INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS : RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ AUX SERVICES DE RÉANIMATION

Atef MTIR, Radhia ARFAOUI, Amira BEN JAZIA, Hassen BEN GHEZALA, Nozha BRAHMI

SERVICE DE RÉANIMATION DU CAMU, TUNIS

DEFINITIONS- CONCEPTS

- **Infection nosocomiale**
  - infection hospitalière
  - infections croisées

- **Infection associée aux soins**
  - infection associée à l'environnement de soins
  - infection associée à un acte de soins

- **Infection endogène / exogène**

- **Infection évitable** (application des mesures d'hygiène)

DEFINITION

- **Un délai d'au moins 48 heures** est couramment accepté pour définir une IAS
- **Pour les infections du site opératoire:** un délai de **30 jours** suivant l'intervention
- S'il y a **mise en place d'un implant, d'une prothèse ou d'un matériel prothétique**: **l'année** qui suit l'intervention

DEFINITION

- **Sortent du cadre nosologique:**
  - Les colonisations asymptomatiques
  - les infections présentes ou en incubation lors du contact avec le système de santé

EPIDEMIOLOGIE

- **En France,**
  Fréquence: **600 000 à 1 million/ an**, avec **10 000 décès/an**

- **En Tunisie**: Enquète (NosoTun 05)
  Prévalence: **30,7%**

- Les ILS sont responsables de **millions de journées d'hospitalisation supplémentaires**;
  - x 2 la charge en soins infirmiers,
  - x 3 la dépense en médicaments,
  - x 7 les examens complémentaires

ASPECTS CLINIQUES ET SPÉCIFICITÉS

- ORDRE DE FREQUENCE :
  - Les PAVM
  - Les Infections urinaires
  - Les Infections sur KT
  - Les Infections du site opératoire
  - Les Bactériémies/septicémies

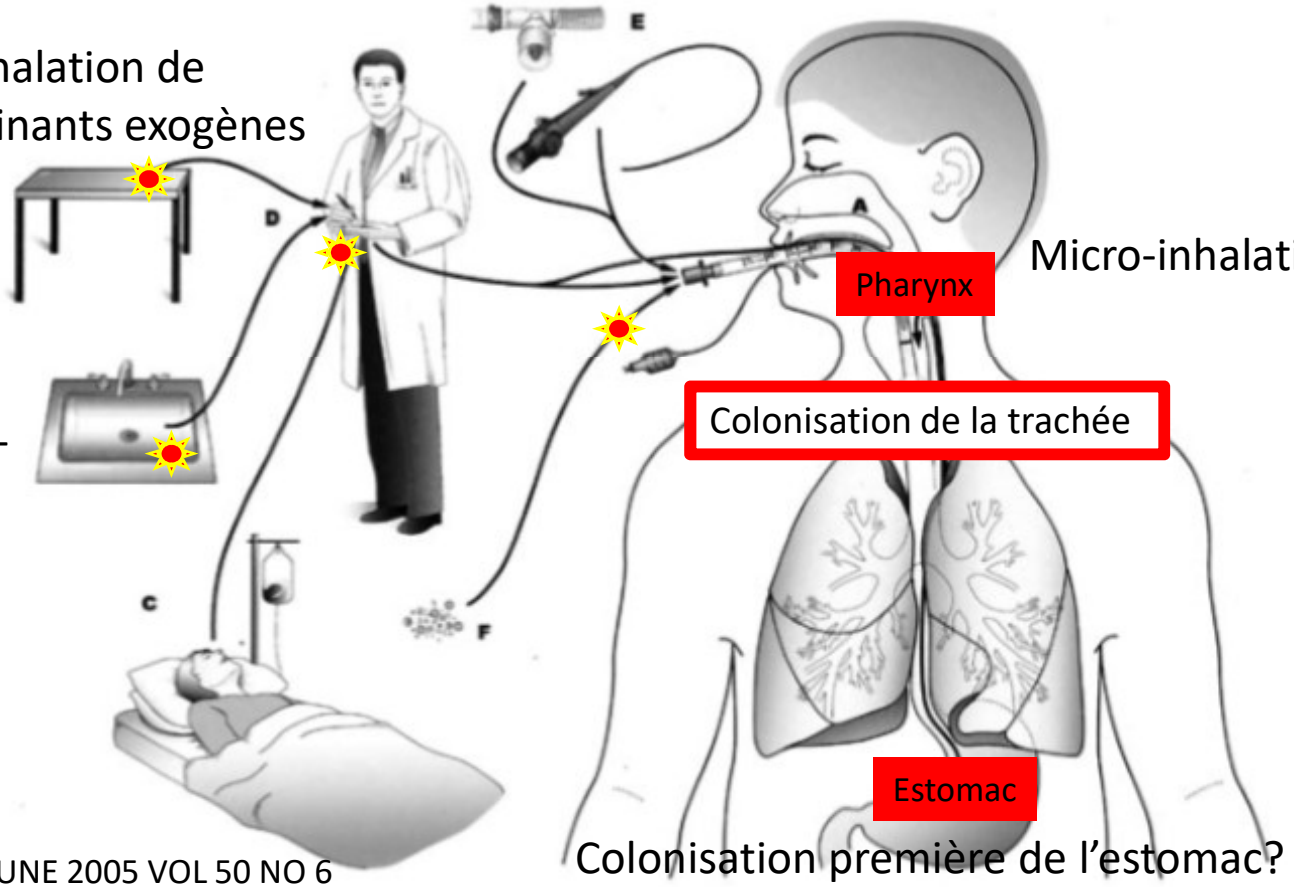
- Fréquence variable selon les services

PNEUMOPATHIES ACQUISES SOUS VENTILATION MÉCANIQUE

THE PATHOGENESIS OF VENTILATOR-ASSOCIATED PNEUMONIA

Inhalation de contaminants exogènes

Hématogène +/-



Micro-inhalation répétées

Pharynx

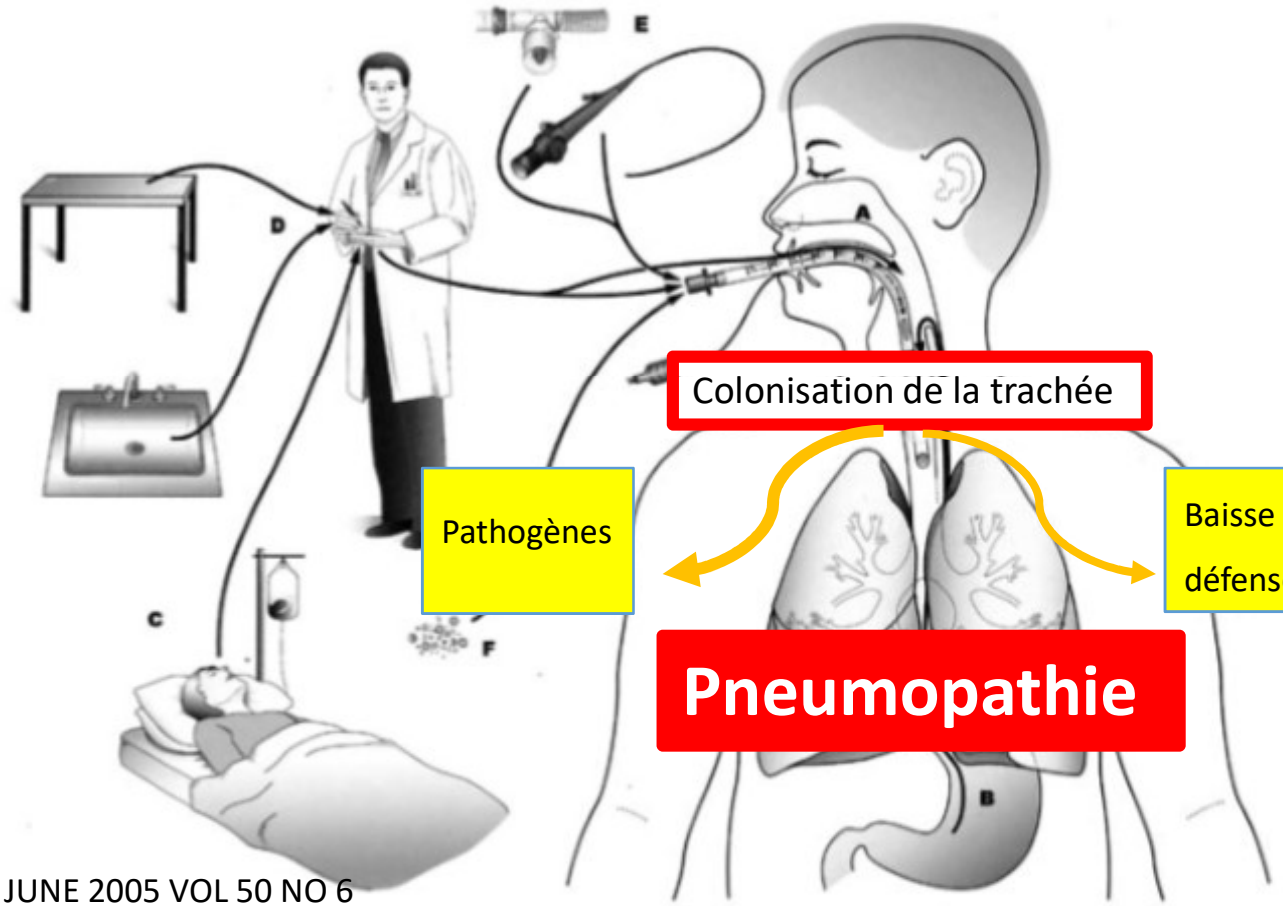
Colonisation de la trachée

Estomac

Colonisation première de l'estomac?

RESPIRATORY CARE • JUNE 2005 VOL 50 NO 6

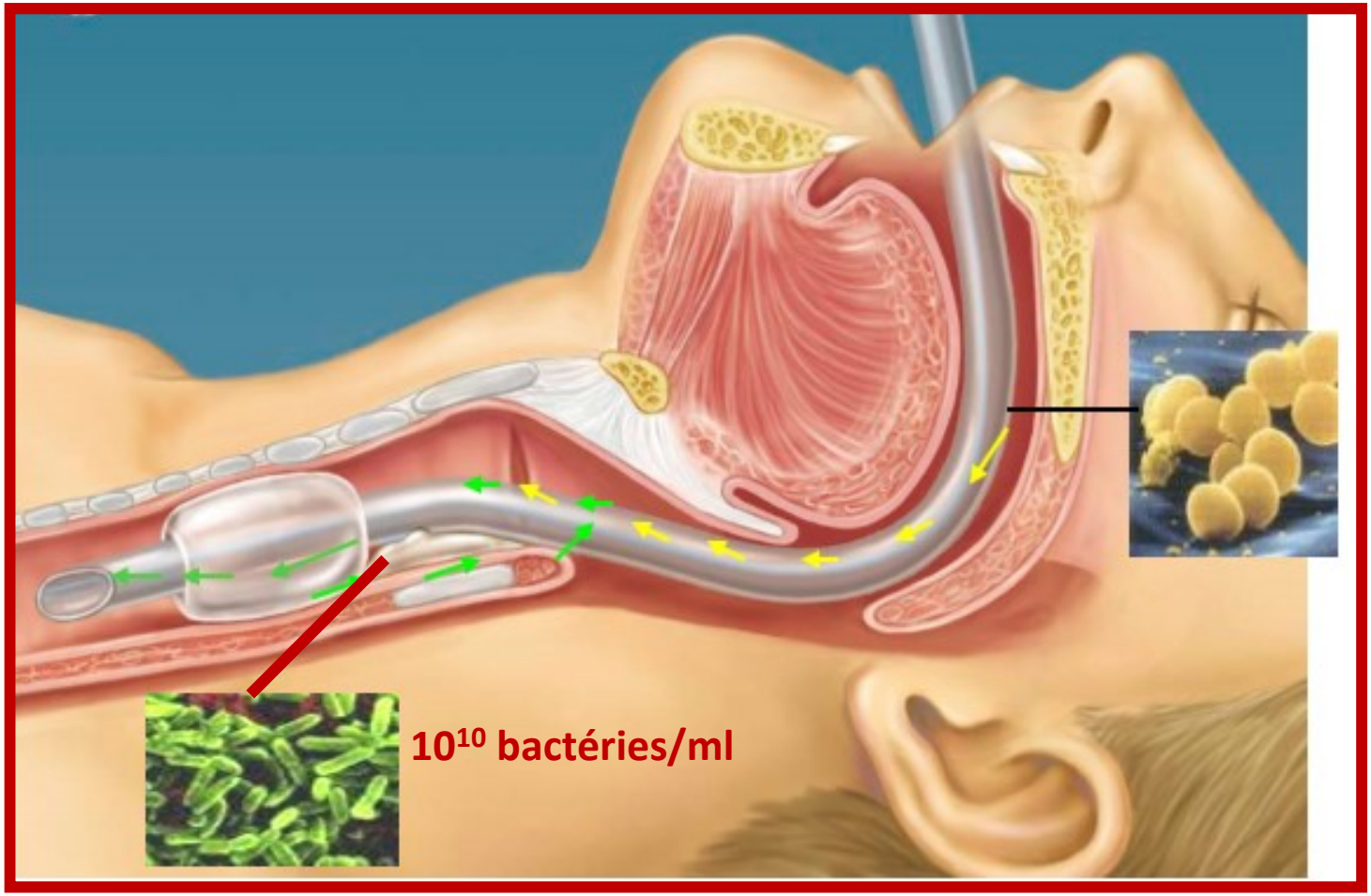
THE PATHOGENESIS OF VENTILATOR-ASSOCIATED PNEUMONIA



RESPIRATORY CARE • JUNE 2005 VOL 50 NO 6

PHYSIOPATHOLOGIE** 2

Micro-inhalation



SITUATIONS FAVORISANTES DES PAVM

1- Comorbidités

2- Dénutrition

3- Non respect des règles d'hygiène

4- L'administration préalable d'antibiotiques

5- L'utilisation de protecteurs gastriques,

6- L'usage de morphiniques ou de curares (stase gastrique)

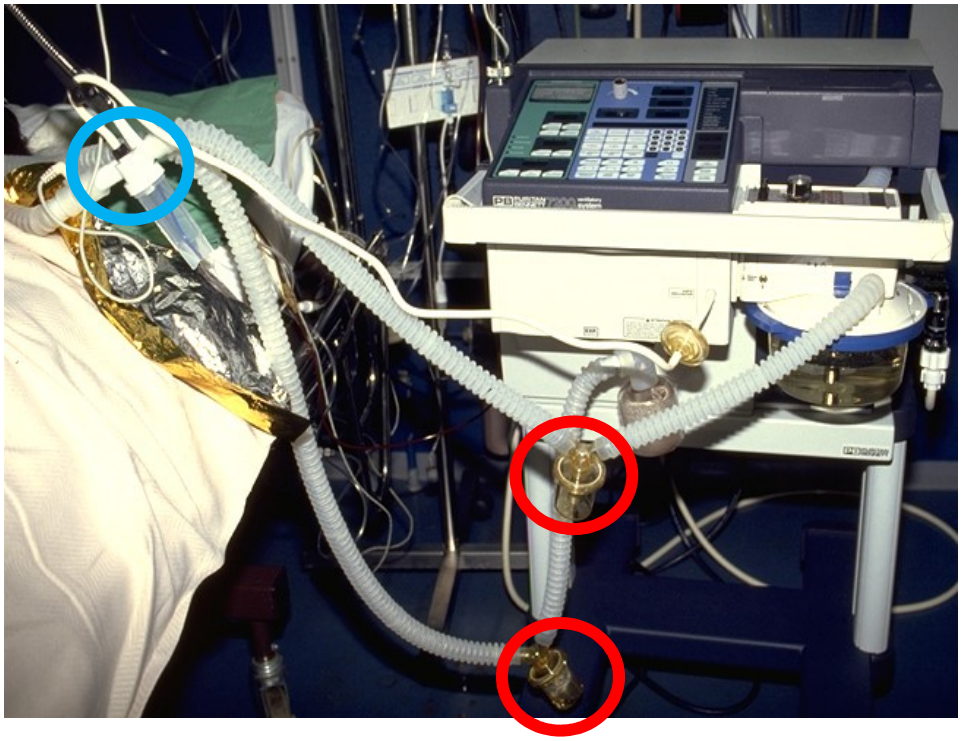
7- Présence de la sonde d'intubation ++++

- ✓Abolition du réflexe de la toux
- ✓Compromet l'activité des cellules micellaires
- ✓Lésions de l'épithélium trachéal → adhésion bactérienne

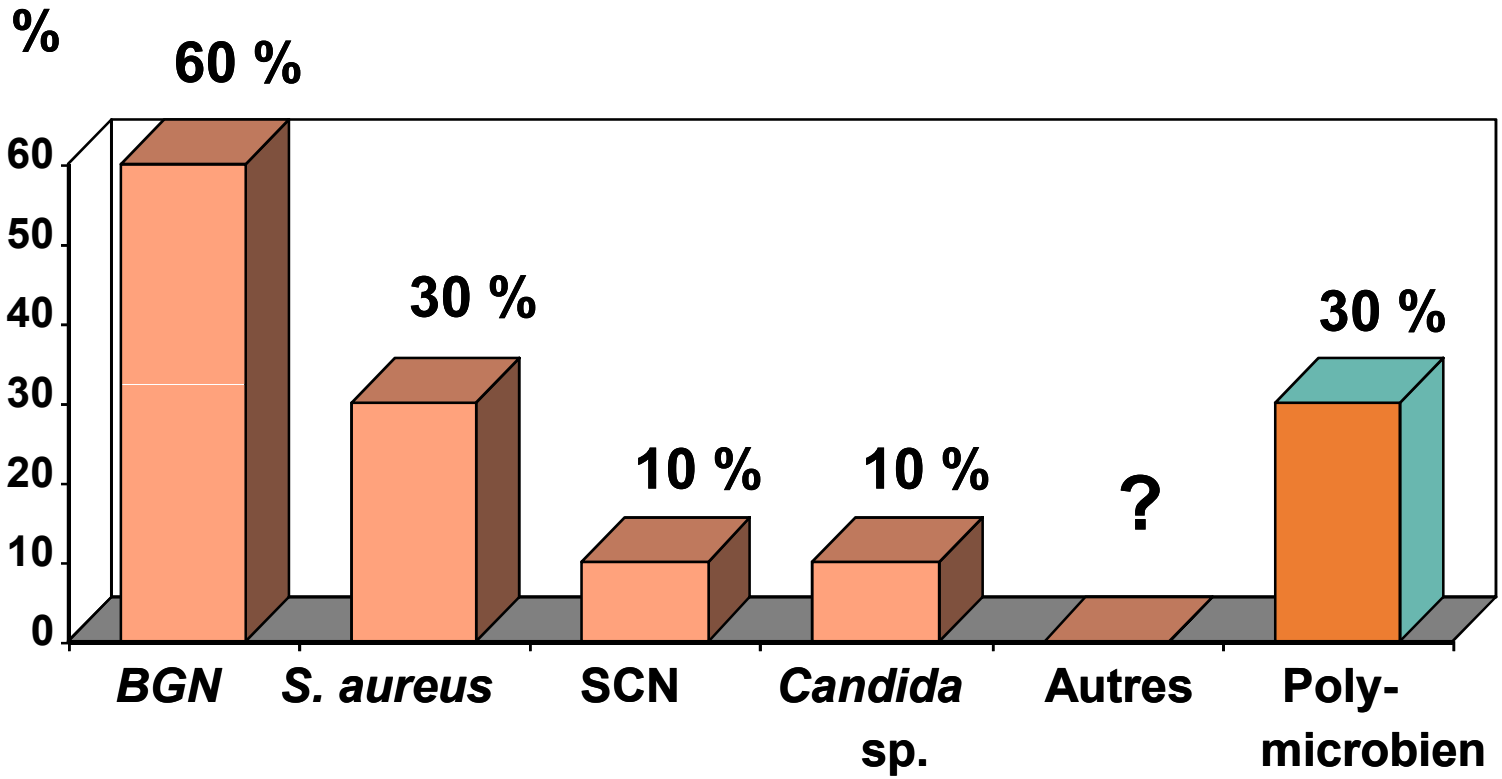
✓Réalise un véritable enduit qui permet le passage des germes des VAS aux VAI

CONTAMINATION DIRECTE PAR LE MATÉRIEL DE VENTILATION

- Pièges à eau,
- Nébuliseurs,
- Circuits de ventilation.



LES BACTERIES



Signal d'alarme

Entérobactéries BLSE, carbapénémases
A. baumannii
P. aéruginosa

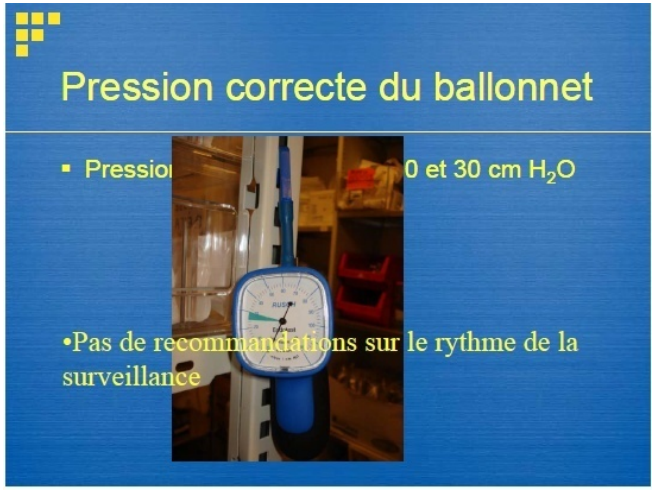
Rôle du personnel soignant: la prévention

Rôle du personnel soignant: la prévention

intubation oro-trachéale

Position déclive à 30°

Pression de ballonnet à 25-30 cm d'H_2O



Aspirations sous-glottiques …

LES INFECTIONS URINAIRES ASSOCIÉES AUX SOINS

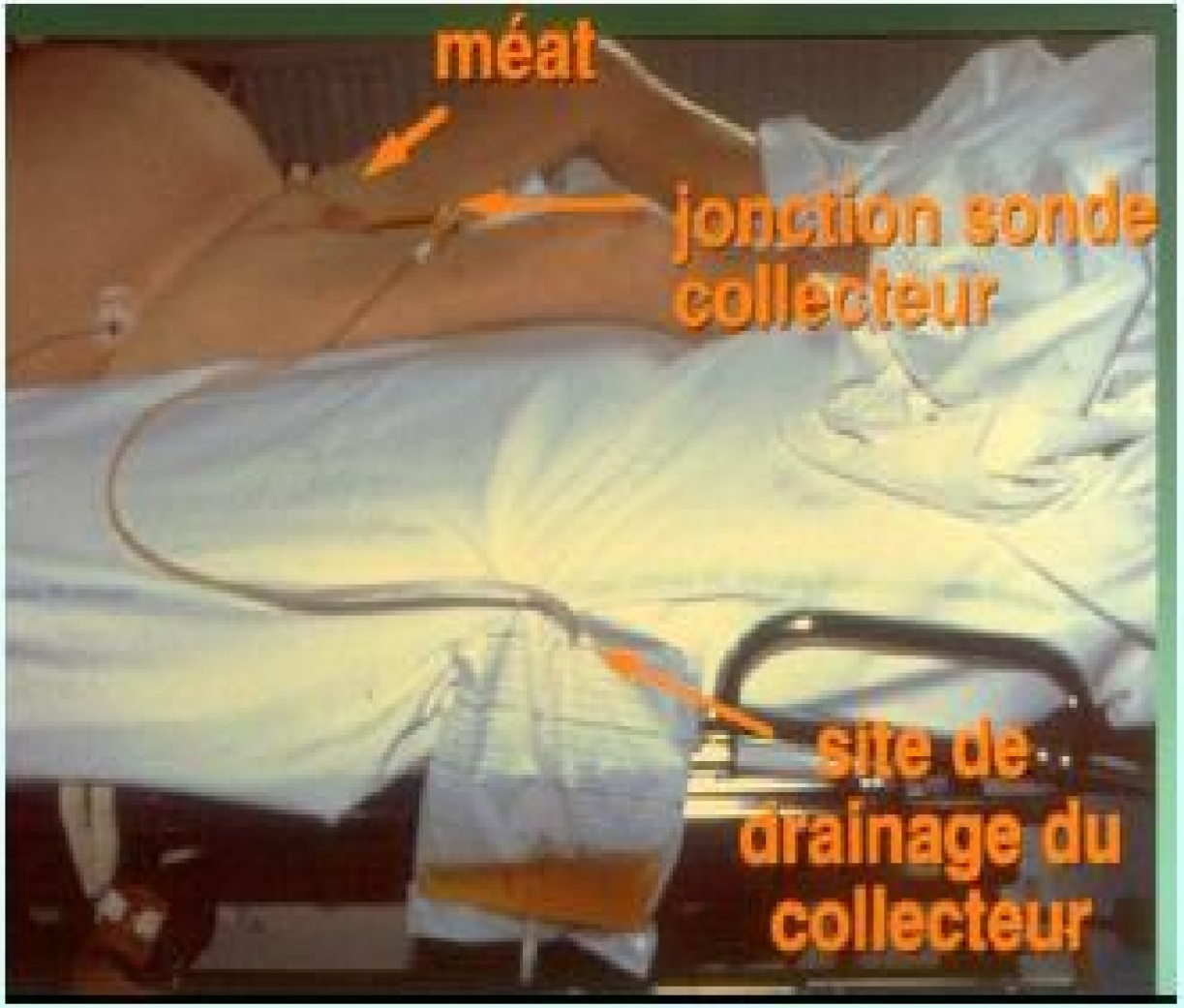
EPIDEMIOLOGIE

- **40% des IAS**
- Essentiellement **liées** aux **sondages vésicales**
- Le plus souvent **bénignes**: mortalité 0.1%
- Prolongent **la durée de séjour de 2,4 jours** en moyenne
- Réservoir de bactéries multi-résistantes

FACTEURS DE RISQUE D'UNE IUAS

- **Facteurs extrinsèques**
  - **Sondage urinaire** : durée, type de drainage
  - **Les instrumentations** : endoscopie +++
- **Facteurs intrinsèques**
  - Sexe (risque x 2 chez la femme)
  - Âge (95% des IUN surviennent après 50 ans)
  - Diabète
  - Antibiothérapie préalable
  - Pathologie sous-jacente (diarrhée, vessie neuro)

Physiopathologie
Colonisation : 3 portes d'entrée



RÔLE DE L'INFIRMIER DANS LA PRÉVENTION

Infections liées au cathéters veineux

DÉFINITION D'UNE INFECTION LIÉE AU CATHÉTER VEINEUX CENTRAL

- ILC
  - Culture CVC $\geq 10^3$ ufc/ml

ET

  - Régression totale ou partielle dans les 48 h après Ablation

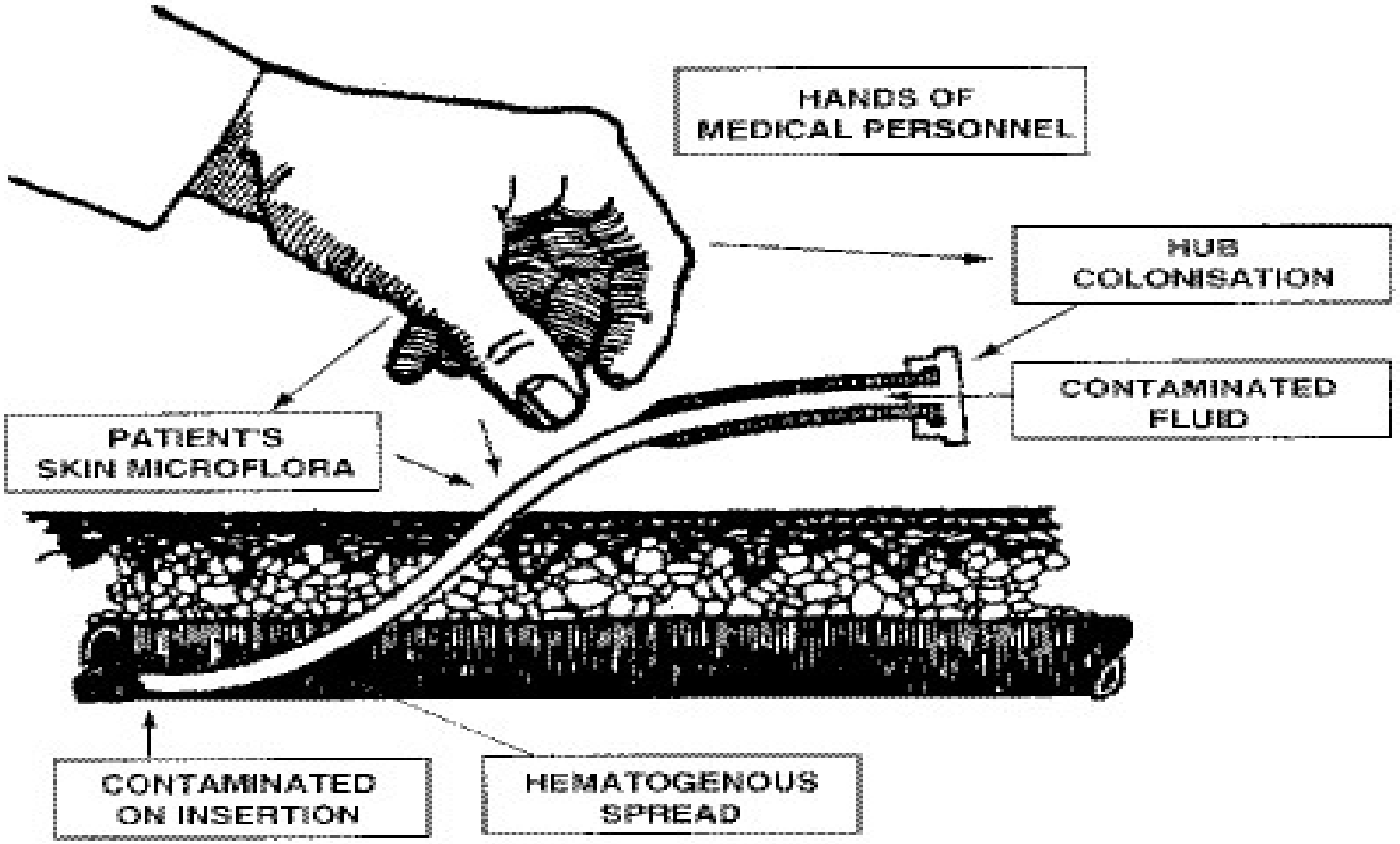
ou

  - Orifice purulent ou tunnelite

(consensus SRLF 2002)?

PATHOGENÈSE DE L'INFECTION DE KTVC

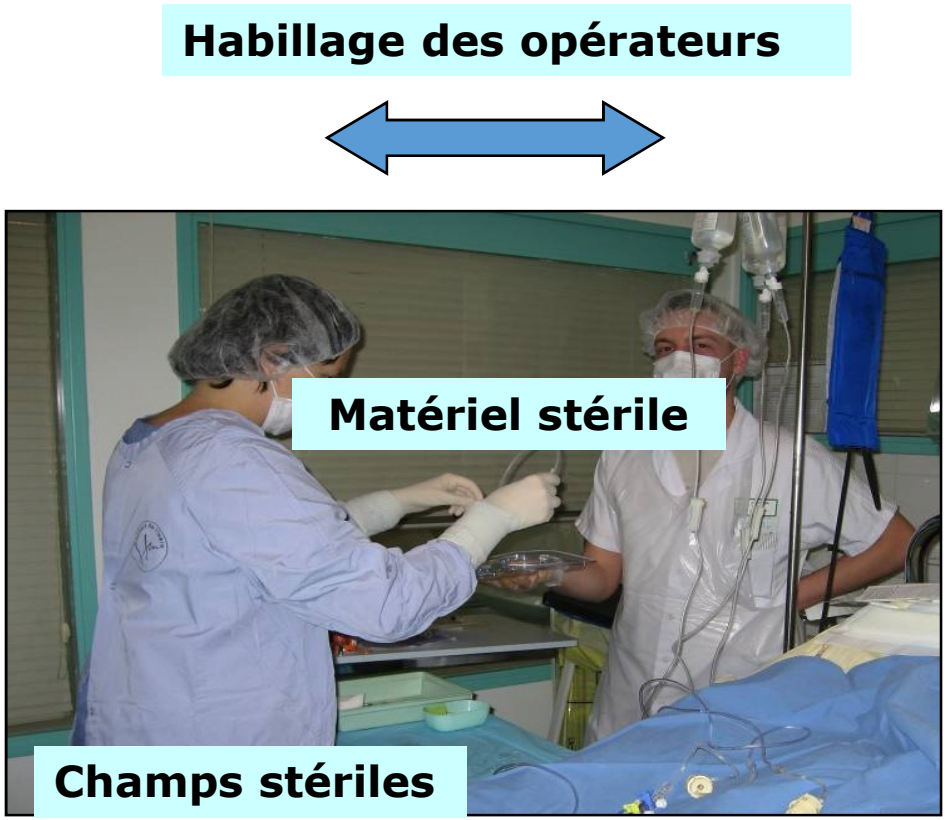
Potential Sources for Contamination of Intravascular Devices



Source: Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta.

RÔLE DE L'INFIRMIER DANS LA PRÉVENTION DES INFECTIONS DE CVC

- Protocoliser, et évaluer périodiquement
- Former les personnels
  - pose/manipulation de CVC
- Hygiène des mains:
  - pose, pansements, manipulations



Entretien et manipulations

- Limitation manipulations et ouvertures de voie
  - Notion de système clos
  - Avant manipulation: Désinfection embouts/robinets
  - Connecteurs de sécurité possibles si désinfectés avant utilisation

RÔLE DE L'INFIRMIER DANS LA PRÉVENTION DES INFECTIONS DE CVC

Entretien et manipulations

- Contrôle visuel ou palpation 1/j
- Changement du pansement uniquement si décollé ou souillé
- Changement des tubulures après:

- chaque transfusion

- dans les 24h suivant produits lipidiques

Equipe opérationnelle d'Hygiène Hospitalière et de Prévention des Infections Nosocomiales

Composition

- Médecin / *Pharmacien* (1/800 lits)
- Infirmiers (1/400 lits)
- Secrétariat commun avec CLIN

Il EST IMPORTANT de collaborer entre les différents intervenants !!!!

***MEDECINS**
***PHARMACIEN**
***MICROBIOLOGISTE**
***DIRECTION**

Missions

- Mise en œuvre et évaluation de programme
- Recommandations techniques
- Surveillance
- Formation
- Investigations et interventions

PROTOCOLE

- Ecrit avec toute l'équipe
- Situations cliniques
  - curatif et prophylaxie
- Antibiotiques
  - nature, voie, posologie
  - durée
  - alternative

- **Accessible à tous**
- **Révision annuelle**
- **Evaluation du respect du protocole**

PRÉCAUTIONS STANDARDS

- **Hygiène des Mains**

OU

Eau+savon **Solution Hydro-Alcoolique**

- **Port de gants**

Germes ✗

AES ✗

Gants = 1 soin = 1 patient

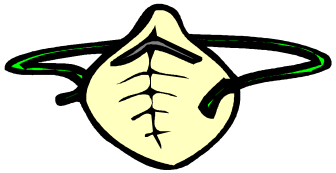
Gants ôtés = hygiène des mains

- **Surblouses**

Si risque de projection

- **Masques Lunettes**

si risque de projection ou d'aérosolisation



CONCLUSIONS

- La prise en charge des IAS: **affaire de tous et de chacun**
- Intérêt de: **la surveillance et la prévention**
- Nécessité de mise en œuvre d'**un programme multidisciplinaire**
- **L'infirmier: acteur principal de ce programme**

RÔLE PRINCIPAL:

- Promouvoir le développement et l'amélioration des techniques de soins infirmiers,
- Procéder à l'examen en **continu** des pratiques quotidiennes en matière d'asepsie afin de limiter l'exposition des patients aux infections
- Participer au comité de lutte contre les infections nosocomiales

FORMATION CONTINUE =SIMULATION