

La Lettre de L'Unité de Prévention du Risque Infectieux (UPRI) SAT

n°16 : Mai-Juin 2024



A noter sur vos agendas

Groupe de travail « Correspondant Hygiène » : le 27/06 de 14h à 15h

Webinaires CPIas : Bionettoyage le 16/09 de 14h à 15h30

Si vous souhaitez participer aux webinaires et/ou aux formations : contactez Mme AUDRAIN (DECT : 80114)

Etude expérimentale sur la labellisation des services vis-à-vis de la prévention du risque infectieux

La certification HAS des établissements de santé impulse une dynamique pluridisciplinaire valorisante mais le maintien de celle-ci dans la durée est un vrai challenge. Les Unités de Prévention du Risque Infectieux (UPRI) sont partie prenante pour maintenir cet élan au quotidien. Ainsi, la création d'un label « Prévention du Risque Infectieux » (PRI) s'appuyant sur des indicateurs standardisés permettrait de suivre annuellement les progrès réalisés par les services.

OBJECTIFS

- Évaluer dans un service l'application des critères prioritaires de prévention du risque infectieux
- Maintenir la dynamique de la certification au long court

MATERIELS ET METHODES

Un groupe de travail associant les UPRI de plusieurs hôpitaux de l'AP-HP a élaboré un questionnaire évaluant la maîtrise du risque infectieux dans les services cliniques. Ce questionnaire évalue 47 critères regroupés en 12 objectifs sur les thématiques suivantes :

- Identification de correspondants en risque Infectieux
- Information du patient
- Désinfection des mains
- Tenues et équipement de protection individuelle (EPI)
- Antisepsie de la peau saine
- Gestion des cathéters
- Autres : sonde urinaire – réévaluation de l'antibiothérapie
- Gestion des excréta
- Bionettoyage
- Entretien des points d'eau
- Gestion des déchets
- Prévention des accidents d'exposition au sang (AES)

Chaque critère, évalué par observation directe des pratiques ou par entretien avec des soignants et des patients, est noté : oui, partiellement, non ou non applicable. Un score est attribué pour chaque critère. Ce questionnaire a été complété par deux personnes de l'UPRI durant le mois de juin 2023 dans tous les services cliniques, après avoir informé de la démarche les cadres de santé et les responsables médicaux des services.

RESULTATS

22 services cliniques ont été évalués.

Les critères ont été atteints à des degrés variables selon les services : **cinq services ont validé plus de 80% des objectifs, les autres entre 60 et 80%.**

Cette première évaluation a montré que la cotation n'était pas suffisamment discriminante pour certains critères et que la formulation de certaines questions devait être revue. La pondération a été modifiée pour une prochaine évaluation.

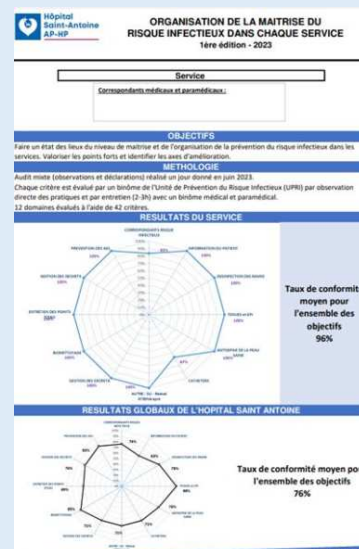
Cette démarche a été bien accueillie par les soignants et les patients et a permis d'identifier des axes d'amélioration adaptés à chaque service.

CONCLUSION

Le concept initial du label « PRI » n'a pas été retenu en l'état, mais les résultats ont été communiqués aux services sous forme de rapport en avril 2024 sous le titre « Organisation de la maîtrise du risque infectieux du service ».

Cette évaluation permet **d'impliquer chaque soignant dans la prévention du risque infectieux**. La collaboration du **binôme chef de service/cadre de santé des services de soins est essentielle**. L'investissement des UPRI dans la formalisation, sous forme de rapport, de l'audit de la maîtrise de la « PRI » valorise leur travail quotidien.

Cette expérience a été présentée au congrès national de la société d'hygiène hospitalière (SF2H) 2024 à Nancy (format poster).



UPRI (Unité de Prévention du Risque Infectieux) - EOH (Equipe Opérationnelle d'Hygiène)

Pr Frédéric Barbut, Chef de service : DECT 80113/Dr Florence Stordeur, Praticien Hospitalier : DECT 80249

Nathalie Audrain, Cadre hygiéniste : DECT 80114/Gil Dhenin, Infirmier hygiéniste : DECT 85185

Solweig Luce, Technicienne hygiéniste : DECT 80232/Interne : DECT 84949

sat-eoh@aphp.fr / Célia Ferreira, Secrétariat : 83008

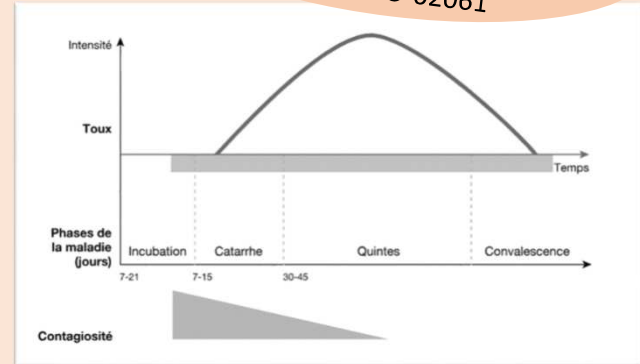


Recrudescence de la coqueluche en Europe, appel à la vigilance en France

Pour plus d'info vous pouvez consulter la procédure sur la GED, réf : HYG-MO-02061

La coqueluche en quelques mots :

- ✓ Infection bactérienne à *Bordetella pertussis*
- ✓ Transmission **respiratoire** (gouttelettes), favorisée au sein des **familles** et des **collectivités**
- ✓ Incubation = 7-21 jours
- ✓ Manifestation par une **rhinite (phase dite catarrhale de 4-6 jours)**, suivie d'une **toux persistante**, insomniante, parfois émetisante, sans fièvre, avec **quintes paroxystiques**
- ✓ Très **contagieuse**, pendant **21 jours après le début des signes (en l'absence de traitement)**
- ✓ Les **personnes à risque de forme grave** comprennent :
 - les nourrissons (trop jeunes pour être vaccinés ou pas complètement)
 - les personnes souffrant d'une maladie respiratoire chronique (asthme, broncho-pneumopathies chroniques obstructives...)
 - les personnes immunodéprimées
 - les femmes enceintes



Recrudescence de la coqueluche en France en 2024 :

Depuis le début de l'année 2024, une vingtaine de cas groupés a été signalée dans huit régions de France, comparé à seulement deux cas groupés en 2023. La coqueluche évolue par **cycles de recrudescence tous les 3 à 5 ans** et il est probable que les mesures sanitaires prises lors du COVID aient atténué la circulation de la bactérie (dernier pic épidémique en France en 2017-2018). La recrudescence est liée à une **perte d'immunité** chez les adultes (pas de rappel vaccinal ou naturel), qui constituent ainsi le réservoir de la bactérie. Aussi cette situation nécessite une vigilance accrue pour **limiter la propagation**, en renforçant les mesures de prévention, notamment la **vaccination** et la **sensibilisation dans l'entourage des personnes malades**.

Diagnostic : la mise en évidence de la bactérie dans les sécrétions respiratoires est le seul diagnostic de certitude .

- ✓ Prélèvement : **aspiration ou écouvillonnage nasopharyngé**, dans les 21 jours après le début des signes.
- ✓ Technique : **PCR en 1^{ère} intention**, alternative par culture (si réalisée dans les 15 premiers jours).
- ✓ Par ailleurs et au-delà de 21 jours, **évaluation clinique et épidémiologique** (enquête autour d'un cas, et/ou PCR sur cas secondaires).

Conduite à tenir en cas de découverte d'un cas de coqueluche :

- ✓ Chez un patient hospitalisé : **précautions complémentaires gouttelettes et antibiothérapie** par azithromycine 500mg/jour pendant 3 jours; chez un soignant : **éviton** pendant la période de contagiosité (>3 jours d'azithromycine ou 5 j clarithromycine)
- ✓ **Alerte** de l'UPRI et du **service de santé au travail**
- ✓ **Prévention des cas secondaires** : recenser les contacts parmi personnels, patients et accompagnants
 - Vérification du statut vaccinal et mise à jour si nécessaire
 - Antibio prophylaxie par azithromycine chez les contacts non protégés proches du cas et ceux à risque de formes graves

Prévention primaire : indications de la vaccination

- ✓ Calendrier vaccinal = **primo vaccination obligatoire chez l'enfant depuis le 1er janvier 2018** (2 injections à 2 et 4 mois suivies d'un rappel à 11 mois, [cf calendrier vaccinal](#)) + stratégie du **coconing recommandée (entourage)**
- ✓ Cas contacts **non à jour de la vaccination**
- ✓ **Recommandée pour tout professionnel de santé** : rappel à 25, 45 et 65 ans
- ✓ **Recommandée pour les femmes enceintes** : 1 dose dTcaPolio à chaque grossesse, de préférence ente 20 et 36 SA.

Retrouvez le dossier thématique de [Santé Publique France ici](#)