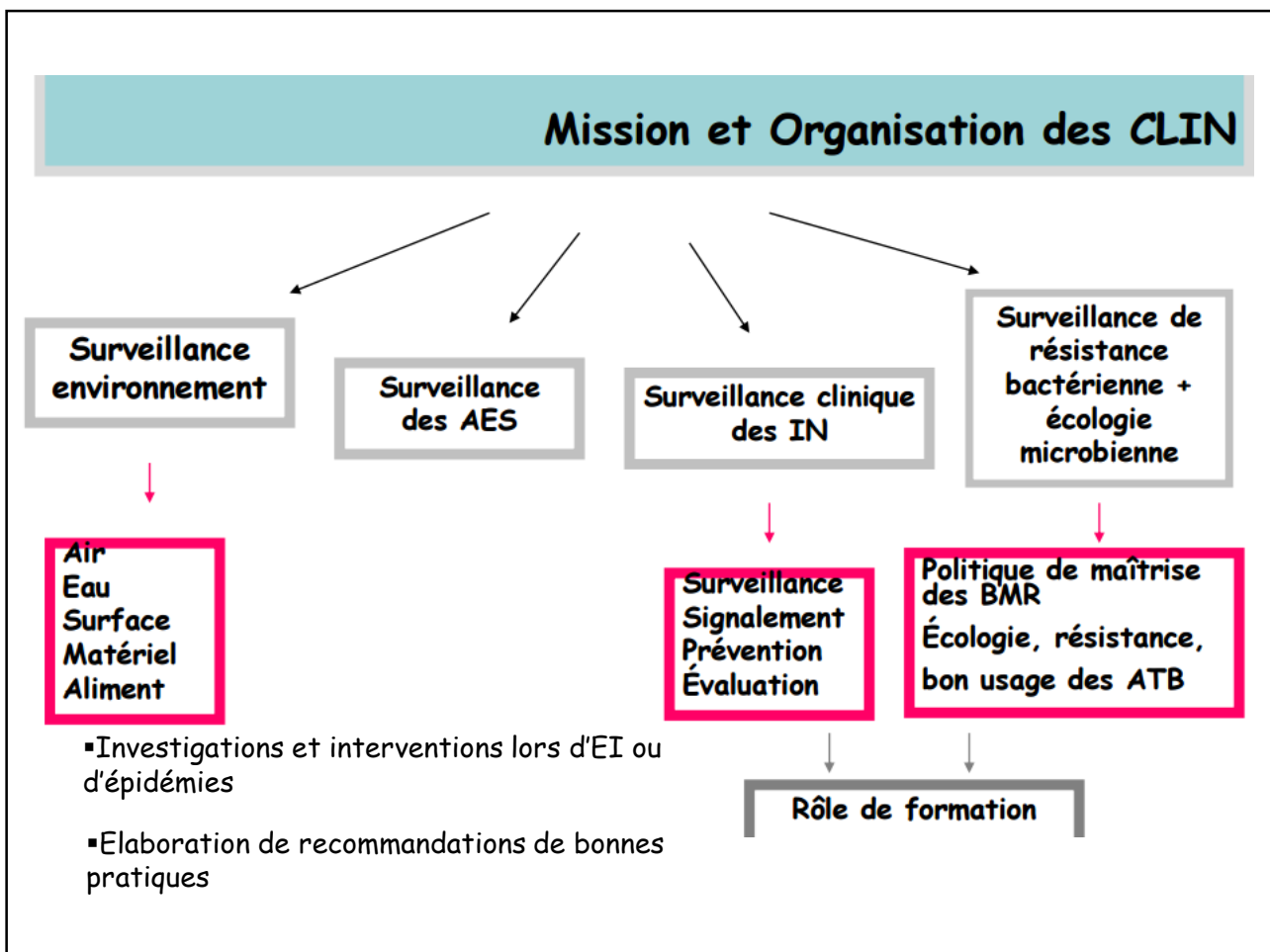
1/ Mise en place d'un comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) et d'une équipe opérationnelle d'hygiène (EOH)

▪Équipe pluridisciplinaire:

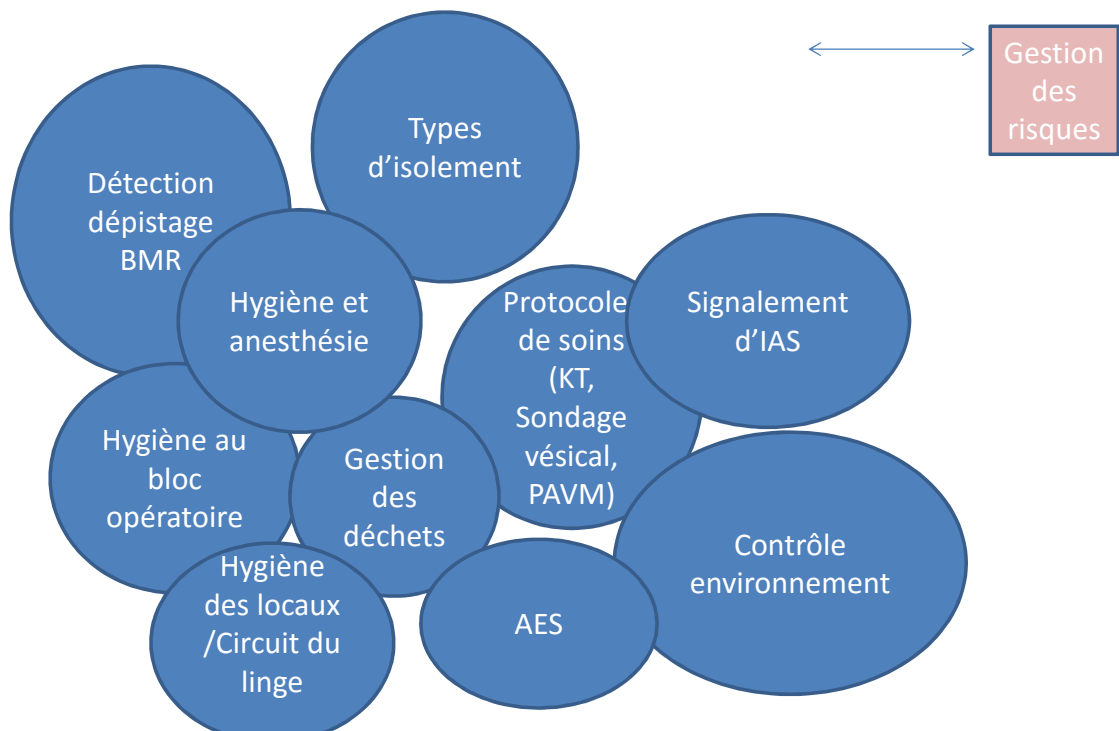
médecin anesthésiste, biologiste, hygiéniste,
infirmiers, surveillants
médecin de travail,
représentants maintenance,
référents ,
représentants administration

Les missions de l'EOH s'inscrivent dans une démarche d'action d'amélioration
continue de la qualité des soins

▪Mise en œuvre le programme d'actions



2/Mise en place en place des protocoles et procédures par le CLIN



3/ Mesures pratiques pour contrôler les IAS

- Renforcement des mesures d'hygiène
- Implantation des solutés hydro-alcooliques
- Déclaration des IAS
- Application des protocoles de soins (audits)
- Analyse en équipe des IAS
- Formations
- Campagnes ++
ex hygiène des mains (affiches et journée)



4/ Mesures spécifique diffusion BMR

- Dépistage systématique des BMR
- Déclaration systématique des BMR
- Signalisation (élargie à l'ensemble de l'établissement)
- Mise en place d'un indicateur BMR acquis/BMR import

5/ Culture de sécurité

★ Comité gestion des risques

★ Déclaration des événements indésirables

Nb d' événements indésirables risque infectieux:
145/1009 soit **14%** (2014-2016)
veinite (12%), non respect d'isolement BMR (7%) ISO (4%)

★ **Formations +++** (épidémiologie locale, facteurs de risque, pronostic, prévention)

De l'approche **épidémiologique** à la **qualitative** (causes latentes, facteurs contributifs)

★ Retour d'expériences



RESULTATS

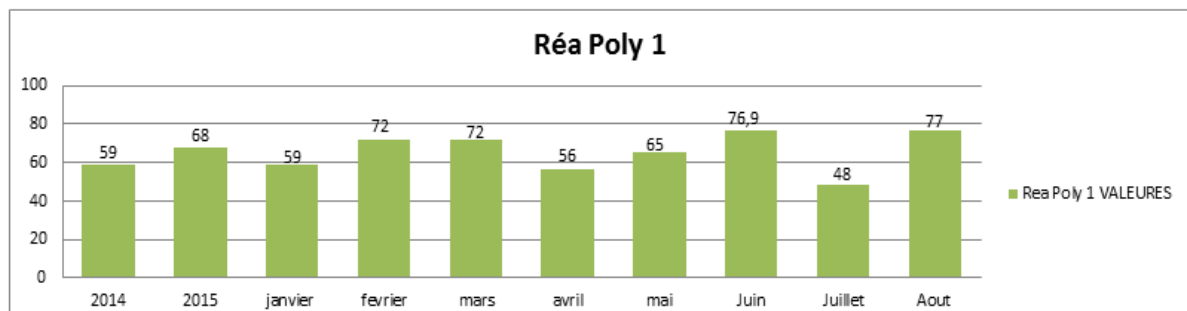
- ➔ Hygiène des main
- ➔ Infections liées aux cathéters (CVC)
- ➔ PAVM
- ➔ BMR acquis

EVOLUTION DE L'INDICATEUR ISCHA EN REANIMATION

Hygiène des mains service Réa Polyvalente 1

Définition de l'ICSHA : Volume en litre de SHA consommée/Nbr d'hospitalisation*0.003*nbr de friction par spécialité *100

Objectif : une consommation supérieure ou égale à **100%**



Affichage dans les services des résultats de compliance aux bundles

Incidence des infections liées aux cathéters

Les infections retenues selon:

Définition d'une infection de cathéter (SRLF 2002/HCSP2010)

▶ **ILC non bactériémique:**

- Culture CVC $\geq 10^3$ ufc/ml
- ET
- Régression totale ou partielle dans les 48 h
 - ou
 - Orifice purulent ou tunnelite

▶ **Bactériémie liée au CVC:**

- Bactériémie dans les 48 h
- ET
- Culture site d'insertion + au même germe

ou
Culture CVC $\geq 10^3$ ufc/ml
même germe

Infection non liée au CVC :

CVC stérile ou $<10^3$
Culture CVC positive
souche différente et/ou
autre foyer infectieux présent et le
syndrome inf ne régresse pas à
l'ablation du CVC
La culture du CVC et autre site positive
et le syndrome infectieux ne régresse
pas à l'ablation du CVC

▶ **Bactériémie liée au CVC:**

- Bactériémie dans les 48 heures
- ET
- Rapport HC quantitative KT/HC périph ≥ 5
 - ou différence temps de pousse ≥ 2 h

Nos Bundles pour diminuer les ILC

Installation chirurgicale lors de la pose

Hygiène des mains et friction hydro-alcoolique avant la manipulation de la ligne veineuse

Changement de la ligne veineuse /3 jours

Enveloppement du premier raccord du KTVC par un pansement

Changement du pansement toutes les 72h à partir de j1

Check-list et traçabilité

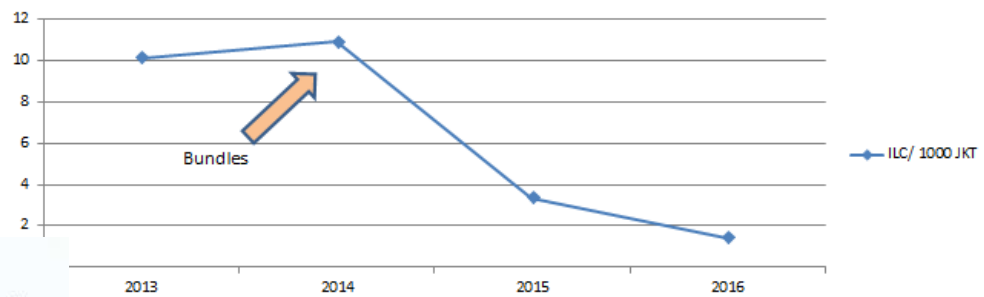
CHECK-LIST			
« POSE D'UN CATHETER VEINEUX CENTRAL (CVC) OU AUTRE DISPOSITIF VASCULAIRE (DV) »			
HAS			
<p>Identifiez le patient</p> <p>Quatre à quatre et</p> <p>Non, patient identifié</p>	<p>DATE</p> <p>Site et date de pose :</p> <p>URGENT <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>OPÉRATEUR</p> <p>Non</p> <p>Spécies, recollé par :</p> <p>Check list rempli par :</p>	<p>TYPES DE MATIÈRE</p> <p>CVC <input type="checkbox"/> CVC héartf <input type="checkbox"/></p> <p>CVC tunnellé <input type="checkbox"/> Doubleur tunnellé <input type="checkbox"/></p> <p>CVC tunnellé <input type="checkbox"/> Autre PFC-est <input type="checkbox"/></p>
<p>AVANT LA MISE EN PLACE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vérifier la perfusion veineuse <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Vérifier l'état de la veine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Vérifier l'absence de thrombose <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Vérifier l'absence de lésion cutanée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Vérifier l'absence de lésion de la peau <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Vérifier l'absence de lésion de la peau <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Vérifier l'absence de lésion de la peau <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Vérifier l'absence de lésion de la peau <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 	<p>PENDANT LA MISE EN PLACE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procédure aseptique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Désinfection des mains <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Désinfection de la peau <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Vérification par opérateur des matériels <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Vérification des connexions <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Fixation <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Enveloppement du cathéter <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • FONCTIONNEMENT <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Vérification de la fixation du dispositif <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Vérification de la fixation du dispositif <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Vérification de la fixation du dispositif <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Vérification de la fixation du dispositif <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 	<p>APRÈS LA MISE EN PLACE</p> <ul style="list-style-type: none"> • CONTRÔLE CVC / DV <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Vérification de la fixation <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Vérification de la fixation <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Vérification de la fixation <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Vérification de la fixation <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Vérification de la fixation <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Vérification de la fixation <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Vérification de la fixation <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <p>COMMENTAIRE (en cas de non respect)</p>	

Incidence des infections liées aux cathéters

L'incidence d'une pathologie est une mesure du risque pour un individu de contracter cette pathologie pendant une période donnée

$$\frac{\text{Nombre de nouveaux cas d'ILC/période}}{\text{Total des journées de cathéter veineux central/période}} \times 1000$$

ILC/ 1000 JKT



Nos Bundles pour diminuer les PAVM

Toilette oropharygée et nasale avec
une solution antiseptique

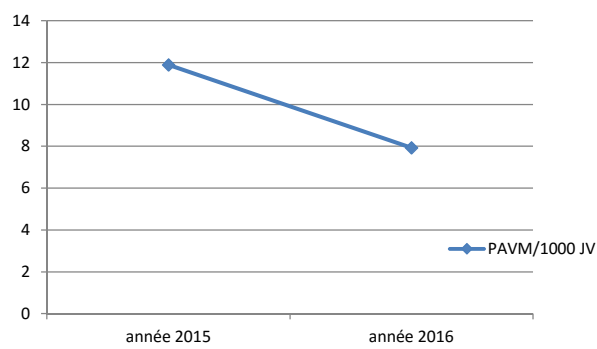
Algorithme d'arrêt quotidien de la sédation

Asepsie rigoureuse lors des
aspirations trachéales

Proclive 30°

Ballonnet contrôlé/12h avec traçabilité

SUIVI DE L'INCIDENCE DES PAVM



PAVM/1000 JV



Nos mesures pour diminuer le ratio BMR acquis/BMR imprtés

- Dépistage systématique des BMR
- Implantation des SHA
- Signalisation et mesures d'isolement et renforcement des précautions contact
- Renforcement mesures d'hygiène- formations

SUIVI DES BMR ACQUIS/IMPORTE

En 2015
Nb patients BMR: 54
Nb de BMR acquis 12/54 (22%)



En 2016
Nb patients BMR: 59
Nb de BMR acquis 7/59 (11%)

DISCUSSION D'EQUIPE (1)

- Réalité de l'IAS:
 - Y avait-il une IAS
 - Cette IAS était-elle liée aux soins?
(imputabilité)
 - Cette IAS était-elle évitable?/sur
escarres, brûlures
 - Si décès, l'IAS était elle associée ou
responsable du décès?

IAS? Imputable? Evitable?

DISCUSSION D'EQUIPE

- Analyse des événements indésirables, des audits et des indicateurs (ICSHA..)
- Retour d'expérience
 - Permettent de relever des défaillances latentes (organisation, environnement, respect des procédures)
 - Pour une politique continue d'amélioration des soins

Analyse critique Limites

Quels type de malades recrutés ?
(score de gravité /type de pathologie)

A qui doit on se comparer ?

Se comparer à nous-mêmes dans le temps

Perspectives et Conclusions

Elargissement des pratiques à l'ensemble de l'établissement

Inclure d'autres indicateurs, Tableau de bord qualité

Quelles nouvelles associations de mesures?

Bundles « à la carte » en fonction de ses mauvaises habitudes

Audits cliniques et développement des évaluations des
pratiques professionnelles

Utilisation rationnelle des ATB

Mobilisation autour d'un réseau de surveillance régional et
national

Behaviour in infection control

Successful strategies to improve infection control practices result from their multidimensional aspect. Based on behavioural theories and reported experiences, multimodal intervention strategies have more chance of success than single approaches or promotion programmes focusing on one or two elements alone.

Pittet D, J Hosp Infect 2004

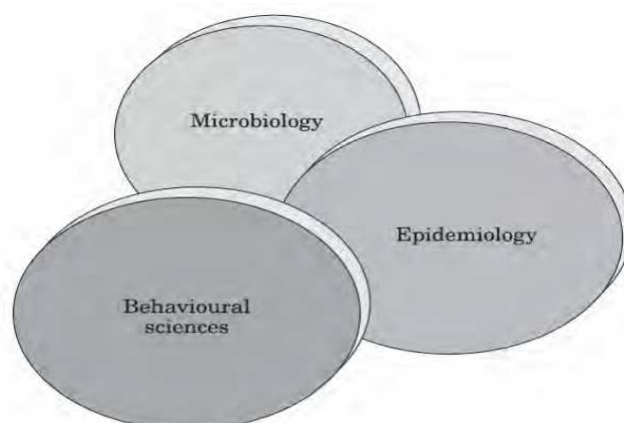


Figure 1 Key determinants of infection control programmes.

