

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

n°12 : Juillet-Août-Septembre 2023



A noter sur vos agendas

21/09 : Groupe de travail - Correspondants paramédicaux en hygiène SAT

28/09 : Webinaire CPIas PS/PC

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

20/10 : Webinaire CPIas Dispositifs veineux

28/09 : Formation en hygiène hospitalière destinée aux personnels non médical APHP

19/10 : Formation prévention des infections associées aux soins destinée aux cadres APHP

3^{ème} concours « Hygiène des mains »

Le concours « Hygiène des mains » est de retour pour sa 3^{ème} édition :

du 25 septembre au 06 octobre 2023.

Vous aviez été plus de 300 participants en 2022.

Confrontez-vous à notre terrible machine, intraitable avec les mains mal désinfectées !



Service de Réa Chir



Venez défier les détenteurs du titre ! Et gagnez des supers lots !

Service de Chir. Ortho.

Service de Cardio.



Retour sur l'audit « EvaGex » 2023

La gestion des excréta est une mesure essentielle pour la maîtrise de la diffusion de micro-organismes, parmi lesquels figurent les bactéries multi-résistantes aux antibiotiques

L'UPRI de l'hôpital de Saint Antoine a participé en **janvier 2023** à l'**audit national « Eva-Gex »** organisé par la mission SPARES (*Surveillance et Prévention de l'Antibio-Résistance en Etablissement de Santé*), visant à évaluer les pratiques de maîtrise du péril fécal dans les établissements de santé. Le péril fécal correspond au risque de contamination par des micro-organismes fécaux (présents dans les selles). La gestion des excréta figure parmi les critères impératifs de la certification HAS V2020 et 2023.

Cet audit a eu lieu dans **huit unités de notre hôpital** : Département d'Aval des Urgences (DAU), Unité Post-Urgence de Médecine Interne (UPUMI), Oncologie, Cardiologie, Médecine interne, Réanimation chirurgicale, Réanimation médicale et service des Maladies Infectieuses et Tropicales (SMIT). Il était déclaratif et le recueil des données mixte car regroupant les observations faites par l'UPRI (7 questions, 3 critères) et les services de soins participants (cadre de santé, soignants et patients volontaires) (33 questions, 10 critères).

Un score par critères était établi et un plan d'action a été défini ensemble et adapté au service.

Les résultats ont indiqué la **disponibilité des matériels à usage unique (UU), des équipements de protection individuelle (EPI) et l'utilisation à bon escient des gants** (incluant une fréquence adaptée de réalisation d'une friction hydro-alcoolique (FHA)). Les points à améliorer étaient la **connaissance par les équipes de la procédure « Gestion des excréta »** (réf HYG-PRO-01991) et la nécessité de **doter chaque bassin d'un couvercle** pour sécuriser le transport jusqu'au lave-bassin. Par ailleurs, 45% des professionnels interrogés ont relevé un manque d'équipement. Pour rappel, un marché est disponible pour la maintenance curative/préventive des laves bassins et une formation à leur utilisation. Lors d'une panne un **bon saphir permet de déclencher une intervention**.

Les résultats de cet audit ont été communiqués lors d'une séance du Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) local SAT de juin 2023.

Merci à tous les participants, ces échanges contribuent à l'amélioration continue des pratiques !

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

Chef de service : DECT 80113/Praticien Hospitalier : DECT 80249

Cadre hygiéniste : DECT 80114/Infirmier(e) hygiéniste : DECT 85185

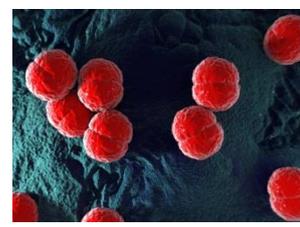
Technicien(ne) hygiéniste : DECT 80232/Interne hygiéniste : DECT 84949

sat-eoh@aphp.fr / Secrétariat : 83008



Zoom sur les méningites à méningocoque

Pr Frédéric BARBUT



Epidémiologie

Le méningocoque (*Neisseria meningitidis*) est une bactérie responsable d'environ 30% des méningites en France. Les méningites à méningocoques et les méningococcémies sont des maladies à déclaration obligatoire à prédominance hivernale. Leur mortalité varie de 4 à 8%.

Neisseria meningitidis est une bactérie strictement humaine. Elle est TRES fragile et se transmet par les gouttelettes de Pflügge (sécrétions rhinopharyngées) au cours de contacts prolongés et répétés. La période de **contagiosité** débute 10 jours avant l'hospitalisation et se termine 24 heures après la première administration parentérale de ceftriaxone ou de tout autre antibiotique efficace sur le portage.

Un cas secondaire est défini comme une infection à méningocoque survenant chez un sujet contact d'un cas après un délai supérieur à 24 heures. Les cas secondaires sont exceptionnels et ils représentent 1 à 2% des cas déclarés.

- **Les sujets « contacts » sont toutes les personnes** directement exposées aux sécrétions rhinopharyngées d'un cas sans protection (masque chirurgical et lunettes de protection). L'évaluation du risque doit prendre en considération les éléments suivants :
- la promiscuité : la transmission par les sécrétions rhinopharyngées est facilitée par une distance de **moins de 1 mètre**
- le type de contact : il s'agit uniquement de contacts en **face à face**
- la durée : à moins d'un mètre, la probabilité de transmission des sécrétions rhinopharyngées augmente avec la durée de contact
- lors d'un contact bouche à bouche, la durée importe peu.

Mesures générales de prévention :

- Le patient suspect des infections invasives à méningocoque (IIM) doit être hospitalisé en chambre individuelle durant les 24 premières heures du traitement antibiotique efficace.
- Des précautions complémentaires de type « **gouttelettes** » **doivent être mises en place**. Devant tout cas de **suspicion d'IIM**, le port du masque chirurgical est **obligatoire** pour le **malade**, lors de ses déplacements en dehors de sa chambre ou en présence de visiteurs. **Les personnels prenant en charge le patient atteint d'IIM** doivent porter des lunettes de protection et un masque (masque chirurgical pendant les 24 premières heures du traitement antibiotique du patient).
- La désinfection rhinopharyngée et les prélèvements rhinopharyngés des sujets contacts sont inutiles.
- Etant donnée la fragilité du méningocoque, la désinfection terminale des chambres est injustifiée.
- Les précautions complémentaires des sujets « contacts » sont inutiles.

Personnels de soins devant recevoir une chimioprophylaxie :

- Parmi le personnel soignant, seuls les sujets « contacts » doivent recevoir une chimioprophylaxie par rifampicine (600 mgx2 pendant 2 jours). La chimioprophylaxie doit être réalisée dans les plus brefs délais, autant que possible dans les 24-48 heures suivant le diagnostic. Elle n'a pas d'intérêt au-delà de 10 j après le dernier contact avec le cas index pendant sa période de contagiosité.
- Toute chimioprophylaxie doit être signalée au médecin du travail qui est responsable du suivi pendant 15 jours des personnels de soins ayant reçu cette chimioprophylaxie. Le médecin du travail doit être en mesure de recenser le nombre de personnes ayant reçu une chimioprophylaxie.
- La vaccination des sujets « contacts » (définis ci-dessus) n'est indiquée que si le méningocoque en cause est de sérotype A, C, Y ou W135. La vaccination est recommandée le plus rapidement possible après la connaissance du sérotype et dans un délai maximum de 10 jours après le dernier contact avec le cas index pendant la période de contagiosité, parallèlement à la chimioprophylaxie.

- **Lien** : <https://www.cpias-ile-de-france.fr/docprocom/doc/cpias-ars-affiche-imm-2019.pdf>