

L'INFECTION AUX URGENCES : AMPLEUR DU PROBLÈME



Pr R.SAKHRAOUI

Service des UMC CHU Mustapha

CLARIFIER LES CONCEPTS!

- Infection communautaire
- Infection nosocomiale
- Infection associée aux soins

QU'EST-CE QU'UNE INFECTION COMMUNAUTAIRE?

Toute infection acquise en **dehors** d'un établissement de santé, **sans relation avec un soin**.

Elle nécessite:

- ❖ D'être reconnue
- ❖ D'identifier le Foyer
- ❖ D'identifier le Germe
- ❖ De prescrire une Antibiothérapie de 1^{ère} intention: choix de l'ATB, immédiate
- ❖ D'être réajuster en cas de nécessité

QU'EST-CE QU'UNE INFECTION NOSOCOMIALE ?

■ Infection acquise à l'hôpital :

- Ni en incubation
- Ni présente
- Secondaire ou non à un acte invasif

■ Délai :

- Habituel : **48 h**
- Site opératoire : 30 jours
- Prothèse et implant : 1 an

1. Duce G et al. *Guide pratique pour la lutte contre l'infection hospitalière*. WHO/BAC/79.1.

2. Benenson AS. *Control of communicable diseases manual*, 16th edition.

Washington, American Public Health Association, 1995.

ELARGISSEMENT DU CHAMP :

INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS (IAS)

Une infection est dite associée aux soins (IAS)

- si elle survient au cours ou à la suite d'une **prise en charge** (diagnostique, thérapeutique ou préventive) d'un patient

ET

- si elle n'était ni présente, ni en incubation au début de la prise en charge

Une Infection nosocomiale est une IAS contractée en établissement de santé

ELARGISSEMENT DU CHAMP : INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS (IAS)

Il est recommandé d'apprécier dans chaque cas, la plausibilité de l'association entre la prise en charge et l'infection.

◎ Ampleur du problème

1/ FRÉQUENCE

- ❖ L'infection est **fréquente** aux urgences.
- ✓ Motif de **consultation: 25% des consultants**
- ✓ Motif **d'hospitalisation: 15% des hospitalisations**
- ✓ Acquis pendant l'hospitalisation: 35% patients
- ❖ On rencontre les 3 types d'infection aux urgences.

2/ FACTEURS PRÉDISPOSANTS

Nos patients sont rendus plus vulnérables par:

- ⊙ l'âge
- ⊙ une (ou des)maladie(s) sous-jacente(s) chronique(s)
- ⊙ Traitements immunosuppresseurs, chimiothérapie.
- ⊙ Le recours à des techniques diagnostiques et thérapeutiques invasives

3/ LES MOTIFS DE CONSULTATION: VARIÉS

- fièvre, courbature
- Troubles respiratoire
- Troubles de conscience: méningo-
encéphalite
- état de choc
- Épidémie
- Evacuation pour complication d'une
infection

.....

4/TABLEAU CLINIQUE:

- TYPIQUE

- ATYPIQUE+++ : parfois trompeur = **difficulté diagnostique**

En cas de:

- + Sepsis sévère

- + Choc septique

- + Coma

- + Défaillance poly viscérale

6/ PRISE EN CHARGE INITIALE

La gravité initiale du tableau clinique(choc septique) impose:

- Etablir le Diagnostic: éléments cliniques et para-cliniques.
- Traitement médical: Disponibilité d'un panel d'antibiotiques de première intention 24h/24.
- Traitement chirurgical en urgence est parfois nécessaire.
- Enquête bactériologique: agent pathogène.

7/ DÉLAI DE PEC

- **Nombre** des patients à l'accueil.
- **Compétence et expérience** du médecin urgentiste.
- Disponibilité des Examens complémentaires: radiologie, bactériologie, biochimie.....
- Qualité et efficacité de l'équipe pluridisciplinaire: urgentistes, chirurgiens, anesthésistes, radiologue, microbiologiste, parasitologue, biochimiste.....

=travail de

Le pronostic dépend de la qualité et de la précocité du traitement.



8/ PROBLÈME D'ORGANISATION

❖ Sélection des patients
ambulatoires / hospitalisation

❖ Si hospitalisations : **OU?**
Difficulté d'organiser l'hospitalisation
pour les malades infectés et les
malades non infectés au niveau de
la même unité.



Hospitalisation dans les couloirs





PROBLÈME D'ORGANISATION

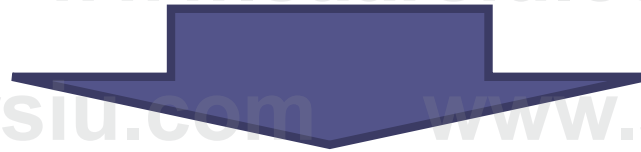
Exp1 au niveau de l'unité post opératoire, on trouve une maladie de Fournier, un HSD, une fracture du Fémur et une péritonite dans la même salle???

Exp 2: au niveau de la salle de déchoquage, on retrouve une méningo encéphalite, un AVC, un choc septique, un pied diabétique, une pneumonie et une crise d'asthme dans la même unité.



Hospitalisation sur des chaises

L'activité du service d'urgence ne lui permet pas de garder les patients au delà de 24 h. Pour pouvoir faire face à toutes les urgences.



Il faut trouver des lits, notamment en post-urgences+++++

9/ TRANSFERT SECONDAIRE DES MALADES INFECTÉS DANS D'AUTRES SERVICES



Propagation de l'infection et émergence de bactéries résistantes aux ATB

10/QUEL TRAITEMENT? QUESTIONS

- ◎ FAUT IL UNE **ANTIBIOTHERAPIE?**

- ◎ Si oui laquelle? Plus souvent probabiliste, à instaurer sans délais.

- ◎ Si non ? **Antirétroviraux?** Quand? pour qui?

- ◎ **ANTIFONGIQUES?**: quand? pour qui?

11/ LE RISQUE

Ces infections peuvent entraîner une:

- ✓ Une contamination du **personnel** médical et paramédical.
- ✓ Une contamination des autres **malades**, en cas d'hospitalisation.

D'autant plus que le service des UMC est **surpeuplé**:

- ✓ Les malades qui arrivent de **l'Algérie**.
- ✓ Les parents des malades.
- ✓ les fréquents transferts de patients des autres services de l'hôpital et des autres hôpitaux=Anomalie

La concentration, dans un même secteur, de patients hautement vulnérables à l'infection.



12/DOIT - ON PROTÉGER LE PERSONNEL MÉDICAL ET PARAMÉDICAL CONTRE CES INFECTIONS ? SI OUI COMMENT?

OUI

Parce que

On ne connaît pas le statut bactériologique des patients qui arrivent aux urgences et chez lesquelles des gestes d'urgences sont vitales.

- **Les Précautions standard doivent être respectées pour tous les patients.**
- **Moyens de protection à la disposition du personnel +++**



13/ COMMENT PROTÉGER LES PATIENTS HOSPITALISÉS DE LA CONTAMINATION?

- Respect de l'Hygiène hospitalière
- Formation du personnel médical et paramédical à l'hygiène hospitalière
- Respect des précautions standard

Lavage des mains++++++

- Équipe de médecins compétente qui doit se soumettre à des **protocoles du service** (prescription de l'ATB thérapie)
- Réguler les visiteurs.

14/ NECESSITE D'ASSURER LA SÉCURITÉ BACTÉRIOLOGIQUE DES LOCAUX:

- Service qui travaille 24/24: la désinfection pose problème.
- Problème d'évacuer les patients vers d'autres services et constitue une source d'infection nosocomiale.
- La pression et la charge de travail: obstacles
- Rapport nbre infirmier/nbre Malade : inadéquat
- Formation+++

CONCLUSION (1)

- ◉ Le service des UMC constitue un environnement dans lequel se trouvent rassemblées des personnes infectées et des personnes chez lesquelles le risque d'infection est accru.
- ◉ Les patients infectés ou contaminés constituent des sources potentielles d'infection pour les **autres patients** et pour le **personnel**.

CONCLUSION (2)

- L'infection est un problème majeur de **sécurité** pour le patient des urgences.
- Leurs causes sont multiples.
- Les causes évitables sont liées aux:

- * Systèmes

- * Procédures de soins

- * Pratiques comportementales.

ATTENTION!!!



**« *l'hôpital est tout
autant un “créateur de
maladies” qu’une
institution destinée à
guérir* »**

Steudler, 1974 : 32.

○ Merci de
votre
attention