

Objectif : A partir d'un évènement qui est signalé par un établissement de santé, **apprendre et faire partager les connaissances** concernant les circonstances de survenue et la prise en charge de l'épisode par les différents partenaires, **pour éviter la survenue d'évènements comparables**. Une référence bibliographique illustre la démarche. Un retour d'expérience est un partage d'expérience : ce n'est ni un référentiel ni une conduite à tenir.

TITRE

Epidémie d'infections urinaires sévères à EBLSE en gériatrie

MOTS CLES

Infection urinaire, décès, gériatrie

CCLIN SUD-OUEST

Période de survenue : 2016

POINT D'INFORMATION - Message clé

La gestion adéquate des excréta et les précautions standard préviennent la transmission des EBLSE. Il est capital d'échanger avec les équipes de soins pour identifier les situations à risque de réservoir et de transmission.

CONTEXTE

- ✦ **Description chronologique de l'évènement**

Survenue dans l'été et sur une période d'un mois de 9 cas d'infection urinaire par *K pneumoniae* BLSE chez des patients d'une unité de gériatrie de 25 lits. L'équipe d'hygiène (EOH) découvre lors de ses investigations que 3 patients sont décédés dont 2 en lien probable avec leur infection. Des mesures barrières sont mises en place, un dépistage systématique hebdomadaire des patients est initié et des prélèvements d'environnement sont réalisés. Les premiers dépistages systématiques identifient 2 patients colonisés digestifs supplémentaires ; plusieurs siphons de chambres occupés par des cas s'avèrent également contaminés par la Klebsielle. La comparaison des souches patients et environnementales par le CHU le plus proche montre la circulation d'un seul clone. La bonne application des mesures barrière et les actions correctives mises en place stoppent l'épidémie.
- ✦ **Investigations**

Tableau synoptique, points communs entre les patients
Analyse des pratiques vis-à-vis des dispositifs partagés, des excréta et des soins vis-à-vis de la sphère urinaire
Dépistages hebdomadaires des patients, prélèvements de siphons dans les chambres et la salle de soins
Prélèvements des siphons des lavabos et de la douche commune, du matériel partagé (chariot douche, bladder scan notamment).
- ✦ **Hypothèse**

Précautions standard, gestion des excréta et entretien du matériel partagé non optimaux ayant conduit à une transmission croisée d'un germe importé par un patient index.
- ✦ **Évènements similaires**

Le PROPIAS demande le signalement de tous les cas groupés d'EBLSE, dans le contexte de maîtrise de ces micro-organismes désormais endémiques en France et pouvant être maîtrisé via le respect des mesures barrières et le bon usage des antibiotiques. Un cas groupés d'EBLSE en SSR signalé dans le Sud-Ouest avait perduré plusieurs semaines malgré les mesures barrières du fait d'une chaise-percée partagée abîmée et donc mal entretenue. Les articles relatant des évènements similaires identifient systématiquement comme cause immédiate une faiblesse des précautions standard et des mesures de prévention des infections au sein du service concerné.
- ✦ **Circonstances et causes immédiates**
 - Admission de patients porteurs d'EBLSE
 - Précautions standard et complémentaires non optimales
 - Persistance des EBLSE dans l'environnement, sur le matériel ou les produits partagés
- ✦ **Causes latentes**
 - Robinetterie abîmée et ancienne, tout comme les urinaux et bassins
 - Absence de lave-bassin, demandé par l'EOH mais refusé pour des raisons économiques
 - Méconnaissance de l'importance de l'entretien du matériel partagé (Chariot de douche, chaise percée, urinaux) et du rôle de l'environnement par les professionnels
 - Banalisation du risque de transmission croisée, manque de rigueur dans l'application des mesures
 - Contexte de charge en soins élevée du fait d'un effectif réduit au minimum pour les congés d'été

Ecarts	Causes profondes et immédiates	Axe d'amélioration
Etablissement de santé		
Précautions standard défailtantes,	Banalisation du risque de transmission croisée, manque de rigueur dans l'application des mesures ICSHA 50% Contexte de charge en soins élevée du fait d'un effectif réduit au minimum pour les congés d'été	Réunion d'équipe avec l'EOH pour échanger et engager les professionnels à assurer de bonnes pratiques Suivi ICSHA décidé
Précautions complémentaires défailtantes	Gants portés trop systématiquement et tablier mal utilisés. Pas de prise de conscience du risque de transmission	Réunion d'équipe avec l'EOH pour échanger et engager les professionnels à assurer de bonnes pratiques
Gestion des excréta défailtante	Vidange de l'eau de la toilette intime dans le lavabo Absence de lave-bassin, absence de bac d'immersion. Pression économique	Projet d'acquisition de lave-bassins acté par la direction
Persistance d'EBLSE possible sur l'environnement, le matériel et les produits	Stéthoscope, échographe non entretenus car absence de lingettes faciles à utiliser	Acquisition de détergent-désinfectant prêt à l'emploi et de lingettes
	Urinaux, bassins, chariot douche abîmés, bêche chariot douche percée et méconnaissance du risque lié à un entretien imparfait.	Changement du matériel abîmé
	Robinetterie abîmée, persistance d'EBLSE dans les siphons	Changement et/ou désinfection des points d'eau (lavabos, douches, vidoirs)
	Flacons de produits et pommades partagés	Arrêt des flacons mutualisés
	Entretien de l'environnement proche du patient peu suivi car sous-estimation du risque Défaut d'organisation et de planification de l'entretien du matériel partagé	Entretien complet du service et planification

☒ Commentaires sur la prise en charge de l'évènement

- Les actions correctives mises en place dès l'information de l'EOH ont permis de juguler l'épisode
- Le dépistage hebdomadaire temporaire a permis de débrouiller la situation

REFERENCES

- ☒ Arnaud I, Maugat S, Jarlier V, Astagneau P; National Early Warning, Investigation and Surveillance of Healthcare-Associated Infections Network (RAISIN)/multidrug resistance study group.. Ongoing increasing temporal and geographical trends of the incidence of extended-spectrum beta-lactamase-producing Enterobacteriaceae infections in France, 2009 to 2013. Euro Surveill. 2015;20(36).
- ☒ Stapleton PJ, Murphy M, McCallion N, Brennan M, Cunney R, Drew RJ. Outbreaks of extended spectrum beta-lactamase-producing Enterobacteriaceae in neonatal intensive care units: a systematic review. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2016 Jan;101(1):F72-8.
- ☒ Hu L, Liu Y, Deng L, Zhong Q, Hang Y, Wang Z, Zhan L, Wang L, Yu F. Outbreak by Ventilator-Associated ST11 K. pneumoniae with Co-production of CTX-M-24 and KPC-2 in a SICU of a Tertiary Teaching Hospital in Central China. Front Microbiol. 2016 Aug 2;7:1190.