

SIGNALEMENT DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Bilan 2024 du dispositif en Nouvelle-Aquitaine



Analyse-rédaction : Dr C. Laland, E. Reyreaud
Mise en page : C. Roy

www.cpias-nouvelle-aquitaine.fr > Rubrique Signalement



LES CHIFFRES CLÉS DU SIGNALEMENT 2024



198

**FICHES DE
SIGNALEMENT REÇUES**

78 fiches BHRé

73 EPC,

5 *E. faecium* (ERV) : 4 van A et 1 van B

120 fiches IAS dont **57** Covid-19

14

Signalements de
cas groupés BHRé

55

Signalements de clusters
parmi les 57 signalements Covid-19

122

Patients concernés par les
signalements BHRé dont 41 infectés

471

Patients concernés par les
signalements de clusters Covid-19

6 Signalements en lien avec l'axe 3 de la feuille de route de l'ARS NA

2 Bactériémies à point de départ une
voie veineuse périphérique dont 1
ayant conduit au décès du patient

4 ISO en lien avec une prothèse
articulaire ayant nécessité le retrait
total ou partiel de l'implant

2 ISO et **1 BN** ont donné lieu à une AAC selon la méthodologie HAS

2 signalements avec intervention du CPias Nouvelle Aquitaine

198

Établissements en capacité de
signaler au 31 décembre 2024



79

Établissements émetteurs

2 OUTILS PEDAGOGIQUES aboutis, publiés

1 Tutoriel (arbre décisionnel) : Critères de dépistage post-exposition d'un patient accueilli dans une chambre ayant hébergé un patient porteur d'une BHRé

1 REX Endophtalmie à *Pseudomonas aeruginosa* suite à une chirurgie de cataracte.

GLOSSAIRE

AAC	Analyse approfondie des causes
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
ARS	Agence régionale de santé
BHR	Bactérie hautement résistante
BHRe	Bactérie hautement résistante émergente
BLSE	Bactéries productrices de bêta-lactamases à spectre étendu
BN	Bactériémie nosocomiale
CCECQA	Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en NA
CH	Centre hospitalier
CHR / CHU	Centre hospitalier régional / centre hospitalier universitaire
CPias	Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins
CRAtb	Centre régional en antibiothérapie
CRIOAC	Centres de référence infections ostéo-articulaires complexes
CVP	Cathéter veineux périphérique
DT	Délégation territoriale
DO	Déclaration obligatoire
EBLSE	Entérobactéries productrices de bêta-lactamases à spectre élargi
ECBU	Examen cytot bactériologique des urines
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EIG	Événement indésirable grave
EIGS	Événement indésirable grave associé aux soins
EOH	Equipe opérationnelle d'hygiène
EPC	Entérobactérie productrice de carbapénèmase
ERV	Entérocoque résistant à la vancomycine
ES	Etablissement hospitalier
ESMS	Etablissement ou service social ou médico-social
GEA	Gastro-entérite aigüe
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HCSP	Haut conseil de santé publique
HDJ	Hospitalisation de jour
IAS	Infection associée aux soins
ICSHA	Indicateur de consommation des solutions hydro-alcooliques
IRA	Infection respiratoire aigüe
ISO	Infection du site opératoire
IVG	Interruption volontaire de grossesse
IVT	Injection intravitréenne
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
PCC	Précautions complémentaires contact
PRI	Prévention du risque infectieux
PROPIAS	Programme national d'action de prévention des infections associées aux soins
PS	Précautions standard
REX	Retour d'expérience
RMM	Revue de morbidité et de mortalité
SAMS	<i>Staphylococcus aureus</i> sensible à la méticilline
SARM	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méticilline
SHA	Solution hydro-alcoolique

SLD	Soins de longue durée
SPF	Santé publique France
SPIADI	Surveillance et prévention des infections associées aux dispositifs invasifs
SSR	Soins de suite et réadaptation
USI	Unité de soins intensifs
UU	Usage unique
VHB	Virus hépatite B
VHC	Virus hépatite C
VRS	Virus respiratoire syncytial
VVP	Voie veineuse périphérique

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 :	Distribution annuelle du nombre de signalements et du nombre total de cas à la clôture de 2018 à 2023	8
Tableau 2 :	Distribution des établissements émetteurs	9
Tableau 3 :	Focus MCO et CH	12
Tableau 4 :	Répartition des signalements selon les pathologies	13
Tableau 5 :	Répartition des épisodes de cas groupés ou clusters signalés	15
Tableau 6 :	Signalements de BHRe en Nouvelle-Aquitaine : Synthèse 2024	18
Tableau 7 :	EPC : Répartition des espèces selon le type de signalements : Cas isolés / Cas groupés	19
Tableau 8 :	Mécanismes de résistance en cause	20
Tableau 9 :	Lien avec l'étranger : Mesures mises en place à l'admission	20
Tableau 10 :	Mesures à l'admission en fonction de la provenance	21
Tableau 11 :	Repérage des cas et contacts	21
Tableau 12 :	Nombre annuel d'analyse des causes associées à un signalement	23
Tableau 13 :	Priorités régionales : nombre de signalements et d'analyses des causes	23

LISTE DES FIGURES

Figure 1 :	Répartition BHRe / autres IAS depuis 2017	8
Figure 2 :	Répartition par départements des signalements	8
Figure 3 :	Distribution des critères de signalement renseignés par les établissements	10
Figure 4 :	Distribution des signalements selon le type de l'établissement émetteur	12
Figure 5 :	Répartition des signalements selon le type d'activités du service	13
Figure 6 :	Part du Sars-CoV-2 parmi les pathogènes	14
Figure 7 :	Répartition des pathogènes autres que Sars-CoV-2	14
Figure 8 :	Evolution du nombre de signalements BHRe depuis 2008	17
Figure 9 :	Distribution des signalements de BHRe selon le type d'établissement émetteur	17
Figure 10 :	Répartition des signalements de BHRe selon le secteur d'activité	18
Figure 11 :	Origine de la BHRe : Type de prélèvement	19
Figure 12 :	Mécanismes de résistance en cause	20

SOMMAIRE

Introduction	7
Signalements reçus	8
Signalements hors BHRé	10
Critères de signalement	10
Liens avec les vigilances et signalements hors e-Sin	11
Distribution des signalements selon le type de l'établissement émetteur	12
Répartition des signalements selon le type d'activités du service	13
Répartition selon les pathologies	13
Micro-organismes	14
Résistances	15
Episodes de cas groupés ou clusters	15
Autres signalements en lien avec la feuille de route régionale	16
Signalements BHRé	17
Evolution du nombre de signalements	17
Distribution selon le type d'établissements émetteurs	17
Distribution selon le secteur d'activité	18
Indicateurs PROPIAS	18
Prélèvement d'origine de la BHRé	19
EPC : Répartition des espèces selon le type de signalements	19
Mécanismes de résistance des EPC	20
Profil de résistance des ERV	20
Origine des BHRé	20
Alerte informatique	21
Faits marquants en 2024	22
Analyse des causes	23
Actualités	23
Nouveaux outils	24
Alerte régionale	25
Echo-endoscope	25
Alerte nationale	26
Dépistage <i>Candida auris</i>	26
Prospectives	27

INTRODUCTION

Mis en place depuis 2001, le dispositif de signalement des infections nosocomiales repose sur l'article L. 1413-14 qui pose le principe d'une déclaration des infections associées aux soins, dont les infections nosocomiales et tout évènement indésirable grave associé aux soins, par « tout professionnel ou établissement de santé », ainsi que l'analyse des causes de ces infections et évènements. Depuis 2012, les signalements sont réalisés par voie électronique (e-Sin), conformément à l'Instruction DGOS/PF2/DGS/RI3 n°2012-75 du 13 février 2012 relative au signalement externe des infections nosocomiales. Les conditions de déclaration par les établissements de santé ont été actualisées par dans le décret n° 2017-129 du 3 février 2017 relatif à la prévention des infections associées aux soins (articles R. 6111-14 à -17).

Dans l'axe 3 de la [feuille de route régionale](#) 2023-2026 de l'ARS, un des objectifs opérationnels est d'améliorer le signalement et la gestion des évènements indésirables infectieux et de promouvoir l'analyse des causes et le retour d'expérience en adéquation avec la stratégie nationale 2022-2026. La priorité est en particulier donnée aux ISO sur prothèse articulaire ayant nécessité une reprise chirurgicale avec ablation de l'implant et aux infections sur voie veineuse périphérique ayant entraîné le décès du patient avec pour ces dernières un objectif de never-event.

Le nombre de signalements total n'a pas retrouvé le niveau d'avant la pandémie. Depuis 2022 le nombre de signalements de Covid-19 a chuté et les établissements signalent peu les autres IAS : ils signalent des clusters Covid, d'IRA ou de GEA ainsi que des BHRe mais peu d'infections associées aux soins. Les signalements effectués sont des signalements pour lesquels les critères de signalement sont explicites, sans interprétation possible et n'appellent pas à concertation et décision, les signalements d'IAS et en particulier ceux qui répondent au critère 1b, sont plus difficiles à appréhender et leur faible nombre est peut-être en lien avec l'évolution perçue à la baisse des effectifs des EOH avec une valence médicale bien souvent absente.

SIGNALEMENTS REÇUS

Le nombre de signalements a connu une progression constante depuis sa mise en place en 2001 avec, entre 2019 et 2022, une hausse de près de 75%, en lien avec la pandémie. A partir de 2023, ce nombre diminue et en 2024, le nombre de signalements est le plus faible observé depuis 2018, en deçà du nombre de signalements d'avant la pandémie.

Tableau 1 : Distribution annuelle du nombre de signalements et du nombre total de cas à la clôture de 2018 à 2024

Année	Signalements (N)	Cas (N)
2018	229	1 656
2019	226	1 274
2020	266	3 146
2021	357	3 647
2022	394	3 327
2023	230	1 507
2024	198	925

Figure 1 : Répartition BHRé / autres IAS depuis 2017

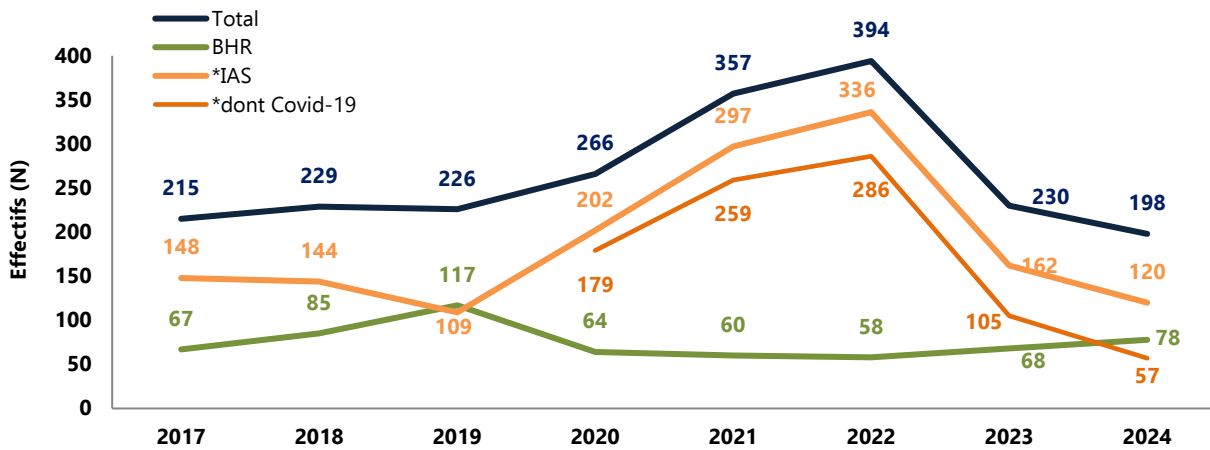
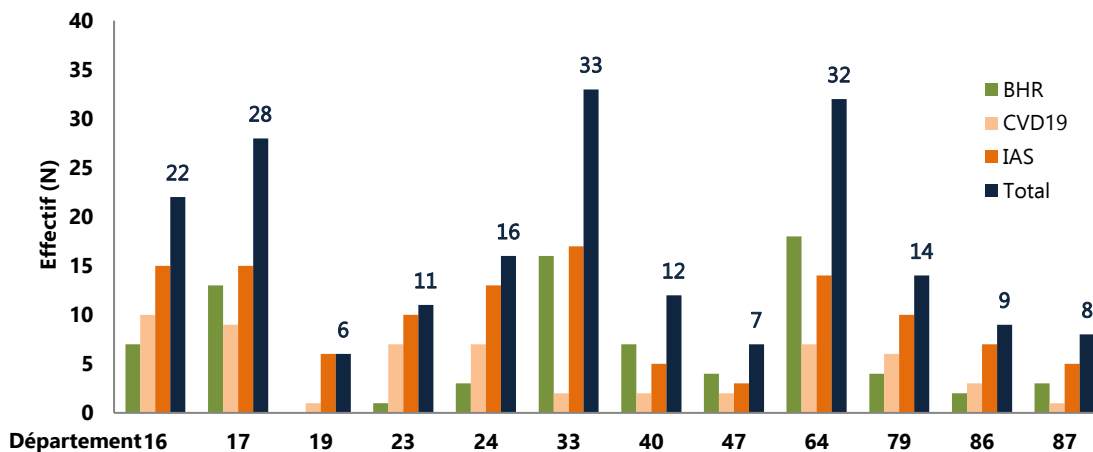


Figure 2 : Répartition par départements des signalements



Dpt	16	17	19	23	24	33	40	47	64	79	86	87
BHR	7	13	0	1	3	16	7	4	18	4	2	3
CVD19	10	9	1	7	7	2	2	2	7	6	3	1
IAS	15	15	6	10	13	17	5	3	14	10	7	5
Total	22	28	6	11	16	33	12	7	32	14	9	8

La répartition du nombre de signalements par département demeure hétérogène, avec classiquement observé, les départements des Pyrénées-Atlantiques et de la Gironde les plus grands émetteurs rapportant cette année un tiers des signalements (42% en 2023).

Par ailleurs, deux départements dans lesquels un CHU est implanté ne figurent pas parmi les départements ayant le plus signalé, renouvelant ainsi le constat fait depuis 2021.

Tableau 2 : Distribution des établissements émetteurs

Établissements	CHU	CH ⁽¹⁾	Psy	ex H. loc.	MCO ⁽²⁾	SSR	SLD	HAD	Dialyse	Autre	Total
	Recensés	3	51 ⁽¹⁾	20	10	49 ⁽²⁾	47	2	11	3	2
Emetteurs	2	35 ⁽¹⁾	4	7	11	17	2	1	-	-	79
BHR	1	20 ⁽¹⁾	-	1	9	2	-	-	-	-	33
IAS	2	27	4	7	4	16	2	1	-	-	63
BHR et IAS	1	13	-	1	2	1	-	-	-	-	18

Etablissements recensés au sein d'e-SIN au 31/12/2023

⁽¹⁾ dont 1 CLCC émetteur

⁽²⁾ MCO : dont 4 GCS

En 2024, l'ensemble des signalements a été émis par 79 établissements, soit près de 37% des établissements recensés dans la région. La proportion d'établissements signaleurs reste faible malgré une augmentation de leur nombre depuis la pandémie. Le signalement des cas de Covid-19 a permis à certains établissements d'entrer dans la démarche de déclaration. La part des CHU et des CH parmi les émetteurs est stable, de 48% (35/73). Par ailleurs, près de 2/3 de ces établissements (CHU et CH) ont émis au moins un signalement (35/54). Les établissements MCO signalent peu, seuls 1/4 (12/49) ont émis au moins un signalement.

SIGNALEMENTS HORS BHR_e

La région Nouvelle-Aquitaine après avoir connu une flambée des déclarations entre 2020 et 2022 accuse une nouvelle baisse significative des déclarations en raison de l'évolution favorable de l'épidémie à Sars Cov-2 pour atteindre un niveau inférieur à celui de 2018.

En 2024, les signalements hors BHR_e représentent encore 60 % (120/198) des signalements (70% l'année antérieure) et concernent près de 92% des cas signalés. La plus importante proportion de signalements demeure celle des cas nosocomiaux de Covid-19 qui représentent encore 47% des signalements hors BHR_e (57/120), proportion élevée mais en baisse continue ; les années précédentes celle-ci s'élevait à 65%, 85%, 87% et 89% respectivement en 2023, 2022, 2021 et 2020. La part des cas signalés de Covid-19 est elle aussi infléchie mais reste élevée, de l'ordre de 57% (460/816) ; elle était encore de 75% l'année antérieure.

CRITÈRES DE SIGNALEMENT

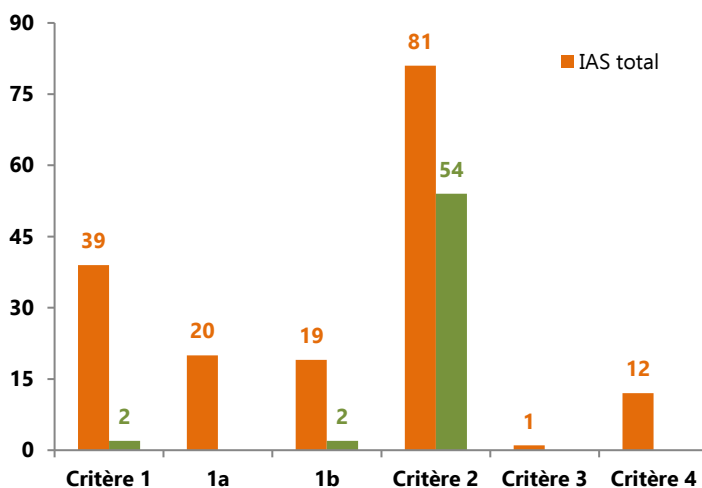
Les critères de signalement sont les suivants :

- **Critère 1** : Infection associée aux soins, inattendue ou inhabituelle, du fait :
 - 1a : de la nature, des caractéristiques ou du profil de résistance aux anti-infectieux de l'agent pathogène en cause
 - 1b : de la localisation ou des circonstances de survenue de l'infection chez les personnes atteintes
- **Critère 2** : La survenue de cas groupés d'infections associées aux soins
- **Critère 3** : L'infection associée aux soins a provoqué un décès
- **Critère 4** : L'infection associée aux soins fait également l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire en application de l'article R. 3113-2

Dans l'analyse ci-dessous, un signalement pouvait répondre à plusieurs critères de signalement. Le nombre total de critères est de 133.

A l'instar des observations habituelles, les 2 principaux critères de signalement sont la survenue de cas groupés d'IAS (61%) et le caractère inattendu ou inhabituel de l'IAS (29%), en particulier du fait de la nature, des caractéristiques ou du profil de résistance aux anti-infectieux de l'agent pathogène en cause.

Figure 3 : Distribution des critères de signalement renseignés par les établissements (n=133)



LIENS AVEC LES VIGILANCES ET SIGNALEMENT HORS e-SIN

Déclaration de vigilance

La seule déclaration de matériovigilance mentionnée a concerné 6 cas de bactériémies à *Pseudomonas aeruginosa* suite à une contamination d'écho-endoscopes utilisés sans le ballonnet (envoi d'un mail d'information à tous nos interlocuteurs des ES).

Déclaration obligatoire

La case DO a été cochée pour 12 signalements :

- 5 signalements de Covid-19
- 1 signalement de *Legionella pneumophila* (source non déterminée)
- 1 signalement de rougeole (1 cas pédiatrique avec passage aux urgences)
- 1 signalement de grippe (cluster 12 cas sans décès)
- 1 signalement de gale (1 cas non nosocomial)
- 1 signalement de bactériémie à *Neisseria meningitidis*
- 1 signalement de Monkeypox d'acquisition communautaire
- 1 cas suspect d'être atteint par le variant de la maladie de Creutzfeld-Jakob (décédé, EOH alertée de la suspicion par la morgue)

EIG

Trois signalements mentionnent une déclaration d'évènement indésirable grave, dont :

- 1 bactériémie à SASM, à point de départ un cathéter veineux périphérique (CVP) ayant entraîné le décès
- 1 méningite à J2 d'une rachianesthésie pour ménisectomie sans identification du micro-organisme et dont la suite a été favorable. Ce dossier a été suivi par l'ARS
- 1 signalements de cas groupés de GEA : 7 cas dont un professionnel

Trois signalements ont donné lieu à une déclaration d'EIGS non mentionnée sur e-Sin au moment du signalement et transmis par l'ARS :

- Décès dans les suites d'une urétéroscopie chez une patiente colonisée urinaire à *Klebsiella pneumoniae oxa 48*
- 4 cas d'endophtalmies
- 6 bactériémies en lien avec des écho-endoscopes

1 signalement d'endophtalmie à streptocoque beta-hémolytique suite à IVT réalisée en ville dans une autre région pour lequel nous avons informé l'ARS.

Portail des signalements

3 signalements d'IAS :

- Infection urinaire en EHPAD
- Infection cutanée en EHPAD
- 55 cas de GEA en EHPAD

3 signalements d'EIG transmis par l'ARS qui n'avaient pas donné lieu à un signalement e-Sin :

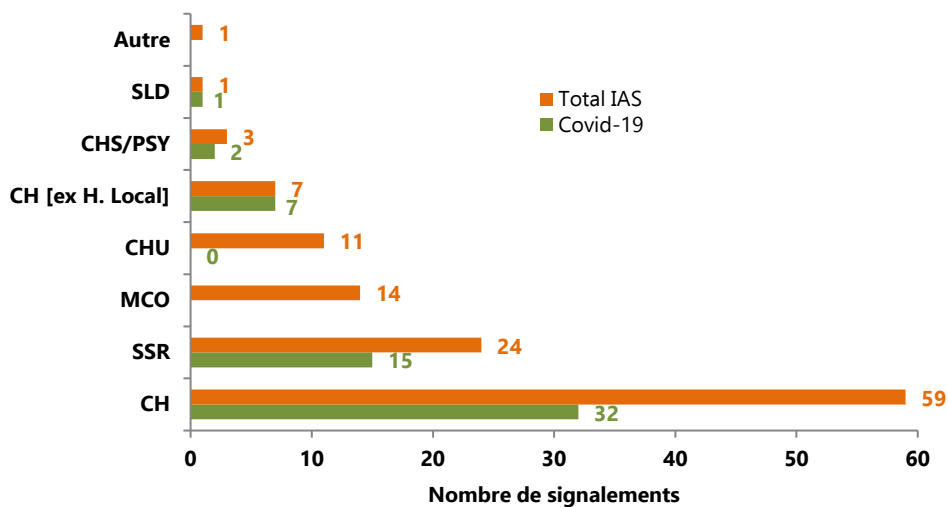
- 1 décès en lien avec un cathéter veineux périphérique pour lequel l'établissement n'a pas répondu à notre sollicitation.
- 1 abcès à SARM avec adénites axillaires bilatérales puis adénites inguinales suite à une réduction mammaire bilatérale en 2023. Ce dossier a été suivi par la DT concernée.
- 1 érysipèle du bas ventre non en lien avec une IAS.

Il est à noter que nous n'avons eu aucun signalement provenant de particulier ou de professionnel de ville. Un signalement émis par un ES de la région dans e-Sin concernait un acte réalisé en ville dans une autre région (voir ci-dessus).

L'ensemble de ces signalements émis sur le portail illustre parfaitement la complexité pour les déclarants à choisir les bonnes modalités de déclaration (e-Sin ou le portail des signalements) et, au sein du portail, à choisir le bon critère de signalement. Devant cette constatation, un [tutoriel](#) a été réalisé pour aider les ESMS à signaler le CPias NA propose une page dédiée « [Comment signaler](#) ».

DISTRIBUTION DES SIGNALEMENTS SELON LE TYPE DE L'ÉTABLISSEMENT ÉMETTEUR

Figure 4 : Distribution des signalements selon le type de l'établissement émetteur



Observation désormais classique, les signalements d'IAS restent majoritairement réalisés par les centres hospitaliers. Depuis 2020, du fait de l'épidémie de Covid-19, la part des signalements émis par les SSR et les MCO est plus importante, parallèlement à une baisse de celle des signalements en provenance des CHU.

A noter de nouveau cette année : comme en 2023 aucun signalement relatif à la Covid-19 n'a été émis par les MCO et les CHU.

Les cliniques MCO émettent moins de signalements que les CH même si leur proportion parmi les ES est à peu près équivalente. Moins de 1 établissement MCO sur 5 (11/49) a émis au moins un signalement versus 7 CH sur 10 (34/50). Les MCO représentent 13,9% des établissements signaleurs versus 43% pour les CH.

Tableau 3 : Focus MCO et CH

	MCO	CH	Total
Nombre de signalements	30	116	230
	13,0%	50,4%	
Nombre d'établissements signaleurs	11	34	79
	13,9%	43,0%	
Nombre d'établissements	49	50	198
	24,7%	25,2%	
Nombre de lits	4 990	13 789	34 671
	14,4%	39,8%	
Signalements / 10 000 lits	60	84	66

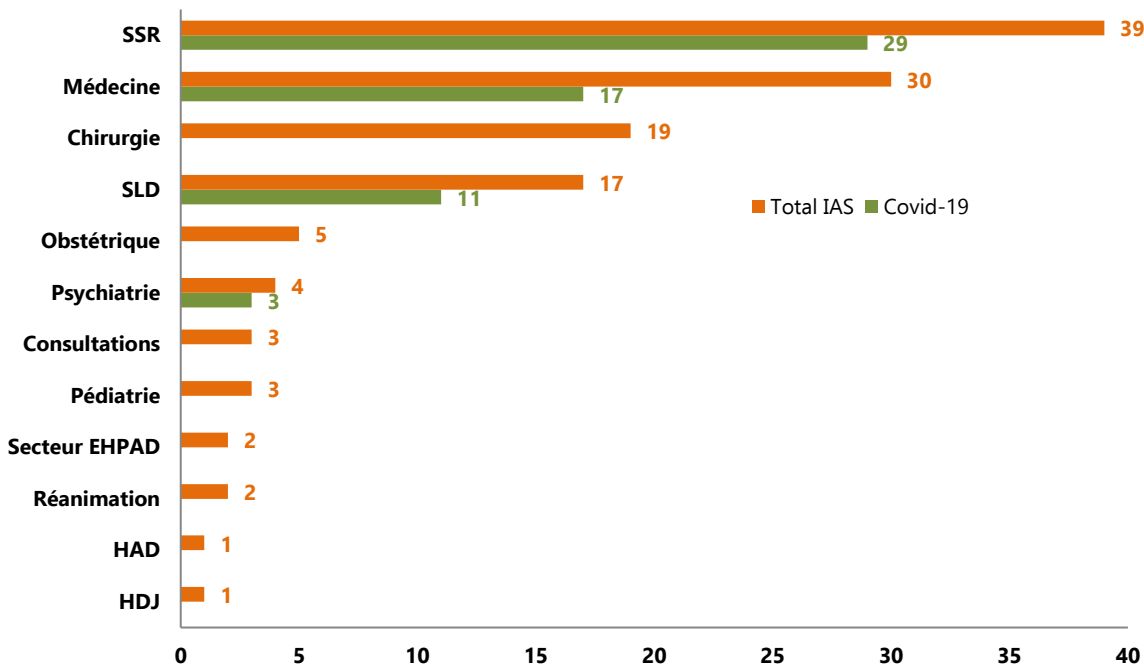
Données SAE 2023

Les établissements MCO représentent près de 15% des lits d'hospitalisation et les CH représentent près de 40% des lits d'hospitalisation mais le nombre de signalements rapportés au nombre de lits est beaucoup plus faible pour les MCO que pour les CH : 60 pour 10 000 lits versus 84 pour 10 000 lits. L'évolution va dans le sens d'un rapprochement des chiffres des établissements MCO qui tendent vers les chiffres des CH.

RÉPARTITION DES SIGNALEMENTS SELON LE TYPE D'ACTIVITÉ DU SERVICE

Figure 5 : Répartition des signalements selon le type d'activité du service

Un signalement pouvait concerner un ou plusieurs services. Ainsi, pour 6 signalements il est fait mention de 2 services concernés : 3 relatifs à des cas de Covid-19, 2 relatifs à des cas de GEA. Pour 1 autre signalement il s'agissait de cas groupés de colonisations/infection à *Klebsiella pneumoniae* NDM.



Comme en 2023 les signalements relatifs à des infections à Sars-CoV2 concernaient majoritairement des services de soins de suite, de médecine ou de soins de longue durée.

Deux signalements concernaient des cas groupés de gale et de GEA en EHPAD. Les signalements de GEA relèvent du portail des signalements pour les GEA, que ce soit en EHPAD ou en secteur EHPAD d'un établissement de santé et pour la gale en EHPAD.

RÉPARTITION SELON LES PATHOLOGIES

Tableau 4 : Répartition des signalements selon les pathologies (N=120)

	N		N
Covid-19	57	Inf. à BHR	2
ISO – Chirurgie orthopédique	11	IRA	2
ISO – Ophtalmologique	4	Rougeole	1
ISO – Chirurgie gynécologique	1	Tuberculose	1
ISO – Chirurgie mammaire	1	Inf. à VRS	1
ISO – Chirurgie proctologique	1	Conjonctivites à SARM (cas groupés)	1
Gale	3	Aspergillose	1
Bactériémie	7	Légionellose	1
		Méningite bactérienne	1
Grippe	7	Endocardite	1
GEA	6	Endophtalmie	1
*Infection à Streptocoque A (cas isolés)	4	Inf. à virus MPOX	1
Infection dentaire (cas groupés)	1	Maladie de Creutzfeld-Jakob (suspicion)	1
Infection à <i>Mucor indicus</i>	1	Infection à entérobactérie BLSE	1

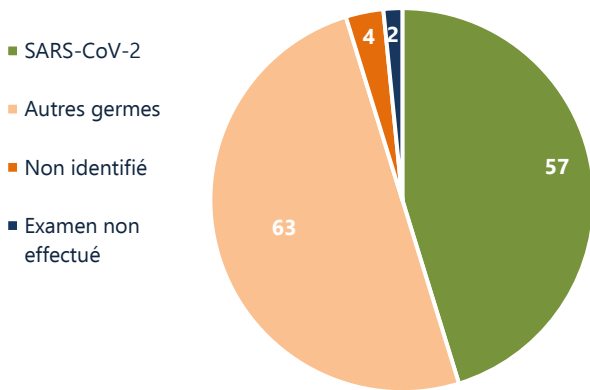
*Hors ISO

Les signalements liés à la Covid-19 représentent encore 47% des signalements émis. Cette proportion était de 65% en 2023. Hors Covid-19, les signalements émis concernent le plus fréquemment des ISO (18/63) et en particulier des ISO en service de chirurgie orthopédique (11/63) et ophtalmologique (4/63).

MICRO-ORGANISMES

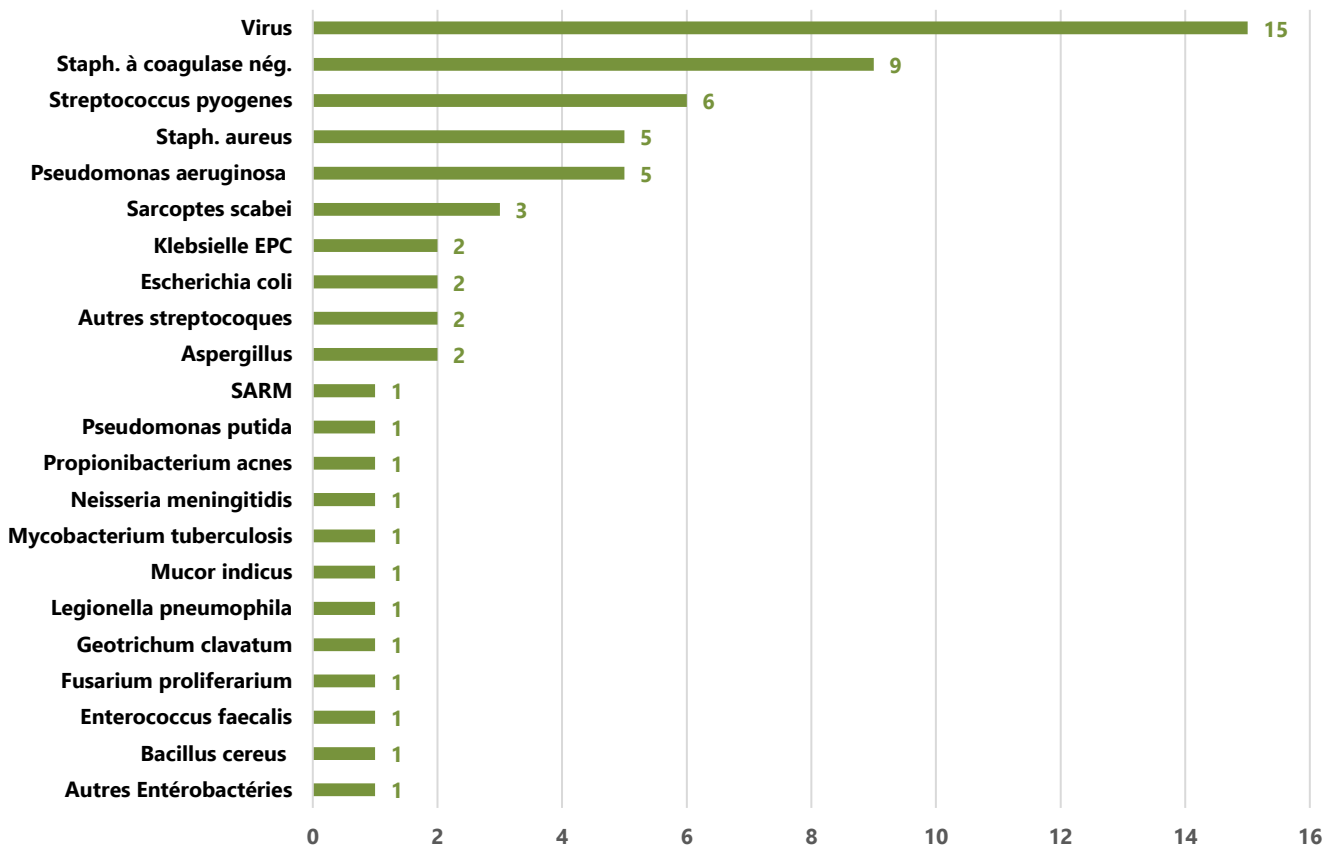
Après 3 années consécutives sans signalement relatif au virus de la grippe, micro-organisme qui était le plus fréquemment associé à un signalement entre 2017 et 2019, nous recensons 7 signalements en lien avec ce dernier (3 en 2023).

Figure 6 : Part du Sars-CoV-2 parmi les pathogènes



Le Sars-CoV-2 reste le micro-organisme le plus fréquemment retrouvé dans les signalements, il représente encore 47,5% de l'ensemble des micro-organismes identifiés.

Figure 7 : Répartition des pathogènes autres que Sars-CoV-2



Hors Covid-19, les staphylocoques sont de nouveau les micro-organismes les plus fréquemment retrouvés dans les signalements, en particulier le *Staphylococcus aureus* non résistant à la Méricilline.

RÉSISTANCES

SARM

Cas groupés de 4 infections (conjonctivites) et 7 colonisations nasales en néonatalogie sur 15 jours. L'évolution a été favorable. Une transmission croisée par manuportage lors des soins (ICSHA du service perfectible à 83%) ou par le matériel de soin a été suspectée.

Cas groupés d'EBLSE

En 2023, comme en 2022, **aucun signalement** de cas groupés d'EBLSE n'avait été émis.

En 2024, 1 signalement faisait état de 4 infections à entérobactérie BLSE dans un service de réanimation chirurgicale, mais seules 3 souches étaient identiques. L'ICSHA bas de ce service à 68% a pu contribuer à la transmission croisée : des rappels sur les PS : gants, SHA, désinfection matériel multi-patients, tablier à UU ont été réalisés par l'EOH.

Nous ne pouvons qu'inciter les EOH à signaler et à analyser leurs causes de survenue de telles épidémies (non-respect des précautions standard et complémentaires, organisation, pratiques d'antibiothérapie) et leur rappeler que 4 fiches de retours d'expérience (REX) d'épidémies à EBLSE sont consultables [sur notre site](#).

ÉPISODES DE CAS GROUPÉS OU CLUSTERS

Les épisodes de cas groupés représentent les 2/3 des signalements (80/120). Les signalements de cas groupés de Covid-19 représentent à eux seuls 69% de ces signalements (55/80) et concernent 58% des cas (471/ 804).

Tableau 5 : Répartition des épisodes de cas groupés ou clusters signalés

	Signalements (N)		
	Totaux	Cas groupés	Cas totaux
Covid-19	57	55	471
Gale	3	1	3
Grippe	7	7	62
ISO	18	3	9
GEA	6	6	149
IRA	2	2	41
VRS	1	1	18
Inf. à <i>Mucor indicus</i>	1	1	11
Inf. à BHR	1	1	12
Inf. à SARM	1	1	11
Inf. à EBLSE	1	1	4
Bactériémie	7	1	6
Inf. dentaire	1	1	3
Aspergillose	1	1	2

Il est à noter que dans ce tableau les cas groupés ne sont pas toujours liés, il peut s'agir d'un signalement qui fait état de plusieurs cas sans lien entre eux mais qui se sont produits dans un espace-temps rapproché sans que ce ne soit des cas secondaires.

Un signalement de cas groupés de GEA à Norovirus rapportait à lui seul 91 cas : 45 résidents/patients et 46 professionnels dans plusieurs services. La consommation rapportée de SHA dans l'ES était plutôt faible. Un renforcement du bionettoyage avec un produit sporicide a été mis en place. Aucun cas n'a présenté de signes de gravité.

AUTRES SIGNALEMENTS ET LIEN AVEC LA FEUILLE DE ROUTE REGIONALE

Sept signalements ont concerné des bactériémies nosocomiales :

Tous ces signalements ont fait l'objet d'une investigation et de la mise en place de mesures correctives mais seulement deux ont fait l'objet d'une analyse approfondie des causes au sens de la méthodologie HAS (RMM).

2 étaient en lien avec un CVP dont 1 a provoqué le décès du patient (never event de la feuille de route régionale) et a donné lieu à une AAC.

Lors des échanges avec les EOH des établissements concernés, le CPias :

- propose systématiquement aux établissements de participer à la surveillance SPIADI (surveillance des bactériémies en lien avec un dispositif invasif),
- rappelle qu'une hémoculture positive est une urgence dont le résultat doit être porté à la connaissance d'un médecin pour prise en charge rapide,
- rappelle que dans ces situations il serait opportun de prendre l'avis d'un infectiologue pour la mise en œuvre du traitement antibiotique,
- sensibilise les EOH à l'analyse des causes pour réaliser ensuite des fiches de retour d'expérience mises en ligne sur le site du CPias.

Pour aider les établissements dans les investigations de bactériémies nosocomiales, le CPias met à disposition

- un outil d'analyse approfondie des causes des bactériémies nosocomiales,
- une fiche « Enseignements du signalement » sur le CVP,
- une fiche REX réalisée en 2023 suite à une bactériémie survenue en 2021, en lien avec un cathéter veineux périphérique « Décès lié à une bactériémie nosocomiale à SARM à point de départ vasculaire via un cathéter veineux périphérique ».

18 signalements ont concerné des ISO :

- **11 signalements concernaient des ISO de chirurgie orthopédique ;**
Pour la majorité d'entre eux, ces signalements sont en lien avec des poses de prothèse (10/11). Pour 4 de ces ISO sur prothèse articulaire, la reprise chirurgicale a donné lieu à une ablation partielle ou totale de l'implant. Seules 2 d'entre elles ont donné lieu à une AAC selon la méthodologie HAS (indicateur de la feuille de route régionale)
Pour tous ces signalements de chirurgie orthopédique, le CPias NA demande aux établissements si l'avis du CRIOAC a été requis et si un infectiologue a été sollicité pour l'antibiothérapie, dans le but de sensibiliser les équipes et promouvoir cette démarche.
- **4 fiches concernaient une endophtalmie post chirurgie de la cataracte**
Pour rappel, un [REX](#) et une [Fiche enseignements du signalement](#) du signalement sont à disposition des établissements sur le site du CPias.

Tous ces événements ont donné lieu à des investigations réalisées par les équipes de prévention du risque infectieux : utilisation de la fiche ISO du CPias NA, audit au bloc, prélèvements environnementaux, mais seulement 4 ont fait l'objet d'une analyse des causes au sens de la méthodologie HAS. Dans la plupart des signalements et en particulier en chirurgie orthopédique, aucun dysfonctionnement n'est identifié mais il est très souvent fait mention de facteurs de risque chez le patient, le plus fréquent étant l'obésité. Ce facteur de risque ainsi que l'âge souvent élevé des patients peuvent être à l'origine d'une douche pré-opératoire mal réalisée par manque de mobilité possiblement associée à un contexte algique. Un des axes d'amélioration proposé par le CPias dans ce contexte est l'aide à la douche pour ces patients, même quand ils sont autonomes, que ce soit à domicile ou en hospitalisation.

La majorité des ISO à l'origine de déclaration d'IAS émanent de chirurgie ophtalmique et orthopédique prothétique, très certainement en lien avec des conséquences plus fréquemment à l'origine de séquelles pour le patient. Un signalement concernait de la chirurgie mammaire, 1 de la chirurgie digestive et 1 de la chirurgie gynécologique post IVG.

SIGNALEMENTS BHRe

Pour rappel, sont considérées comme BHRe les entérobactéries productrices de carbapénémase et les *Enterococcus faecium* résistant aux glycopeptides (van A ou van B).

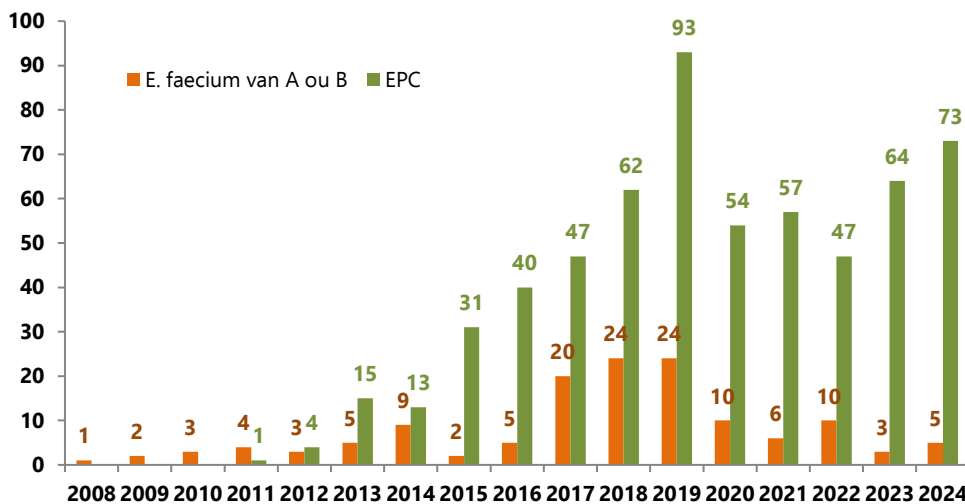
Actuellement, tous les cas de colonisation ou infection à ces BHRe, nosocomiales ou communautaires, doivent faire l'objet d'une déclaration sur l'application e-Sin au sein d'une fiche spécifique BHRe.

Les cas de colonisation ou infection nosocomiale à *Enterococcus faecalis* résistants aux glycopeptides, à *Acinetobacter baumannii* résistants à l'imipénème ou à *Pseudomonas aeruginosa* producteurs d'une carbapénémase, non considérés comme des BHRe, doivent, si l'IAS répond aux critères de signalement, faire l'objet d'une déclaration IAS au sein de l'application e-Sin.

En 2024, 78 fiches BHRe ont été émises, en provenance de 36 établissements (68, 58, 60 et 64 fiches provenant de 34, 31, 21 et 27 établissements respectivement en 2023, 2022, 2021 et 2020).

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE SIGNALEMENTS

Figure 8 : Evolution du nombre de signalements BHRe depuis 2008

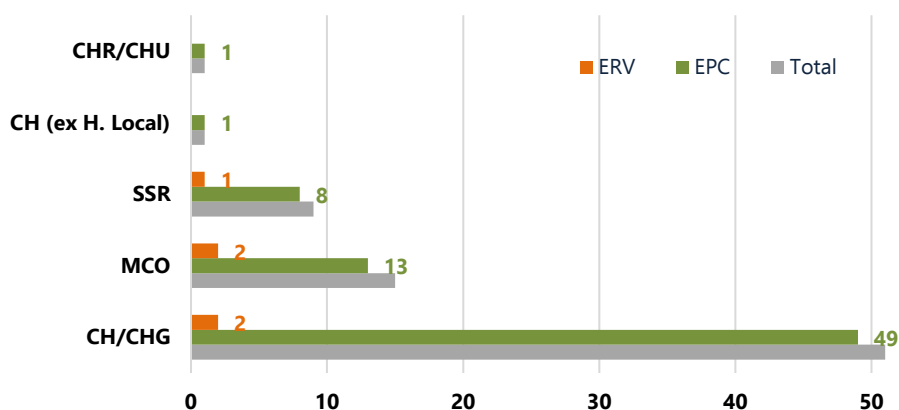


Le nombre de signalements de BHRe en constante évolution depuis 2008 a beaucoup diminué pendant la pandémie et augmente à nouveau légèrement depuis 2023 sans pour autant atteindre les chiffres de 2018 et 2019.

DISTRIBUTION SELON LE TYPE D'ÉTABLISSEMENTS ÉMETTEURS

78 fiches BHRe : 73 EPC, 4 *E. faecium* (ERV) van A, 1 *E. faecium* (ERV) van B

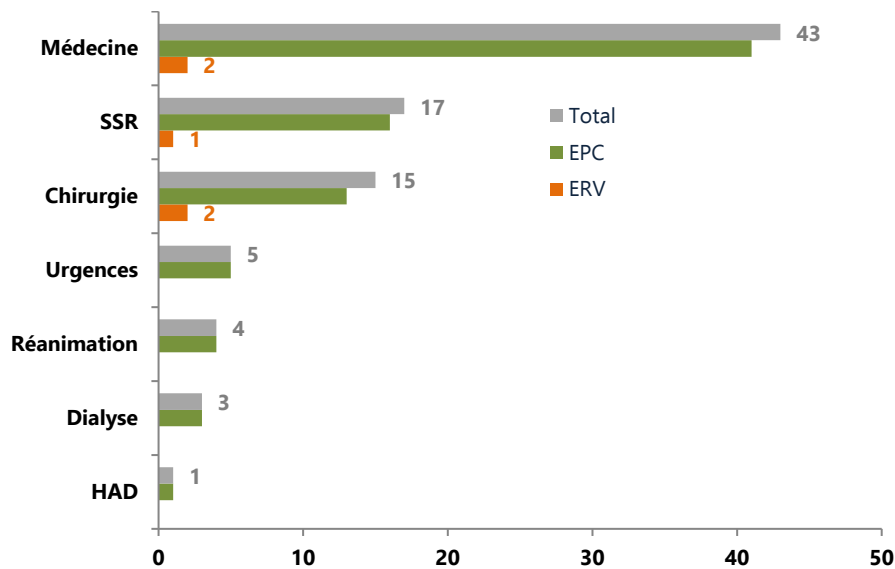
Figure 9 : Distribution des signalements de BHRe selon le type d'établissement émetteur (n=78)



DISTRIBUTION SELON LE SECTEUR D'ACTIVITÉ

Figure 10 : Répartition des signalements de BHRé selon le secteur d'activité (N=88)

Un signalement pouvait concerner un ou plusieurs services : 6 signalements d'EPC ont ainsi concerné 2 services, 2 autres ont concerné 3 services.



Comme classiquement observé, la majorité des signalements concernent les services de médecine. Pour la première fois cette année les services de SSR sont autant voire plus concernés que les services de chirurgie.

INDICATEURS PROPIAS

Pour rappel, les objectifs fixés par le PROPIAS sont :

- Une proportion de cas secondaires sur l'ensemble des cas de BHRé inférieure ou égale à 20%,
- Une proportion d'épisodes avec cas secondaires inférieure ou égale à 10%.

Tableau 6 : Signalements de BHRé en Nouvelle-Aquitaine : Synthèse 2024

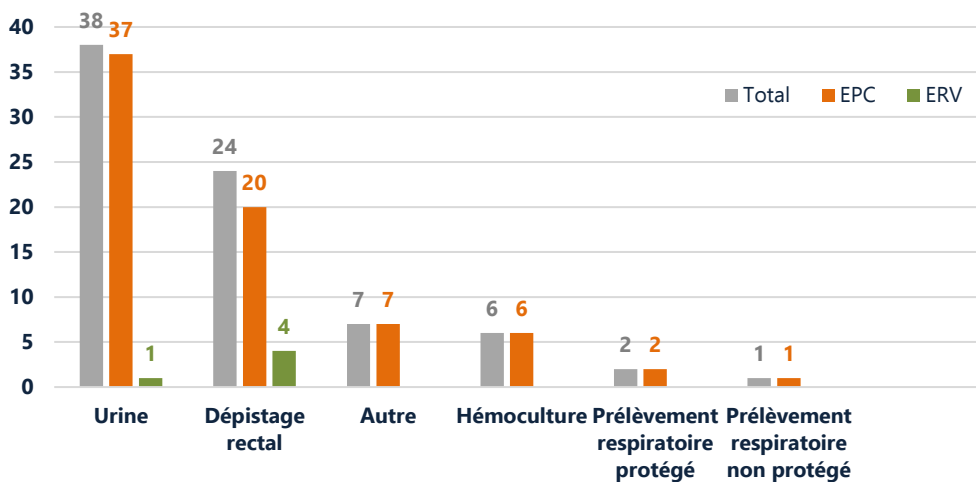
	EPC	<i>E. faecium</i>	Total
Signalements	73	5	78
Episodes	68	5	73
dont avec cas groupés	13	1	14
Cas totaux	109	8	122
dont cas secondaires	31	3	34
Patients infectés	41	1	42
dont cas secondaires	2	0	2
Origine de la BHR (cas index)			
Lien avec l'étranger	7	3	10
Hospitalisation à l'étranger < 1 an	4	-	4
Rapatriement sanitaire de l'étranger	1	3	4
Résidence à l'étranger	1	-	1
Voyage à l'étranger < 1 an sans hospitalisation	1	-	1
Inconnu	10	1	11
Aucun lien avec l'étranger	38	1	39
Provenance			
Autre établissement de santé	19	3	22
Autre service de l'établissement	8	1	9
Domicile	39	1	40

On constate que la proportion de signalements, pour lesquels un lien avec l'étranger est retrouvé, est de plus en plus faible. Les patients proviennent très souvent de leur domicile et ne sont donc pas dépistés systématiquement à l'admission et, par conséquent, ne sont pas placés en précautions complémentaires contact. Ceci implique que la maîtrise de la diffusion de ces BHRé ne peut passer que par une application rigoureuse des précautions standard.

Devant des effectifs extrêmement faibles, des établissements qui ne signalent plus ou seulement en présence de cas secondaires ou d'infections, le calcul des indicateurs PROPIAS, dans ce contexte, ne nous semble pas refléter la réalité et de nouveau cette année nous ne les détaillerons pas dans ce bilan.

PRÉLÈVEMENT D'ORIGINE DE LA BHRé

Figure 11 : Origine de la BHRé : type de prélèvement



Dans plus des 2 tiers des signalements, la BHRé est découverte dans un prélèvement à visée diagnostique et dans la très grande majorité des cas il s'agit d'un EPCBU.

EPC : RÉPARTITION DES ESPÈCES SELON LE TYPE DE SIGNALEMENTS

Tableau 7 : EPC : Répartition des espèces selon le type de signalements (N=73 : Cas isolés / Cas groupés)

	Cas isolés	Cas groupés	Total
<i>Escherichia coli</i>	17	5	22
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	18	2	20
<i>Citrobacter freundii</i>	13	5	18
<i>Enterobacter cloacae</i>	7	1	8
<i>Klebsiella oxytoca</i>	4	-	4
<i>Citrobacter koseri</i>	2	-	2
<i>Citrobacter autre</i>	1	-	1
<i>Enterobacter spp</i>	1	-	1
<i>Proteus mirabilis</i>	1	-	1
<i>Serratia</i>	1	-	1

*Plusieurs micro-organismes pouvaient être identifiés dans un même signalement.

Les germes les plus fréquemment identifiés sont toujours *K. pneumoniae* et *E. coli*. Ils représentent 54% des micro-organismes qui ont fait l'objet d'un signalement.

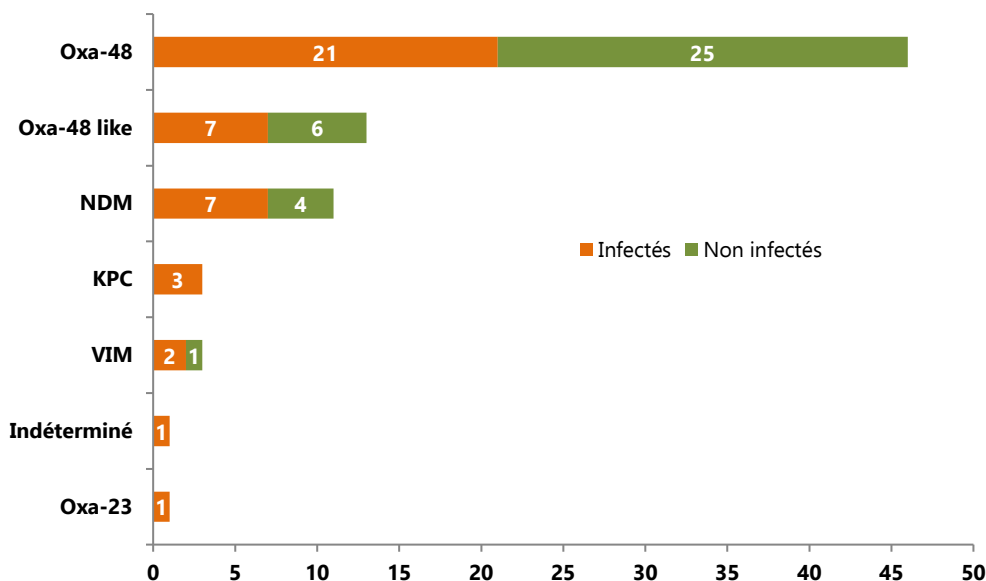
MÉCANISMES DE RÉSISTANCE DES EPC

Tableau 8 : Mécanismes de résistance en cause

Mécanisme	Global*	Infectés
	N	N
Oxa-48	46	21
Oxa-48 like	13	7
NDM	11	7
KPC	3	3
VIM	3	2
Oxa-23	1	1
Indéterminé	1	1
Total	73	42

Le mécanisme de résistance le plus fréquent demeure le mécanisme Oxa-48 qui concerne près de 59% des micro-organismes rapportés dans les signalements d'EPC (62%, 79% et 72% respectivement en 2023, 2022 et 2021). Ce mécanisme concerne par ailleurs 21 des 42 infections (cas index ou secondaire) à EPC. Parmi les cas index le mécanisme oxa-48 a concerné 13 infections urinaires, 1 bactériémie, 1 infection pulmonaire et une ISO.

Figure 12 : Mécanismes de résistance en cause



PROFIL DE RÉSISTANCE DES ERV

Parmi les signalements à *E. faecium* un profil van A est précisé à l'origine d'une bactériémie sans cas secondaires.

ORIGINE DES BHR_e

Pour 11 signalements l'item est renseigné « Inconnu ».

Tableau 9 : Lien avec l'étranger : Mesures mises en place à l'admission

	EPC	ERV
Lien avec l'étranger	7	4
Précautions complémentaires contact (PCC)	3	1
PCC + marche en avant	1	2
Précautions standard	3	1

Pour 3 signalements d'EPC faisant mention d'un lien avec l'étranger pour le patient index, la prise en charge en PCC à l'admission n'a pas été instaurée ; aucun toutefois ne rapporte de cas secondaire.

Parmi les 4 autres signalements avec une telle mention, 3 ont été pris en charge à l'admission en PCC (3 EPC et un ERV van B), le dernier a été pris en charge en PCC avec marche en avant (1 EPC et 2 ERV van A). Parmi ces 2 modalités de prise en charge aucun cas secondaire n'est rapporté.

Pour 47 cas le patient index n'a aucun lien avec l'étranger et n'est donc pas placé systématiquement en précautions complémentaires contact, seuls 8 cas ont en effet été pris en charge en PCC à l'admission. Dans ces situations, seules des précautions standard bien maîtrisées peuvent faire barrière à la diffusion de BHRé.

Pour 20 autres cas, la notion de lien avec l'étranger demeure inconnue. Parmi eux, 2 ont toutefois été pris en charge en PCC à l'admission.

Tableau 10 : Mesures à l'admission en fonction de la provenance

Transfert	Total	EPC	ERV
Patient provenant d'un autre établissement de santé	12*	12*	-
<i>PCC à l'admission**</i>	3	3	-
<i>PCC à l'admission et cas secondaires</i>	1	1	-
Patient provenant d'un autre service	2	1	1
<i>PCC à l'admission**</i>	-	-	-
Total	14	13	1

*dont 2 transferts d'EHPAD

** avec ou sans marche en avant

ALERTE INFORMATIQUE

Tableau 11 : Repérage des cas et contacts

Etablissements N=36	Cas	Contacts
Repérage des cas	27 (75%)	27 (75%)
Alerte informatique en cas de réadmission	23	15
Listing manuel	4	12
Aucun mode de repérage	2	4
Sans précision	7	5

Parmi les 27 émetteurs d'un signalement de BHRé avec l'item « Mode de repérage des cas » précisé, 23 sont en mesure de mettre une alerte informatique sur les dossiers des cas, mais ils ne sont plus que 15 en mesure de le faire conjointement pour les dossiers des contacts. Ces proportions évoluent lentement depuis 2019. Pour 7 établissements une alerte informatique sur les dossiers des cas coexiste avec un listing manuel des contacts.

On note par ailleurs des variations de mode de repérage entre services pour un même établissement déclarant. La réponse porte probablement sur ce qui est fait mais pas sur ce qu'ils sont en capacité de faire.

L'actualisation des nombres totaux de cas et de cas secondaires par l'émetteur en fin d'épidémie de BHRé est primordiale. Si depuis 2020 l'application e-Sin ne permet la clôture que lorsque le bilan à la fin de l'épisode est renseigné, il demeure impératif de reprendre l'ensemble des données initiales saisies à l'ouverture du signalement et ayant évolué, ainsi que de clôturer en temps réel les épisodes quand ceux-ci sont terminés.

FAITS MARQUANT EN 2024

6 Cas de bactériémies à *Pseudomonas aeruginosa* en lien avec 2 écho-endoscopes contaminés

Les signes cliniques sont apparus entre 3 et 10 jours après la réalisation de l'acte. Les écho-endoscopes ont été utilisés sans ballonnet sur la sonde (possibilité envisagée par le fournisseur). Des mesures ont été prises immédiatement avec un arrêt d'utilisation des appareils, des prélèvements sur les écho-endoscopes, les laveurs, les tubulures ont été réalisés et l'outil traçatest a été utilisé pour rechercher d'autres patients. Tous les prélèvements (LDE, air, eau, surfaces) sont restés conformes. Les 2 écho-endoscopes se sont avérés non conformes avec tous les canaux contaminés : un à *Pseudomonas aeruginosa* et *Klebsiella pneumoniae*, l'autre à *Pseudomonas aeruginosa* et *Enterobacter cloacae*. Les autres endoscopes du parc quel que soit leur type sont restés conformes. Aucun patient connu porteur de VHB ou VHC dans les mois précédents la découverte de la contamination n'a été retrouvé et de ce fait aucun rappel patient n'a été réalisé. Une déclaration de matériovigilance et d'EIGS ont été réalisés. L'ANSM a précisé qu'aucun cas de contamination avec ce modèle n'a été déclaré et qu'aucune difficulté de nettoyage lié à la conception du dispositif n'avait été portée à leur connaissance. Les instructions de traitement de l'endoscope étant clairement explicitées dans la notice, et cet épisode étant isolé, l'ANSM n'a pas entrepris d'actions supplémentaires. Lors de la RMM il a été décidé de réaliser un double nettoyage de l'embout de l'écho-endoscope en cas de rupture ou de retrait du ballonnet. Une alerte a été adressée aux établissements de la région susceptibles d'utiliser ce type de matériel.

4 Cas d'endophtalmies suite à des chirurgies de cataracte

Entre le 17/05 et le 19/07, 4 cas d'endophtalmies sont portés à la connaissance de l'EOH qui réalise pour chacun d'eux des investigations, un signalement et une déclaration d'EIGS. Les chirurgiens et les équipes étaient différents, les 4 patients infectés avaient été opérés au sein de la salle dédiée à la chirurgie ophtalmologique du bloc ambulatoire et un seul prélèvement a permis l'identification d'un micro-organisme : *Staphylococcus lugdunensis*. Il n'est retrouvé aucune cause pouvant expliquer ces endophtalmies et il est décidé de réaliser avec le CPias NA un parcours patient depuis son arrivée en chirurgie ambulatoire jusqu'à sa sortie. Le CPias NA a émis un certain nombre de préconisations sur des points qui à eux seuls ne peuvent expliquer les 4 cas mais qui ont permis une amélioration significative des pratiques.

ANALYSE DES CAUSES

Tableau 12 : Nombre annuel d'analyses des causes associées à un signalement

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Analyse des causes (N)	21	12	1	13	15	13	5

Le nombre d'analyse des causes, stable entre 2021 et 2023, a diminué en 2024. Toutefois, dans 16 autres cas, une investigation a été menée : de l'investigation à partir de la fiche d'investigation d'une ISO, en passant par la cellule de crise, jusqu'à la demande d'intervention du CPias. Seuls 5 signalements qui ont fait l'objet d'une analyse des causes au sens de la méthodologie HAS : 3 AAC et 2 RMM qui concernaient des ISO pour les AAC, et des BN pour les RMM.

Tableau 13 : Priorités régionales : Nombre de signalements et d'analyses des causes

Effectif (N)	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Signalements ISO	17	15	1	4	14	19	18
AAC ISO	6	5	1	4	8	4	3
Signalements BN	10	7	2	2	8	6	7
AAC BN	5	5	-	2	2	2	2

La réalisation d'AAC est suggérée systématiquement lors d'un signalement d'ISO ou de bactériémie nosocomiale.

Des outils sont par ailleurs mis [à disposition sur le site du CPias Nouvelle Aquitaine](#) pour aider les établissements dans cette démarche.

Il n'en reste pas moins que peu d'analyses des causes sont réalisées ou portées à notre connaissance et ce, malgré les propositions d'accompagnement du CPias et/ou du CCECQA ; la plupart des établissements disent avoir les ressources nécessaires en interne. Ce constat est très certainement en lien avec la familiarisation des professionnels aux méthodes et/ou outils mais aussi, avec un manque d'effectifs.

ACTUALITES

Proteus mirabilis oxa 23 : Les *Proteus mirabilis oxa-23* ne sont pas considérés comme des Entérobactéries Productrices de Carbapénèmase. Ces souches ne posent pas de problème de transmission de la résistance à d'autres entérobactéries, ni de problème de thérapeutique :

- La prise en charge d'un patient porteur de ce micro-organisme ne doit pas s'accompagner des mesures BHR : dépistages, suivi des patients contacts.
- Cette [information](#) est en ligne sur le site du CPias NA et un mail a été adressé à tous nos interlocuteurs des ES.

Siphons et désinfection vapeur : dans le cadre de la gestion du risque infectieux environnemental, en particulier lié aux BHR, nombre de structures de soins assurent une désinfection des siphons. Le recours à la méthode vapeur est une pratique assez fréquente qui peut présenter certains aléas si la procédure utilisée n'est pas adaptée. Notre expérience sur ce sujet nous a amené à proposer un court rappel des bonnes pratiques et quelques points clés.

NOUVEAUX OUTILS

Fiche REX : [Endophtalmie à *Pseudomonas aeruginosa* suite à une chirurgie de cataracte](#)


L'analyse des signalements de BHRé et les publications scientifiques avait permis d'objectiver une transmission croisée entre patients ayant séjourné dans la même chambre de façon non concomitante, mais pas forcément consécutive et conduit à la réalisation d'une fiche des enseignements du signalement « [BHRé et environnement](#) » à disposition des établissements depuis 2021.

Il nous a semblé important de compléter ce document et d'aider les établissements en explicitant les situations dans lequel un dépistage post-exposition des patients ayant séjourné dans une chambre précédemment occupée par un patient porteur de BHRé devait être réalisé. Un outil de type [arbre décisionnel](#) est proposé aux établissements.

ALERTE REGIONALE

ECHO-ENDOSCOPES

En lien avec le signalement de 6 bactériémies avec des écho-endoscopes à ballonnet utilisés sans le ballonnet, une alerte a été adressée aux établissements de santé de la région concernés : l'utilisation sans ballonnet est prévue par le fournisseur du matériel mais il convient que les EOH vérifient auprès du service d'endoscopie digestive que la procédure du fabricant lors de l'utilisation, la désinfection (avec une vigilance particulière pour le canal du ballonnet) est bien mise en œuvre.



Bordeaux, le 09 janvier 2025

Bonjour,

L'analyse approfondie des causes d'un signalement en NA de 6 bactériémies en lien avec des écho-endoscopes à ballonnet de la Société Pentax, et utilisés sans le ballonnet, nous a permis de retenir les éléments suivants que nous vous suggérons de vérifier avec votre service d'endoscopie digestive :

- L'utilisation de l'écho-endoscope sans ballonnet est une pratique prévue par le fournisseur mais dans ce contexte :
 - L'opérateur doit connaître et appliquer la procédure d'utilisation fournie avec le matériel et en lien avec cette utilisation sans protection (vérifier que c'est la dernière version qui est à disposition auprès du fournisseur).

Ne pas aspirer de matières solides, car cela pourrait obstruer le piston d'aspiration/piston d'aspiration du ballonnet ou le canal d'aspiration.

- Le nettoyage et la désinfection doivent aussi répondre aux recommandations du fournisseur et prendre en compte le contact entre le canal eau du ballonnet et les produits biologiques du patient.

Le canal du ballonnet doit être soumis à toutes les étapes de la procédure de retraitement de l'endoscope, qu'il ait été utilisé ou non lors d'une intervention clinique. Le non-respect de cette instruction peut entraîner un retraitement incomplet ou inefficace, susceptible d'augmenter le risque de contamination croisée.

- L'absence du ballonnet rend l'utilisation et l'entretien du dispositif plus complexe (le canal eau a un diamètre très petit) et il est recommandé de ne pas systématiser une utilisation sans ballonnet. L'utilisation d'écouvillons adaptés et préconisés reste essentielle.

Ne pas utiliser d'écouvillons autres que ceux décrits dans ce manuel d'utilisation.

L'utilisation d'écouvillons autres que ceux indiqués dans ce manuel d'utilisation peut endommager l'endoscope ou entraîner un nettoyage incomplet ou inefficace et pourrait augmenter le risque de contamination croisée.

L'équipe du CPias Nouvelle Aquitaine

ALERTE NATIONALE

DEPISTAGE *CANDIDA AURIS*

En 2019, le HCSP avait exclu tout dépistage systématique, au vu de la situation épidémiologique de l'époque, en dehors des patients au portage antérieur connu et de ceux hospitalisés dans une zone, une région ou un établissement où une épidémie à *C. auris* était en cours. Devant l'augmentation significative du nombre de pays ayant déclaré au moins un cas, le Comité de suivi du CPIas NA a proposé le dépistage systématique des patients qui ont été pris en charge en réanimation/USI dans les 12 mois précédents le rapatriement, les colonisés connus et les contacts d'un cas. Une information a été adressé à tous les professionnels de la PRI :



Dépistage Candida auris : Modification des recommandations en Nouvelle-Aquitaine

A l'attention des professionnels des EOH, des Présidents de CLIN et des responsables signalement des ES

Bonjour,

Le HCSP en 2019 avait exclu tout dépistage systématique, au vue de la situation épidémiologique de l'époque, en dehors des patients au portage antérieur connu et de ceux hospitalisés dans une zone, une région ou un établissement où une épidémie à *C. auris* est en cours.

Le CPIas NA avait proposé une stratégie de dépistage plus renforcée en fonction d'une évaluation du risque incluant la fragilité du patient, le pays de provenance et le service d'origine ou d'accueil en particulier les réanimations ou soins intensifs.

Le nombre de pays ayant déclaré au moins un cas a augmenté de façon significative, dans ce contexte, la stratégie régionale propose de modifier et simplifier la mise en œuvre de ces dépistages en prenant en compte le dernier avis de l'institut Pasteur et des sociétés savantes françaises (<https://www.sfm-microbiologie.org/2023/06/20/note-actualisation-candida-auris/>)

Après discussion, le Comité de suivi du CPIas NA a proposé le :

Dépistage systématique des patients qui ont été pris en charge en réanimation/ USI dans les 12 mois précédents le rapatriement, les colonisés connus et les contacts d'un cas.

Cette mention sera aussi spécifiée par l'ARS NA dans ses alertes de rapatriements sanitaires.

Bien cordialement.

L'équipe du CPIas Nouvelle-Aquitaine

CPIAS Nouvelle-Aquitaine
05.56.79.60.58
cpias.na@chu-bordeaux.fr

CHU de Bordeaux
GH Pellegrin - Bât. Tondu
Place Amélie Raba-Léon
33076 BORDEAUX Cedex

PROSPECTIVES

Tous les signalements reçus ont fait l'objet d'une analyse à leur réception et ont été abordés lors d'une réunion d'équipe hebdomadaire. Les signalements sont également discutés mensuellement lors d'un point téléphonique avec SPF. Par ailleurs les cas susceptibles d'intéresser d'autres vigilances et/ou l'ARS sont présentés lors des réunions mensuelles de la « Matinale des vigilants ». Dans un contexte de signalement d'un évènement non maîtrisé dans l'établissement signaleur et/ou pouvant exposer d'autres patients ou d'autres établissements, une information des professionnels de l'ARS permet d'échanger sur la stratégie à mettre en place.

En 2024, 6 signalements étaient en lien avec les objectifs opérationnels de l'axe 3 de la feuille de route 2023-2026 de l'ARS. Il s'agissait de 4 signalements d'ISO sur prothèse articulaire ayant nécessité l'ablation totale ou partielle de l'implant et de 2 signalements de bactériémies à point de départ une voie veineuse périphérique dont 1 ayant mené au décès du patient.

Seules 2 ISO et 1 bactériémie nosocomiale ont fait l'objet d'une AAC au sens de la méthodologie HAS. Nous encourageons les établissements à réaliser ces analyses des causes, mais force est de constater que le délai entre l'évènement et l'analyse, quand elle est réalisée, est souvent très long, les rendant ainsi plus complexes et moins précises.



Le Never Event « Pas de décès suite à une infection sur VVP » demeure l'axe prioritaire du CPias, thème largement abordé lors des différents évènements organisés par le CPias depuis 2023 lors des journées de réseau notamment. Cet axe de travail du CPias NA a mené à l'élaboration [d'outils de communication à destination des professionnels et des usagers](#). Les EOH ont été invitées à s'emparer de ces outils ainsi que des outils proposés par la mission SPIADI.

En 2025 ces signalements continuent à faire l'objet d'une vigilance particulière du CPias et d'échanges avec les établissements émetteurs, pour promouvoir les demandes d'avis au CRIOAC ou au CRAtb concernant la phase d'atténuation et sensibiliser les équipes à l'analyse approfondie des causes de ces évènements.