

Prévention des infections nosocomiales

Nosocomial infections prevention

© SRLF et Springer-Verlag France 2012

SO071

Peut-on améliorer de manière soutenue l'observance de l'hygiène des mains en réanimation ?

Résultats de l'étude européenne MOSAR

L. Derde¹, M.J.M. Bonten², C. Brun-Buisson³

¹Julius Center For Health Care, UMCU, Utrecht, Netherlands

²Julius Center For Health Care, UMCU Utrecht, Netherlands

³Service de réanimation médicale, CHU Henri-Mondor, Créteil, France

Introduction : L'observance de l'hygiène des mains (HH) en réanimation reste souvent médiocre. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'efficacité d'un programme intensif d'amélioration de l'HH (HHIP) dans 13 réanimations européennes (dont trois en France) et mesurer ses déterminants.

Patients et méthodes : Nous avons conduit une étude interventionnelle sur 26 mois, comportant une période contrôle de six mois (P1), suivie d'une période de mise en place d'un programme intensif d'amélioration de l'hygiène des mains (HHIP intensif) de six mois avec audits et feed-back (P2) selon la méthode recommandée par l'OMS (Campagne « *Clean care is safe care* » ; « *My 5 Moments for Hand Hygiene* »). Les audits ont été effectués à des dates, intervalles de temps et lits tirés au sort. Pendant les 14 derniers mois de l'étude, le programme a été maintenu avec audits actifs (HHIP continu, P3), tandis qu'une autre intervention était testée. L'analyse a été effectuée à l'aide d'un modèle logistique à effets mixtes, prenant en compte la phase d'étude et le centre.

Résultats : 44,764 opportunités d'HH ont été observées au cours de 26 mois d'étude. L'observance (OHH) différait largement entre les réas en P1 (7 % à 88 % ; moyenne 52 %, IC 95 % : [0,51–0,53]). Elle s'améliorait à 69 % [0,68–0,70] en P2, et à 77 % (IC 95 % : [0,76–0,77]) en P3. Par comparaison à P2, l'amélioration était significative en phase 2 (odds ratio [OR] 2,73 [2,14–3,49], $p < 0,001$) et en phase 3 (OR : 3,82 [2,37–6,16], $p < 0,001$) ; de même entre P3 P2 (OR : 1,40 [1,15–1,64], $p = 0,007$), suggérant un effet persistant et accru du programme continu après la phase de mise en place de l'HHIP. Une réduction de l'OHH est observée à mesure que la charge en soins s'accroît en P1 et en P2, avec une chute franche à > 40 opportunités/h, mais cela disparaît en phase 3. Comparée à l'OHH des médecins, celle des infirmières s'améliore davantage (OR : 2,12 [2,00–2,25]), et à un moindre degré celle des aides-soignantes et autres intervenants (OR respectifs, 1,21 [1,12–1,31] et 1,36 [1,24–1,50]). En distinguant les cinq types d'opportunités en deux catégories, « avant » les soins (avant contact patient ou geste aseptique) de ceux « après » les soins (« après contact patient », « après exposition aux liquides biologiques » et « après contact de l'environnement »), l'OHH restait meilleure dans cette dernière catégorie (OR : 1,89 [1,81–1,98]).

Conclusion : Cette étude démontre qu'il est possible d'améliorer de manière importante, soutenue et persistante, l'OHH en réanimation et

pour toutes les catégories de personnels, et cela même à des niveaux élevés de charge en soins, par l'utilisation d'un programme intensif de formation et d'audits selon les méthodes préconisées par l'OMS. L'OHH reste cependant inférieure chez les médecins comparés aux infirmières et autres catégories ; elle reste moins élevée pour les gestes effectués « avant » un contact ou un soin qu'après, suggérant des pistes d'amélioration.

L'étude MOSAR est financée par la CE (Contrat FP-6 LSHP-CT-2007-037941).

SO072

Prévention des pneumopathies acquises sous ventilation mécanique par la povidone iodée solution buccale chez des patients cérébrolésés graves :

étude randomisée, double insu, multicentrique

P. Seguin¹, B. Laviolle², C. Dahyot-Fizelier³, R. Dumont⁴, B. Veber⁵, S. Gergaud⁶, K. Asehnoune⁷, O. Mimoz³, P.Y. Donnio⁸, E. Bellissant², Y. Mallédant⁹

¹Département anesthésie et réanimation chirurgicale, CHU Pontchaillou, Rennes, France

²Pharmacologie clinique, CHU Rennes, France

³Département anesthésie et réanimation chirurgicale, CHU de Poitiers, France

⁴Département anesthésie et réanimation chirurgicale, CHU de Nantes, France

⁵Anesthésie-réanimation, CHU de Rouen, Rouen, France

⁶Département d'anesthésie et réanimation, CHU d'Angers, France

⁷Département d'anesthésie-réanimation chirurgicale, CHU de Nantes, France

⁸Hygiène hospitalière, CHU de Rennes, France

⁹Département anesthésie et réanimation chirurgicale, CHU de Rennes, France

Introduction : L'application locale, dans la cavité buccale, d'un antiseptique constitue une des stratégies de prévention des pneumopathies acquises sous ventilation mécanique (PAVM) [1]. Dans cette indication, la chlorhexidine est à l'heure actuelle l'antiseptique de choix alors que l'utilisation de povidone iodée reste débattue [2]. L'objectif de ce travail était d'évaluer l'effet de la povidone iodée solution buccale sur l'incidence des PAVM dans une population à haut risque.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude multicentrique, randomisée, double insu sur deux groupes parallèles réalisée sur une période de trois ans chez 179 patients atteints d'un traumatisme crânien ou d'une hémorragie cérébrale grave (score de Glasgow ≤ 8), nécessitant une ventilation mécanique. Les patients recevaient des soins oropharyngés par povidone iodée ($n = 91$) ou le placebo ($n = 88$), quatre fois par jour jusqu'à l'arrêt de la ventilation mécanique. Le critère de jugement principal était la survenue de PAVM. Les objectifs secondaires

incluaient l'incidence des bronchites acquises sous ventilation mécanique (BAVM) et la survenue de syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA).

Résultats : Le nombre de patients évaluables sur le critère principal (analyse en intention de traiter modifiée) était de 150 (povidone iodée, $n = 78$ et placebo, $n = 72$). L'incidence des PAVM n'était pas différente entre les groupes (povidone iodée : 31 %–placebo : 28 %) avec un risque relatif = 1,11 (IC 95 % : [0,67–1,82], $p = 0,69$). De même, l'incidence des BAVM n'était pas différente entre les groupes (povidone iodée : 10 %–placebo : 7 %) avec un risque relatif = 1,48 (IC 95 % : [0,51–4,31], $p = 0,47$). Cinq SDRA ont été observés dans le groupe povidone iodée et aucun dans le groupe placebo ($p = 0,06$).

Conclusion : L'application oropharyngée de povidone iodée ne réduit pas l'incidence des PAVM chez les patients à haut risque. De plus, cette stratégie de prévention semble augmenter l'incidence de SDRA.

Références

- Efrati S, Deutsch I, Antonelli M, et al (2010) Ventilator-associated pneumonia: current status and future recommendations. *J Clin Monit Comput* 24:161–8
- Labeau SO, Van de Vyver K, Brusselsaers N, et al (2011) Prevention of ventilator-associated pneumonia with oral antiseptics: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis* 11:845–54

SO073

Le risque infectieux des cathéters veineux fémoraux est-il supérieur à celui des cathéters jugulaires internes ? Analyse épidémiologique causale utilisant un modèle structurel marginal (MSM)

J.-F. Timsit¹, L. Bouadma², J.-J. Parienti³, M. Garrouste-Orgeas⁴, C. Schwebel⁵, O. Mimoz⁶, S. Ruckly⁷, J.-C. Lucet⁸

¹Service de réanimation médicale, CHU hôpital Albert-Michallon, Grenoble, France

²Service de réanimation médicale et infectieuse, CHU Bichat–Claude-Bernard, Paris, France

³Biosostatistiques et recherche clinique, CHU Côte-de-Nacre, Caen, France

⁴Service de réanimation polyvalente, groupe hospitalier Paris–Saint-Joseph, Paris, France

⁵Service de réanimation médicale, CHU de Grenoble, hôpital A.-Michallon, La Tronche, France

⁶Réanimation chirurgicale, CHU d'Angers, France

⁷Équipe 11 : Pronostic des affections graves, université Joseph-Fourrier, Grenoble, France

⁸Hygiène, CHU Bichat–Claude-Bernard, Paris, France

Introduction : La voie sous-clavière est associée à un risque d'infection liée aux cathéters (ILC) plus faible que la voie jugulaire interne et fémorale. En présence de défaillance respiratoire ou de troubles de l'hémostase, les complications liées à la pose d'une voie sous-clavière deviennent inacceptables. Dans cette situation, un doute persiste sur l'avantage de la voie jugulaire interne sur la voie fémorale.

Matériels et méthodes : Nous proposons une cohorte prospective intégrant tous les patients inclus dans deux études randomisées contrôlées évaluateur aveugle (Dressing [1] et Dressing2 [2]) comparant les pansements à la chlorhexidine avec des pansements inertes, avec un cathéter veineux, inséré dans des conditions d'asepsie chirurgicale, en veine jugulaire interne ou fémorale. Dans chacune des études, les données individuelles concernant les patients et les cathéters correspondaient aux mêmes définitions. Les infections systémiques (ILC) et bactériémies liées aux cathéters (BLC) étaient

définies selon les critères de la conférence de consensus française. La colonisation était définie par une culture quantitative de cathéter supérieure au seuil.

Dans un premier temps, un modèle prédisant l'insertion par la voie jugulaire, incluant 15 variables, a été construit.

Un modèle structurel marginal pour données censurées (MSM), pondéré sur l'inverse de la probabilité d'insertion jugulaire pour les cathéters jugulaires et sur l'inverse de (1 – la probabilité d'insertion jugulaire) pour les sites fémoraux, a ensuite été réalisé. Il permet de créer des « pseudopopulations » de patients pour lesquelles les insertions fémorale et jugulaire sont équiprobables, mimant ainsi une randomisation.

Résultats : Parmi les 2 128 patients analysables, 1 400 cathéters fémoraux et 1 127 cathéters jugulaires ont été insérés (19 481 j-cathéters). Les densités non ajustées d'incidence des colonisations 12,6/1000 j-cathéters, ILC 1,6/1000 j-cathéters et BLC 1/1000 j-cathéters n'étaient pas différentes entre jugulaires et fémorales (colonisation : 12,1 vs 13,2/1000 j-cathéters, ILC : 1,8 vs 1,4/1000 j-cathéters, BLC : 1 vs 1/1000 j-cathéters respectivement pour jugulaire et fémoral).

L'analyse pondérée par MSM ne montre aucun bénéfice en termes de colonisation HR = 0,80 (0,59–1,08) ; $p = 0,15$, infection systémique de cathéters HR = 0,91 (0,38–2,18) ; $p = 0,84$, bactériémies liées aux cathéters HR = 0,63 (0,25–1,63) ; $p = 0,34$ de la voie jugulaire interne sur la population globale. Cependant, pour la colonisation, l'hypothèse des risques proportionnels n'était pas respectée ($p = 0,047$ test de Schoenfeld). Alors que les risques de colonisation sont strictement superposés jusqu'au 4^e jour (HR = 1,1 (0,55–2,28) ; $p = 0,75$, la colonisation jugulaire interne est moindre que la colonisation fémorale après cette date (HR = 0,73 (0,53–1,0) ; $p = 0,05$).

Enfin, si l'on restreint l'analyse au sous-groupe de patients randomisés avec des pansements inertes, le risque de colonisation était moins important en jugulaire HR = 0,655 (0,45–0,95) ; $p = 0,026$ (contre HR = 1,459 (0,85–2,51) ; $p = 0,17$ pour les pansements imprégnés) sans modification du risque d'ILC ou de BLC.

Conclusion : La voie fémorale posée en condition d'asepsie chirurgicale n'augmente pas significativement le risque d'infection et de bactériémie lié au cathéter par rapport à la voie jugulaire interne.

Cependant, la voie fémorale augmente le risque de colonisation si des pansements inertes sont utilisés et si les cathéters sont laissés plus de quatre jours, sans augmentation des infections.

Références

- Timsit JF, Schwebel C, Bouadma L, et al (2009) Chlorhexidine-impregnated sponges and less frequent dressing changes for prevention of catheter-related infections in critically ill adults: a randomized controlled trial. *JAMA* 301:1231–41
- Timsit JF, Mimoz O, Mourvillier B, et al (2012) Randomized Controlled Trial of Chlorhexidine Dressing and Highly Adhesive Dressing for Preventing Catheter-Related Infections in Critically Ill Adults. *Am J Respir Crit Care Med* [Epub ahead of print]

SO074

Randomized Controlled Trial of chlorhexidine dressing and highly adhesive dressing for preventing catheter-related infections in critically ill adults

J.-F. Timsit¹, O. Mimoz², B. Mourvillier³, B. Souweine⁴, M. Garrouste-Orgeas⁵, S. Alfandari⁶, G. Plantefève⁷, G. Troché⁸, M. Antona⁹, E. Canet¹⁰, J. Bohe¹

¹Service de réanimation médicale, CHU de Grenoble, hôpital Couple-Enfant, La Tronche, France

²Réanimation chirurgicale, CHU de Poitiers, France

³Service de réanimation médicale et infectieuse, CHU Bichat–Claude-Bernard, Paris, France

⁴Service de réanimation polyvalente, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand, France

⁵Réanimation, hôpital Saint-Joseph, Paris, France

⁶Réanimation, centre hospitalier de Tourcoing, France

⁷Service de réanimation polyvalente, centre hospitalier Victor-Dupouy d'Argenteuil, France

⁸Réanimation, centre hospitalier André-Mignot, Versailles, France

⁹Service de réanimation chirurgicale,

CHU Cochin-Saint-Vincent-de-Paul, site Cochin, Paris, France

¹⁰Service de réanimation médicale, CHU Saint-Louis, Paris, France

¹¹Service de réanimation médicale, CHU de Lyon, centre hospitalier Lyon-Sud, Pierre-Bénite, France

Aims: Most vascular catheter-related infections (CRIs) occur extraluminally in ICU patients. Chlorhexidine-impregnated and strongly adherent dressings may decrease catheter colonization and CRI rates.

Patients and methods: In a 2:1:1 assessor-blinded randomized trial in patients with vascular catheters inserted for an expected duration of 48 hours or more in 12 French ICUs, we compared chlorhexidine dressings, highly adhesive dressings, and standard dressings, from May 2010 to July 2011. Co-primary endpoints were major-CRI with or without catheter-related bloodstream infection (CR-BSI) with chlorhexidine vs. non-chlorhexidine dressings and catheter colonization rate with highly adhesive non-chlorhexidine vs. standard non-chlorhexidine dressings. Catheter-colonization, CR-BSIs and skin reactions were secondary endpoints.

Results: 1 879 patients (4 163 catheters, 34.339 catheter-days) were evaluated. With chlorhexidine dressings, the major-CRI rate was 67% lower (0.7/1000 vs. 2.1/1000 catheter-days; hazard ratio [HR], 0.328; 95% confidence interval [95% CI], 0.174–0.619; $p = 0.0006$) and the CR-BSI rate 60% lower (0.5/1000 vs. 1.3/1000 catheter-days; HR, 0.402; 95% CI, 0.186–0.868; $p = 0.02$) than with non-chlorhexidine dressings; decreases were noted in catheter colonization and skin colonization rates at catheter removal. The contact dermatitis rate was 1.1% with and 0.29% without chlorhexidine. Highly adhesive dressings decreased the detachment rate to 64.3% vs. 71.9% ($p < 0.0001$) and the number of dressings per catheter to 2 (1–4) vs. 3 (1–5) ($p < 0.0001$) but increased skin colonization ($p < 0.0001$) and catheter colonization (HR = 1.650; 95% CI, 1.21–2.26; $p = 0.0016$) without influencing CRI or CR-BSI rates.

Conclusion: A large randomized trial demonstrated that chlorhexidine-impregnated dressings decreased the CRI rate in ICU patients with intravascular catheters. Highly adhesive dressings decreased dressing detachment but increased skin and catheter colonization

NCT01189682

Funded: University of Grenoble Unrestricted research grant: 3M company.

SO075

Diminution continue des infections liées aux cathéters suite à l'introduction de pansement à la chlorhexidine dans une réanimation polyvalente

C. Joseph¹, M.J. Thévenin², P. Maravic¹, G. Zanetti³, P. Voirol¹, Y.A. Que¹, J.-P. Revelly¹, P. Eggimann³

¹Soins intensifs adultes, centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne, Suisse

²Hygiène hospitalière, centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne, Suisse

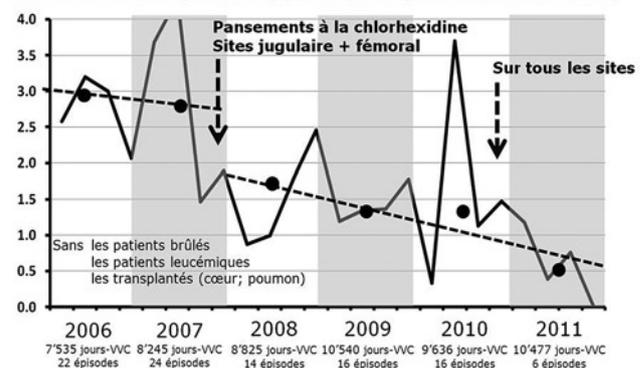
³Service de soins intensifs, centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne, Suisse

Introduction : Une stratégie globale de prévention des infections liées aux cathéters autour de trois épisodes/1000 jours-cathéters. Dans ce contexte, nous avons introduit les pansements désinfectants à base de chlorhexidine dont l'efficacité a été démontrée dans deux larges études randomisées [1,2].

Patients et méthodes : Surveillance prospective des bactériémies liées aux accès vasculaires et des bactériémies primaires dans une réanimation polyvalente de 32 lits. Introduction progressive des BioPatch® dès 2007 pour les VVC et les cathéters artériels (sites fémoral et jugulaire uniquement), généralisés à tous les sites dès novembre 2009. Introduction du Tegaderm-CHG® dès août 2011 dans deux des cinq unités du service. Les autres éléments de la stratégie préventive n'ont pas été modifiés (cathéters non imprégnés ; friction hydroalcoolique des mains ; asepsie stricte pour l'insertion des cathéters centraux et artériels ; désinfection des sites d'insertion avec une solution alcoolique (70°) de chlorhexidine à 0,5 % (2 % depuis début 2010).

Résultats : Suite à l'introduction progressive des pansements désinfectants, les taux d'infections sont progressivement passés de 2,9 à 0,5 épisodes/1000 jours de voies veineuses centrales (VVC). Des audits réguliers au lit du patient ont permis d'identifier qu'en fonction du site d'insertion et du type de fixation du cathéter, des changements ont été nécessaires tous les trois à quatre jours au lieu des sept jours planifiés.

Taux trimestriels (--) et annuels (●) des bactériémies liées aux cathéters et des bactériémies primaires (épisodes/1000 jours-cathéters centraux)



Discussion : L'introduction des pansements à la chlorhexidine pour tous les accès veineux centraux et tous les accès artériels a permis de diminuer les infections liées aux accès vasculaires. Les recommandations pratiques sont faciles à intégrer dans celles liées à une stratégie globale multimodale de prévention des infections liées aux cathéters.

Conclusion : Dans un service de réanimation polyvalente de 32 lits, l'introduction de pansements à la chlorhexidine sur tous les accès vasculaires centraux et artériels a été suivie d'une réduction continue des infections qui leur sont liées au cours des quatre années suivantes.

Références

1. Timsit JF, Schwebel C, Bouadma L, et al (2009) Chlorhexidine-impregnated sponges and less frequent dressing changes for prevention of catheter-related infections in critically ill adults: a randomized controlled trial. *JAMA* 301:1231–41
2. Timsit JF, Mimoz O, Mourvillier B, et al (2012) Randomized controlled trial of chlorhexidine dressing and highly adhesive dressing for preventing catheter-related infections in critically ill adults. *Am J Respir Crit Care Med* [Epub ahead of print]

SO076

Impact infectieux du portage d'entérobactérie sécrétrice de bêta-lactamase à spectre étendu chez les patients d'oncohématologie (POH)

N. Maziers¹, D. Schnell¹, J.R. Zahar², J.-L. Donay³, V. Lemiale¹, E. Canet¹, B. Schlemmer¹, E. Azoulay¹

¹Service de réanimation médicale, CHU Saint-Louis, Paris, France

²Laboratoire de bactériologie, CHU Necker-Enfants-Malades, Paris, France

³Service de microbiologie, CHU Saint-Louis, Paris, France

Introduction : L'incidence du portage et des infections à entérobactéries sécrétrices de bêta-lactamase à spectre étendu (BLSE) est croissante en réanimation et particulièrement chez les POH. Nous avons voulu décrire les infections acquises ou diagnostiquées en réanimation chez les POH porteurs de BLSE.

Patients et méthodes : Les POH dépistés comme nouveaux porteurs d'une entérobactérie BLSE sur l'écouvillon rectal à l'admission en réanimation entre mars 2006 et juillet 2012 ont été inclus. Les données cliniques et microbiologiques à l'admission et l'évolution au cours du séjour à l'hôpital ont été évaluées. Nous avons comparé les patients acquérant une infection au germe BLSE qui les colonise (groupe d'intérêt) aux patients colonisés présentant une infection à un autre germe. Seule la première infection microbiologiquement documentée au cours du séjour était étudiée.

Résultats : Cent-cinquante patients (70 % hommes) âgés de 57 [40–66] ans ont été inclus. Quatre-vingts (53 %) présentaient un lymphome, 30 (20 %) une leucémie aiguë, 16 (11 %) un myélome et 12 (8 %) un syndrome myélodysplasique. Vingt et un (14 %) patients avaient reçu une allogreffe et 15 (10 %) une autogreffe de moelle. Quarante-huit (32 %) étaient neutropéniques à l'admission.

Le principal motif d'admission était un choc septique chez 61 (41 %) patients suivi d'une insuffisance respiratoire aiguë chez 38 (25 %). Le score IGS II à l'admission était de 48 (39–61), 67 (45 %) patients recevaient un support vasopresseur, 62 (41 %) un support ventilatoire, et 32 (21 %) une dialyse. La durée de séjour en réanimation était de 3 [2–9] jours, et la mortalité hospitalière était de 37 % (55 patients). Les germes portant la BLSE étaient : 88 (59 %) *E. coli*, 31 (21 %) *K. pneumoniae*, 21 (14 %) *E. cloacae*, 5 (3 %) *C. freundii*, 3 (2 %) *K. oxytoca*,

1 (1 %) *E. aerogenes*, et 1 (1 %) *P. mirabilis*. Au cours du séjour, 89 (59 %) patients ont présenté une infection microbiologiquement documentée. Les principaux foyers infectieux étaient une pneumonie chez 31 (21 %) patients, une colite chez 17 (11 %), une infection urinaire chez 14 (9 %) et une infection du cathéter chez 8 (5 %). Cette infection était bactériémique chez 38 (25 %) patients. Le germe infectant identifié était : *E. coli* chez 22 (15 %) patients, *K. pneumoniae* chez 23 (15 %), et *P. aeruginosa* chez 15 (10 %).

Parmi les 150 porteurs de BLSE, 51 n'ont pas présenté d'infection, 32 (21 %) ont présenté une infection à entérobactérie BLSE identique à celle du portage et 67 (45 %) ont présenté une infection à un autre germe. Les patients du groupe d'intérêt avaient plus fréquemment une colite (9 [28 %] vs 8 [7 %] ; $p = 0,02$), une infection urinaire (9 [28 %] vs 5 [4 %] ; $p = 0,0002$) ou une infection liée au cathéter (5 [16 %] vs 3 [3 %] ; $p = 0,013$). Ils présentaient plus fréquemment une bactériémie (17 [53 %] vs 21 [18 %] ; $p < 0,0001$). *K. pneumoniae* (18 [56 %] vs 5 [4 %] ; $p < 0,0001$) et *E. coli* (14 [44 %] vs 8 [7 %] ; $p < 0,0001$) étaient plus fréquemment retrouvés chez ces patients. Les comorbidités, l'origine ethnique et le type d'hémopathie et son contrôle n'influençaient pas le caractère infectant du portage. Alors que les patients du groupe d'intérêt n'étaient pas différents en termes de défaillance d'organe et de sévérité à l'admission, leur durée de ventilation mécanique (14 [5–22] j vs 6 [2–14] ; $p = 0,0281$), d'épuration extrarénale (12 [3–23] j vs 2j [1–4] ; $p = 0,009$), d'hospitalisation (35 [25–52] j vs 20j [9–37] ; $p = 0,037$) était prolongée, et ils avaient une tendance à avoir une mortalité hospitalière plus élevée (16 [50 %] vs 39 [33 %] ; $p = 0,119$).

Une antibiothérapie probabiliste par carbapénème était instaurée chez 46 (31 %) patients de la cohorte, avec une fréquence plus élevée dans le sous-groupe d'intérêt (17 [53 %] vs 29 [25 %] ; $p = 0,003$).

Conclusion : La colonisation à entérobactéries BLSE se complique d'une infection au même germe chez un POH sur cinq. Ces infections étaient associées à une morbidité et une mortalité plus élevées. Bien que la part spécifiquement attribuable à ces événements infectieux soit difficile à déterminer, l'inadéquation de l'antibiothérapie probabiliste dans un cas sur deux pourrait jouer un rôle déterminant dans cette évolution défavorable. Au-delà de l'intérêt du dépistage, mettre en évidence les facteurs cliniques et microbiologiques conduisant à l'infection à BLSE chez les patients colonisés pourrait permettre une meilleure utilisation de l'antibiothérapie.