

Laurence GUET¹, Alexandra ALLAIRE², Caroline CYVOCT³, Joël DELHOMME⁴, Isabelle HERLUISSON-PETIT⁵,
Emmanuelle MARTIN⁶, Elodie QUATREMARE⁷, Stéphanie ROCHON-EDOUARD⁸, Pascal THIBON¹

1- CPias Normandie - 2- CH Saint-Lô - 3- CHI Eure-Seine - 4- CH Alençon - 5- CH Falaise - 6- CHI Elbeuf-Louviers - 7- GH Le Havre - 8- CH Dieppe

Introduction

Les **bactériémies** sont des infections associées à une morbidité et une mortalité importantes ; leur incidence augmente et leur prévention est d'une grande importance.

Le **PROPIAS** recommande une surveillance des bactériémies dans ses axes liés à la maîtrise de l'antibiorésistance et aux actes invasifs, dans les 3 secteurs de soin.

Le **CPias Normandie** a proposé en 2018 une surveillance des bactériémies étendue à **l'ensemble des patients, hospitalisés ou non**.

Cette surveillance ciblait *Staphylococcus aureus* (SA) micro-organisme le plus fréquemment isolé des bactériémies nosocomiales et les **entérobactéries productrices de BLSE** (EBLSE), Un focus concernant les **dispositifs invasifs** (DI) était proposé.

Matériel et méthodes

- Surveillance proposée à tous les types d'établissements de santé (ES) sauf l'HAD
- Inclusion de l'ensemble des hémocultures positives, **quel que soit le secteur d'hospitalisation du patient**, des prélèvements réalisés en **consultation externe**, aux **urgences** et en **hémodialyse** en dehors d'une hospitalisation
- Possibilité de surveiller **uniquement les bactériémies à SA et EBLSE**, ou **l'ensemble des germes** (surveillance « tous germes »)
- Classement de l'origine de chaque cas en :
 - Communautaire** : acquis en ville et non associé aux soins
 - AS-ville** : associé aux soins hors ES, acquis en ville - y compris HAD - ou en établissement médico-social
 - Nosocomial** : acquis dans l'établissement de santé ou dans un autre établissement de santé

Résultats **769 bactériémies**

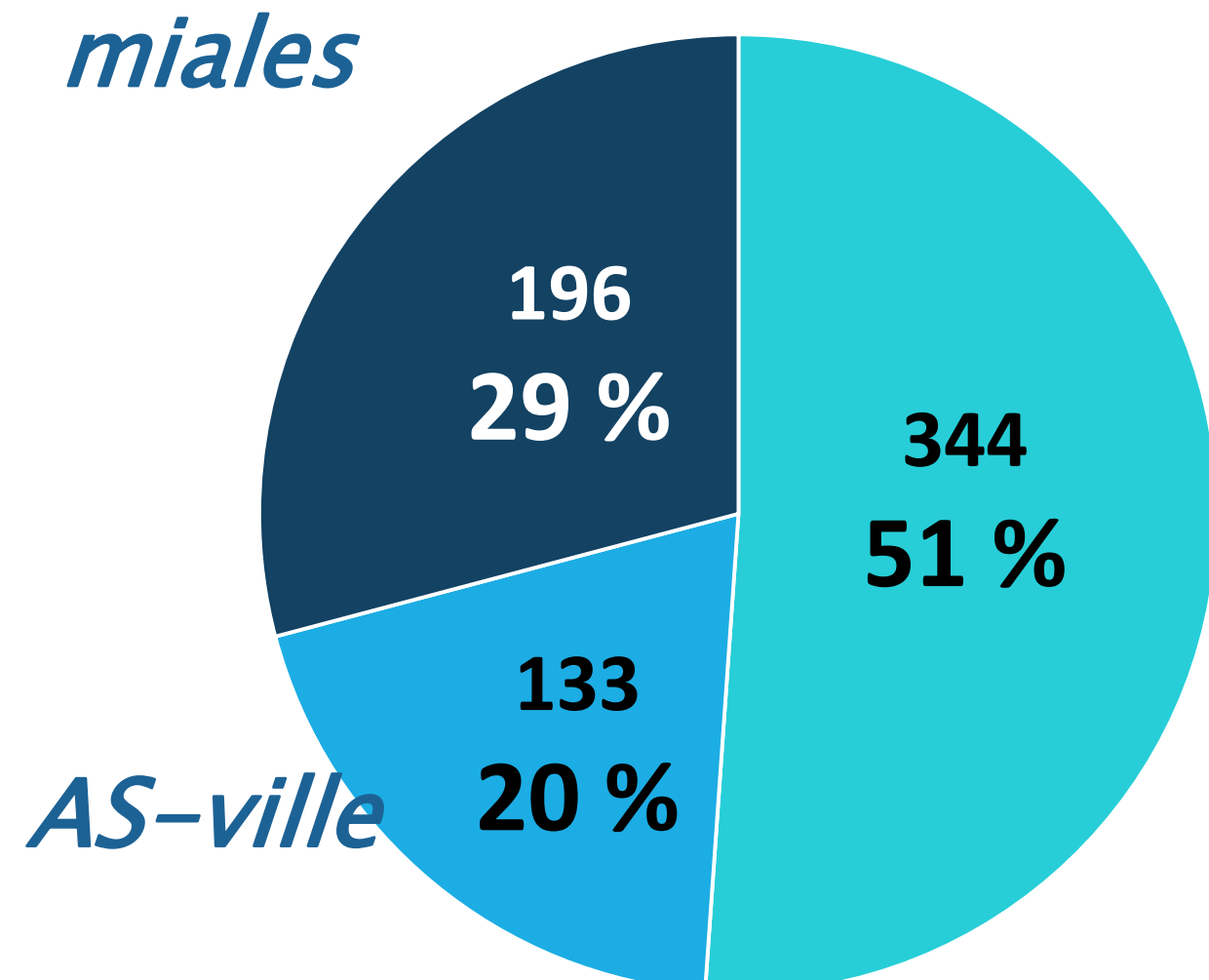
>Participation :

Type d'ES	Nombre	%
Centre de lutte contre le cancer	1	50%
Centres hospitaliers	14	29%
De plus de 300 lits	7	70%
De moins de 300 lits	7	18%
Cliniques MCO	14	52%
De plus de 100 lits	10	59%
De moins de 100 lits	4	40%
Soins de suite et réadaptation	3	10%
Total	32	24%

>Origine des bactériémies :

-Surveillance tous germes
18 ES - 673 bactériémies

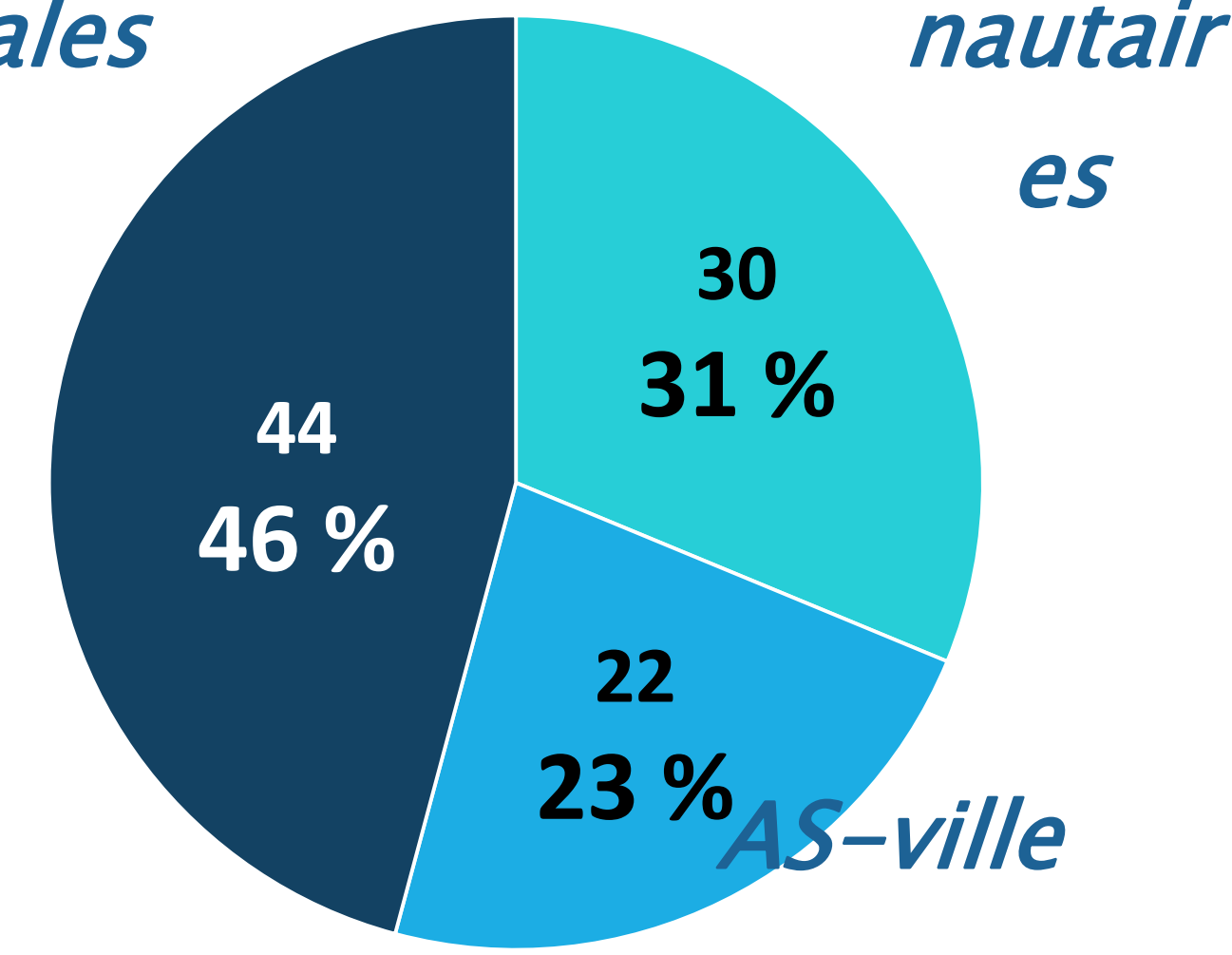
Nosocomiales



Communautaires

-Surveillance SA et EBLSE
14 ES - 96 bactériémies

Nosocomiales

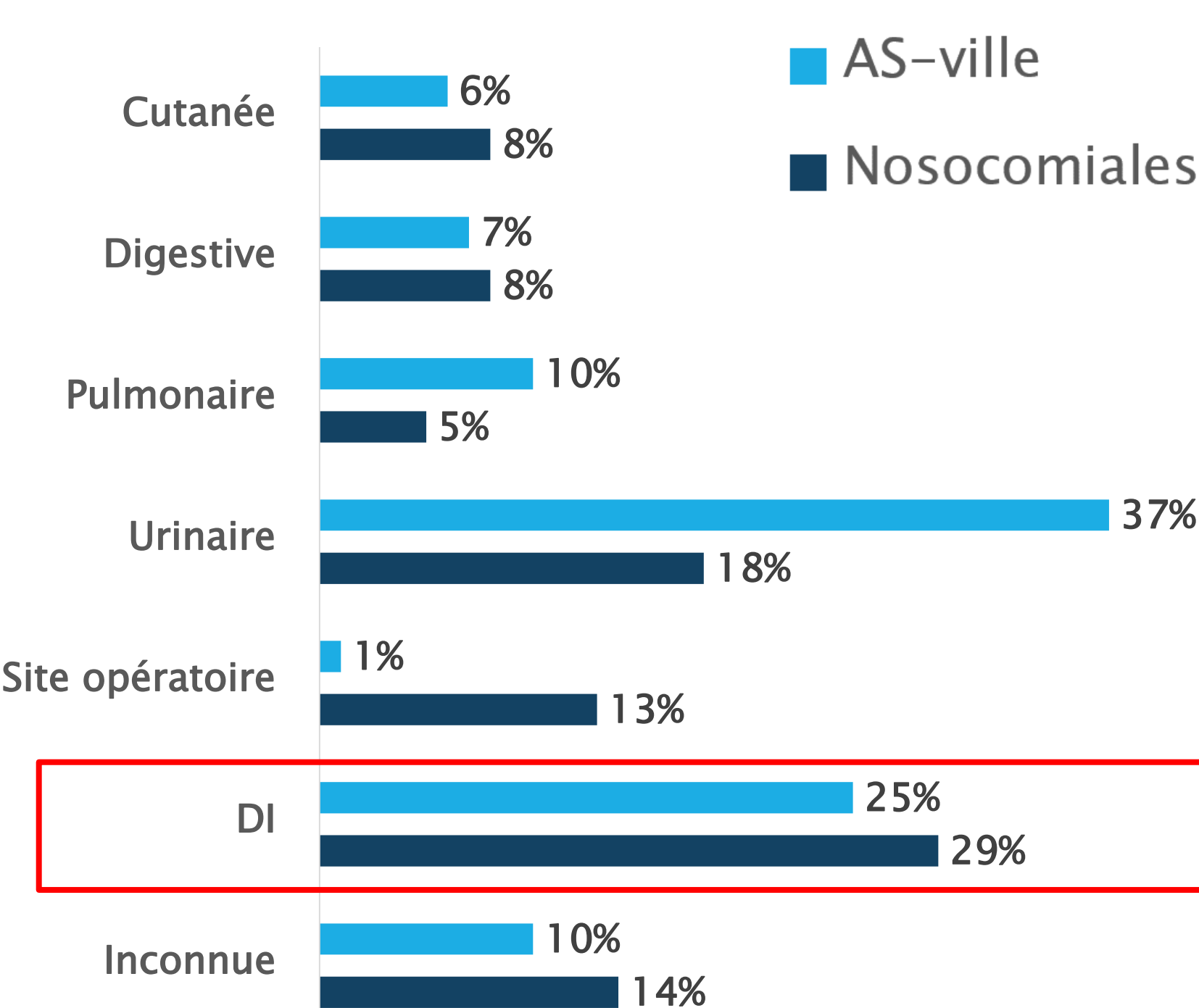


Communautaires

Comparaison de la répartition : $p < 10^{-3}$, test du χ^2

>Principaux germes (surveillance tous germes)	N	% AS-ville	% Nosocomiales
<i>Staphylococcus aureus</i>	113	17%	49%
dont SARM	16	25%	50%
Staphylocoque coag. nég.	54	22%	59%
Streptococoques	98	13%	12%
Entérocoques	28	32%	32%
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	24	33%	38%
Entérobactéries	332	20%	24%
Entérobactéries BLSE	31	29%	48%
<i>Escherichia coli</i>	245	19%	20
dont <i>E.coli</i> BLSE	22	32%	50

>Portes d'entrée* :



*AS-ville : N=155 - Nosocomiales : N=240

>Dispositifs invasifs** :

-Non vasculaires :

Sonde urinaire

AS-ville : 13 (34,2%)

Nosocomiales : 16 (24,6%)

-Vasculaires :

Cathéters veineux périph.

AS-ville : 2 (5,3%)

Nosocomiales : 12 (18,5%)

Chambres implantables

AS-ville : 16 (42,1%)

Nosocomiales : 15 (23,1%)

PICC-line

AS-ville : 3 (7,9%)

Nosocomiales : 4 (6,2%)

**AS-ville : N=38 - Nosocomiales : N=65

Conclusion

Cette surveillance a permis d'obtenir une image des bactériémies associées aux soins d'origine extrahospitalière. Les DI, avec en premier lieu **les chambres implantables**, étaient fréquemment identifiés comme porte d'entrée, à la fois pour les bactériémies AS hors ES et les bactériémies nosocomiales.

Des **actions de prévention** en direction des professionnels de ville nous apparaissent nécessaires. La surveillance des bactériémies va se poursuivre dans notre région avec la méthode proposée dans le cadre de la mission nationale **SPIDI**