

Réunion EOH-RTH-CPias

03/04/2025



Ordre du jour

- Dispositifs invasifs
 - Protection des valves
 - Retour sur la dernière réunion
- Port du masque par les visiteurs / professionnels
- *Candida auris*
- Questions diverses :
 - Savon unidose
 - Effet indésirable utilisation SHA
 - Chlorhexidine 0,5% ou 2 % ?

Actes invasifs

Protégez-vous les valves (compresses...) en cas d'usage discontinu sur les KT centraux ?





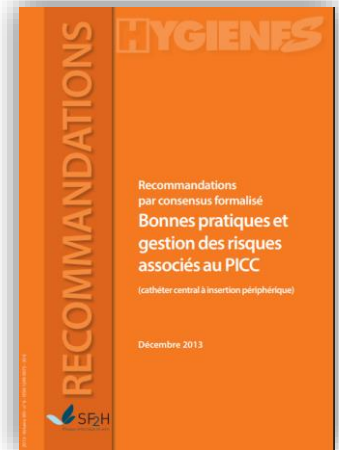
Protection des valves - KT centraux

- usage discontinu

Recommandation : SF2H : Bonnes pratiques et gestion des risques associées au PICC – R44

- « **Dispositif stérile et protégeant de l'arrachage** »
- Sans précision
- Possibilités :
 - Hôpital : Pansement transparent type Tégaderm®
 - ✓ Stérile
 - ✓ Protège de l'arrachage
 - x Mais : Laisse des marques de colle
 - Ville : Compresse stérile et jersey
 - x Pansement transparent type Tégaderm® non remboursé
 - ✓ Evite les tractions/arrachages
 - ✓ Ne laisse pas de trace de colle
 - x Mais : Il y a moins de garantie que le pansement reste stérile
 - Ville : possibilité aussi d'utiliser un capuchon antiseptique mais il ne remplace la désinfection des valves

44. En cas d'usage discontinu, l'extrémité du cathéter est protégée par un dispositif stérile et protégeant de l'arrachage (AF).
En cas d'usage continu, la connectique de la ligne veineuse est protégée par un pansement stérile (AM).





Projets suite à la dernière réunion

GT Actes invasifs

- *GT initialement à destination de la ville mais qui s'oriente maintenant aussi vers l'hospitalier*
- Rédaction d'un document clarifiant la délimitation proximal/distal
 - nombreuses sollicitation sur le sujet
- Rédaction d'un document sur les valves
- Rédaction d'une procédure sur l'échoguidage lors de la pose de CVP
 - Besoin identifié par plusieurs EOH
 - Activité de plus en plus importante
 - Activité réglementée :
 - Personnel formé
 - ET accord verbal du patient verbal
 - ET tracé dans le dossier du patient
 - Rédaction de la procédure sur la base de celle de Poitier
 - Mise à disposition dès que possible
 - Format Word modifiable
 - Associé à une affiche

=> Vous pourrez donner votre avis sur les supports



Commentaires sur la procédure d'échoguidage lors de la pose de CVP

- Est-ce que ça va être pareil que pour les voies centrale ?
 - Elle sera moins complexe que pour une voie centrale mais une rigueur est tout de même obligatoire. Ce type d'acte étant accessible facilement, il faut sécuriser les pratiques.
 - L'objectif n'est pas de monter une procédure trop complexe et freiner l'activité mais plutôt l'accompagner.
- Les gaines de protection stériles sont très chères
 - Le coût du matériel sera pris en compte dans la procédure pour limiter l'impact financier.
 - La définition des indications permettra aussi de limiter l'impact financier
- La procédure sera relue par des professionnels de terrain

Port du masque par les visiteurs / professionnels?

Quelles sont les pratiques dans votre établissement ?

Dans quels secteurs ?





Tour de table

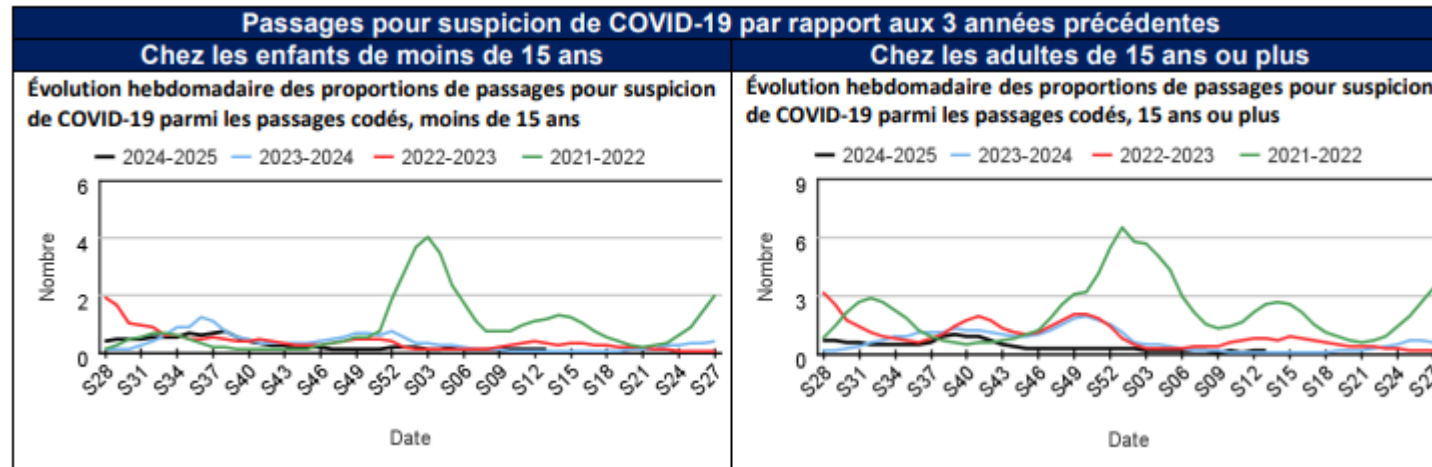
- Levée totale de l'obligation dans de nombreux établissements
 - Retour au port du masque dans les indications des précautions standard et complémentaires :
 - En cas de symptômes
 - Lors de cluster d'IRA
 - Parfois maintien d'une forte recommandation
- Maintien d'une obligation partielle (services à risque) dans quelques établissements :
 - Urgences pédiatriques
 - Médecine polyvalente
 - Néphrologie
 - et ailleurs PS et PC



IRA

Niveaux d'alerte en France

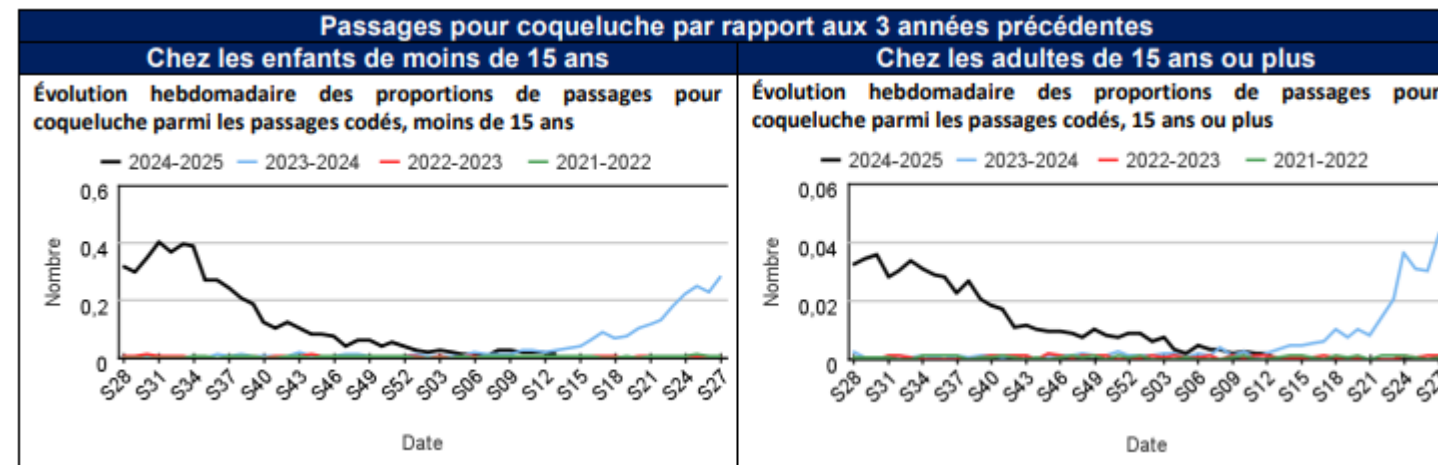
SARS-CoV 2



Grippe (tous âges)



Coqueluche

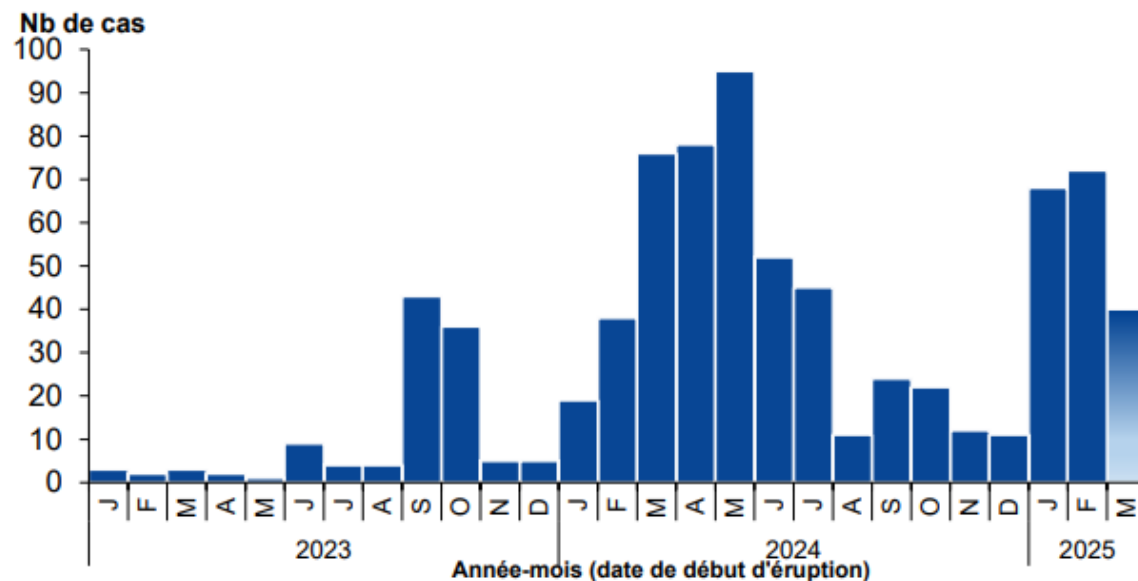


Rougeole

France :

180 cas entre **1^{er} janvier – 14 mars**
vs 83 même période en 2024

Figure 1. Nombre de cas de rougeole déclarés survenus entre le 1^{er} janvier 2023 et le 14 mars 2025 (mois incomplet) par mois selon la date d'éruption, N=180, France.



Bulletin Rougeole situation au 14 mars - SPF

Cas domiciliés en Pays de la Loire au 21/03/25

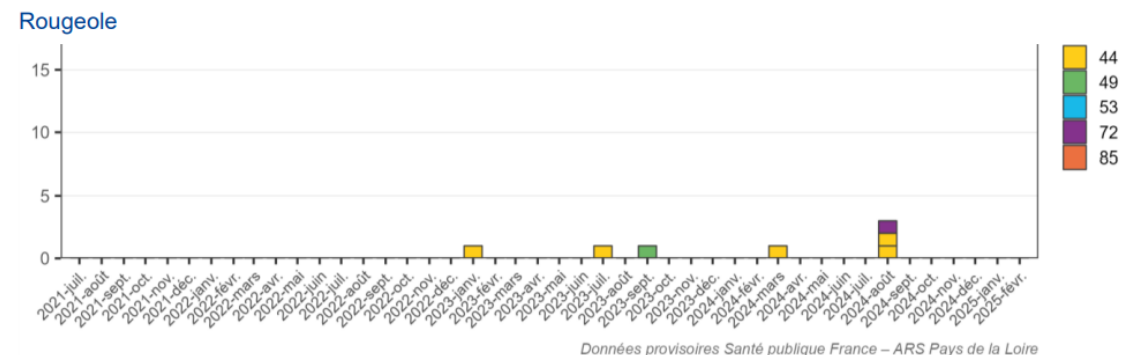
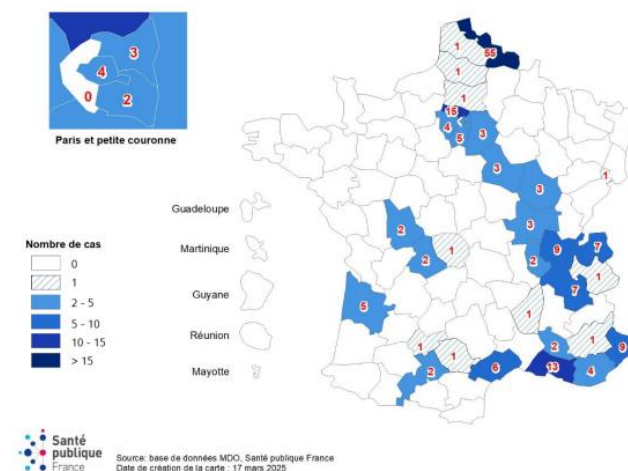


Figure 3. Répartition géographique des cas de rougeole, N=180, France (données au 14 mars 2025)



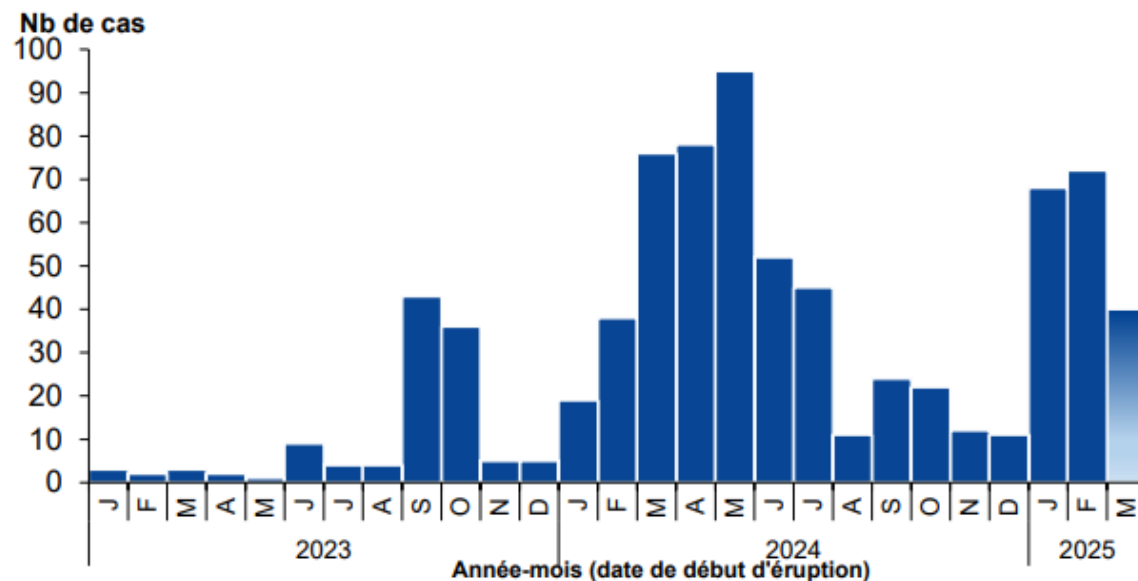
20% (n=36) de cas importés = Maroc (+++ épidémie depuis fin 2023), Roumanie, Italie, Suisse Vietnam
=> 27 cas contaminés en France
=> R0 entre 15 et 20

Rougeole

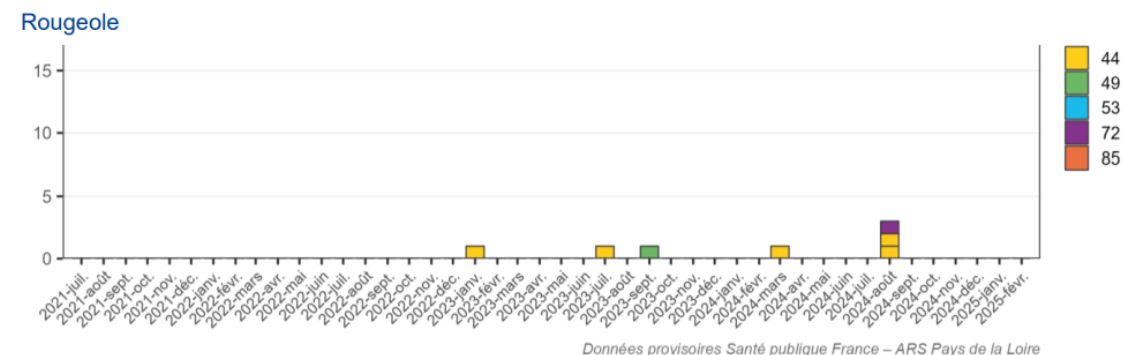
France :

180 cas entre **1^{er} janvier – 14 mars**
vs 83 même période en 2024

Figure 1. Nombre de cas de rougeole déclarés survenus entre le 1^{er} janvier 2023 et le 14 mars 2025 (mois incomplet) par mois selon la date d'éruption, N=180, France.



Cas domiciliés en Pays de la Loire au 21/03/25



Données provisoires Santé publique France – ARS Pays de la Loire

Description des cas

Âge :

- 21% 1-4 ans
- 14% <1 an
- 14% des concernés : 30-39 ans

Vaccin : 10% vaccinés 2 doses ou plus

Hospitalisation : 46 %

Rougeole

7 cas groupés de > 5 cas :
2/7 établissements de santé

- Paramyxovirus
- Incubation 10-12 jours
- Contagiosité : aérienne + sécrétions
 - 5 jours avant et 5 jours après l'éruption
- MDO : Signalement avant confirmation biologique
- Précaution respiratoire renforcée jusqu'à J5
- Confirmation :
 - RT-PCR (J-5– J10)
 - Ig M salivaire/sérique (après J3)

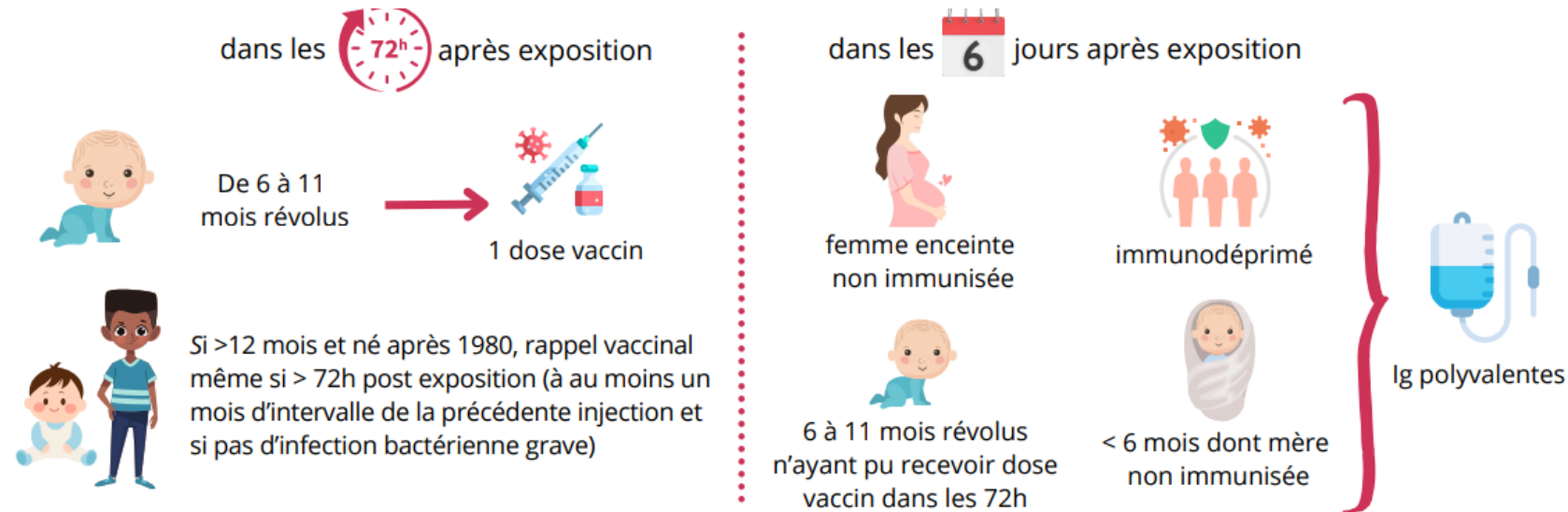


Affiche CPias Haut de France



Rougeole - contage

- Contact = toute personne ayant fréquenté de manière concomitante les mêmes locaux que le malade (face à face ou > 15mn) ou jusqu'à 2h après son départ



Peu importe le délai (sauf les 6-11 mois) : Vérification du statut vaccinal

- Nées après 1980 : 2 doses à > 1 mois distance ; 3 doses si 1er avant âge 12 mois
- Nées avant 1980 : non vaccinés et sans antécédent connu : 1 dose (2 doses si cluster)



Figure 1 - Matrice d'analyse du risque tenant compte de la conformité de la ventilation (11A en haut en cas de ventilation conforme avec la R5; 11B en bas en cas de ventilation non conforme avec la R5).

Matrice n° 1 – En cas de ventilation conforme avec la R5.

Exposition : combine durée x proximité x geste				
Pathogène : combine sévérité x séquelles x transmissibilité x caractère connu		Exposition faible Patient/résident porte un masque OU Contact direct* de courte durée* (< 15 minutes)	Exposition modérée Contact direct* > 15 minutes* OU PGA à risque modéré	Exposition forte PGA à risque élevé
	Pathogène type A			
	Pathogène type B			
	Pathogène type C			

#contact direct = en face-à-face de moins d'un mètre, sans port de masque par le patient/résident (champ proche)

* La durée de 15 minutes est donnée à titre indicatif car la probabilité de transmission des PRIs augmente avec la durée d'exposition, et est plus importante chez les patients symptomatiques (toux, éternuement...). Cette durée pourra être mise à jour selon l'évolution des connaissances scientifiques sur la transmission respiratoire.

PGA : Procédure générant des aérosols

Pathogène classe B

Matrice n° 2 – En cas de ventilation non conforme avec la R5.

Exposition : combine durée x proximité x geste				
Pathogène : combine sévérité x séquelles x transmissibilité x connaissance		Exposition faible Patient/résident porte un masque OU Contact direct# de courte durée* (< 15 minutes)	Exposition modérée Contact direct# > 15 minutes* OU PGA à risque modéré	Exposition forte PGA à risque élevé OU Champ lointain > 30 minutes**
	Pathogène type A			
	Pathogène type B			
	Pathogène type C			

#contact direct = en face-à-face de moins d'un mètre, sans port de masque par le patient/résident (champ proche)

* La durée de 15 minutes est donnée à titre indicatif car la probabilité de transmission des PRIs augmente avec la durée d'exposition, et est plus importante chez les patients symptomatiques (toux, éternuement...). Cette durée pourra être mise à jour selon l'évolution des connaissances scientifiques sur la transmission respiratoire.

** Une ventilation non conforme ne permet pas de diluer et éliminer efficacement les PRIs, ce qui entraîne un risque d'exposition cumulée en cas de présence > 30 minutes. Cette durée pourra être mise à jour selon l'évolution des connaissances scientifiques sur la transmission respiratoire.

PGA : Procédure générant des aérosols; PRIs : Particules respiratoires infectieuses.

Tableau III – Classification des procédures par risque de génération d'aérosols

PGA « à risque élevé »
<ul style="list-style-type: none">• Intubation pour un patient non curarisé• Manœuvres de réanimation cardiopulmonaire• Ventilation manuelle au masque facial• Fibroscopie bronchique*• Réalisation d'une trachéotomie ou d'une trachéostomie• Induction de crachats après aérosols de sérum physiologique hypertonique• Aérosolthérapie• Procédures post-mortem utilisant des appareils rotatifs à grande vitesse*

Les recommandations définissent trois niveaux de précautions :

1. **Précautions complémentaires simples**
Chambre individuelle avec fenêtre ouverte, porte fermée.
Le patient porte un masque à usage médical dès qu'une personne entre dans sa chambre si cela est compatible avec son âge et sa situation clinique.
2. **Précautions complémentaires renforcées**
Chambre individuelle avec ouverture possible de fenêtre, porte fermée.
Le patient porte un masque à usage médical dès qu'une personne entre dans sa chambre si cela est compatible avec son âge et sa situation clinique.
3. **Précautions complémentaires maximales**
Le patient est hospitalisé en chambre individuelle, porte fermée.
Le patient porte un masque à usage médical dès qu'une personne entre dans sa chambre si cela est compatible avec son âge et sa situation clinique.

Avez-vous mis en place
l'APR FFP2 pour les
patients ?

Tableau I - Synthèse des différentes mesures de prévention à mettre en place pour les différents niveaux de Précautions complémentaires respiratoires.

	Précautions complémentaires respiratoires		
	simples	renforcées	maximales
Type de chambre	<ul style="list-style-type: none">Chambre individuelle avec ouverture possible de fenêtre, porte fermée.Le patient porte un masque à usage médical dès qu'une personne entre dans sa chambre si cela est compatible avec son âge et sa situation clinique.	<ul style="list-style-type: none">Chambre individuelle avec ouverture possible de fenêtre, porte fermée.Le patient porte un masque à usage médical dès qu'une personne entre dans sa chambre si cela est compatible avec son âge et sa situation clinique.	<ul style="list-style-type: none">Le patient est hospitalisé en chambre individuelle, porte fermée.Le patient porte un masque à usage médical dès qu'une personne entre dans sa chambre si cela est compatible avec son âge et sa situation clinique.
Précautions complémentaires	Limitées au strict nécessaire (réalisation d'un examen complémentaire indispensable par exemple, en évitant l'attente en présence d'autres patients).	Limitées au strict nécessaire (réalisation d'un examen complémentaire indispensable par exemple, en évitant l'attente en présence d'autres patients).	Limitées au strict nécessaire (réalisation d'un examen complémentaire indispensable par exemple, en évitant l'attente en présence d'autres patients).
Porte	Porte fermée.	Porte fermée.	Porte fermée.
APR	Le patient porte un APR FFP2* lorsqu'il sort de sa chambre.	Le patient porte un APR FFP2* lorsqu'il sort de sa chambre.	Le patient porte un APR FFP2* lorsqu'il sort de sa chambre.
APR	APR FFP2 avant l'entrée et retiré après la sortie de la chambre.	APR FFP2 avant l'entrée et retiré après la sortie de la chambre.	APR FFP2 avant l'entrée et retiré après la sortie de la chambre.
Renouvellement de l'air	Minimum de renouvellement horaire de 6 V/h sans recyclage.	Minimum de renouvellement horaire de 6 V/h sans recyclage.	Minimum de renouvellement horaire de 6 V/h sans recyclage.
Pression	Chambre à pression négative ou avec une amélioration de la ventilation par des mesures palliatives (ex. : renouvellement d'air plus performant, ventilation additionnelle/ suppléante : système mobile).	Chambre à pression négative ou avec une amélioration de la ventilation par des mesures palliatives (ex. : renouvellement d'air plus performant, ventilation additionnelle/ suppléante : système mobile).	Chambre à pression négative ou avec une amélioration de la ventilation par des mesures palliatives (ex. : renouvellement d'air plus performant, ventilation additionnelle/ suppléante : système mobile).
Taux de CO ₂	Taux maximaux de CO ₂ de 800 ppm en occupation.	Taux maximaux de CO ₂ de 800 ppm en occupation.	Taux maximaux de CO ₂ de 800 ppm en occupation.

* S'il est en capacité de le supporter et de respecter les contraintes liées au masque

** A titre d'exemple, le HCSP recommande d'aérer 15 minutes toutes les 2 heures par ouverture des fenêtres. Un capteur de CO₂ peut être utilisé pour définir un planning d'aération (durée et fréquence d'ouverture des fenêtres).

APR : Appareil de protection respiratoire ; FFP2 : Filtering Face Piece (masque de protection)



Tour de table

- La quasi-totalité des établissements représentés attendent le travail des GT inter CPias
- Aucun établissement n'est passé au masque FFP2 pour les patients
- Difficultés identifiées :
 - **Communication** : précédent discours : le FFP2 est efficace pour filtrer l'air de l'extérieur vers l'intérieur de l'APR
 - Avec les nouvelles recommandations = efficacité en double sens
 - **Port effectif/ réaliste ?**
 - Il est déjà difficile à mettre pour les professionnels
 - Complexité du port du masque par les patients au domicile



Équipements de protection individuelle (EPI) recommandés
pour la prise en charge de résident suspect/confirmé d'infection respiratoire aiguë

Établissements	Contexte d'entrée en chambre	Visage masque protection	Surblouse à long sleeve	Masque chirurgique	Masque FFP2	Longue/shorts de protection	Gants à usage unique	Exemples
Établissements et services médico-sociaux EHPAD, FAM, MAS, SDSCL...	Sans contact avec le résident résident suspect et guérisseur	×	×	✓	×	×	×	Débarbouillage des mains, Débarbouillage des vêtements.
	Avec contact avec le résident sans risque d'exposition aux gouttelettes biologiques d'origine humaine résidents suspect et guérisseur	×	×	✓	×	×	×	Lave, vide et frotte, débarbouillage, Passe des vêtements.
	Avec contact et risque d'exposition aux gouttelettes biologiques d'origine humaine résidents suspect et guérisseur	✓ ou "à usage unique"	✓	✓	×	✓	✓	Respecter une procédure dédiée, Gants à usage unique, Tenue, change, débarbouillage.
	Proximité à risque d'atmosphère résidents suspect et guérisseur	×	✓	×	✓	✓	✓	Respecter une procédure dédiée, Gants à usage unique.

* à utiliser selon le contexte à usage unique non déposé ou non déposé

L'utilisation des équipements de protection individuelle doit être impérativement
associée à une observance stricte de l'hygiène des mains.



Version 14/12/2021

Avancé du GT interCprias - EMS

- Visuel similaire au tableau des EPI en cas d'IRA en EMS du REPIA PRIMO
 - But : pratique pour les professionnels,
 - Choix des EPI en fonction des actions réalisés par le professionnels basé sur la situation la plus défavorable en terme de ventilation
 - Proposition d'actes types avec prise en compte des enchainement d'actes
 - La notion de temps n'est plus à prendre en compte par les professionnels car déjà intégrée dans la liste des actions
 - Valable pour tout résident suspect ou confirmé
 - Ex : Enchainement réfection lit du résident + toilettes = port d'un APR FFP2 par les professionnels si le patient ne peu pas porter un masque
- Document bientôt disponible = il sera à ajuster en fonction des retours des professionnels : N'hésitez pas à le commenter.
 - Il sera adaptable au secteur sanitaire



Avancé du GT interCpias - EMS

Commentaires

- Est-ce que ça va être appliquer aussi aux asymptomatiques ?
 - Non, considérer que les symptomatiques car risque de transmission plus important
 - Il est plus simple pour les professionnels de réfléchir sur la fenêtre de symptomatologie que la durée de contagiosité



Commentaires : précautions respiratoire

- Beaucoup d'aspects difficiles :
 - Disponibilité des APR
 - Formation des professionnels à l'utilisation des APR
 - Patients déambulant non masqués atteint d'IRA
 - Port du masque chirurgical déjà difficile
- Perplexité des établissements en matière de gain sur l'atténuation du risque au regard de tous les paramètres associés à la transmission de ces microorganismes
 - mains, hygiène locaux matériel, aération des locaux, et même sur le masque, qualité du port et du maintien...
 - MAIS arguments du guide solides : difficile de garder dichotomies « air /gouttelettes »
 - Recommandations difficiles à mettre en place tel quel => à adapter
- Le SDIS 44 est passé au masque FFP2

Candida Auris

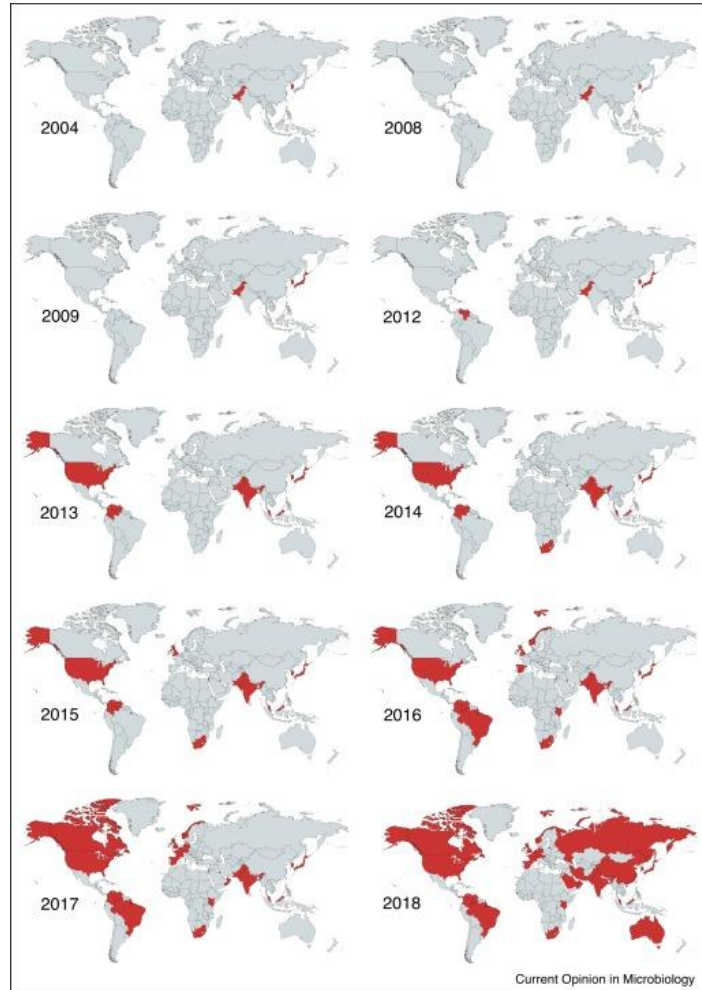


Candida auris

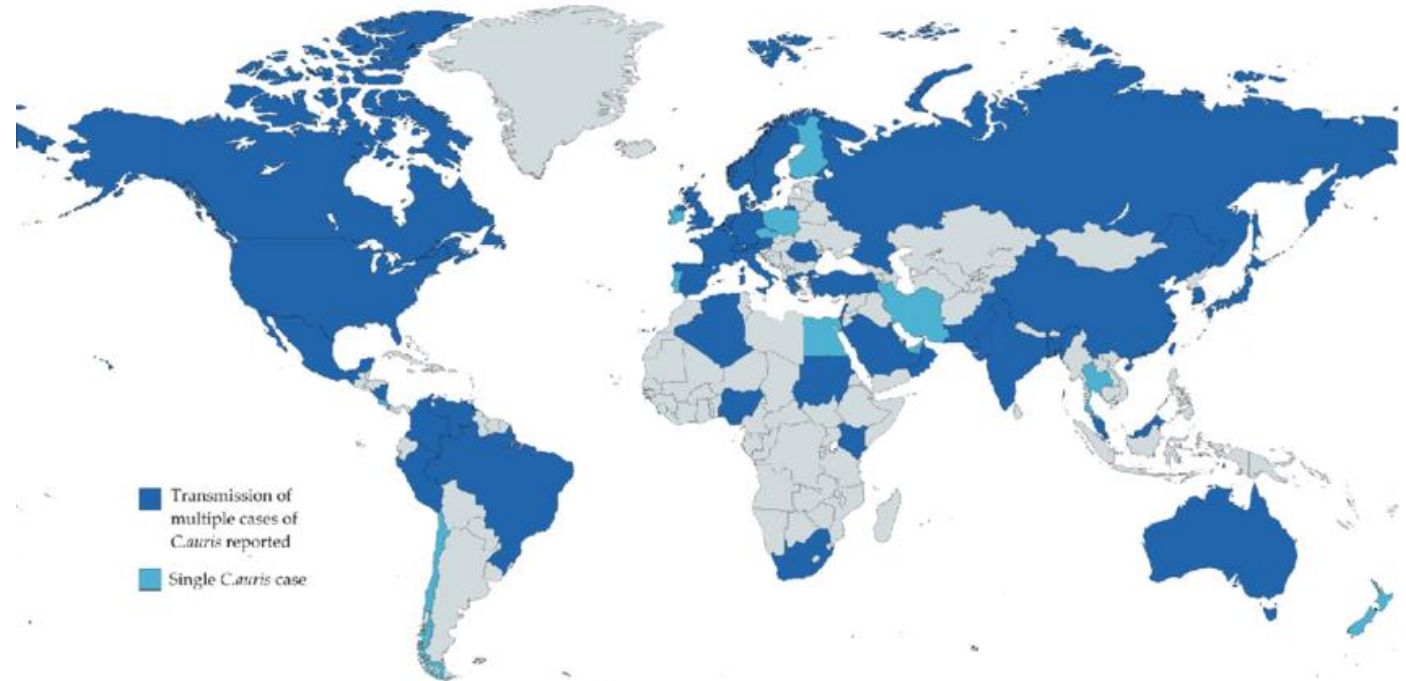
- **Levure émergente** avec de nombreuses résistances aux antifongiques classiques
- Isolée pour la première fois en 2009 au japon
⇒ infection cutanée => forme invasive (10%) (mortalité ++)
- Réservoir : inconnu, acquis en milieu de soins (non commensale)
- Transmission : contact
 - direct
 - indirecte : persiste longtemps sur la peau, dans l'environnement (biofilm+++) et sur le matériel (éradication difficile)



Candida auris



2023



2013-2017 :

- 620 cas en Europe



Candida auris

2013-2017 :

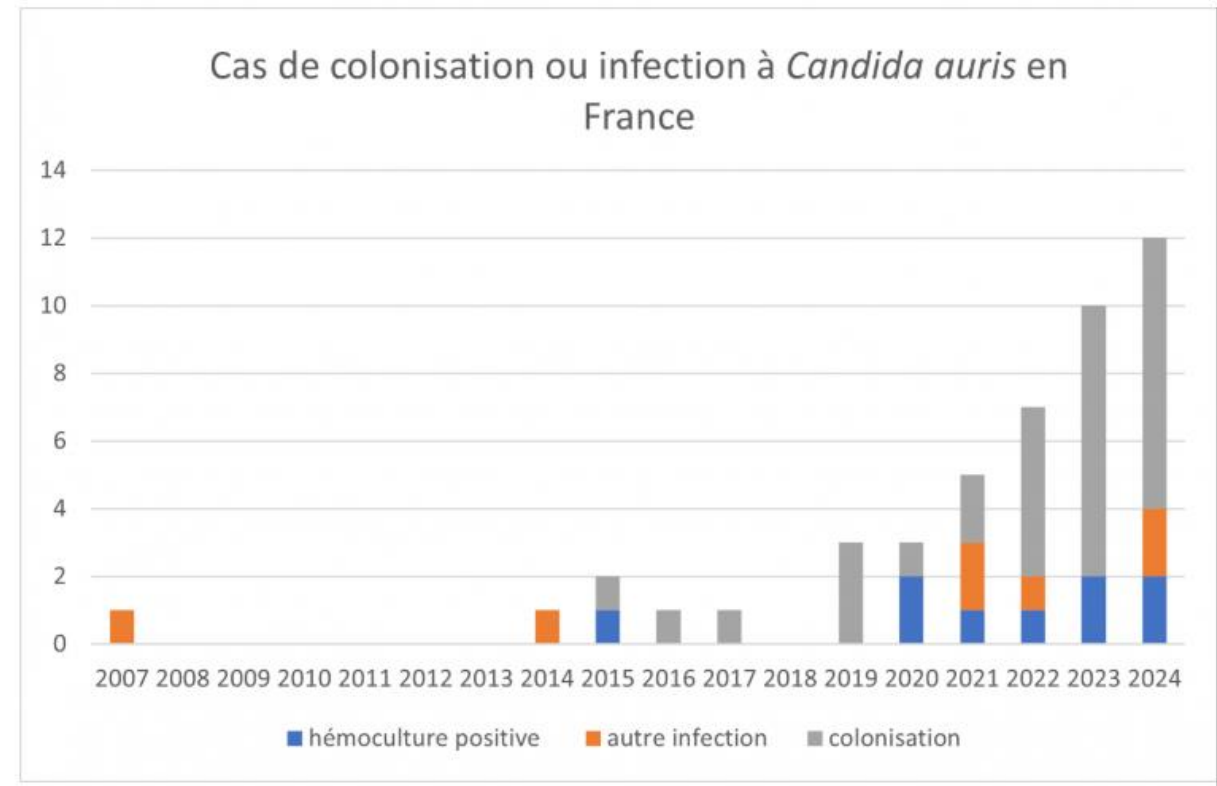
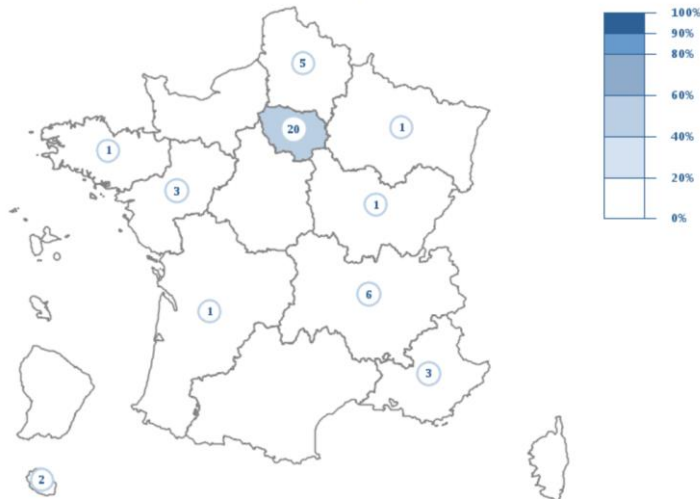
- 7 en France

Canada : 2012-2024 : N=63

2020-2025 E-sin

DISTRIBUTION PAR RÉGION DU NOMBRE DE CAS
SIGNALÉS : TOTAL FRANCE : N=43

Rappel des critères : Période du 01/04/2009 au 02/04/2025 | Micro-organisme (Genre Espèce) : Candida auris



[Institut Pasteur](https://redcap.pasteur.fr/) : Les cas de colonisations et infections à *Candida auris* font l'objet d'une surveillance particulière via un questionnaire spécifique (<https://redcap.pasteur.fr/>) (Mise à jour du 26/09/2024)



Indications d'un dépistage – HCSP 2019

- Dépistage recommandé pour patient:
 - antérieurement identifié colonisé ou infecté par *C. auris* ;
 - hospitalisé dans une zone, une région ou un établissement où une épidémie à *C. auris* est en cours.
- Dépistage systématique à non recommandé à l'admission dans un service hospitalier même si rapatriés ou transférés
 - faible incidence mondiale actuelle ;



Indication dépistage - 2023

Note CNR Mycose invasives et fongiques + Société française de mycologie médicale + SF2H :

Basée sur le protocole de l'AH-HP

Tout patient :

- Hospitalisé dans les 12 mois précédents, notamment pour les patients rapatriés d'une réanimation d'un pays étranger.
 - Dépistage à réitérer si réadmission dans les 12 mois suivant le retour.
- Antérieurement colonisé ou infecté par *C. auris*
- Contact d'un cas



Modalité

- culture d'écouvillons inguinal, axillaire et nasal

Si culture + : cas certain

Si PCR+/culture - : cas possible → renouveler et élargir les sites de prélèvements

. **si 1 seule PCR+ suivie d'au moins 4 PCR et cultures négatives** à une semaine d'intervalle : pas de portage

. **si au moins 2 PCR+ : cas possible.** Les mesures de contrôle de la diffusion sont alors à définir avec l'EOH et le service de mycologie/microbiologie.



Signalement

Cas de **colonisation ou d'infection** à Candida auris:

- Déclaration par le mycologue de l'hôpital au CNRMA
- Envoi de la souche au CNRMA
- Déclaration simultanée par l'hygiéniste de l'hôpital par e-SIN

Candida Auris

Avez-vous mis en place le dépistage ?

Avez-vous des procédures ?





Tour de table – *Candida auris*

- Quelques établissements ont mis en place de manière systématique le dépistage pour les rapatriements +/- hospitalisation depuis 12 mois :
 - Ecouvillonnage axillaire + haine
 - Permis d'identifier 2 cas depuis début 2025
- Certains établissements ont des procédures mais le dépistage n'est pas systématique.
- La plupart des établissements n'ont pas de procédures ni de dépistage ni de gestion



Tour de table – *Candida auris*

- Problème d'identification des patients rapatriés :
 - Information ARS mais non systématique
 - L'ARS est informée quand il y a une entente directe entre établissements
 - Lié principalement au manque d'information de l'ARS par les assurances
- Considérer tout les pays comme à risque maintenant



Actions retenues

- Création d'une page dédiée à *Candida Auris* sur le site du CPias avec :
 - épidémiologie,
 - recommandations (HSCP, Suisse, Pasteur, CDC)
 - trame de protocoles
 - accès à une expertise en mycologies
- Adaptation des procédures proposées à son établissement par les équipes de PRI (dépistage /gestion d'un patient/épidémie)
 - Inclure le laboratoire dans la réflexion : délai de rendu long, milieu spécifique pour candida..
- Demande à l'ARS de faire un rappel aux compagnies d'assurances
 - +/- modification du message de l'ARS pour inclure le dépistage de *C. auris*

Questions diverses

SHA- tolérance cutanée

Exeol gel 82 : Rencontrez-vous plus de professionnels avec des réactions cutanées ?





Tour de table : SHA

- 4 établissements utilisant ce produit n'ont pas eu de remontée particulière des professionnels.
- 1 établissement a eu, lors de la mise en place, quelques signalements de professionnels mais pas de remontée particulière depuis.

Nettoyage

Avez-vous accès à du savon doux en unidose ?





Tour de table

- L'accès a un savon doux **stérile** en unidose est assez répandu mais il y a tout de même des établissements qui n'y ont pas accès
- L'accès à un savon unidose **non stérile** est plus complexe
- Les marques Dascrub[®], Codex[®] ont été citées
- Gestion parfois par la pharmacie ou le magasin suivant les établissements.

Chlorexidine alcoolique 0,5% et 2%

Faut-il abandonner la Chlorexidine 0,5% pour la 2% ?



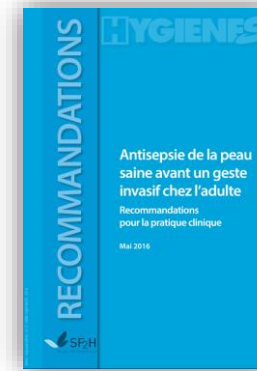


Efficacité de la Chlorexidine à 0,5 %

Est-ce qu'utiliser de la Chlorexidine 0,5% est une bonne pratique hors des blocs opératoires ? Ou faut-il changer la 0,5% au profit de la 2 % ?

- Plusieurs établissements vont ou ont complètement switcher de la 0,5% à la 2%
- D'autres utilisent la 2% hors chirurgie pour CVP / MID / PICC / Aiguille de Huber

Recommandations



- 2016 SF2H : Antiseptie de la peau saine avant un geste invasif chez l'adulte
 - « Il existe des arguments microbiologiques sur peau saine suggérant une efficacité supérieure de la chlorhexidine alcoolique à 2 % par rapport à celle à 0,5 %; ces arguments n'existent pas en situation clinique. »
 - « Des données récentes en chirurgie [6] seraient en faveur de l'usage de la chlorhexidine alcoolique à 2 % plutôt qu'à 0,5 %, mais elles reposent sur une petite série et ne jugent pas de l'impact sur un taux d'infections du site opératoire. »
 - **R9** Avant l'insertion d'un cathéter intravasculaire, il est fortement recommandé d'utiliser une solution alcoolique de chlorhexidine à 2 % plutôt qu'une solution alcoolique de povidone iodée en réanimation (A-1) ainsi que dans tous les autres secteurs (A-3)
 - Une stratégie utilisant une solution stérile de 2 % chlorhexidine - 70 % d'alcool isopropylique **avec un applicateur** est le schéma de la seule étude de bonne qualité méthodologique disponible à ce sujet [9]. Il n'est pas possible d'en extrapoler les résultats à chacun des éléments du protocole. De ce fait, **les experts ont exprimé leur incertitude quant à la concentration de Chlorhexidine à utiliser (2 % vs 0,5 %)**, le type d'alcool (isopropanol ou éthanol) ou encore quant à l'intérêt d'un applicateur versus une application avec des compresses. Aucune étude ne permet de répondre de façon formelle à ces questions en l'état actuel des connaissances.
 - **Points non résolus : Efficacité clinique respective de la Chlorhexidine à 2 % et à 0,5 % en solution alcoolique**
- 2019 SF2H : Prévention des infections liées aux cathéters périphériques vasculaires et sous-cutanés
 - **R9** : Avant l'insertion d'un cathéter périphérique, il est fortement recommandé de réaliser au moins une application avec une solution antiseptique alcoolique (A-1)
 - Les recommandations internationales soient le plus souvent de la Chlorhexidine > 1%
 - Cependant, la majorité des études portant sur les voies veineuses privilégient la Chlorhexidine alcoolique **sans qu'il soit possible de se positionner sur une concentration (0,5% ou 2%)**
 - **Réaffirmé dans les FAQ de 02/2020**
- 04/2024 : [fiche SPIADI](#) : choix des antiseptiques et actes invasifs chez l'adulte
 - **pas d'exclusion de la Chlorhexidine 0,5%**

Tableau II – Synthèse des recommandations sur l'antiseptie de la peau avant insertion d'un CVP

Recommandations	Date	Domaine d'application	Nettoyage	Antiseptique
Françaises (SF2H)	2016	Tout type de cathéter intra-vasculaire	Si souillures visibles (B3)	Chlorhexidine alcoolique 2% (A3 pour les secteurs hors réanimation)
Américaines (CDC)	2011	CVP	Non évoqué	Alcool à 70%, dérivé iodé ou chlorhexidine (IB)
Australiennes (CHRISP)	2013	CVP	Si souillures visibles	Chlorhexidine alcoolique ≥1% (≥70% d'alcool éthylique ou isopropylique)
Canadiennes	2014	CVP	Non évoqué	Chlorhexidine alcoolique ≥1% (≥70% d'alcool)
Anglaises	2014	CVP	Non évoqué	Chlorhexidine alcoolique à 2% dans 70% alcool isopropylique (class D)
Espagnoles	2016	CVP	Non évoqué	Chlorhexidine alcoolique à 2% (I-A)



Il y a-t-il plus d'effets indésirables avec la Chlorexidine à 2% ?

- Antisepsie et désinfection en médecine humaine - 2024 : « la chlorhexidine est faible irritante pour les faibles concentrations mais son utilisation à des concentrations élevées en un alcool peut être à l'origine de réactions d'irritations chez plus de 5% utilisateurs »
- Retour d'expérience d'établissement ayant fait le switch :
 - Certains n'ont pas de retour d'effets indésirables particuliers
 - 1 établissement rapporte des effets indésirables au niveau des fistules en néphro à type d'eczéma
 - Interaction avec EMLA ? Temps de séchage bien respecté ?
 - Après utilisation de la biseptine® = revenu à la normal ,
 - Pour les nouveaux patients : uniquement la Chlorexidine 2% et pas de signalement particulier
- [ANSM : 11/2023](#)
 - une augmentation constante du nombre de déclarations de réactions allergiques graves associées à la chlorhexidine.
 - La chlorexidine est présente dans une large gamme de produit ce qui « *favorise le risque de sensibilisation et par conséquent l'augmentation du risque de réaction allergique immédiate et grave* »,
 - Les réactions allergiques associées à la chlorhexidine restent cependant rares.
 - cette information sur les risques d'allergie de la chlorhexidine « *ne remet pas en cause son utilisation dans le respect des indications autorisées* ».



Prochaine réunion :
24 juin 2025
Journée des hygiénistes