

Programme
et livre des résumés

Lille



6, 7 et 8 juin 2012

**XXIII^e Congrès National de la Société
Française d'Hygiène Hospitalière**

Mot de bienvenue

La 23^{ème} édition du congrès national de la Société Française d'Hygiène Hospitalière se tient à Lille cette année. C'est avec grand plaisir que nous accueillons les différents participants pour ces 2 jours et demi d'informations scientifiques et d'échanges interprofessionnels.

Ce congrès s'annonce extrêmement riche avec la pérennisation de la demi-journée consacrée à la session internationale sur le thème des nouvelles stratégies en hygiène et à des ateliers de formation continue. Quatre thématiques principales seront les fils conducteurs du congrès : les bactéries hautement résistantes aux antibiotiques, les infections du site opératoire, les interconnexions hygiène et gestion des risques et le risque nosocomial viral non hématogène. Le programme est varié et chacun devrait trouver lors de ce congrès les informations nécessaires à l'actualisation de ses connaissances scientifiques.

Ce congrès sera également l'occasion d'écouter la conférence du Pr Beaucaire, infectiologue ayant effectué une grande partie de sa carrière à Lille, et ancien président du comité technique des infections nosocomiales. Son exposé permettra de mettre en lumière les actions réalisées et en cours pour le bon et moindre usage des antibiotiques.

En venant à Lille, nous sommes certains de recevoir de nos collègues et amis du Nord de la FRANCE, un accueil chaleureux et convivial. Je me permets de remercier d'ores et déjà pour le travail accompli le comité scientifique et le comité d'organisation de ce congrès.

Au nom de la SF2H, je vous souhaite un très bon congrès riche en enseignements et échanges.

Philippe Berthelot
Président de la SF2H

XXIII^e Congrès National de la Société Française d'Hygiène Hospitalière

PROGRAMME ET LIVRE DES RESUMES

Sommaire

Mot de bienvenue	p. 2
Plan exposition	p. 4
Informations générales.....	p. 5
Les comités.....	p. 6
Sociétés et organismes partenaires.....	p. 7
Programme	p. 8
Index des auteurs	p. 17
Liste des Communications Libres.....	p. 26
Liste des Communications Libres Junior.....	p. 29
Liste des Posters.....	p. 30
Liste des Posters Junior.....	p. 42
Textes des Séances Plénières.....	p. 43
Résumés des Communications Parallèles	p. 57
Résumés des Sessions de l'Innovation.....	p. 100
Résumés des Posters	p. 102
Résumés des Posters Juniors.....	p. 202
Remerciements.....	p. 207

Plan de l'exposition - Niveau 3 - Lille métropole

Le comité d'organisation remercie pour leur soutien les exposants suivants :

Congrès de la Société Française d'Hygiène Hospitalière
Lille, du 6 au 8 juin 2012



PLAN DE L'EXPOSITION - Niveau 3, Lille Métropole

Liste des exposants - Niveau 3 "Lille Métropole"

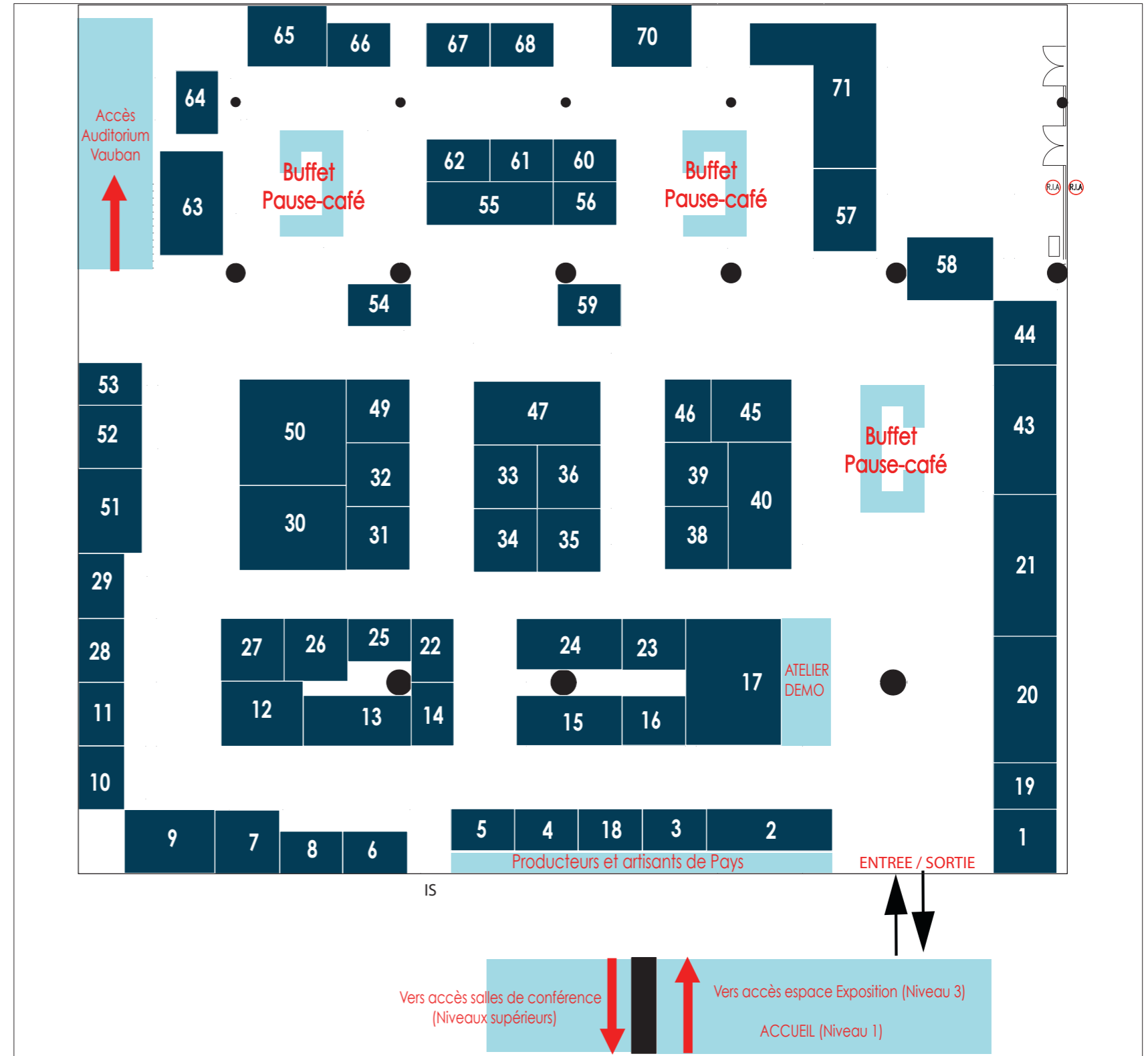
55	3M France	36	Hospidex
60	4MED France	62	Hutchinson Santé
30	Airinspace	31	Hysis-Medical
4	Alere	19	Intersurgical
70	Alkapharm	3	JYP-Aseptair
33	Aqua-Tools	50	Laboratoires Anios
10	Arcania	17	Laboratoire Huckert's
53	Aseptix	21	Laboratoire Phagogène
7	ASP	39	Lotus Professional
65	Bayer Santé Familiale	2	Meda Pharma
20	B.Braun Medical	35	Medinorme
43	BD	32	Meiko
57	Bioquell	14	Mölnlycke Health Care
34	C&H Labs	8	Mutuelle SmH
40	Carefusion	66	Oxy'pharm
15	Cepheid	63	Pall Medical
6	Ceredas	58	Paul Hartmann
24	Coachis Santé/ICNET	12	PH ² International
45	Concept Microfibre	29	Pierre le Goff
23	Cooper	1	Polti
54-59	Decitex	9	Prop
13	Groupe Didactic	51	PSA Sapoxim
18	Doran International	64	RC Lux (Behring)
61	Dürr Dental	27	Sanivap
52	Dyson Airblade	16	Saraya Europe
68	Ecomed Services	38	Schülke
46	Euro Chimie Industrie	44	Smiths Medical
28	Francehopital	25	Solvirex
26	Gilbert	5	Spengler
67	Girpi	22	Steriall
71	Gojo - Purell	49	Teleflex Medical
11	Health & Co / Hygiènes	56	THX-Medical
47	Hexis Health		

Liste des exposants - Niveau 1 "Accueil"

A1	Inter - CCLIN
A2	SF2H
A3	SFM

Nous remercions également pour leur contribution les partenaires suivants :

Abbott Diabetes Care
Hygiatec services



Informations générales

DATES

6, 7 et 8 juin 2012

LIEU DU CONGRÈS

Lille Grand Palais
1, bd des Cités Unies
59777 Euralille

LANGUE DU CONGRÈS

Français

L'INSCRIPTION DONNE DROIT

> à l'accès aux conférences et à l'exposition,
> aux résumés du congrès.

BADGE CONGRÈS

Le port du badge est obligatoire dans l'enceinte du Palais des Congrès. En cas de perte, merci de vous adresser à l'accueil du congrès. Avec le badge nous vous remettons l'attestation de présence, les coupons des prestations commandées (déjeuners, session du mercredi...), 1 coupon de retrait sacoche et clé USB.

RENCONTRE AVEC L'EXPERT

Mercredi 6 juin

Les ateliers sont limités à 60 participants. Le coupon d'inscription doit être présenté à l'entrée de la salle.

SESSION INTERNATIONALE

Mercredi 6 juin

Nous vous rappelons que pour participer à cette session vous devez être préinscrit. Une traduction simultanée Français Anglais est assurée. Un casque vous sera remis à l'entrée de la salle sur présentation du coupon d'inscription à cette session.

COMMUNICATION/RELATIONS PRESSE

Zoé Civange
Mobile : 00 33 6 80 23 66 30
E-mail : com-relationspresse@wanadoo.fr

SYMPOSIUM, SESSIONS DE L'INNOVATION, ATELIER DÉMONSTRATION DE L'INDUSTRIE

Le contenu des communications est sous la responsabilité des industriels organisateurs.

PRIX DE LA SF2H

Deux prix seront remis lors du congrès :
- Prix Médical
- Prix Junior

HÉBERGEMENT

Une banque d'information est à votre disposition à l'accueil.

EXPOSITION

Une exposition, ouverte au public du mercredi 6 juin 13h00 au vendredi 8 juin 16h30, regroupe les industriels partenaires du congrès.

POSTERS

174 posters sont exposés dans l'espace Flandres, niveau 8.

RESTAURATION

Un temps de pause est organisé et réservé pour vos déjeuners des jeudi 7 et vendredi 8 juin 2012, au tarif de 15,25 €. Ils seront servis à table sous forme de plateaux repas, dans l'espace Jeanne de Flandre (niveau 11). Aucune commande ne sera prise pendant le congrès.

En plus des pauses-café disponibles sur l'exposition, un bar payant situé sur le même niveau est ouvert tout au long de la manifestation.

RÉCLAMATION

Aucune réclamation ne pourra être formulée contre les organisateurs au cas où des événements politiques, sociaux, économiques ou autre cas de force majeure viendraient à gêner ou à empêcher le déroulement du congrès. L'inscription au congrès implique l'acceptation de cette clause.

Les comités

COMITÉ SCIENTIFIQUE

KEITA-PERSE Olivia, Présidente, Monaco
 AHO GLELE Serge, Dijon
 ALFANDARI Serge, Tourcoing
 ARIMANE Odile, Lille
 BLANCHARD Hervé, Paris
 BLANCKAERT Karine, Lille
 CARBONNE Anne, Paris
 CATTOEN Christian, Valenciennes
 CAUCHY Laurence, Lille
 COIGNARD Bruno, Saint-Maurice
 COURCOL René, Lille
 CROZE Béatrice, Valence
 ERB Martine, Armentières
 FAURE Karine, Lille
 GRANDBASTIEN Bruno, Lille
 JARRIGE Bruno, Pointe-à-Pitre
 KIPNIS Eric, Lille
 LEFEBVRE Alain, Lens
 LEPELLETIER Didier, Nantes
 LUCET Jean-Christophe, Paris
 MARCHAND Sylvie, Seclin
 PARSY Rémi, Armentières
 SAVEY Anne, Saint-Genis Laval
 ZAHAR Jean-Ralph, Paris
 ZARO-GONI Daniel, Bordeaux

COMITÉ D'ORGANISATION

BARON Raoul, Président, Brest
 D'HALLUIN Fabienne, Lille
 ERB Martine, Armentières
 GRANDBASTIEN Bruno, Lille
 OLLIVIER Yann, Lille
 ZARO-GONI Daniel, Bordeaux

JURY DES PRIX SF2H

KEITA-PERSE Olivia, Présidente, Monaco
 AHO-GLELE Serge, Dijon
 BERTHELOT Philippe
 BLANCHARD Hervé, Paris
 CROZE Béatrice, Valence
 ERB Martine, Lille
 GRANDBASTIEN Bruno, Lille
 JARRIGE Bruno, Pointe-à-Pitre
 LEPELLETIER Didier, Nantes
 LUCET Jean-Christophe, Paris
 SAVEY Anne, Saint-Genis Laval
 ZAHAR Jean-Ralph, Paris
 ZARO-GONI Daniel, Bordeaux

JURY DU PRIX COMMUNICATION JUNIOR

VANHEMS Philippe, Président, Lyon
 AHO-GLELE Serge, Dijon
 BERTHELOT Philippe
 ERB Martine, Lille
 KEITA-PERSE Olivia, Présidente, Monaco
 LEPELLETIER Didier, Nantes
 LUCET Jean-Christophe, Paris
 MOUNIER Marcelle, Limoges
 SAVEY Anne, Saint Genis Laval
 ZAHAR Jean-Ralph, Paris
 ZARO-GONI Daniel, Bordeaux

Sociétés et organismes partenaires

AFGRIS	Association Française des Gestionnaires de Risques Sanitaires
ASPEC	Association pour la Prévention et l'Etude de la Contamination
CEFH	Centre d'Etudes et de Formations Hospitalières
HAS	Haute Autorité de Santé
InVS	Institut de Veille Sanitaire
SFAR	Société Française d'Anesthésie et de Réanimation
SFED	Société Française d'Endoscopie Digestive
SFC	Société Française de Chirurgie
SFGG	Société Française de Gériatrie et Gérontologie
SFM	Société Française de Microbiologie
SFOGRES	Société Française de Gestion des Risques en Etablissements de Santé
SPILF	Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française
SRLF	Société de Réanimation de Langue Française

Mercredi 6 juin

		11h30 Accueil des congressistes 13h00 Ouverture de l'exposition		
		OU ...		
13h30-17h00 <i>Auditorium Pasteur</i>	SESSION INTERNATIONALE Fighting against healthcare associated infections (HCAI): what to expect from new strategies? (Session en anglais avec traduction simultanée) <i>Chairpersons: Chantal LÉGER, Poitiers ; Olivia KEITA-PERSE, Monaco</i>		14h00-16h30 RENCONTRES AVEC L'EXPERT*	
13h30-15h00	■ Partie 1		14h00-15h00 <i>Salle Artois 1</i>	■ 1^{re} séance
13h30-13h45	Introduction		<i>Salle Artois 2</i>	- A1 - PICC <i>Sébastien BOMMART, Montpellier ; Agnès LASHERAS-BAUDUIN, Bordeaux ; Pascale CHAIZE, Montpellier</i>
13h45-14h10	INT01 - New technologies in tackling HCAI: what to expect and how to evaluate? <i>Peter BORRIELLO, London - UK</i>		<i>Salle Rubens 1</i>	- A2 - Activités collectives entre porteurs de BMR dans des structures de soins et d'hébergement <i>Sylvie MARCHAND, Seclin ; Marie-Christine ALSBERGHE, Lomme ; Corinne LOISON, Roubaix</i>
14h10-14h35	INT02 - RFID technology: a new way to improve infection control and patient safety? <i>Robert J. SHERERTZ, Wake Forest - USA</i>		<i>Salle Rubens 2</i>	- A3 - Sécurité du patient : exemple d'analyse des causes <i>Christophe GAUTIER, Bordeaux ; Karine BLANCKAERT, Lille ; Nicole JEZEQUEL, Montéleger</i>
14h35-15h00	INT03 - New approaches to decontamination of rooms after patients are discharged <i>John M. BOYCE, New Haven - USA</i>		<i>Salle Goya</i>	- A4 - Coordination pharmacien/infectiologue/EOHH sur le Bon Usage des Antibiotiques <i>Sophie NGUYEN, Béthune ; Murielle GALAS, Fort-de-France ; Béatrice DEMORE, Vandœuvre-les-Nancy</i>
15h00-15h30 <i>Lille Métropole</i>	■ Pause - visite de l'exposition		<i>Salle Rembrandt</i>	- A5 - Communication autour d'une crise en Hygiène Hospitalière <i>Nadine OVANESSIAN, Valence ; Gilles ANTONIOTTI, Paris ; Philippe VAN DE WOESTYNE, Lille</i>
15h30-17h00	■ Partie 2		15h00-15h30 <i>Lille Métropole</i>	- A6 - Gants et soins <i>Béatrice CROZE, Valence ; Monique BOURJAULT, Lyon ; Christia GHENO, Tullins</i>
15h30-15h55 <i>Auditorium Pasteur</i>	INT04 - E-learning as a tool in the behavioural education of the healthcare workers <i>Jette HOLT, Copenhagen - DENMARK</i>		15h30-16h30 <i>Salle Artois 1</i>	■ 2^e séance
15h55-16h20	INT05 - Electronic surveillance of healthcare-associated infections in ICU: is it worth it? <i>Walter KOLLER, Vienna - AUSTRIA</i>		<i>Salle Artois 2</i>	- A1 - PICC <i>Sébastien BOMMART, Montpellier ; Agnès LASHERAS-BAUDUIN, Bordeaux ; Pascale CHAIZE, Montpellier</i>
16h20-16h45	INT06 - Gaming and ATP use for improving hand hygiene: creative technologies <i>Ann HIGGINS, Dublin - IRELAND</i>		<i>Salle Rubens 1</i>	- A2 - Activités collectives entre porteurs de BMR dans des structures de soins et d'hébergement <i>Sylvie MARCHAND, Seclin ; Marie-Christine ALSBERGHE, Lomme ; Corinne LOISON, Roubaix</i>
16h45-17h00	Global discussion		<i>Salle Rubens 2</i>	- A3 - Sécurité du patient : exemple d'analyse des causes <i>Christophe GAUTIER, Bordeaux ; Karine BLANCKAERT, Lille ; Nicole JEZEQUEL, Montéleger</i>
17h05-18h05 <i>Auditorium Pasteur</i>	SYMPOSIUM DE L'INDUSTRIE S01 Parrainé par Meda Pharma Actualités et aspects pratiques de l'antisepsie <i>Modérateur : Joseph HAJJAR, Valence</i> <i>Orateurs : Christine ROQUES, Toulouse ; Olivier CASTEL, Poitiers ; Serge AHO, Dijon</i>		<i>Salle Goya</i>	- A4 - Coordination pharmacien/infectiologue/EOHH sur le Bon Usage des Antibiotiques <i>Sophie NGUYEN, Béthune ; Murielle GALAS, Fort-de-France ; Béatrice DEMORE, Vandœuvre-les-Nancy</i>
			<i>Salle Rembrandt</i>	- A5 - Communication autour d'une crise en Hygiène Hospitalière <i>Nadine OVANESSIAN, Valence ; Gilles ANTONIOTTI, Paris ; Philippe VAN DE WOESTYNE, Lille</i>
				- A6 - Gants et soins <i>Béatrice CROZE, Valence ; Monique BOURJAULT, Lyon ; Christia GHENO, Tullins</i>
		18h15-19h00 <i>Auditorium Pasteur</i>		
		Assemblée Générale de la SF2H		

*2 ateliers au choix sur préinscription (Attention : places limitées à 60 personnes par atelier)

Jeudi 7 juin

08h00	Accueil des congressistes
08h45	Mot d'accueil du Président
09h00-10h00 <i>Auditorium Vauban</i>	SESSION PLENIERE 1 ■ Bactéries Hautement Résistantes aux antibiotiques <i>Modérateurs : Martine ERB, Armentières ; Bruno COIGNARD, Saint-Maurice</i> PL01 - Epidémiologie Mondiale et Française <i>Thierry NAAS, Le Kremlin-Bicêtre ; Sophie VAUX, Saint-Maurice</i> PL02 - Mise en œuvre, application des recommandations <i>Anne CARBONNE, Paris</i>
10h05-10h35 <i>Auditorium Eurotop</i>	SESSION INNOVATION, au choix I01 - Parrainée par Sanivap Evaluation du nouveau dispositif de désinfection par la vapeur Sanivap associé à une solution de H₂O₂ Applications : sur enceintes closes et dans un environnement non protégé <i>Lionel PINEAU, Marseille</i>
<i>Salle Matisse</i>	I02 - Parrainée par Hexis Health Pvc antimicrobien : résultat de l'étude comparative nationale et l'impact sur les maladies nosocomiales <i>Andréas LEHR, Montpellier ; Thomas BLESSING, Montpellier</i>
<i>Salle Van Gogh</i>	I03 - Parrainée par Teleflex Medical Picc... une nouvelle approche <i>Jacky CHARASSE, Le Faget</i>
10h40-11h10 <i>Lille Métropole</i>	Pause – visite de l'exposition
10h40-11h10 <i>Espace Flandres</i>	SESSION POSTERS (présentation par les auteurs)
11h15-12h45 <i>Auditorium Pasteur</i>	4 SESSIONS PARALLELES ■ SP1 : Session parallèle 1 : Bactéries Hautement Résistantes aux antibiotiques <i>Modérateurs : Bruno GRANDBASTIEN, Lille ; Alain LEFEBVRE, Lens</i> - CP01 - Techniques et limites des méthodes de détection des Enterobactéries Productrices de Carbapénèmase <i>Christian CATTOEN, Valenciennes</i> - CP02 - Organisation dans les secteurs d'aval de MCO <i>Patrice SCHUMACKER, Hellemmes</i> - CP03 - Plans de gestion des épidémies : vision d'une ARS <i>Laurent CHAMBAUD, Paris</i>
<i>Auditorium Eurotop</i>	■ SP2 Communications libres 1 : Dispositif invasif <i>Modérateurs : Eric KIPNIS, Lille ; Pascale CHAIZE, Montpellier</i> - CL01 - Surveillance de la densité d'incidence des bactériémies liées aux cathéters veineux centraux dans un service d'onco-hématologie <i>Caroline NEULIER, Le Chesnay</i> - CL02 - Impact de la surveillance des infections associées aux soins sur l'incidence des pneumopathies acquises sous ventilation mécanique en réanimation : une étude quasi-expérimentale <i>Philippe VANHEMS, Lyon</i>

Jeudi 7 juin

- CL03 - Lost in translation : les Cathéters Veineux Centraux de courte durée hors réanimation
Sarah JOLIVET, Paris
- CL04 - Retour d'expérience de cas groupés d'infections à *Pseudomonas aeruginosa* après cholangiopancréatographie rétrograde par voie endoscopique (CPRE)
Gwenaëlle GUEROULT, Amiens
- CL05 - Poses et manipulations de cathéters veineux périphériques : des différences existent-elles en fonction de la catégorie professionnelle ou du statut étudiant ?
Florence BEKAERT, Paris
- CL06 - Surveillance des complications associées aux PICCs chez l'adulte
Camille LEROYER, Bordeaux

Salle Matisse

- SP3 Communications libres 2 : Infections du Site Opératoire
Modérateurs : Serge AHO, Dijon ; Laurence CAUCHY, Lille
- CL07 - L'antibioprophylaxie chirurgicale entre normes et réalités : résultat d'un audit réalisé dans un centre hospitalier universitaire
Mohamed Lamine ATIF, Blida - ALGÉRIE
- CL08 - Préparation cutanée et prévention des ISO. Retour sur l'observation des pratiques réalisée en 2011
Nathalie VAN DER MEE-MARQUET, Tours
- CL09 - Le suivi des infections du site opératoire en post-hospitalisation en 2010 dans le réseau ISO-RAISIN
Pascal JARNO, Rennes
- CL10 - Incidence et facteurs de risque des événements indésirables graves identifiés en milieu chirurgical
Nabiha BOUAFIA, Sousse - TUNISIE
- CL11 - Quels facteurs prédisent ils la réussite d'une surveillance ISO ?
Raphaële GIRARD, Pierre Bénite
- CL12 - Le carnet sanitaire du bloc opératoire : un outil de gestion des risques
Noureddine LOUKILI, Lille

Salle Van Gogh

- SP4 Session SPILF
Modérateurs : Olivia KEITA-PERSE ; Monaco, Serge ALFANDARI, Tourcoing
- CP04 - L'Alliance contre les BMR
Jean CARLET, Créteil
- CP05 - Rendu semi automatisé des consommations et résistances "Projet antibiolor CONSOIRES"
Christian RABAUD, Vandœuvre-les-Nancy
- CP06 - Enquêtes d'évaluation de l'antibiothérapie
Serge ALFANDARI, Tourcoing

12h50

Espace
Jeanne de Flandre

Déjeuner

Jeudi 7 juin

13h25-13h55

Salle Matisse

SESSION INNOVATION

I04 - Parrainée par Hutchinson Santé

Modérateur : Laurent HELEWA, Paris

Gestion des excreta

Jean-Pierre GUIGNARD, Paris

13h25-14h25

Salle Van Gogh

SYMPOSIUM DE L'INDUSTRIE

S02 - Parrainé par Carefusion

ISO : Quoi de neuf ?

Modérateur : Serge AHO, Dijon

- Quelle préparation cutanée ? Olivier MIMOZ, Poitiers

- Conséquences et prévention des infections d'implant (vasculaire) Fabien KOSKAS, Paris

- ISO : le point de vue médico-économique. Patrick TILLEUL, Paris

14h30-15h30

Auditorium Vauban

SESSION PLENIERE 2

■ Infections du Site Opératoire

Modérateurs : Jean-Christophe LUCET, Paris ; Odile ARIMANE, Lille

PL03 - Point d'étape sur la révision de la Conférence de Consensus

Didier LEPELLETIER, Nantes

PL04 - Faut-il encore surveiller les ISO, comment ?

Bruno GRANDBASTIEN, Lille

15h35-16h05

Lille Métropole

■ Pause – visite de l'exposition

Atelier démonstration animé par B.Braun Medical

15h35-16h05

SESSION POSTERS (présentation par les auteurs)

16h10-17h40

4 SESSIONS PARALLELES

Auditorium Pasteur

■ SP5, Session parallèle 2 : Infections du Site Opératoire

Modérateurs : Karine FAURE, Lille ; Rémi PARSY, Armentières

- CP07 - Tenue et comportement au bloc opératoire et en salle de réveil

Laurence CAUCHY, Lille

- CP08 - Surveillance des ISO : expérience du chirurgien

Frédéric RONGIERAS, Lyon

- CP09 - Cartographie du risque infectieux au bloc opératoire

Anne-Marie ROGUES, Bordeaux

Auditorium Eurotop

■ SP6 Communications libres 3 : BMR/BHR

Modérateurs : Hervé BLANCHARD, Paris ; Raoul BARON, Brest

- CL13 - Apport de l'informatique hospitalière à la maîtrise d'une épidémie

d'enterobactéries productrices de carbapénémases - Caroline NEULIER, Le Chesnay

- CL14 - Bactéries Hautement Résistantes aux antibiotiques (BHR) importées en France

à l'occasion des rapatriements sanitaires : bilan de 17 mois d'alerte dans un centre

hospitalier universitaire - Céline BOURIGAULT, Nantes

- CL15 - Epidémie d'*Acinetobacter baumannii* producteurs de carbapénémase en région

Claude BERNET, Saint-Genis-Laval

- CL16 - Analyse des risques *a posteriori* selon la méthode ALARM au décours d'une

épidémie à enterobactéries productrices de carbapénémases

Tristan DELORY, Paris

Jeudi 7 juin

- CL17 - Epidémiologie des colonisations respiratoires mixtes bactérie - champignon associant *Aspergillus fumigatus* et *Stenotrophomonas maltophilia* ou *Pseudomonas aeruginosa* : étude rétrospective descriptive de 2007 à 2011 dans un CHU
Jean-Winoc DECOUSSER, Clamart
- CL18 - Mise en place du contrôle du bon usage des carbapénèmes : expérience d'une équipe pluridisciplinaire
Murielle GALAS, Fort de France

Salle Matisse

- **SP7 Communications libres 4 paramédicales : Actes invasifs**
Modérateurs : Fabienne D'HALLUIN, Lille ; Anne SAVEY, Saint-Genis-Laval
- CL19 - Installation d'une enceinte de stockage des endoscopes thermosensibles dans une réanimation d'un centre hospitalier universitaire
Anne REGARD, Lyon
- CL20 - Gestion d'une alerte pour augmentation d'infection de site opératoire -
Chantal MAERTEN, Lille
- CL21 - Surveillance discontinuée de l'incidence des infections associées aux soins en soins de suite, réadaptation et soins de longue durée gériatriques -
Nouara BAGHDADI, Lille
- CL22 - Audit régional sur l'utilisation des chambres à cathéters implantables en Hospitalisation à Domicile -
Yann OLLIVIER, Lille
- CL23 - Analyse de risques en hémodialyse : vers une amélioration des pratiques, des soignants et des patients
Sylvaine WAES, Roubaix

Salle Van Gogh

- **SP8 Communications libres Junior**
Modérateurs : Philippe VANHEMS, Lyon ; Olivia KEITA-PERSE, Monaco
- CLJ01 - Evaluation des pratiques professionnelles : revue de pertinence de l'utilisation des carbapénémés au CHR de Metz-Thionville et au CHU de Nancy
Jean-Louis TALANSIER, Nancy
- CLJ02 - Epidémiologie et prévention des infections en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
Kathleen CHAMI, Ivry-sur-Seine
- CLJ03 - Les cathéters veineux centraux en réanimation - Suivi des infections et évaluation des pratiques professionnelles
Céline DUBRULLE, Douai
- CLJ04 - Audit de l'entretien des endoscopes et évaluation des différentes méthodes au centre hospitalier de Flers dans le cadre d'un projet de centralisation de l'endoscopie
Murielle SIHARATH, Flers
- CLJ05 - Audit clinique sur l'hygiène des mains en secteur d'assistance médicale à la procréation -
Marion BENOUACHKOU, Dijon
- CLJ06 - Analyse de la politique de maîtrise de la diffusion des entérobactéries résistantes aux C3G dans 3 unités de réanimation d'un Centre Hospitalier Universitaire -
Luc OLTRA, Lyon

17h45-18h45

Auditorium Vauban

SESSION PLENIERE 3

- **PL05 « Best of » de la littérature**
Introduction : Olivia KEITA-PERSE, Monaco
Philippe BERTHELOT, Saint-Etienne ; Martine ERB, Armentières ;
Chantal LEGER, Poitiers ; Didier LEPELLETIER, Nantes ;
Anne-Marie ROGUES, Bordeaux

Vendredi 8 juin

09h00-10h00

Auditorium Vauban

SESSION PLENIERE 4

■ Hygiène et gestion des risques

*Modérateurs : Béatrice CROZE, Valence ;
Karine BLANCKAERT, Lille*

PL06 - Profils et formations des hygiénistes en Europe

Pierre PARNEIX, Bordeaux

PL07 - Vision de l'hygiène par un gestionnaire des risques

Isabelle VERHEYDE, Armentières

PL08 - Vision de la gestion des risques par un hygiéniste

Joseph HAJJAR, Valence

10h05-10h35

Auditorium Eurotop

SESSION INNOVATION, au choix

I05 - Parrainée par Bioquell

Comparaison entre la nébulisation de solution à base d'acide peracétique et la vaporisation de peroxyde d'hydrogène.

Thomas LABBE, Bonneuil-sur-Marne

Salle Matisse

I06 - Parrainée par Smiths Medical

Solution sécurisée d'élimination des OPCT au coeur des contraintes des établissements de soins.

Modérateur : Céline CIOTTI, Paris

Orateurs : Agnès BERNERON, Arras ; Nathalie GUYOT, Lambres-lez-Douai ; Maryse CAUWET, Bois-Bernard

Salle Van Gogh

I07 - Parrainée par Concept Microfibre

Le nettoyage des sols à l'eau certifié conforme.

Chantal MOURENS, Tours ; Dimitri TASSERIE, Le Havre

10h40-11h10

Lille Métropole

Pause – visite de l'exposition

10h40-11h10

SESSION POSTERS (présentation par les auteurs)

11h15-12h45

Auditorium Pasteur

4 SESSIONS PARALLELES

■ SP9 Session parallèle 3 : Risque viral non hématogène

Modérateurs : Jean-Ralph ZAHAR, Paris ; Daniel ZARO-GONI, Bordeaux

- CP10 - Antiseptiques et désinfectants : intérêt de l'activité virucide

Xavier VERDEIL, Toulouse

- CP11 - Gestion des épidémies à VRS

Bruno POZZETTO, Saint-Etienne

- CP12 - Prévention de la transmission croisée : gestion des excréta

Nouara BAGHDADI, Lille

Auditorium Eurotop

■ SP10 Communications libres 5 paramédicales :

Transmission croisée

Modérateurs : Josiane NUNES, Bordeaux ; Christian CATTOEN, Valenciennes

Vendredi 8 juin

- CL25 - Evaluation des modalités d'utilisation des collecteurs pour excreta : état des lieux et plan d'amélioration de la qualité
Laurent THIRIET, Sedan
- CL26 - Audit continu sur les précautions complémentaires et amélioration des pratiques
Marion BENOUACHKOU, Dijon
- CL27 - Evaluation des filières d'élimination des déchets dans un Centre Hospitalier Universitaire : objectif « réduction des DASRI »
Anne-Claire GUILLE DES BUTTES, Nantes
- CL28 - Enquête sur l'hygiène des mains en EHPAD
Evelyne FRANGEUL, Châteaubriant
- CL29 - Mise en oeuvre et résultats d'une stratégie de prise en charge des patients rapatriés dans un CHU
Arzu TACKIN, Paris
- CL30 - Tuberculoses nosocomiales et transplantation pulmonaire
Florence DEPAIX-CHAMPAGNAC, Bron

Salle Matisse

- SP11 Communications libres 6 : Divers
Modérateurs : Michèle AGGOUNE, Paris ; Yann OLLIVIER, Lille
- CL31 - Syndromes grippaux nosocomiaux dans une unité de médecine gériatrique : résultats de 5 années de surveillance saisonnière
Corinne REGIS, Lyon
- CL32 - Evaluation de l'impact d'une intervention multimodale sur la diminution des taux d'infections en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) : un essai randomisé en clusters (étude ENLIL)
Kathleen CHAMI, Ivry sur Seine
- CL33 - Utilisation des badges de faible radiofréquence pour quantifier les contacts entre patients et personnels dans un service de gériatrie d'un centre hospitalo-universitaire
Philippe VANHEMS, Lyon
- CL34 - Proposition de cotation de l'activité réglementaire des équipes opérationnelles d'hygiène à l'aide d'une lettre clé «H» : résultats de 4 années d'expérience
Didier LECOINTE, Corbeil-Essonnes
- CL35 - La visite de risque: une nouvelle approche de prévention du risque infectieux en réanimation
Agnès LASHERAS BAUDUIN, Bordeaux
- CL36 - Prix Médical

Auditorium Vauban

- SP12 Actualités en hygiène hospitalière
Modérateurs : Bruno COIGNARD, Saint-Maurice ; Philippe BERTHELOT, Saint-Etienne
- CP13 - Actualités du RAISIN : principaux résultats de surveillance, florilège des signalements et études en cours
Bruno COIGNARD, Saint-Maurice
- CP14 - Infections Associées aux Soins en ville
Jean-Michel THIOLET, Saint-Maurice
- CP15 - Actualités SF2H : recommandations sur les chambres implantables
Anne-Marie ROGUES, Bordeaux ; Danièle LANDRIU, Paris

Vendredi 8 juin

	<ul style="list-style-type: none"> - CP16 - Actualités SF2H : recommandations Air Gouttelettes <i>Anne CARBONNE, Paris</i> - CP17 - Actualités HCSP <i>Bruno GRANDBASTIEN, Lille</i> - CP18 - Résultats de l'audit national sur les précautions standard <i>Marine GIARD, Saint-Genis-Laval</i>
12h50 <i>Espace Jeanne de Flandre</i>	Déjeuner
13h25-14h25 <i>Salle Van Gogh</i>	<p>SYMPOSIUM DE L'INDUSTRIE S03 - Parrainé par 3M France</p> <p>Pansement imprégné de Chlorhexidine : quels bénéfices, pour quels patients ? <i>Modérateur : Jean-Christophe LUCET, Paris</i></p> <p>Antiseptie cutanée : pourquoi il faut préférer la chlorhexidine <i>Tom ELLIOTT, Birmingham, UK</i></p> <p>Pansement imprégnés de chlorhexidine : efficacité et place actuelle <i>Jean-François TIMSIT, Grenoble</i></p>
14h30-15h15 <i>Auditorium Vauban</i>	<p>CONFERENCE INVITÉE</p> <p>■ Bon usage, moindre usage des antibiotiques <i>Gilles BEAUCAIRE, Pointe-à-Pitre</i></p>
15h15-16h15 <i>Auditorium Vauban</i>	<p>SESSION PLENIERE 5</p> <p>■ Risque viral non hématogène <i>Modérateurs : Sylvie MARCHAND, Seclin ; Bruno JARRIGE, Pointe-à-Pitre</i></p> <p>PL09 - Risque viral digestif <i>Pierre POTHIER, Dijon</i></p> <p>PL10 - Risque viral pulmonaire <i>Bruno POZZETTO, Saint-Etienne</i></p>
16h15-16h30	<p>Remise des prix SF2H Prix Communication Junior, Prix Médical</p>
16h30	Clôture du congrès

Index des auteurs

A

ABBAS R.	36, 153
ABITBOUL D.	97
ABOUDA Y.	161
ACHARD A.M.	169, 172
ACIERNO L.	110, 146, 147
ADAM F.	87
ADJIDÉ C.C.	199
AFANDARI S.	146
AGAG F.	157
AHO-GLELE S.	6, 153
AIT BACHIR N.	134
AKPABIE A.	41, 199
ALFANDARI S.	6, 50, 72, 105, 182, 183
ALILI J.M.	137
ALLAOUCHICHE B.	62
AMBROGI V.	42, 75, 205
AMIEL M.	141
AMIR-AID Z.	157
AMIRAUT S.	122
AMMAR-KHOUDJA H.	173
ANDREMONT A.	106
AOUFFEN M.	103
ARGAUD L.	62
ARMAND N.	36
ARMAND-LEFEVRE L.	106, 114
ARNAUD I.	40, 186
ASSOUKPA J.	133
ASTAGNEAU P.	47, 48, 67, 95, 96, 162, 186, 205
ASTRUC K.	83, 87, 153
ATIF M-L.	26, 37, 65, 162
ATTALI I.	173
AUBAS S.	182
AUBIN N.	33, 128
AUDY-BLANCHARD A.	73
AUFFRET A.	94, 169
AUJOULAT F.	197
AUPEE M.	181, 186
AUQUIT-AUCKBUR I.	113
AVRIL C.	144
AZOUAOU A.	65
BALAGA A.M.	197
BALTY I.	97
BANNOUR W.	67, 120, 178
BAR-HEN A.	92
BARATIN D.	103
BARD F.	64, 188
BARGIELA C.	199
BARHOUMI T.	170
BARJAUD R.	132
BARON R.	6
BARRAT A.	92
BATICLE E.	162
BATTAGLIOTTI P.	37, 128, 165, 167
BAUD O.	39, 161, 173, 184
BAUDU A.	150
BAUME M.O.	110, 158
BAYEUX M-C.	97
BAYLE B.	114
BEAUCAIRE G.	204
BEAUDOUIN E.	110
BEAUVAIS R.	93
BECLIN E.	105, 123
BEKAERT F.	26, 63
BEKKAL BRIKCI-BENHABIB O.	30, 109
BELKAID R.	37, 162
BELLET V.	189
BELORGEY S.	62
BELOTTI L.	166
BEMER P.	73
BEN FARHAT Z.	201
BEN REJEB M.	201
BENALLA L.	157
BENAMAR H.	157
BENCHIKH A.	114
BENDJELLOUL G.	62
BENET T.	83
BENHABYLES B.	118
BENMAHAMED S.	157
BENMAMI S.	31, 118
BENMATI Y.	147
BENOUCCHKOU M.	28, 29, 83, 87
BENSERSA H.	173
BERDIN F.	144
BERGER-CARBONNE A.	46, 47, 75, 89, 97, 186
BERGUE E.	122
BERJAMY F.	150
BERKANE A.	159
BERNERON C.	68
BERNET C.	27, 31, 37, 74, 96, 115, 161, 173

B

BACHELLERIE H.	130
BACHIRI S.M.	159, 160
BADRIKIAN L.	184
BAGHDADI N.	27, 36, 39, 78, 79, 151, 155, 181, 183, 192
BAJOLET O.	117, 139, 153, 186

BERTHELOT P.	2, 6, 56, 97, 103, 114
BERTHON C.	183
BERTIN HUGAULT F.	161
BERTON C.	196
BERTRAND X.	72, 182, 186, 203
BERVAS C.	42, 183, 204
BERZIN BLANCHOT C.	83
BESSON C.	103
BESSON M.	161, 173, 184
BETTINGER A.	175
BEURIOT K.	121
BEZZAOUCHA A.	65
BIAVAT S.	174
BICART-SÉE A.	33, 127
BINARD F.	94
BINET M.	147, 175
BIRGAND G.	106
BLAISE S.	150
BLANC M.	127
BLANCHARD H.	96, 97, 186
BLANCKAERT K.	6, 79, 105, 108, 180
BLANIE M.	187
BLASCO A.	106
BLATGE C.	141
BLESSING T.	101
BLOISE A.	152
BOEHM N.	125
BOISSON L.	165
BOLENDER C.	121
BONNAND M.	173
BORDERAN G-C.	38, 136, 147, 176, 177
BORDES-COUECOU S.	187
BORGEY F.	176, 177
BORMS S.	78, 150, 192
BOTTEREL F.	75
BOUADDA N.	65
BOUAFIA N.	26, 39, 67, 161, 178, 206
BOUAITA M.	114
BOUALLEGUE O.	32, 41, 120, 200, 201
BOUBECHOU N.	65
BOUCHER P.	145
BOUDOT E.	173
BOUILLOUX M.	146
BOUJAAFAR N.	200, 201
BOUKARA F.	107
BOUKHATEM F.	173
BOUKHEMKHEM F.	173
BOULESTREAU H.	182, 185, 188, 206
BOULOGNE O.	74
BOUMANSOUR N.	157
BOUQUET C.	124
BOUQUEY C.	204
BOURAS S.	173
BOURDIER A.	41, 197
BOURDON S.	198
BOURGEAIS S.	93
BOURGEAIS-NICOLAOS N.	133
BOURIGAULT C.	27, 73, 88, 111
BOUSSAADIA R.	178
BOUSSAT S.	70, 71, 183
BOUSSEAU A.	125, 158, 192
BOUTTE C.	34, 142
BOUVET E.	97
BOYER F.	37, 64, 169, 185, 188
BRAHIMI G.	162
BRANGER B.	148
BRENET A.	162
BRETHER N.	89
BRETON N.	140
BRIFAULT C.	38, 176, 195
BRISHOUAL M.	89
BROCHART J.	63
BROCHART-MERLIN J.	142
BROUARD B.	31, 55, 111
BROUILLARD S.	199
BROUSSEAU F.	144
BRUCHON C.	122
BRUNET V.	158, 192
BRUYÈRE F.	139
BUFFET-BATAILLON S.	120, 148, 152
BUGEL H.	195
BUIRE A.C.	177
BUREAU-CHALOT F.	34, 139, 153
BURGEL L.	106
BURGER S.	113, 125
BURLAT P.	154, 161, 207
BUSCAIL C.	181, 186
C	
CABARET O.	75
CADIOT G.	153
CAILLAT-VALLET E.	98, 186, 189
CAILLON J.	73, 181
CAMERLYNCK A.	32, 121
CARBONNE A.	46, 47, 75, 89, 97, 186
CARBONNE BERGER A.	46, 47, 75, 89, 97, 186
CAREMEL R.	195
CARRAT F.	81, 92
CARRET G.	90
CARRIERE D.	169
CARROT C.	167
CASSIER P.	145, 182
CASTEL O.	36, 40, 125, 158, 192, 205
CATOIRE N.	88
CATTOEN C.	58
CATTUTO C.	92
CAUCHY L.	6, 31, 68, 112, 151, 156, 181
CHA-MINJOLLE S.	120
CHAIX V.	169
CHAIZE P.	106

CHAMI K.	81, 92
CHAMBAUD L.	59
CHAPUIS C.	33, 37, 40, 41, 83, 115, 128, 163, 165, 167, 190, 194
CHARASSE J.	101
CHARLOT J.	199
CHEVILLARD F.	132
CHEVREUIL F.	156
CHEVRIE N.	147, 175
CHOMAT JABOULAY S.	67
CHOUGRANI S.	157, 160
CILLY S.	197
CITRO V.	107
CLAUDE RAMBAUD C.	69
CLÉMENT S.	70
CLEVE M.	158
COADIC D.	133
COCLEZ MEYER C.	193
COGET M.L.	192
COIGNARD B.	6, 47, 95, 96, 183, 186, 204
COITEUX V.	183
COLLIER A.	31, 111
COMTE B.	91, 92
CORBINAU J.P.	132
CORVEC S.	73
COSTE F.	64, 182
COULON A.M.	176
COURCOL R.	6, 156
COURGEON M.	167, 168
CRACCO-MOREL A-A.	30, 104, 131
CRASSOUS A.	174
CREMET L.	73
CRETENET Z.	190
CRISTINA M.L.	179
CROZE B.	6, 97
CZERNICHOW P.	113, 176, 189, 195

D

D'ALBERTO M.J.	141
D'HALLUIN F.	6, 78, 151, 156
DAENEN P.	32, 35, 36, 112, 123, 151, 156
DALI-ALI A.	36, 157, 159, 160
DALIBARD V.	198
DAVID-LEGALL S.	148
DE LAPPARENT E.	83, 87
DE LAROUZIERE S.	184
DE MENDONCA J.P.	150
DE RANCE H.	169
DE SANTIS N.	67
DE WAZIÈRES B.	92
DEBERLES M.F.	146
DEBOSCKER S.	37, 166
DEBOSSCHERE F.	192
DEBOVE H.	193
DEBREUVE A.	117
DEBRITO A.	122

DECADE C.	199
DECAYEUX C.	142
DECOSTER A.	50, 192
DECOUSSER J-W	27, 33, 75, 133
DEGORGES E.	140
DEGRAVE H.	79
DEHECQ C.	124
DEHOUX E.	117
DEKKAR N.	173
DELABRIERE I.	155
DELACOUR J.C.	199
DELAIRE F.	176
DELAMARE N.	162
DELARAZIERE J.C.	74, 173
DELATTRE I.	118
DELCAMP E.	184
DELETTE C.	129
DELILLE F.	144
DELORY T.	27, 75
DEMANGE M.G.	110, 146, 147
DEMORE B.	70, 71
DENIAU D.	135
DENIMAL C.	124
DENIS C.	30, 103
DENIS M.A.	122
DENYS J.	135
DEPAIX F.	28, 90, 122
DEPAIX-CHAMPAGNAC F.	28, 90, 122
DESBOEUF K.	141
DESCAMPS D.	50, 105
DESORMEAUX C.	78
DEVAUX C.	39, 185
DEWULF S.	192
DHAOUADI M.	136
DHIDAH L.	170
DIALLO S.	117
DIETEMANN J.	114
DJOUDI A.	118
DJOUDI F.	173
DONNIO P.Y.	120, 148, 152, 181, 186
DORIATH M.F.	152
DORVAL M.	133
DOUCET-POPULAIRE F.	133
DRELON F.	192
DROUIN S.	118
DROUOT S.	137
DUBOURGET S.	128
DUBRULLE C.	29, 33, 82, 108, 127
DUCROND C.	192
DUJARDIN F.	113
DULERY R.	183
DUMARTIN C.	96, 186
DUMORTIER C.	62, 114
DUNOYER G.	76
DUPONCHEL J.L.	74

DUPORT C.	133
DUPUIS V.	169
DURAND-JOLY I.	32, 124

E

EMIRIAN A.	75
EMMANUELLE R.	98, 168
ENNAHAR-VUILLEMIN M.	166
ERB M.	6, 156
ERTZSCHEID M.A.	98, 161
ESCURET V.	91
EVEILLARD M.	181, 186

F

FABBRI C.	141
FARDEL D.	151
FARIZON F.	114
FAURE K.	78, 150, 151, 154, 156, 161, 181, 207
FAVE M.H.	142
FAYAD G.	78
FEGUEUX N.	190
FEINARD G.	89
FERAY I.	64, 188
FEZZI J.Y.	146
FICOT C.	192
FIHMAN V.	75
FLORET N.	35, 37, 42, 96, 150, 168
FOEGLÉ J.	166
FORESTIER-JOUVE C.	147
FOSSE T.	186, 189
FOSSIER-VARNAY N.	165
FOUCAN T.	41, 197
FOUCAULT S.	144, 196, 198
FOUCHER C.	165
FOULET F.	75
FOURNEL I.	83
FOURNERET P.	147
FOURNERET-VIVIER A.	31, 35, 110, 146, 147
FOURNIER C.	35, 146
FOURNIER P.E.	74
FOURNIER S.	47, 97
FRANGEUL E.	28, 89
FRAZIER I.	89
FRÉBOURG N.	195
FREMIOT A.	150
FREYMANN M.	166

G

GABARD A.	34, 136, 175, 176, 177
GAGNAIRE J.	114
GAILLOT O.	78
GALAS M.	27, 30, 76, 108, 132
GALLET S.	79

GAMBIER A.	110
GANRY O.	142, 199
GARDES S.	67
GARGOT D.	133
GARREAU N.	35, 181, 186
GAUDIN A.	185
GAUTHERON V.	114
GAUTIÉ L.	127
GAVAZZI G.	81, 92, 173
GAXATTE C.	78
GAY P.	103
GBAGUIDI-HAORE H.	204
GEKIERE C.	174
GENGLER M-E.	32, 118
GEOFFROY M.	106
GEORGES M.	199
GERAUDEL A.	121
GERMAIN J-M.	35, 149, 170, 171
GETTE S.	107
GHENO C.	154
GHEYSSENS A.	124
GHINAMO-LEROY P.	161
GIARD M.	98, 116
GIRARD R.	26, 67,
GIRARD-REYDET F.	174
GIROUD P.	167
GIZZI A.	138, 172
GOGUILLON C.	193
GOUILLON D.	122
GOULARD C.	119
GOURBIL M.	31, 36, 110, 158
GRAIN A.	154
GRANDBASTIEN B.	6, 68, 78, 96, 112, 121, 123, 150, 151, 155, 156, 181
GRANDO J.	90, 122, 130
GRANGIER G.	188
GRATTARD F.	103, 114
GRELIER M.	137
GRIHNN M.D.	191
GRISE P.	195
GRISI B.	161
GRISSI I.	200
GUERIN C.	47
GUERIN J.M.	182
GUERIN L.	196
GUEROULT G.	63, 142
GUÉROULT-LOCHER G.	199
GUERRE G.	83, 87
GUERY B.	68, 78, 112, 151, 155, 156
GUICHARD P.	144
GUIGNARD J-P.	101
GUILLE DES BUTTES A-C.	28, 88, 111
GUILLOUZOUIC A.	73
GUINOT I.	168

H

HABBAS S.	146
HABET R.	118
HACHED N.	118
HAGEAUX S.	162
HAJJAR J.	81, 92, 154, 207
HAMMOU Y.	181
HAMZA R.	34, 136
HAOND C.	110
HASSELWANDER C.	107
HAUET M.	162
HAUW-VAN DE VELDE S.	132
HAVERBEQUE E.	131
HELALI R.	67, 178
HEMMERLÉ J.	125
HENDRICX S.	127
HERRERA M.P.	206
HESEQUE C.	142
HILAIRE J-C.	34, 73, 140
HIRSCH M.P.	142
HITTER C.	121
HOCHEDÉZ P.	76, 108, 132
HOFF O.	186
HOSNI H.	170
HOUFFLIN-DEBARGE V.	181
HOUYENGAH F.	124
HUART C.	42, 104, 131, 205
HUE R.	41, 144, 196, 198
HULIN M.	77, 195
HUMBERT K.	192
HUOI C.	34, 143
HUYGHE M.	192

I

IBARISSENE B.	87
INGELS A.	37, 167

J

JACQUEMOUD E.	37, 169
JAFFRE I.	119
JAIDANE N.	200, 201
JARLIER V.	47, 96, 97, 186
JARNO P.	26, 31, 66, 96, 116, 167, 168, 183, 186
JARRIGE B.	6, 97, 197, 205
JEAN CARLET J.	69
JEAN E.	74
JEAN-BART E.	110, 158
JEANNOT K.	108
JEBENIANI I.	170
JERONIMO C.	199
JEUNESSE K.	87, 138, 172
JIMENEZ C.	83
JOLIBOIS B.	41, 162, 193

JOLIVET S.	26, 31, 62, 114, 148
JOLIVET-GOUGEON A.	148
JOLY F.	180, 192
JOLY I.	192
JOLY-GUILLOU M.L.	181
JORON S.	192
JOSPEH J.P.	187
JOUBE A.	66
JUMAS-BILAK E.	197
JUVIN M.E.	73

K

KAC G.	89
KACZMAREK A.S.	31, 114
KADI Z.	162
KADRI K.	189
KALFAOUI B.	170
KAMMOUN H.	136
KEITA-PERSE O.	6
KESSLER B.	152
KEZZAR M.	118
KHANAFAER N.	35, 41, 92, 145, 195
KHEFACHA AISSA S.	120, 200, 201
KHETTAL H.	118
KHOUIDER N.	33, 115, 130, 173
KIM B.A.	91, 92
KLEE E.	121
KOHLBECKER C.	152
KOROBELNIK J.F.	185
KOSMANN M-J.	97

L

L'HERITEAU F.	116, 183
LABOURE C.	80
LACOUR H.	207
LACOUR M.P.	144
LAFONT E.	74
LAHDIRI R.	118
LAISNEY F.	137
LALAND C.	98, 158, 192
LALOEUF F.	79
LANDRIU D.	63, 97, 161
LAPRUGNE GARCIA E.	130
LARGOT M.	36, 154
LARINOUNA A.	162
LARRÈDE M.	169
LARROUMES N.	37, 128, 161, 165, 167
LARTIGAU E.	199
LASHERAS A.	28, 39, 42, 64, 169, 182, 185, 188, 204
LASSAULX A.	153
LASSERRE C.	73
LATUS J.	125, 158, 192
LAURANS C.	33, 50, 80, 129
LAVIGNE T.	47, 166

LAWRENCE C.	182
LAZZARI B.	68
LE BRAS Y.	64
LE BREDONCHEL T.	110
LE CANN P.	120
LE GALL D.	142
LE GUEN V.	32
LE MARECHAL V.	190, 194
LE MONIES DE SAGAZAN H.	80
LE ROUX J.	32, 126
LEBARON C.	189
LEBASCLE K.	97
LECHAT A.	68
LECLERCQ M.C.	127
LECLERCQ R.	181
LECLERCQ V.	181
LECOINTE D.	28, 93
LECOMPTE T.	81
LECOMTE C.	146
LEDEZ R.	80, 129
LEFEBVRE A.	6, 87, 153
LEFEBVRE M.	73
LEGOUT L.	129
LEGRAND-QUILLIEN M-C.	56
LEGRAND M.R.	146
LEGRAND P.	75
LEHR A.	101
LEJEUNE A.	148
LEJEUNE B.	81, 92, 161
LEJEUNE J.P.	112
LEMAITRE N.	183
LEMARE F.	185
LEMDANI F.	173
LENGELLE F.	76, 108, 132
LENOBLE E.	113
LEPAPE A.	72, 183
LEPELLETIER D.	6, 88, 73, 111
LEROY J.	150
LEROYER C.	26, 39, 64, 169, 182, 187, 188
LESERVOISIER R.	35, 147, 175
LESIMPLE B.	194
LESTREZ C.	68
LEVAST M.	146
LEYS P.	127
LINA B.	91
LINORD E.	132
LION C.	145
LLORENS M.	30, 81, 105, 107
LOIRET L.	133
LOLOM I.	30, 62, 106, 168
LORTAL CANGUILHEM B.	204
LORY A.	74, 161, 167
LOTHE A.	30, 40, 106, 190
LOUFTI B.	103
LOUKILI N.	27, 39, 68, 151, 156, 183

LUCAS R.P.	73
LUCET J-C.	6, 62, 106, 114
LUCHT F.	103
LYAZIDI A.	173

M

MACHUT A.	183
MAERTEN C.	27, 35, 78, 112, 150, 151
MAGNENEY M.	133
MAHJOUB M.	39, 42, 67, 161, 178
MAHJOUB T.	120
MAHY A.	128
MAILLIOT P.	139
MAKHLOUF F.	38, 173
MALAVAUD S.	34, 139, 141
MALLAVAL F-O.	35, 110, 146, 147, 174
MALVAUX S.	119
MANGIN B.	89
MANIN F.	165
MANSOURI A.	67
MARGOT V.	120
MARIE V.	94, 169
MARINI H.	40, 41, 113, 189, 195
MARKIEWICZ A.	192
MARTA L.	192
MARTY J.P.	141
MARTY N.	186
MASSON P.	194
MATHON A.	122, 133
MATTON T.	105
MATURSKI A.L.	79
MAUGAT S.	96, 186
MAURANNE C.C.	67
MBONGO-TROUILLET L.	199
MCKENZIE A.M.	115
MECHKOUR S.	30, 105, 108
MEDBOUA C.	134
MEHL N.	83
MÉNARD C.	166
MERCIER C.	33, 104, 131
MERCIER P.Y.	176
MERLE C.	190
MERLE V.	113, 176, 189, 195
MERLIN J.	199
MERRER J.	61, 73, 140
MERZOUGUI L.	38, 170
MESSEMAECKER P.	124
MEUNIER O.	31, 32, 36, 113, 121, 125, 152, 175
MEYBECK A.	129
MEYER G.	89
MEYER J.J.	199
MEZHOUD H.	33, 134
MICHALLET M.	142, 143
MIDOUN N.	36, 157, 159, 160
MIETTON C.	114

MIGNOT L.	175, 176, 177
MIKOLAJCZYK D.	33, 132
MILLIEZ P.Y.	113
MINCHACA-PERROCHAUD C.	33, 132
MINCHELLA A.	37, 164
MINOZZI C.	89
MIRAOUI F.	170
MISSLIN P.	158
MIZOURI R.	178
MOCO C.	197
MOGENOT E.	61
MOMBERTRAND N.	164
MOMY F.	199
MONGARDON B.	32, 124
MONIER S.	74, 130, 163
MONIEZ F.	104, 131
MONTAGNE P.	184
MONTBARBON E.	110
MOORE R.	137
MORIN B.	192
MORNEX J.F.	90
MOUNIER M.	6, 130
MOURLAN C.	149
MRABET K.	137
MUGARD V.	144
MUZEAU S.	110
MZOUGHRI R.	161

N

NAAS T.	44
NAIJA W.	120
NAKHLI M.S.	120
NARBAY D.	32, 33, 122, 133, 135
NARDUCCI F.	146
NASSO R.	205
NEULIER C.	26, 27, 61, 73
NEVEU C.	167, 168
NEYRON DE MÉONS C.	114
NICASTRO C.	124
NICOLLE M.C.	77, 142, 143
NJAH M.	67, 161, 178, 206
NOTTEBAERT S.	80, 129
NOURAOUT K.	173
NOVAKOVA I.	75
NUIRY O.	114
NUNES J.	64, 94, 169, 188, 206

O

OBIN O.	199
OLIVE C.	76, 108, 132
OLLIVIER Y.	6, 27, 79, 105, 108, 180, 192
OLTRA L.	29, 83, 195
ORLANDO P.	179
OTTRIA G.	179

OUD N.	139
OVANESSIAN N.	154

P

PAINEAU J.	119
PANGON B.	61
PARER S.	106, 197
PARNEIX P.	48, 96
PARIGI H.	110
PARIS Y.	167
PARISET C.	110, 158
PARSY R.	6, 146
PARVY C.	113
PATISSIER M.	173
PAUCHER V.	189
PAULET L.	168
PAYET C.	35
PÉRAHIA S.	189
PERDELLI F.	39, 179
PEREL Y.	206
PERENNEC M.	31, 116, 167
PERENNEC-OLIVIER M.	66, 116, 186
PEREZ J.P.	105, 188
PERGON C.	187
PERNOT G.	146
PERRAUD M.	77, 145, 182
PERRIN A.	155
PESTOURIE-PENAUULT N.	130
PETEL J.	40, 185, 188
PETEL T.	31, 113, 176
PETITJEAN G.	61
PETONNET C.	32, 125, 158, 192
PETRY E.	193
PHILIT F.	90
PICOT S.	142
PIEDNOIR E.	38, 136, 147, 175, 176, 177
PIERRE C.	164
PIERROT C.	105
PIETTE F.	81, 92
PILLIEZ A.	192
PINTON J.F.	92
PIOLIN O.	136
PIRES-CRONENBERGER S.	91
PISANO N.	147
PIVETEAU N.	196
PODGLAJEN I.	89
POISSON M.	35
POMMIER C.	110, 158
POSPISIL F.	169, 172
POTIER T.	132
POTHIER P.	51
POUJOL I.	168
POUJOL S.	164
POULAIN S.	107
POULET J.P.	115

POUSSEL J.F. _____	107
POZZETTO B. _____	53, 55, 56
PRAT A. _____	78
PROUST S. _____	158, 192
PROUTEAU M.D. _____	144
PUISIEUX F. _____	78, 155
PULCINI C. _____	69

Q

QUERRIEN C. _____	135
QUEVERUE M. _____	78

R

RABAUD C. _____	70, 72, 96, 97, 168
RAINFRAY M. _____	92
RAMA RAO N. _____	133
RAMBUR C. _____	35, 142, 144
RAMIER M-F. _____	38, 172
RASPAUD S. _____	137
RAVERY V. _____	114
RAYMOND F. _____	35, 144
RAYMOND M. _____	34, 135
REAT C. _____	67
REGARD A. _____	27, 77
REGIS C. _____	28, 91
RENAUD B. _____	190, 194
REVOL A. _____	145
REYNAUD A. _____	73
REYREAUD E. _____	186
RHIMI H. _____	170
RIAUD DUTY E. _____	192
RIBA M. _____	120
RICHAUD-MOREL B. _____	173
RIFFLART C. _____	146
RIGAUDIE M-C. _____	33, 130
RIGOTTI R. _____	38, 174
RIO Y. _____	107
RISPAIL P. _____	190
ROBERT N. _____	107
ROBERT O. _____	91
ROBERT J. _____	72
ROBIN E. _____	150
ROCHE M. _____	154, 207
ROGUES A-M. _____	40, 64, 94, 96, 97, 169, 182, 185, 187, 188, 206
ROMANETTI I. _____	87
ROMOLI C. _____	34, 141
RONDELLOT G. _____	81
ROTHAN-TONDEUR M. _____	81, 92
ROUSSELOT P. _____	61
ROUSSET M. _____	185
ROUX N. _____	198
RUFAT O. _____	206
RUPPE E. _____	106
RUSSELL I. _____	98

S

SABBAGH C. _____	198
SABY K. _____	186
SAI N. _____	118
SAID LATIRI H. _____	120, 200, 201
SAID R. _____	120, 200
SAINT MICHEL C. _____	192
SALLES F. _____	38, 113, 121, 125, 152, 175
SAMALIN E. _____	164
SARTINI M. _____	179
SAVEY A. _____	6, 39, 40, 74, 115, 118, 130, 161, 163, 173, 183, 186, 189
SCHMITTBUHL M. _____	166
SCHNITZLER B. _____	107
SEBILLET C. _____	41, 194
SEGOT-CHICQ S. _____	64
SELLIES J. _____	107
SENECHAL A. _____	90
SENECHAL H. _____	39, 152, 181, 186
SERINGE E. _____	75
SI-AHMED E.M. _____	65
SIHARATH M. _____	29, 82
SIMEON S. _____	40, 181, 186
SIMON C. _____	177
SIMON F. _____	121
SIMON L. _____	96, 97, 116, 186
SIMONETTI J. _____	147
SIX C. _____	74
SLEKOVEC C. _____	204
SMAIL N. _____	118
SOCQUET-JUGLARD F. _____	110
SOUKEHAL A. _____	162
SOUSA E. _____	186
SPAGNOLO A.M. _____	179
SUBTIL D. _____	181

T

TABURET A.M. _____	137
TACKIN A. _____	28
TAHARO M. _____	90
TAILLARDAS F. _____	79
TALANSIER J-L. _____	29, 81
TALASZKA A. _____	80
TALEB HACINE F. _____	118
TALON D. _____	182, 204
TAPIE S. _____	199
TATTEVIN P. _____	152
TAVENARD A. _____	66
TAVOLACCI M.P. _____	47, 113, 176, 189
TEISSEYRE A.C. _____	127
TEQUI B. _____	32, 89, 119, 194
THEARD J.L. _____	119
THEBAUT P. _____	169
THEODOSE R. _____	76, 108
THERESINE N. _____	132

THERME I.	87
THÉVENOT S.	125, 158, 192, 205
THEZENAS S.	164
THIEFIN G.	153
THILLARD D.	38, 40, 63, 149, 170, 171, 191
THIOLET J-M.	47, 96, 116
THIOLET M.	150
THIRIET L.	27, 34, 38, 87, 138
THUILLIEZ C.	180
TISSOT E.	150
TOMASSINI C.	107
TOMASSINI E.	107
TOUATI A.	134
TOUATI S.	39, 79, 180
TOUDEFT F.	36, 159
TOURNEUX C.	139
TOURRES J.	144
TRACOL J.	169
TRIVIER D.	40, 50, 128, 182, 192
TROCHU C.	199
TRONCHON I.	151, 156
TRYSTRAM D.	186
TUR B.	142

V

VACHEE A.	50, 80, 105, 129
VALDEYRON M.L.	32, 122
VALLET C.	36, 56, 139, 153
VAN DER MEE N.	181
VAN DER MEE-MARQUET N.	26, 28, 65
VAN POUCKE L.	127
VANDEMOORTELE F.	80
VANDEBERGHE K.	127
VANDEPUTTE A.	193
VANDERMEULEN K.	39, 179
VANDEVENNE-BREMENT G.	132
VANHAEREN S.	133
VANHEMS P.	6, 26, 28, 30, 34, 62, 77, 83, 91, 92, 96, 103, 142, 143, 145, 195, 207
VANHOMWEGEN J.	141
VANSON M.L.	107
VANSTEIRTEGHEM N.	80
VASILE C.	110
VAUTRIN S.	30, 40, 105, 188

VEDY S.	105
VENIER A.G.	116, 182, 183
VERDAN G.	132
VERDAVAINNE J.	199
VERDEIL X.	34, 85, 141
VERHAEGHE A.	124
VERHEYDE I.	50, 192
VERJAT-TRANNOY D.	63, 98
VERNET-GARNIER V.	117
VERNIER N.	98, 161
VERVOORT C.	124
VIALARD C.	120, 167
VILLERS CARON B.	189
VILLERS D.	73
VILLIET M.	190
VINCENT A.	38, 56, 173
VINCENT P.	152
VINCENTELLI A.	78
WISEUR M.	79
VOIRIN N.	91, 92, 142, 195
VUILLERMET C.	110, 146, 147

W

WAES S.	27, 80, 129
WASCHEUL D.	79
WEISS R.	142, 199
WENDLING N.	152
WILLEMS V.	124
WOINET D.	195
WOLNY D.	142, 162

Y

YACOUBAGHA I.	183
YANAT B.	134

Z

ZARO-GONI D.	161
ZEMOUR L.	157
ZENAD R.	173
ZINA M.	157, 160
ZOUGAR N.	145

Liste des communications libres

CL01

SURVEILLANCE DE LA DENSITÉ D'INCIDENCE DES BACTÉRIÉMIES LIÉES AUX CATHÉTERS VEINEUX CENTRAUX DANS UN SERVICE D'ONCO-HÉMATOLOGIE

Caroline NEULIER, Le Chesnay

CL02

IMPACT DE LA SURVEILLANCE DES INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS SUR L'INCIDENCE DES PNEUMOPATHIES ACQUISES SOUS VENTILATION MÉCANIQUE EN RÉANIMATION : UNE ÉTUDE QUASI-EXPÉRIMENTALE

Philippe VANHEMS, Lyon

CL03

LOST IN TRANSLATION : LES CATHÉTERS VEINEUX CENTRAUX DE COURTE DURÉE HORS RÉANIMATION

Sarah JOLIVET, Paris

CL04

RETOUR D'EXPÉRIENCE DE CAS GROUPÉS D'INFECTIONS À *PSEUDOMONAS AERUGINOSA* APRÈS CHOLANGIOPANCRÉATOGRAPHIE RÉTROGRADE PAR VOIE ENDOSCOPIQUE (CPRE)

Gwenaëlle GUEROULT, Amiens

CL05

POSES ET MANIPULATIONS DE CATHÉTERS VEINEUX PÉRIPHÉRIQUES : DES DIFFÉRENCES EXISTENT-ELLES EN FONCTION DE LA CATÉGORIE PROFESSIONNELLE OU DU STATUT ÉTUDIANT ?

Florence BEKAERT, Paris

CL06

SURVEILLANCE DES COMPLICATIONS ASSOCIÉES AUX PICCS CHEZ L'ADULTE

Camille LEROYER, Bordeaux

CL07

L'ANTIBIOPROPHYLAXIE CHIRURGICALE ENTRE NORMES ET RÉALITÉS : RÉSULTAT D'UN AUDIT RÉALISÉ DANS UN CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

Mohamed Lamine ATIF, Blida - ALGÉRIE

CL08

PRÉPARATION CUTANÉE ET PRÉVENTION DES ISO. RETOUR SUR L'OBSERVATION DES PRATIQUES RÉALISÉE EN 2011

Nathalie VAN DER MEE-MARQUET, Tours

CL09

LE SUIVI DES INFECTIONS DU SITE OPÉATOIRE EN POST-HOSPITALISATION EN 2010 DANS LE RÉSEAU ISO-RAISIN

Pascal JARNO, Rennes

CL10

INCIDENCE ET FACTEURS DE RISQUE DES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES GRAVES IDENTIFIÉS EN MILIEU CHIRURGICAL

Nabiha BOUAFIA, Sousse - TUNISIE

CL11

QUELS FACTEURS PRÉDISENT-ILS LA RÉUSSITE D'UNE SURVEILLANCE ISO?

Raphaële GIRARD, Pierre Bénite

CL12

LE CARNET SANITAIRE DU BLOC OPÉRATOIRE : UN OUTIL DE GESTION DES RISQUES

Noureddine LOUKILI, Lille

CL13

APPORT DE L'INFORMATIQUE HOSPITALIÈRE À LA MAÎTRISE D'UNE ÉPIDÉMIE D'ENTEROBACTÉRIES PRODUCTRICES DE CARBAPÉNÉMASES

Caroline NEULIER, Le Chesnay

CL14

BACTÉRIES HAUTEMENT RÉSISTANTES AUX ANTIBIOTIQUES (BHR) IMPORTÉES EN FRANCE À L'OCCASION DES RAPATRIEMENTS SANITAIRES : BILAN DE 17 MOIS D'ALERTE DANS UN CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

Céline BOURIGAULT, Nantes

CL15

ÉPIDÉMIE D'*ACINETOBACTER BAUMANNII* PRODUCTEURS DE CARBAPÉNÉMASE EN RÉGION

Claude BERNET, Saint-Genis-Laval

CL16

ANALYSE DES RISQUES A POSTERIORI SELON LA MÉTHODE ALARM AU DÉCOURS D'UNE ÉPIDÉMIE À ENTEROBACTÉRIES PRODUCTRICES DE CARBAPÉNÉMASES

Tristan DELORY, Paris

CL17

ÉPIDÉMIOLOGIE DES COLONISATIONS RESPIRATOIRES MIXTES BACTÉRIE-CHAMPIGNON ASSOCIANT *ASPERGILLUS FUMIGATUS* ET *STENOTROPHOMONAS MALTOPHILIA* OU *PSEUDOMONAS AERUGINOSA* : ÉTUDE RÉTROSPECTIVE DESCRIPTIVE DE 2007 A 2011 DANS UN CHU

Jean-Winoc DECOUSSER, Clamart

CL18

MISE EN PLACE DU CONTRÔLE DU BON USAGE DES CARBAPÉNÉMES : EXPÉRIENCE D'UNE ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

Murielle GALAS, Fort de France

CL19

INSTALLATION D'UNE ENCEINTE DE STOCKAGE DES ENDOSCOPES THERMOSENSIBLES DANS UNE RÉANIMATION D'UN CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

Anne REGARD, Lyon

CL20

GESTION D'UNE ALERTE POUR AUGMENTATION D'INFECTION DE SITE OPÉRATOIRE

Chantal MAERTEN, Lille

CL21

SURVEILLANCE DISCONTINUE DE L'INCIDENCE DES INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS EN SOINS DE SUITE, RÉADAPTATION ET SOINS DE LONGUE DURÉE GÉRIATRIQUES

Nouara BAGHDADI, Lille

CL22

AUDIT RÉGIONAL SUR L'UTILISATION DES CHAMBRES À CATHÉTERS IMPLANTABLES EN HOSPITALISATION À DOMICILE

Yann OLLIVIER, Lille

CL23

ANALYSE DE RISQUES EN HÉMODIALYSE : VERS UNE AMÉLIORATION DES PRATIQUES, DES SOIGNANTS ET DES PATIENTS

Sylvaine WAES, Roubaix

CL25

EVALUATION DES MODALITÉS D'UTILISATION DES COLLECTEURS POUR EXCRETA : ÉTAT DES LIEUX ET PLAN D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ

Laurent THIRIET, Sedan

CL26**AUDIT CONTINU SUR LES PRÉCAUTIONS COMPLÉMENTAIRES ET AMÉLIORATION DES PRATIQUES**

Marion BENOUACHKOU, Dijon

CL27**EVALUATION DES FILIÈRES D'ÉLIMINATION DES DÉCHETS DANS UN CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE : OBJECTIF «RÉDUCTION DES DASRI»**

Anne-Claire GUILLE DES BUTTES, Nantes

CL28**ENQUÊTE SUR L'HYGIÈNE DES MAINS EN EHPAD**

Evelyne FRANGEUL, Châteaubriant

CL29**MISE EN ŒUVRE ET RÉSULTATS D'UNE STRATÉGIE DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS RAPATRIÉS DANS UN CHU**

Arzu TACKIN, Paris

CL30**TUBERCULOSES NOSOCOMIALES ET TRANSPLANTATION PULMONAIRE**

Florence DEPAIX-CHAMPAGNAC, Bron

CL31**SYNDROMES GRIPPAUX NOSOCOMIAUX DANS UNE UNITÉ DE MÉDECINE GÉRIATRIQUE : RÉSULTATS DE 5 ANNÉES DE SURVEILLANCE SAISONNIÈRE**

Corinne REGIS, Lyon

CL32**EVALUATION DE L'IMPACT D'UNE INTERVENTION MULTIMODALE SUR LA DIMINUTION DES TAUX D'INFECTIONS EN ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES (EHPAD) : UN ESSAI RANDOMISÉ EN CLUSTERS (ÉTUDE ENLIL)**

Kathleen CHAMI, Ivry sur Seine

CL33**UTILISATION DES BADGES DE FAIBLE RADIO-FRÉQUENCE POUR QUANTIFIER LES CONTACTS ENTRE PATIENTS ET PERSONNELS DANS UN SERVICE DE GÉRIATRIE D'UN CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE**

Philippe VANHEMS, Lyon

CL34**PROPOSITION DE COTATION DE L'ACTIVITÉ RÉGLEMENTAIRE DES ÉQUIPES OPÉRATIONNELLES D'HYGIÈNE À L'AIDE D'UNE LETTRE CLÉ «H» RÉSULTATS DE 4 ANNÉES D'EXPÉRIENCE**

Didier LECOINTE, Corbeil-Essonnes

CL35**LA VISITE DE RISQUE : UNE NOUVELLE APPROCHE DE PRÉVENTION DU RISQUE INFECTIEUX EN RÉANIMATION**

Agnès LASHERAS BAUDUIN, Bordeaux

Liste des communications libres JUNIOR

CLJ01

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES : REVUE DE PERTINENCE DE L'UTILISATION DES CARBAPÉNÉMÉS AU CHR DE METZ-THONVILLE ET AU CHU DE NANCY

Jean-Louis TALANSIER, Nancy

CLJ02

EPIDÉMIOLOGIE ET PRÉVENTION DES INFECTIONS EN ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES (EHPAD)

Kathleen CHAMI, Ivry-sur-Seine

CLJ03

LES CATHÉTERS VEINEUX CENTRAUX EN RÉANIMATION - SUIVI DES INFECTIONS ET ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Céline DUBRULLE, Douai

CLJ04

AUDIT DE L'ENTRETIEN DES ENDOSCOPES ET ÉVALUATION DES DIFFÉRENTES MÉTHODES AU CENTRE HOSPITALIER DE FLERS DANS LE CADRE D'UN PROJET DE CENTRALISATION DE L'ENDOSCOPIE

Murielle SIHARATH, Flers

CLJ05

AUDIT CLINIQUE SUR L'HYGIÈNE DES MAINS EN SECTEUR D'ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION

Marion BENOUACHKOU, Dijon

CLJ06

ANALYSE DE LA POLITIQUE DE MAÎTRISE DE LA DIFFUSION DES ENTÉROBACTÉRIES RÉซิสTANTES AUX C3G DANS 3 UNITÉS DE RÉANIMATION D'UN CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

Luc OLTRA, Lyon

Liste des posters

P-001

FACTEURS DE RISQUE ASSOCIES AUX INFECTIONS NOSOCOMIALES A BACTERIES MULTI-RESISTANTES EN REANIMATION

VANHEMS Philippe, LYON

P-002

RETOUR D'EXPERIENCE DE LA PRISE EN CHARGE DE PATIENTSTRACHEOTOMISES PORTEURS DE SOUCHES D'ACINETOBACTER BAUMANNII PRODUCTRICES DE CARBAPENEMASES DE TYPE OXA 23

DENIS Corinne, ST-ETIENNE

P-003

POSTER ANNULE PAR L'AUTEUR

P-004

POSTER ANNULE PAR L'AUTEUR

P-005

DE L'INTERET DU DOSSIER PATIENT INFORMATISE POUR LE DEPISTAGE DES EPC

CRACCO-MOREL Anne-Adélaïde, VALENCIENNES

P-006

UNE REGION ENGAGEE DANS LA LUTTE CONTRE LA DIFFUSION DES BMR

MECHKOUR Sophia, LILLE

P-007

OPTIMISATION DE L'INFORMATION POUR LE SUIVI ET LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS PORTEURS DE BMR

VAUTRIN Stéphanie, METZ

P-008

BACTERIES HAUTEMENT RESISTANTES (BHR) DANS UN CHU : 13 CAS EN 3 ANS

LOLOM Isabelle, PARIS

P-009

CONSTITUTION D'UNE EQUIPE MOBILE DEDIEE A LA PRISE EN CHARGE DE PATIENTS EN SITUATION EPIDEMIQUE OU PORTEURS DE BACTERIES HAUTEMENT RESISTANTES (BHR)

LOTTE Anne, MONTPELLIER

P-010

ACINETOBACTER BAUMANNII MULTI RESISTANT (ABMR) EN REANIMATION POLYVALENTE : LECONS D'UNE FERMETURE ANNONCEE

LLORENS Mathieu, METZ

P-011

EPIDEMIE A A.BAUMANII RESISTANT A L'IMIPENEM (ABRI): QUELLE POLITIQUE DE DEPISTAGE ADOPTER ? EXPERIENCE RECENTE D'UN CHU

GALAS Murielle, FORT-DE-FRANCE

P-012

EPIDEMIES REGIONALES D'INFECTIONS ET COLONISATIONS A ACINETOBACTER BAUMANNII RESISTANT A L'IMIPENEME

MECHKOUR Sophia, LILLE

P-013

FORMATION DE BIOFILMS ET RESISTANCE LIES AUX INFECTIONS FONGIQUES HOSPITALIERE

BEKKAL BRIKCI-BENHABIB Ouassila, TLEMCEM

P-014**METHODOLOGIE DE SUIVI DES INFECTIONS DU SITE OPERATOIRE UTILISANT LES DONNEES DE BACTERIOLOGIE ET D'ANTIBIOTHERAPIE DES PATIENTS**

GOURBIL Mathilde, LYON

P-015**POSTER ANNULE PAR L'AUTEUR****P-016****GESTION D'UNE AUGMENTATION DU NOMBRE D'INFECTIONS DU SITE OPERATOIRE (ISO) EN CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE PROTHETIQUE**

FOURNERET-VIVIER Aurélie, CHAMBERY

P-017**EVALUATION DES PRATIQUES DE BIONETTOYAGE AU BLOC OPERATOIRE**

COLLIER Anne, NANTES

P-018**SURVEILLANCE DES INFECTIONS DU SITE OPERATOIRE : INTERETS ET LIMITES**

BROUARD Benoit, MONTREUIL

P-019**SURVEILLANCE DES INFECTIONS DE SITE OPERATOIRE EN NEUROCHIRURGIE**

CAUCHY Laurence, LILLE

P-020**LES «EXPERTS» ENTRENT AU BLOC POUR EVALUER LA QUALITE DU BIONETTOYAGE**

MEUNIER Olivier, HAGUENAU

P-021**MISE EN PLACE DE DEMARCHES D'AMELIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES EN ORTHO-TRAUMATOLOGIQUE ET CHIRURGIE PLASTIQUE, COUPLEES A LA SUEVILLANCE DES INFECTIONS DU SITE OPERATOIRE (ISO)**

PETEL Tristan, ROUEN

P-022**JERSEY NON STERILE : UNE POSSIBLE SOURCE D'INFECTION BACTERIENNE ?**

KACZMAREK Anne Sophie, ST-ETIENNE

P-023**FAUT-IL MODIFIER LA PROPHYLAXIE DES BIOPSIES DE PROSTATE (BP) DEVANT L'AUGMENTATION DE LA RESISTANCE DES ENTEROBACTERIES (EB) AUX FLUOR QUINOLONES (FQ)?**

JOLIVET Sarah, PARIS

P-024**INFECTIONS A MYCOBACTERIUM ABSESSUS CHEZ DES PATIENTS APRES CHIRURGIE CARDIAQUE**

BERNET Claude, ST-GENIS-LAVAL

P-025**LES INFECTIONS DU SITE OPERATOIRE EN ORTHOPEDIE PROTHETIQUE DANS L'INTER-REGION OUEST DE 2008 A 2011: INCIDENCE, DELAI DIAGNOSTIQUE ET SUIVI DES PATIENTS AVANT ET APRES EXCLUSION DES ISO SURVEILLUES A PLUS DE J30**

PERENNEC Marion, RENNES

P-026**EVOLUTION DE L'INCIDENCE DES ISO EN FRANCE ENTRE 2006 ET 2010**

JARNO Pascal, RENNES

P-027**EPIDEMIOLOGIE DES INFECTIONS DE SITE OPERATOIRE (ISO) SUR PROTHESE TOTALE DE HANCHE (PTH) OU DE GENOU (PTG) PROGRAMMEES : ETUDE CAS-TEMOINS**

DEBREUVE Adeline, REIMS

P-028**REDUCTION DES INFECTIONS DU SITE OPERATOIRE DANS UN SERVICE DE CHIRURGIE**

BENMAMI Safia, ALGER

P-029**INJECTION INTRA VITREENNE (IVT) HORS BLOC OPERATOIRE : PRECAUTIONS INCONTOURNABLES**

GENGLER Marie-Elisabeth, ST-GENIS-LAVAL

P-030**REVUES MORBI-MORTALITE EN CHIRURGIE : INTERET DE LA PARTICIPATION DU PRATICIEN HYGIENISTE**

TEQUI Brigitte, NANTES - ST-HERBLAIN

P-031**ANTIBIOPROPHYLAXIE EN CHIRURGIE : VALIDATION DE KITS D'ANTIBIOPROPHYLAXIE**

BOUALLEGUE Oifa, SOUSSE

P-032**EPISODE DE GASTROENTERITE A NOROVIRUS EN DERMATOLOGIE ET ETUDE DE SURCOUT**

LE GUEN Véronique, RENNES

P-033**ORGANISATION DE LA CAMPAGNE DE VACCINATION CONTRE LA GRIPPE SAISONNIERE DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE**

CAMERLYNCK Aude, LILLE

P-034**LES PROFESSIONNELS DE SANTE DES SERVICES DE PEDIATRIE SONT-ILS PROTEGES CONTRE LES MALADIES VIRALES INFANTILES ?**

MEUNIER Olivier, HAGUENAU

P-035**Y A T'IL UN RISQUE DE CONTAMINATION VIRALE AEROPORTEE CHEZ DES PATIENTS SOUS ASSISTANCE RESPIRATOIRE ?**

VALDEYRON Marie-Laure, BRON

P-036**SURVEILLANCE DES BACTERIES MULTI RESISTANTES ET AUTRES GERMES PRIORITAIRES**

NARBÉY David, BLOIS

P-037**CREATION D'UN TABLEAU DE BORD DE SUIVI DES CONSOMMATIONS DE SOLUTIONS HYDRO-ALCOOLIQUES (SHA) PAR SERVICE DANS UN CENTRE HOSPITALIER (CH) GENERAL**

DAENEN Priscillia, LILLE

P-038**MISE EN PLACE D'UNE ALERTE BMR POUR LES RE HOSPITALISATIONS : COLLABORATION EOH, LABORATOIRE DE MICROBIOLOGIE ET DIM**

DURAND-JOLY Isabelle, DUNKERQUE

P-039**L'HYGIENE HOSPITALIERE EN EQUIPE INTER-ETABLISSEMENTS**

MONGARDON Béatrice, SELESTAT

P-040**L'APPEL A LA CREATIVITE : UNE AUTRE METHODE DE SENSIBILISATION AU NON PORT DE BIJOUX**

PETONNET Catherine, POITIERS

P-041**L'ALLIANCE EST-ELLE SI LISSE QU'ON LE PENSE ? DES PHOTOS POUR CONVAINCRE**

MEUNIER Olivier, HAGUENAU

P-042**BONNES PRATIQUES D'HYGIENE EN COLLECTE DE SANG VUES A TRAVERS DES SEANCES D'INFORMATION INTERACTIVES**

LE ROUX Julien, LILLE

P-043**ELABORATION D'UN REFERENTIEL DE BALNEOTHERAPIE, EN L'ABSENCE DE REGLEMENTATION !**

DUBRULLE Céline, DOUAI

P-044**EVALUATION DE L'ANTIBIOTHERAPIE A 48-72H ; COMPARAISON DE 2 ETUDES A 1 AN D'INTERVALLE**

BICART-SÉE Alain, TOULOUSE

P-045**BILAN DE FONCTIONNEMENT D'UNE EQUIPE INTERETABLISSEMENTS DE PREVENTION DU RISQUE INFECTIEUX**

CHAPUIS Catherine, LYON

P-046**INFLUENCE DES CONDITIONS ENVIRONNEMENTALES SUR LA MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX ENDOSCOPIQUES EN GASTROENTEROLOGIE ET EN PNEUMOLOGIE**

AUBIN Nadine, LENS

P-047**EQUIPE OPERATIONNELLE D'HYGIENE ET D'INFECTIOLOGIE: BILAN DE 4 ANNEES DE MULTIDISCIPLINARITE SUR LE BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES**

LAURANS Caroline, ROUBAIX

P-048**ROLE DE L'INFIRMIERE HYGIENISTE DANS LA SURVEILLANCE CONTINUE DES BACTERIES MULTI-RESISTANTES (BMR) AUX ANTIBIOTIQUES**

RIGAUDIE Marie-claire, LIMOGES

P-049**L'APPRENTISSAGE DES PRECAUTIONS STANDARD DANS LES INSTITUTS DE FORMATION**

KHOUIDER Nadine, ST-GENIS-LAVAL

P-050**MOTIVATION AU BIONETTOYAGE PAR LES RESULTATS D'ENVIRONNEMENT : UNE PRISE DE CONSCIENCE INDISPENSABLE**

MERCIER Chantal, VALENCIENNES

P-051**GESTION DE L'ENVIRONNEMENT AU SEIN D'UN SERVICE DE REANIMATION NEONATALE DANS UN CONTEXTE D'EPIDEMIE**

MINCHACA-PERROCHAUD Céline, FORT-DE-FRANCE

P-052**USAGE DE L'ANTIBIOTHERAPIE EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS**

MIKOLAJCZYK Dorota, LOMME

P-053**EVALUATION DE LA QUALITE DE LA DESINFECTATION DES ENDOSCOPES DIGESTIFS**

NARBÉY David, BLOIS

P-054**INFECTIONS SEVERES A BACILLUS CEREUS CHEZ LES GRANDS PREMATURES : ROLE DU LAIT MATERNEL ET DE SES CONDITIONS D'ADMINISTRATION**

DECOUSSER Jean-Winoc, CLAMART

P-055**CARACTERISATION PHENOTYPIQUES DES MECANISMES DE RESISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES DES BACILLES A GRAM NEGATIF ISOLES EN MEDECINE DE VILLE**

MEZHOUD Halima, BEJAIA

P-056**GESTION DU RISQUE INFECTIEUX ET HYGIENE HOSPITALIERE**

NARBÉY David, VENDOME

P-057**PREVENTION DES RISQUES LIES A L'EAU DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE**

RAYMOND Marc, AUBERGENVILLE

P-058**ANALYSE DES CONTROLES MICROBIOLOGIQUES D'ENDOSCOPES : FACTEURS PREDICTIFS DES NON-CONFORMITES**

GABARD Aude, GRANVILLE

P-059**UN OUVRAGE COLLECTIF D'HYGIENE HOSPITALIERE EN CINQ VOLUMES - LE POURQUOI ET LE COMMENT**

HAMZA Ridha, BIZERTE

P-060**AUDIT SPECIFIQUE A PROPOS DE LA RESTAURATION HOSPITALIERE DANS DES UNITES DE SOINS D'UN HOPITAL REGIONAL TUNISIEN - ANNEE 2011**

HAMZA Ridha, BIZERTE

P-061**BAIGNOIRE D'ACCOUCHEMENT EN SALLE DE NAISSANCE : AUDIT DES PRATIQUES D'UTILISATION ET MISE EN PLACE D'UN PROTOCOLE DE NETTOYAGE ET D'ENTRETIEN**

ALILI Jean-Meidi, LE KREMLIN-BICETRE

P-062**EVALUATION DE L'APPLICATION DES PRECAUTIONS STANDARD LORS DE LA REALISATION D'UN PANSEMENT**

THIRIET Laurent, SEDAN

P-063**PRATIQUES DE DESINFECTION DES CYSTOSCOPES SOUPLES PARMIS LES UROLOGUES FRANCAIS**

MALAUAUD Sandra, TOULOUSE

P-064**MISE EN PLACE D'UN PROTOCOLE DE DESINFECTION DES BAGUES DOSIMETRIQUES EN MEDICINE ET RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLES**

BUREAU-CHALOT Florence, REIMS

P-065**INTERET D'UN AGENT DES SERVICES HOSPITALIERS DANS UNE EQUIPE OPERATIONNELLE D'HYGIENE**

HILAIRE Jean-christophe, LE CHESNAY

P-066**EPIDEMIE DE GASTRO-ENTERITE A NOROVIRUS DANS UN SERVICE DE LONG SEJOUR : INVESTIGATIONS ET MESURES DE CONTROLE**

VERDEIL Xavier, TOULOUSE

P-067**LES LIMITES DES PRECAUTIONS COMPLEMENTAIRES EN ETABLISSEMENT DE SANTE MENTALE**

ROMOLI Catherine, PIERREFEU DU VAR

P-068**ESTIMATION PAR DES MODELES DE SURVIE DE L'INCUBATION DE L'ASPERGILLOSE INVASIVE NOSOCOMIALE CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE LEUCEMIE AIGUE MYELOIDE**

VANHEMS Philippe, LYON

P-069**LE FILM D'ANIMATION : UNE APPROCHE INNOVANTE AU SERVICE DE LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION CROISEE «LES GERMES NE PASSERONT PLUS PAR NOUS»**

BOUTTE Cecile, AMIENS

P-070**SURVEILLANCE DES TENDANCES D'INCIDENCE DES PNEUMOPATHIES, BACTERIEMIES ET INFECTIONS URINAIRES NOSOCOMIALES DANS UN SERVICE D'HEMATOLOGIE ENTRE 2004 ET 2010**

HUOI Catherine, LYON

P-071**AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES CATHE-
TERS VEINEUX PERIPHERIQUES (CVP) AU CHU**

RAMBUR Cécile, AMIENS

P-072**AUDIT REGIONAL : CIRCUITS DES BLOCS OPERA-
TOIRES**

RAYMOND Françoise, NANTES

P-073**POSTER ANNULE PAR L'AUTEUR****P-074****ALIMENTATION PAUVRE EN GERMES DES PATIENTS
IMMUNODEPRIMES HOSPITALISES : BILAN DE
SURVEILLANCE ENTRE 2006 ET 2010**

KHANAFER Nagham, LYON

P-075**CONTAMINATION DES LAVETTES PAR B.CEREUS :
IMPORTANCE DE LA QUALITE DU CYCLE DE LA-
VAGE/SECHAGE EN BLANCHISSERIE**

MALLAVAL Franck-Olivier, CHAMBÉRY

P-076**COMPLICATIONS INFECTIEUSES LIEES AUX CHAM-
BRES ACATHETER IMPLANTABLES (CCI) : RESUL-
TATS D'UN OBSERVATOIRE MENE DANS UN CENTRE
DE LUTTE CONTRE LE CANCER SUR 815 PATIENTS**

FOURNIER Charles, LILLE

P-077**AUDIT SUR LES CONNAISSANCES EN HYGIENE
HOSPITALIERE**

LESERVOISIER Remy, AVRANCHES

P-078**ANALYSE DES SITUATIONS A RISQUES EN MA-
TIERE DE TRANSMISSION DES INFECTIONS AS-
SOCIEES AUX SOINS (IAS) EN RADIOTHERAPIE**

FOURNERET-VIVIER Aurélie, CHAMBERY

P-079**IMPACT MICROBIOLOGIQUE ET CLINIQUE DE
CONCENTRATIONS MINIMALES INHIBITRICES
ELEVEES D'ESCHERICHIA COLI ISOLES DE BAC-
TERIEMIE VIS A VIS D'AMMONIUMS QUATER-
NAIRES**

GARREAU Nadine, RENNES

P-080**CONSOMMATIONS ANTIBIOTIQUES EN VILLE**

PAYET Catherine, ST DENIS

P-081**HYGIENE BUCCODENTAIRE DES RESIDENTS
D'EHPAD : ENQUETE REGIONALE DE PREVA-
LENCE**

GERMAIN Jeanne-Marie, ROUEN

P-082**OUTIL DE PROMOTION DE LA VACCINATION EN
ETABLISSEMENT DE SANTE ET ETABLISSEMENT
MEDICO-SOCIAL**

FLORET Nathalie, BESANÇON

P-083**EVALUATION DE L'ANTIBIOPROPHYLAXIE
CHIRURGICALE EN CHIRURGIE CARDIO-VAS-
CULAIRE**

MAERTEN Chantal, LILLE

P-084**MANAGEMENT DU RISQUE INFECTIEUX PAR
SUIVI D'INDICATEURS**

DAENEN Priscillia, LILLE

P-085**EVALUATION DES RISQUES D'INFECTIONS A
CLOSTRIDIUM DIFFICILE 027 AU CHU DE
RENNES**

POISSON Magali, RENNES

P-086**COMPLICATIONS SUR VOIES VEINEUSES PERIPHERIQUES : ENQUETE PROSPECTIVE**

MEUNIER Olivier, HAGUENAU

P-087**EPIDEMIE A PSEUDOMONAS AERUGINOSA BLSE SUITE A UNE GASTROSCOPIE**

VALLET Catherine, REIMS

P-088**LA PREVENTION DES ONYCHOMYCOSES EN BALNEOTHERAPIE JUSTIFIE-T-ELLE UNE LIMITATION DES SOINS DE REEDUCATION ?**

ABBAS Rachid, DIJON

P-089**L'ALERTE SANITAIRE EN EHPAD**

ARMAND Nathalie, VALENCE

P-090**ETAT DE SANTE BUCCO-DENTAIRE ET ORGANISATION DES SOINS**

LARGOT Monique, ST-MARCELLIN

P-091**LA RMM APPLIQUEE A LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS : A PROPOS D'UNE EPIDEMIE D'INFECTIONS A CLOSTRIDIUM DIFFICILE 027 DANS UN SECTEUR DE SOINS DE SUITE ET DE REEDUCATION D'UN HOPITAL GERIATRIQUE**

BAGHDADI Nouara, LILLE

P-092**EVALUATION DES CONNAISSANCES DE L'INDICATEUR DE CONSOMMATION DE SOLUTIONS HYDRO-ALCOOLIQUES (SHA)**

DAENEN Priscillia, LILLE

P-093**CONSOMMATION DE SOLUTES HYDRO-ALCOOLIQUES ET INCIDENCE DE S. AUREUS RESISTANT A LA METICILLINE**

DAENEN Priscillia, LILLE

P-094**ACCIDENTS EXPOSANT AU SANG CHEZ LE PERSONNEL D'UN ETABLISSEMENT HOSPITALIER UNIVERSITAIRE: EVALUATION DES CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES**

DALI-ALI Abdessamad, ORAN

P-095**VALIDATION MICROBIOLOGIQUE DE L'UTILISATION D'UNE ENCEINTE DE STOCKAGE D'ENDOSCOPES THERMOSENSIBLES**

CASTEL Olivier, POITIERS

P-096**IMPACT DU SUIVI DES DOSES DEFINIES JOURNALIERES (DDJ) SUR LA POLITIQUE DE BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES**

GOURBIL Mathilde, LYON

P-097**EVALUATION DES PRATIQUES DE TRI DES DECHETS DE SOINS DANS UN ETABLISSEMENT HOSPITALIER UNIVERSITAIRE**

MIDOUN Nori, ORAN

P-098**ETUDE CONNAISSANCE ATTITUDE ET PRATIQUE DES ACCIDENTS EXPOSANTS AU SANG**

TOUDEFT Fadhila, TIZI-OUZOU

P-099**INVESTIGATION D'UNE EPIDEMIE DE TOXI-INFECTION ALIMENTAIRE COLLECTIVE CHEZ LE PERSONNEL D'UN ETABLISSEMENT HOSPITALIER UNIVERSITAIRE**

DALI-ALI Abdessamad, ORAN

P-100**SURVEILLANCE DE LA QUALITE BACTERIOLOGIQUE EN RESTAURATION HOSPITALIERE**

ABOUDA Yahia, SOUSSE

P-101**PREVENTION DU RISQUE INFECTIEUX EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES :**LES FICHES TECHNIQUES DES CCLIN/ARLIN SUR INTERNET
BERNET Claude, ST-GENIS-LAVAL**P-102****STERILISATION DES DISPOSITIFS MEDICAUX REUTILISABLES: RESULTATS D'UN AUDIT REALISE DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE EN 2009**

BELKAID Rosa, ALGER

P-103**CONNAISSANCE DES PRECAUTIONS STANDARD PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE : RELATION ENTRE DECLARATIONS ET RESULTATS DE L'EVALUATION**

ATIF Mohamed-Lamine, AMIENS

P-104**GUIDE DE PREVENTION DES INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS EN HOSPITALISATION A DOMICILE**

CHAPUIS Catherine, ST-GENIS-LAVAL

P-105**QUELLES SOLUTIONS POUR DES MAINS SANS BIJOUX ?**

MINCHELLA Amandine, MONTPELLIER

P-106**BON USAGE DES ANTISEPTIQUES**

MINCHELLA Amandine, MONTPELLIER

P-107**MAINS SANS BIJOUX POUR LES SOIGNANTS : UN DEFI RELEVÉ EN SECTEUR DE GERIATRIE**

BATTAGLIOTTI Pascale, ST-GENIS-LAVAL

P-108**QUAT'PATTES EN MILIEU DE SOINS : UNE PRESENCE ENCADREE**

BATTAGLIOTTI Pascale, ST-GENIS-LAVAL

P-109**EXPOSITION MECONNUE A UN RISQUE ENVIRONNEMENTAL : A PROPOS D'UNE ALERTE LIEE A L'EAU D'UN UNIT DENTAIRE**

DEBOSCKER Stéphanie, STRASBOURG

P-110**SURVEILLANCE DES ACCIDENTS D'EXPOSITION AU SANG : ETUDE DE LA SOUS-POPULATION DES ELEVES SUR LES DONNEES CUMULEES DE 2004 A 2010**

INGELS Anne, RENNES

P-111**ATELIERS PCH. UNE FORMATION INTERACTIVE POUR UNE APPLICATION EFFICACE**

LARROUMES Nadine, ST GENIS LAVAL

P-112**PRESENTATION DE L'APPLICATION WEB-AES**

FLORET Nathalie, BESANÇON

P-113**DE L'INTERET DE LA MISE EN PLACE DE FORMATIONS POUR LES TATOUEURS PERCEURS**

JACQUEMOUD COLLET Elizabeth, AVIGNON

P-114**LA VISITE DE RISQUE EN ODONTOLOGIE : UN OUTIL POUR INITIER UNE DEMARCHE D'AMELIORATION DES PRATIQUES**

BOYER Frédérique, BORDEAUX

P-115**LA STERILISATION ENTRE LES RECOMMANDATIONS ET LA PRATIQUE**

MERZOUGUI Latifa, KAIROUAN

P-116**PRODUITS HYDRO-ALCOOLIQUES (PHA) : CONNAISSANCES DES PROFESSIONNELS DE SANTE INTERVENANTS EN ETABLISSEMENTS D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES (EHPAD)**

THILLARD Denis, ROUEN

P-117**UTILISATION DES PRODUITS HYDRO-ALCOOLIQUES (PHA) POUR L'HYGIENE DES MAINS : UNE AFFICHE DESTINEE AUX PROFESSIONNELS DE SANTE INTERVENANTS EN ETABLISSEMENTS D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

THILLARD Denis, ROUEN

P-118**EVALUATION DES PRATIQUES D'HYGIENE LORS DE L'UTILISATION DE DISPOSITIFS MEDICAUX POUR LA NEBULISATION DE MEDICAMENTS**

THIRIET Laurent, SEDAN

P-119**VERS L'EVOLUTION DU SONDAGE VESICAL EVACUATEUR POUR LES ACCOUCHEES PAR VOIE BASSE A LA MATERNITE**

RAMIER Marie France, AVIGNON

P-120**EIPA : ENQUETE DE PREVALENCE DES INFECTIONS URINAIRES, PULMONAIRES ET CUTANEEES EN EHPAD**

VINCENT Agnes, ST-GENIS-LAVAL

P-121**ENQUETE DE PREVALENCE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES AUCHU DE BAB EL OUED OCTOBRE 2011**

DR MAKHLOUF Faïçal, ALGER

P-122**RETOUR D'EXPERIENCE AUTOUR DE LA GESTION D'UNE INFESTATION PAR DES PUNAISES DE LIT DANS UNE CHAMBRE D'UN CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE**

RIGOTTI Rachel, CHAMBERY

P-123**AUTOEVALUATION DES PRATIQUES A PROPOS DE LA PERFUSION SOUS-CUTANEE**

SALLES Françoise, HAGUENAU

P-124**LIEN ENTRE INCIDENCE DES BACTERIES MULTI-RESISTANTES (SAMR, BLSE) ET BACTERIEMIE NOSOCOMIALE A BMR**

PIEDNOIR Emmanuel, GRANVILLE

P-125**APPORT DE LA BIOLOGIE MOLECULAIRE POUR LA GESTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES A S. PYOGENES EN MATERNITE**

BORDERAN Guy-Claude, GRANVILLE

P-126**AMELIORATION DES PRATIQUES DE SOINS LIEES AU CATHETER VEINEUX PERIPHERIQUE A L'AIDE D'UNE FORMATION PAR LES PAIRS**

BRIFAUT Caroline, ROUEN

P-127**IMPUTABILITE DES SOINS ET EVITABILITE DES BACTERIEMIES NOSOCOMIALES**

BORDERAN, Guy-Claude, GRANVILLE

P-128**EVALUATION DU NIVEAU DE GESTION DES COMPETENCES RELATIVES AUX REFERENTS HYGIENE SELON LA NORME ISO 9001 VERSION 2008**

MAHJOUB Mohamed, SOUSSE

P-129**EVALUATION DU RESPECT DES REGLES D'HYGIENE DANS LES UNITES DENTAIRE PUBLIQUES**

BOUAFIA Nabiha, SOUSSE

P-130**ETUDE SCIENTIFIQUE D'UNE FONTAINE SECURISEE DANS 15 ETABLISSEMENTS DE SANTE**

VANDERMEULEN Krista, ST-JULIEN EN ST-ALBAN

P-131**EVALUATION DE LA CONTAMINATION ENVIRONNEMENTALE PAR STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTANT A LA METICILLINE (SARM) AVEC UNE SENSIBILITE REDUITE AUX GLYCOPETIDES (H-GISA) EN MILIEU HOSPITALIER A RISQUE**

PERDELLI Fernanda, GENOVA

P-132**MISE EN PLACE D'UNE ENQUETE DE PREVALENCE DES INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS DANS UN SERVICE D'HAD**

TOUATI Samian LOOS

P-133**L'APPORT D'UNE REVUE DE MORBI-MORTALITE DANS L'ANALYSE D'UN CAS D'INFECTION MATERNO-FOETALE**

BAGHDADI Nouara, LILLE

P-134**ANIMATION DU RESEAU DE SURVEILLANCE DES BMR DANS L'INTER REGION OUEST**

SENECHAL Hélène, RENNES

P-135**ETUDE DE LA CONTAMINATION DES POINTS D'EAU PAR PSEUDOMONAS AERUGINOSA DANS DIX SERVICES DE REANIMATION**

LEROYER Camille, BORDEAUX

P-136**REVUE DE MORBI-MORTALITE DE CAS GROUPES DE BACTERIEMIES A PSEUDOMONAS AERUGINOSA MULTI RESISTANT DANS UN SECTEUR PROTEGE D'HEMATOLOGIE**

LOUKILI Nouredine, LILLE

P-137**EVOLUTION DU RISQUE INFECTIEUX NOSOCOMIAL EN REANIMATION ADULTE (A PARTIR DES DONNEES DE SURVEILLANCE 2007-2010 D'UNE COHORTE DE 99 SERVICES)**

SAVEY Anne, ST-GENIS-LAVAL

P-138**STRATEGIE DE PROMOTION DES PRODUITS HYDROALCOOLIQUES, ETUDE REGIONALE COMPARATIVE ENTRE ETABLISSEMENTS DE SANTE EN FONCTION DE LEUR ICSHA**

BAUD Olivier, CLERMONT-FERRAND

P-139**PRISE EN CHARGE DE LA CONTAMINATION DES ENDOSCOPES : RETOUR D'EXPERIENCE**

DEVAUX Capucine, VILLEJUIF

P-140**IMPACT D'UNE UNITE MOBILE DE DECONTAMINATION DE L'AIR SUR LA QUALITE ENVIRONNEMENTALE D'UNE SALLE UTILISEE POUR LES INJECTIONS INTRA-VITRENNES**

LASHERAS BAUDUIN, Agnes, BORDEAUX

P-141

ETAT DES LIEUX DANS L'INTER REGION OUEST DES EPIDIMIES A ENTEROBACTERIES BLSE A PARTIR DES SIGNALEMENTS EXTERNES DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

SIMEON Soline, RENNES

P-142

VARIABILITE REGIONALE DE L'INCIDENCE DES BACTERIES MULTIRESTANTES AUX ANTIBIOTIQUES (BMR) EN FRANCE : RESEAU DE SURVEILLANCE BMR RAISIN, 2010

ARNAUD Isabelle, PARIS

P-143

ENQUETE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES DE PATIENTS SORTIS D'UN ETABLISSEMENT DE SANTE AVEC UNE BACTERIE MULTIRESTANTE AUX ANTIBIOTIQUES : INFORMATION RECUE ET MESURES PRISES

ROGUES Anne-Marie, BORDEAUX

P-144

PRELEVEMENTS DES ENDOSCOPES THERMOSENSIBLES, EVALUATION SUR 5 ANNEES CONSECUTIVES

PETEL Julien, BORDEAUX

P-145

INDICATEUR DE CONSOMMATION DES SOLUTIONS HYDRO ALCOOLIQUES (ICSHA) : QUAND LES OBJECTIFS PAR SERVICE S'EN MELENT...

VAUTRIN Stéphanie, METZ

P-146

LA MAITRISE DES BACTERIES MULTIRESTANTES AUX ANTIBIOTIQUES EN EHPAD JUSTIFIE-T-ELLE UNE SURVEILLANCE ?

SAVEY Anne, ST-GENIS-LAVAL

P-147

ETAT BUCCO DENTAIRE DES RESIDENTS/PATIENTS EN SECTEURS D'EHPAD, D'USLD ET EN LONG SEJOUR PSYCHIATRIQUE : ENQUETE TRANSVERSALE DANS UN RESEAU D'HYGIENE

MARINI Hélène, ROUEN

P-148

AUDIT PRECAUTIONS STANDARD CHEZ LES PROFESSIONNELS INTERVENANT A DOMICILE

CHAPUIS Catherine, ST-GENIS-LAVAL

P-149

CINQ ANNEES DE SURVEILLANCE PROSPECTIVE GLOBALE DU RISQUE ASPERGILLAIRE DANS UN CHRU (2007-2011)

LOTTE Anne, MONTPELLIER

P-150

OBJECTIF «ZERO BIJOU»: ETUDE REGIONALE DE L'OBSERVANCE DES PRE REQUIS A L'HYGIENE DES MAINS

THILLARD Denis, ROUEN

P-151

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DE GESTION DES ALERTES D'INFECTIOVIGILANCE DANS LES EOH DU NORD DE LA FRANCE

TRIVIER Dominique, LENS

P-152

POSTER ANNULE PAR L'AUTEUR

P-153

VALIDATION DES PERFORMANCES DE DEUX PROCEDES DE DESINFECTION DES SURFACES PAR VOIE AERIENNE EN LABORATOIRE DE NIVEAU DE SECURITE BIOLOGIQUE 3

CASTEL, Olivier, POITIERS

P-154**GESTION DES DECHETS A RISQUE INFECTIEUX :
TRIER PLUS POUR DEPENSER MOINS !**

JOLIBOIS Boris, COMPIÈGNE

P-155**ENQUETE DE PREVALENCE DES INFECTIONS EN
HOSPITALISATION A DOMICILE**

CHAPUIS Catherine, ST-GENIS-LAVAL

P-156**CAS GROUPES D'INFECTIONS A SERRATIA
MARCESCENS INTERET D'UN OUTIL GESTION
DES RISQUES**

SEBILLET Catherine, CHOLET

P-157**DIX ANNEES DE SURVEILLANCE DES BACTERI-
URIQUES ET INFECTIONS URINAIRES LIEES AUX
SOINS EN UROLOGIE**

MARINI Hélène, ROUEN

P-158**SURVEILLANCE DES INFECTIONS A CLOSTRI-
DIUM DIFFICILE: DEFINITION DES CAS SEVERES**

KHANAFER Nagham, LYON

P-159**POSTER ANNULE PAR L'AUTEUR****P-160****EPIDEMIE A ACHROMOBACTER XYLOSOXIDANS
DANS UN SERVICE D'URGENCES**

HUE Roselyne, CHALLANS

P-161**LES CLONES EPIDEMIOGENES DE PSEUDOMO-
NAS AERUGINOSA ONT UNE IMPLANTATION
DURABLE ET ETENDUE DANS L'ENVIRONNEMENT
HOSPITALIER**

BOURDIER Alice, MONTPELLIER

P-162**UN AN DE SURVEILLANCE DES BMR EN REA-
NIMATION : PRINCIPAUX VECTEURS D'ACQUI-
SITION DES BMR**

FOUCAN Tania, ABYMES

P-163**EVALUATION DEPARTEMENTALE DE L'OBSER-
VANCE DE L'HYGIENE DES MAINS**

HUE Roselyne, CHALLANS

P-164**EVALUER LA REPRESENTATIVITE DES POINTS
CRITIQUES DE MAITRISE LORS DES CONTROLES
DE LA QUALITE MICROBIOLOGIQUE DE L'EAU
FROIDE : QUELLE DEMARCHE ADOPTEE?**

ADJIDÉ Crespine Codjo, AMIENS

P-165**ANALYSE D'UNE EPIDEMIE DE GRIPPE SAISON-
NIERE**

AKPABIE Anani, LIMEIL-BRÉVANNES

P-166**ETUDE DES BACTERIEMIES A STENOTROPHO-
MONAS MALTOPHILIA DANS LES UNITES DE
SOINS INTENSIFS A L'HOPITAL SAHLOUL DE
SOUSSE**

BOUALLEGUE Oifa, SOUSSE

P-167**INVESTIGATION MOLECULAIRE DES SOUCHES
D'E.COLI MULTIRESISTANTES A L'HOPITAL
SAHLOUL DE SOUSSE**

BOUALLEGUE Oifa, SOUSSE

Liste des posters Junior

PJ-01

RELATION ENTRE LA PREVALENCE DES INFECTIONS ASSOCIEES AUX DISPOSITIFS INVASIFS ET LA CONSOMMATION DE SOLUTION HYDRO-ALCOOLIQUE : UNE APPROCHE MULTI-NIVEAU

FLORET Nathalie, BESANCON

PJ-05

ANALYSE DES RISQUES INFECTIEUX LIES A L'ADMINISTRATION DE NUTRITION PARENTERALE PAR VOIE CENTRALE EN ONCOHEMATOLOGIE PEDIATRIQUE

AMBROGI Vanina, PARIS

PJ-02

ENQUETE NATIONALE SUR LES CONTROLES MICROBIOLOGIQUES ENVIRONNEMENTAUX DANS LES UNITES DE RADIOPHARMACIE

LASHERAS-BAUDUIN Agnès, BORDEAUX

PJ-06

FACTEURS DE RISQUES DES EVENEMENTS INDESIRABLES GRAVES : ETUDE CAS/TEMOINS AU CHU F. HACHED SOUSSE TUNISIE

MAHJOUB Mohamed, SOUSSE

PJ-03

OPTIMISATION DE L'USAGE DES ANTIBIOTIQUES AU CHU DE POINTE A PITRE VIA DES EVALUATIONS DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

BERVAS Caroline, BORDEAUX

PJ-07

COUVERTURE VACCINALE CONTRE LA GRIPPE DES RESIDENTS EN EHPAD DRÔME ET ARDECHE

ARMAND Nathalie, VALENCE

PJ-04

MISE EN PLACE DE LA SURVEILLANCE DES INFECTIONS DU SITE OPERATOIRE AU CHU DE POITIERS

HUART Claire, POITIERS

Textes des séances plénières

Séance plénière 1

Bactéries Hautement Résistantes aux antibiotiques

PLO1 - EPIDÉMIOLOGIE MONDIALE ET FRANÇAISE

T. NAAS, Hôpital de Bicêtre, Faculté de Médecine Paris-Sud,
Labex LERMIT, INSERM U914: Emerging Resistance to Antibiotics,
CNR Résistance aux carbapénèmes, *Le Kremlin-Bicêtre*, FRANCE

S. VAUX, Institut de Veille Sanitaire (InVS), *Saint Maurice*

CONTEXTE

Les carbapénèmes sont les β -lactamines possédant le spectre d'activité le plus large. Les molécules actuellement commercialisées en FRANCE sont l'imipénème, le méropénème, l'ertapénème et le doripénème. Ces antibiotiques sont actifs vis-à-vis de nombreuses espèces de bacilles à Gram négatif dont les entérobactéries, *Pseudomonas aeruginosa* et *Acinetobacter baumannii* (excepté l'ertapénème) et sont aujourd'hui réservés au traitement des infections sévères dues à des germes multirésistants en milieu hospitalier. Leur excellente activité antibactérienne est liée à leur pénétration transmembranaire rapide chez les bacilles à Gram négatif et à leur stabilité vis-à-vis de la plupart des β -lactamases naturelles ou acquises de type céphalosporinase ou β -lactamase à spectre étendu (BLSE).

Leur utilisation est actuellement compromise par l'émergence de souches bactériennes résistantes. La résistance aux carbapénèmes chez les entérobactéries résulte essentiellement de deux mécanismes. Le premier associe la production d'une céphalosporinase (chromosomique ou plasmidique) ou d'une BLSE à une diminution quantitative ou qualitative de l'expression des protéines transmembranaires que sont les porines. Le second mécanisme est lié à l'expression de β -lactamases à forte activité hydrolytique vis-à-vis des carbapénèmes, les carbapénémases. Ce mécanisme est le plus important d'un point de vue clinique car il compromet le plus souvent l'efficacité de presque toutes les β -lactamines. Il est stable et survient dans des souches qui sont très souvent résistantes à d'autres familles d'antibiotiques, phénomène lié en grande partie à la localisation plasmidique des gènes de résistance.

EPIDÉMIOLOGIE MONDIALE

Les carbapénémases les plus importantes cliniquement sont actuellement les β -lactamases de type KPC, IMP/VIM/NDM et OXA-48.

Les carbapénémases de classe A de type KPC (KPC-2 à KPC-13) hydrolysent toutes les β -lactamines (sauf les céphamycines), sont partiellement inhibées in vitro par l'acide clavulanique et sont présentes chez différentes espèces d'entérobactéries et plus rarement chez *P. aeruginosa* et *A. baumannii*. Initialement identifiée dans une souche de *K. pneumoniae* en 1996, en Caroline du Nord aux Etats-Unis, KPC a été identifié aujourd'hui dans de nombreux pays et sur tous les continents. KPC est aujourd'hui endémique dans de nombreux pays comme les USA, La Colombie, Israël, La Grèce, la Chine et plus récemment l'Italie.

Les premières carbapénémases de classe B (ou métallo- β -lactamases, MBLs), IMP, ont été identifiées au Japon dans des espèces d'entérobactéries typiquement hospitalières (*Serratia* spp., *Citrobacter* spp. et *Enterobacter* spp.). Puis, d'autres MBLs ont été isolées dans des entérobactéries dans le monde entier : il s'agit des β -lactamases de type IMP et VIM, GIM-1, KHM-1 et NDM-1. Ce sont des métallo-enzymes qui contiennent des ions zinc dans leur site actif. Ces enzymes hydrolysent fortement toutes les β -lactamines à l'exception de l'aztréonam. Les enzymes de type IMP sont très répandues en Asie chez *P. aeruginosa* et chez les entérobactéries. Les enzymes de type VIM sont plutôt répandues en Europe chez *P. aeruginosa*, et parmi les entérobactéries, leur hôte le plus habituel est *K. pneumoniae* avec des niveaux d'expression de la résistance aux carbapénèmes variables. L'Europe du Sud contribue fortement à la diffusion de VIM-1. En Grèce, la proportion de souches de *K. pneumoniae* résistantes aux carbapénèmes a considérablement augmenté passant de < 1 % en 2001 à 20 % dans les unités classiques d'hospitalisation et à 50 % dans les unités de soins intensifs en 2006. L'identification de VIM-1 chez *P. mirabilis* en Grèce indique une transmission communautaire de ce déterminant de résistance. Cependant, ces dernières années la prévalence des *K. pneumoniae* VIM-1 a diminué au profit des producteurs de KPC-2 en Grèce. NDM-

1 est l'une des MBLs les plus récemment décrites. Sa diffusion internationale serait déjà importante puisqu'elle a été identifiée dans plusieurs pays d'Europe, mais surtout en Inde, au Pakistan et en Grande-Bretagne, chez *K. pneumoniae* et *E. coli*, en milieu hospitalier et également en milieu communautaire. De plus, des souches de *P. aeruginosa* et *A. baumannii* productrices de NDM ont été décrites dans de nombreux pays.

La carbapénémase de classe D, OXA-48, décrite tout d'abord chez *K. pneumoniae*, hydrolyse fortement les carbapénèmes mais pas les céphalosporines de 3^e génération (C3G). Son activité n'est pas inhibée par l'acide clavulanique. OXA-48 est souvent associée à d'autres β -lactamases, en particulier des BLSE, ce qui contribue à la multirésistance des souches. En l'absence d'autres β -lactamases, les souches qui ne produisent que OXA-48 peuvent ne présenter qu'une légère diminution de sensibilité aux carbapénèmes. Les conséquences cliniques d'OXA-48 sont maintenant bien établies avec sa diffusion chez *K. pneumoniae* dans de nombreux hôpitaux en Turquie, dans plusieurs pays du pourtour méditerranéen (Liban, Tunisie, Israël, Égypte, Algérie, Maroc) en Grande-Bretagne, en Allemagne, en Inde et en Argentine.

L'isolement de souches d'entérobactéries produisant une carbapénémase est croissant dans le monde entier. Il s'agit essentiellement des β -lactamases de type KPC, des MBLs IMP/VIM et plus récemment NDM-1 et d'OXA-48. L'émergence et la rapide dissémination de ces enzymes s'expliquent en partie par la présence d'éléments génétiques mobiles de type transposon ou séquence d'insertion mais aussi par l'existence de clones épidémiques à l'origine de la diffusion mondiale des souches.

EPIDÉMIOLOGIE FRANÇAISE

Entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC)

En FRANCE, la résistance des entérobactéries aux carbapénèmes reste heureusement limitée. En 2010, les données du réseau européen de surveillance de la résistance aux antibiotiques (European Antimicrobial Resistance Surveillance Network, EARS-Net) montre que la proportion de souches résistantes aux carbapénèmes en FRANCE était de 0,1% dans l'espèce *Klebsiella pneumoniae* (1 souche sur 1 432 testées) et nulle dans l'espèce *Escherichia coli* (8 164 souches testées).

Afin de suivre et contrôler l'émergence des EPC en FRANCE, l'Institut de veille sanitaire (InVS) et ses partenaires (établissements de santé, laboratoires, CClin) ont renforcé, dans le cadre du Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (Raisin) la surveillance des EPC. Les données de surveillance sont ainsi complétées par celles du signalement des infections nosocomiales, système d'alerte et de réponse aux infections rares ou graves mis en place réglementairement en 2001, et par les signalements réalisés directement par le CNR ou certains laboratoires de bactériologie auprès de l'InVS.

Au 19 janvier 2012, 152 épisodes impliquant des EPC ont été signalés par les établissements de santé (ES) et/ou le CNR Résistance aux antibiotiques ou d'autres laboratoires experts. Le nombre de ces épisodes est en augmentation très nette depuis 2009 (2009 : 6 épisodes, 28 en 2010, 109 en 2011 et 1 sur les deux premières semaines de 2012). *Klebsiella pneumoniae* était impliqué dans 59% des épisodes, suivi par *Escherichia coli* (22%). Le mécanisme OXA-48 était le plus fréquemment retrouvé (57% des épisodes), KPC (21%), NDM (12%), VIM (8%) et IMP, IMI ou OXA-181 pour moins de 1%. L'interrégion Paris-Nord concentrait la majeure partie des épisodes signalés (62%). Un lien avec un séjour en pays étranger était retrouvé pour 110 (72%) des 152 épisodes. Un transfert direct d'hôpital à hôpital dans le cadre d'un rapatriement sanitaire était retrouvé pour 67 (61%) de ces 110 épisodes. Pour 23 autres (21%), le patient avait été hospitalisé dans un pays étranger dans l'année précédant l'hospitalisation en FRANCE. Pour les 20 derniers cas, il n'était rapporté pas d'hospitalisation à l'étranger. Les pays les plus fréquemment cités étaient le Maroc (26 épisodes), la Grèce (22) ou l'Inde (10); le croisement de ces origines avec les mécanismes de résistance étaient cohérents avec l'épidémiologie mondiale rapportée. Pour 42 (28%) épisodes, il n'était retrouvé de lien avec un séjour dans un pays étranger ; 32 (76%) de ces épisodes concernaient une carbapénémase de type OXA-48.

En raison de la possibilité d'une circulation autochtone d'OXA-48 en FRANCE, les ES et les laboratoires de biologie médicale doivent rester vigilants devant tout isolement au laboratoire d'une entérobactérie suspecte d'être productrice de carbapénémase, même en l'absence de notion de rapatriement ou de séjour à l'étranger. Ces données sont disponibles à l'adresse suivante : <http://invs.sante.fr/epc> (prochaine mise à jour prévue en mai 2012).

***Acinetobacter baumannii* résistant à l'imipénème (ABRI)**

Les ABRI ne sont pas inclus dans la surveillance EARS-Net. Ces infections/colonisations à ABRI peuvent être signalées à l'ARS et au CClin dans le cadre du signalement des infections nosocomiales (IN). L'analyse rétrospective des signalements d'IN reçus à l'InVS entre 2002 et 2011 montre une nette augmentation du nombre annuel de signalements pour ABRI sur les dernières années ; sur les 442 signalements rapportés au total, 31 ont été signalés en 2008, 48 en 2009, 80 en 2010 et 161 en 2011. Ces données sont disponibles à l'adresse suivante : <http://invs.sante.fr/abri>

Entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG)

De 2001 à 2003 en FRANCE, les signalements à ERG sont restés peu fréquents et les données du réseau EARS-Net restaient stables avec une proportion de résistance aux glycopeptides chez *E. faecium* inférieure à 2%. Les signalements à ERG ont augmenté à partir de 2004 jusqu'à un pic en 2008 (233 signalements). Le Ministère en charge de la santé avait à partir

de 2005 sensibilisé les ES français à leur détection, à leur signalement et aux mesures permettant de les contrôler (3 ; 4). Une tendance à la baisse des signalements, en lien avec la maîtrise de ces épidémies, a été constatée à partir du second trimestre de 2009 et s'est maintenue en 2010 en 2011 avec un peu plus 100 signalements par an. Ces données sont en faveur d'une maîtrise progressive de la diffusion des ERG en FRANCE, qui semble confirmée par les données du réseau EARS-Net. D'après ce réseau de surveillance, la proportion de résistance aux glycopeptides chez *E. faecium* en FRANCE était à nouveau inférieure à 1% en 2008 et 2009 et de 1.1% en 2010 après avoir atteint 5% en 2004.

RÉFÉRENCES

1. Maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes aux antibiotiques importées en FRANCE par des patients rapatriés ou ayant des antécédents d'hospitalisation à l'étranger. Haut Conseil de la Santé Publique. Commission spécialisée sécurité des patients : infections nosocomiales et autres événements indésirables liés aux soins et aux pratiques. 2^{ème} version. Novembre 2010. http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcsp20101116_bmrimport.pdf
2. Circulaire DHOS/E2 - DGS/SD5C N° 21 du 22 janvier 2004 relative au signalement des infections nosocomiales et à l'information des patients dans les établissements de santé (<http://nosobase.chu-lyon.fr/legislation/signalement/Ci220104.pdf>). Toute situation de diffusion épidémique à partir du cas importé sera également signalée aux autorités sanitaires et au CCLIN.
3. Ministère de la Santé et des Solidarités, Direction générale de la santé. Avis du Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins relatif à la maîtrise de la diffusion des entérocoques résistants aux glycopeptides dans les établissements de santé français, 6 octobre 2005. Bull Epidemiol Hebd 2006;(13):88-9.
4. Rapport du Haut Conseil de la Santé Publique. Rapport relatif à la maîtrise de l'émergence et de la diffusion des entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG) dans les établissements de santé français. Mars 2010.

PLO2 - BACTERIES HAUTEMENT RESISTANTES (BHR) MISE EN ŒUVRE, APPLICATION DES RECOMMANDATIONS

ANNE BERGER-CARBONNE, *Paris*

Les Bactéries Hautement Résistantes (BHR) aux antibiotiques sont représentées, en FRANCE, à ce jour, par les Entérocoques résistants aux Glycopeptides (ERG) pour lesquels des phénomènes épidémiques sont décrits depuis 2003, avec une ascension en 2006 et un pic national en 2008 et les Entérobactéries productrices de carbapénèmases (EPC) dont l'émergence est significative en FRANCE depuis 2010, essentiellement à partir de cas importés d'hôpitaux étrangers. Les informations épidémiologiques recueillies s'appuient essentiellement sur les données du signalement des infections nosocomiales qui, pour ces micro-organismes émergents, semble avoir été relativement exhaustif.

Classiquement, deux niveaux de mesures étaient recommandés pour la prévention de la transmission croisée par « contact » : les précautions « standard » (PS) et les précautions complémentaires « contact » (PCC). Ces deux niveaux ont été remis à jour en 2009 par la SFHH. Les PCC complètent les PS pour les patients porteurs de Bactéries Multi-Résistantes (BMR), notamment pour le Staphylocoque doré résistant à la Méricilline (SARM) et les Entérobactéries productrices de bêtalactamases à spectre étendu (EBLSE). Pour les BMR, les politiques de dépistages sont variables selon l'établissement, le service concernés...

L'émergence des BHR a généré une succession de recommandations locales (APHP-2009) et nationales (CTINILS 2005, HCSP 2010 pour les ERG ; Maîtrise de la diffusion des BMR importées en FRANCE par des patients rapatriés, HCSP 2010, Circulaire DGS 2010 relative au contrôle des cas importés d'EPC, Instruction 2011 relative aux mesures de contrôle des EPC) [1-6] qui préconisent un troisième niveau de mesures qualifiées de maximales de type « Search and Isolate ». Ces mesures comprennent, outre les PCC, le dépistage des patients « contact », le regroupement-« cohorting » des cas et des patients « contact » avec du personnel paramédical et médical dédié à chaque secteur, l'arrêt des transferts en attendant les résultats des dépistages...

Cette stratégie a fait la preuve de son efficacité dans certains pays du Nord de l'Europe pour le SARM, et en FRANCE pour la maîtrise des ERG lors des épidémies importantes, voire régionales de 2006 à 2008. Plusieurs épidémies d'EPC ont également été maîtrisées [7,8] en FRANCE et à l'étranger grâce à ce type de mesures [9].

La mise en place d'une telle stratégie a des répercussions humaines, financières et organisationnelles non négligeables. En effet, il est très difficile aujourd'hui, de bloquer l'activité d'un service, de trouver du personnel « au pied levé » susceptible de

prendre en charge les patients d'un secteur de « cohorting », d'organiser un grand nombre de dépistages...

Ces recommandations sont peu controversées en situation épidémique avérée, mais leur application est plus discutée et difficile à mettre en œuvre pour 1 cas isolé.

Cependant, il est reconnu que c'est en limitant au maximum la transmission dès le premier cas qu'on évite l'épidémie et, finalement, que l'on réduit les coûts secondaires.

Grâce à la vigilance actuelle des soignants, des microbiologistes, des équipes d'hygiène, vis-à-vis des patients à risque (rapatriés ou ayant des antécédents d'hospitalisation à l'étranger depuis moins d'un an, patient « contact » d'une précédente épidémie), nous sommes de plus en plus confrontés à des cas isolés et rapidement identifiés, ce qui limite considérablement les cas secondaires mais suscite des questionnements sur le niveau de mesures à prendre.

Les recommandations sont faites pour donner des grands axes de prévention qui permettent à chaque établissement d'établir ses stratégies, en fonction de la situation épidémiologique, de ses services (spécialité, expérience, adhésion au respect des PS et PCC, consommation de SHA...), des moyens disponibles, de l'absence de retentissement sur la qualité de prise en charge des patients... Ces stratégies, basées sur le plan local épidémie (demandé par l'ARS en 2011), se discutent au cas par cas en cellule de crise avec le service, la direction et l'EOH/CLIN...

L'intervention des acteurs CCLIN/ARLIN, dans le cadre du signalement, peut également aider à la prise de décisions.

L'objectif de tous est, bien entendu, d'éviter à tout prix une situation endémique qui serait difficilement maîtrisable.

Parallèlement à ces mesures de prévention de la transmission croisée, la prescription contrôlée et maîtrisée des carbapénèmes est une urgence absolue.

RÉFÉRENCES :

1. Prévention de l'émergence des entérobactéries résistantes à l'imipénème par carbapénémase. CLIN Central-APHP. Février 2009. Disponible sur http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/aphp/2009_carbapenemase_APHP.pdf
2. Rapport relatif à la maîtrise de l'émergence et de la diffusion des entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG) dans les établissements de santé français. Haut Conseil de la santé publique. Commission spécialisée « Sécurité des patients : infections nosocomiales et autres événements indésirables liés aux soins et aux pratiques ». Mars 2010. Disponible sur http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcsp20090219_ERG.pdf
3. Maîtrise de la diffusion des bactéries commensales multirésistantes aux antibiotiques importées en FRANCE lors de la prise en charge de patients rapatriés de l'étranger. Commission spécialisée « Sécurité des patients : infections nosocomiales et autres événements indésirables liés aux soins et aux pratiques ». Novembre 2010. Disponible sur http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcsp20101116_bmimport.pdf
4. Circulaire N°DGS/RI/DGOS/PF/2010/413 du 6 décembre 2010 relative à la mise en œuvre de mesure de contrôles des cas importés d'entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC). Disponible sur http://www.circulaires.gouv.fr/pdf/2010/12/cir_32240.pdf
5. Document du HCSP de mars 2011 sur la prise en charge de patients rapatriés ou ayant des antécédents d'hospitalisation à l'étranger.
6. Instruction DGS/DUS du 26/08/2011 relative aux mesures de contrôle des EPC.
7. Carbonne A, Thiolet JM, Fournier S, Fortineau N, Kassis-Chikhani N, Boytchev I, Aggoune M, Séguier JC, Sénéchal H, Tavolacci MP, Coignard B, Astagneau P, Jarlier V. Control of a multi-hospital outbreak of KPC-producing *Klebsiella pneumoniae* type 2 in FRANCE, September to October 2009. *Euro Surveill* 2010;15(48):pii=19734
8. Kassis-Chikhani N, Saliba F, Carbonne A, Neuville S, Decre D, Sengelin C, Guerin C, Gastiaburu N, Lavigne-Kriaa A, Boutelier C, Arlet G, Samuel D, Castaing D, Dussaix E, Jarlier V. Extended measures for controlling an outbreak of VIM-1 producing imipenem-resistant *Klebsiella pneumoniae* in a liver transplant centre in FRANCE, 2003-2004. *Euro Surveill*. 2010 Nov 18;15(46). pii: 19713.
9. Swaber MJ, Lev B, Israeli A, et al. Containment of a country-wide outbreak of carbapenem-resistant *Klebsiella pneumoniae* in Israeli hospitals via a nationally implemented intervention. *Clin Inf Dis* 2011, 7: 848-855.

Séance plénière 4

Hygiène et gestion des risques

PLO6 - PROFILS ET FORMATIONS DES HYGIÉNISTES EN EUROPE

PIERRE PARNEIX, *Bordeaux*

La SF2H s'est investie sur la scène européenne depuis 2008 et a contribué activement à la création du réseau européen EUNETIPS (1) qui fédère nombre de sociétés européennes investies dans la gestion du risque infectieux quelles soient purement médicales, purement infirmières ou mixte selon le modèle français. C'est au travers de ce réseau émergent et dynamique qu'a pu être organisée une réponse à l'appel d'offre de l'ECDC concernant la formation des hygiénistes en Europe. Faisant suite au premier projet IPSE de 2006, coordonné par Jacques Fabry, le projet TRICE (2) a été managé par notre collègue italien Silvio Brusaferrero avec un groupe de pilotage restreint dans lequel Philippe Hartemann représentait la SF2H. Par ailleurs un référent formation a été identifié dans chaque pays et pour la FRANCE c'est Pascal Astagneau qui a assuré cette fonction. Les résultats du projet TRICE ne sont pas encore publiés par l'ECDC mais les principaux éléments en seront présentés en conférence. Un des débats majeur a été de savoir s'il fallait différencier la formation des infirmiers et des praticiens et finalement le groupe ne l'a pas jugé opportun. Par contre les concepts de formation de base et de formation experte ont émergé sans distinction de profession. En termes de perspective on peut déjà se voir dessiner les points suivants à l'échelon de l'Europe :

- La nécessité de standardiser les formations, de les évaluer et de comparer les résultats entre pays,
- L'importance d'une reconnaissance mutuelle des diplômes et du partage des outils pédagogiques,
- La nécessité de créer des ponts entre la prévention du risque infectieux et la gestion des risques et la sécurité des soins en général tant au niveau des enseignements que des professionnels en charge de ce sujets,
- L'idée que la formation en prévention des infections doit être présente tout au long de la carrière des professionnels de santé.

Sur ce dernier point si on peut y reconnaître la philosophie de notre « DPC » à la française, dont les contours commencent à se dessiner plus précisément, il existe ailleurs des expériences à méditer. La plus intéressante est peut être celle des infirmiers hygiénistes de l'IPS Britannique qui a créé un outil (3) permettant à l'hygiéniste de se développer tout au long de sa carrière et d'identifier les manques et les solutions pédagogiques en regard au vu de son vécu professionnel.

En FRANCE notre formation en hygiène hospitalière a fait l'objet de diverses études et rapports nationaux. Le plus récent, publié en juin 2011 (4), a fait un état des lieux très complet de notre fonctionnement. Si l'offre de formation a été jugée suffisante elle a aussi été jugée assez hétérogène. Parmi les conclusions des auteurs on peut retenir l'importance de continuer à former des experts en hygiène hospitalière mais aussi la nécessité de s'adapter à l'environnement européen et à l'émergence de la gestion globale et coordonnée des risques. Les auteurs finissaient leur rapport par la phrase suivante : « Enfin, il est important que les formations apportent aux diplômés de la crédibilité, une reconnaissance institutionnelle et créent des opportunités d'évolution professionnelle et d'enrichissement personnel. »

On retombe là sur un vieux débat et une aspiration, des plus légitimes, de nos infirmiers en hygiène. Si l'Europe n'a pas vraiment trouvé la solution, il est par contre opportun de se tourner vers le Québec où après des années de lutte et de réflexion, l'ordre infirmier a permis la création de la spécialité en prévention et contrôle des infections. Pour accéder à ce statut les infirmiers doivent valider un enseignement théorique et pratique avec une formation universitaire de 30 crédits, ou 450 heures, (<http://www.usherbrooke.ca/programmes/fac/sciences-sante/2e-cycle/diplomes/controle-infections/>) et une partie pratique de 385 heures de stage. Des équivalences sont possibles pour les personnes en fonction et c'est l'ordre infirmier qui est en charge de statuer sur cela. Ce montage n'est pas sans rappeler celui proposé depuis quelques années en FRANCE par le trio Université Jean Monnet de Saint-Etienne, CCLIN Sud-est et Ecole des cadres du CHU de Saint-Etienne (http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/Formation/DU/DU_Sommaire.html). Ce projet pilote a d'ailleurs fait l'objet d'une évaluation publiée en 2010 par la DHOS et les participants ont montré tout particulièrement leur satisfaction pour les apports en management et en pédagogie (5). Ce projet doublé de l'expérience Québécoise doit continuer de nous faire avancer sur la voie d'une spécialisation infirmière en FRANCE dans le domaine de la prévention des infections.

Côté médical l'émergence d'une spécialité « Hygiène, risque et qualité » avait été prônée dans le rapport fait par Jacques Fabry (6) à la demande de la DHOS mais à ce jour il n'y a

pas eu d'avancée significative dans ce domaine. Aussi il perdure des difficultés d'accès à la cette « spécialité » dans les hôpitaux publics que l'on essaie de solutionner au cas par cas et elle reste embryonnaire dans le secteur privé. Il manque probablement d'une vision plus ambitieuse de la discipline, telle que l'a proposait ce rapport, et elle s'essouffle un peu à attirer les nouvelles recrues. Et, sans la bouffée d'oxygène salubre, amenée par l'arrivée depuis une bonne décennie des pharmaciens hospitaliers en hygiène hospitalière la pénurie serait des plus marquée.

S'il persiste des questions et des incertitudes, l'expérience française, désormais ancrée au sein d'une mouvance européenne forte, nous laisse entrevoir des perspectives intéressantes de formations spécialisées des professionnels en hygiène enrichies des dimensions nécessaires à l'approche plus globale de la sécurité des soins dans laquelle ils se doivent désormais d'évoluer. Ceci n'est en rien incompatible avec la préservation de leur identité voire même la reconnaissance renforcée de leur expertise.

RÉFÉRENCES

1. European network to promote infection prevention for patient safety (<http://www.infection-prevention.eu/>)
2. Training in Infection Control in Europe (<http://trice.uniud.it/>)
3. Infection Prevention Society and Competency Steering Group. Outcome competences for practitioners in infection prevention and control. (<http://bjj.sagepub.com/content/early/2011/02/07/1757177410395797.full.pdf+html>)
4. IMEA - FONDATION INTERNATIONALE LEON MBA. Etat des lieux des formations spécifiques pour les praticiens hospitaliers en hygiène, les cadres et infirmiers hygiénistes. (http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etat_des_lieux_des_formations_specifiques_pour_les_praticiens_hospitaliers_en_hygiene_les_infirmiers_et_cadres_hygienistes.pdf)
5. Cemka Eval. Etude d'impact du diplôme d'université « infirmier en hygiène hospitalière » sur les professionnels de santé et les établissements de santé ». (<http://www.sante.gouv.fr/etude-d-impact-du-diplome-d-universite-infirmier-en-hygiene-hospitaliere-sur-les-professionnels-de-sante-et-les-etablissements-de-sante-rapport-de-la-societe-cemka-eval-octobre-2009.html>)
6. Jacques Fabry. Le corps médical et la prévention des infections associées aux soins. (http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Formation_J_Fabry.pdf)

PLO7 - LA VISION DE L'HYGIÈNE PAR UN COORDONNATEUR DE LA GESTION DES RISQUES LIÉS AUX SOINS

ISABELLE VERHEYDE,
PRATICIEN HOSPITALIER ANESTHÉSISTE RÉANIMATEUR COORDONNATEUR DE LA GESTION
DES RISQUES LIÉS AUX SOINS CENTRE HOSPITALIER DE ROUBAIX, DIRECTRICE MÉDICALE
RÉSEAU SANTÉ QUALITÉ

La loi HPST(1) oblige les établissements de santé à s'engager dans une démarche de gestion des risques. Ils doivent élaborer et mettre en œuvre une politique d'amélioration continue de la **qualité et de la sécurité des soins** et une **gestion des risques** visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités (article 1 de la loi)

Une place et un rôle prépondérant est donné à la CME en rappelant qu'elle contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Elle doit proposer un programme d'action assorti d'indicateurs de suivi (article 5 de la loi).

Le directeur doit décider conjointement de la politique avec **le président de CME**. Ils doivent ensemble avoir des priorités d'intervention (gestion des risques liés à leur activité, **infections**, médicaments et dispositifs médicaux, douleur, nutrition, accueil). Ils doivent s'évaluer et suivre leurs indicateurs (article 10 de la loi).

Des décrets et circulaires (2) viennent préciser les modalités d'application de la loi HPST (Decret du 10 novembre 2010 sur la gestion des risques associés aux soins, circulaire d'application du 18 novembre 2011). Dans ce décret une sous section « Sous-section 2 » « Dispositions relatives à la lutte contre les infections nosocomiales » est consacrée à la lutte contre les infections associées aux soins.

Pour renforcer cette politique de gestion des risques dans le domaine de l'hygiène, une évolution voit le jour au niveau des **indicateurs de deuxième génération** du tableau de bord de la lutte contre les infections nosocomiales (3), tableau de bord globalement plus exigeant et spécifique pour la chirurgie et les bactéries multi-résistantes. Cette évolution est le fait que la qualité des soins est la première attente des usagers (4). la recherche de responsabiliser sur un programme d'actions en matière de qualité des soins, passer d'une logique de moyens à une logique de résultats et de gestion de projet. Mettre l'accent

comme l'ont montré les deux enquêtes ENEIS sur les **risques graves évitables** que sont les Médicaments le Risque péri-opératoire les Infections nosocomiales (5). Travailler sur le pourquoi et non le comment relève des acteurs de terrain. Mettre en place des **outils de la gestion des risques** dans une gestion a priori en utilisant les check list (6) en réalisant des cartographies de risque des analyses de scénario (7) sur certaines prises en charge les plus à risque. En matière de gestion des risques a posteriori promouvoir la déclaration des événements indésirables associés aux soins les analysant en déployant les revues morbi mortalité (8, 9) qui permettront aux professionnels de mettre en place une **culture de sécurité** (10) de conduire des actions de prévention, d'atténuation, et de récupération (11). Donner du sens à la GDR liés aux soins par une « Médicalisation », et une intégration aux pratiques en s'appuyant sur les structures régionales que sont les ARLIN et les structures régionales d'évaluation.

BIBLIOGRAPHIE

1. La loi HPST n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital relative aux patients à la santé et aux territoires
2. **Décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé J.O. du 16 novembre 2010** - Circulaire n°DGOS/PF2/2011/416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé
3. Arrêté du 06 janvier 2012 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins
4. Source BVA, baromètre des services publics, décembre 2009
5. Les événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé. Résultats des enquêtes nationales menées en 2009 et 2004 - Philippe MICHEL¹, Christelle MINODIER², Monique LATHÉLIZE¹, Céline MOTY-MONNEREAU², Sandrine DOMECCQ¹, Mylène CHALEIX², Marion IZOTTE-KRET¹, Régine BRU-SONNET¹, Jean-Luc QUENON¹, Lucile OLIER²
¹ Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA)
² DREES
6. la check list HAS cathéter veineux centraux http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1020563/check-list-catheters-veineux-centraux
7. Analyse de scénarios C Gautier Arlin Aquitaine CCLIN Sud ouest O : http://www.cclinsudouest.com/audit/scenario_vvc%20VF%20310310.pdf
8. Guide méthodologique de la mise en place des revues morbi mortalités HAS http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_434817/revue-de-mortalite-et-de-morbidite-rmm
9. Méthodologie de mise en place de revue morbi mortalité RMM des infections du site opératoire VERHEYDE I.1,6, ALFANDARI S.2, DESCAMPS D.3, DURAND JOLY I.4, FORGET B.5, GOURDIN E.5, LAURANS C.6, LECLERCQ V.7, TRIVIER D.8, VACHEE A6, DECOSTER A.7 (1) Réseau Santé Qualité, ARMENTIERES ; (2) Centre hospitalier, TOURCOING ; (3) Centre hospitalier, BETHUNE; (4) Centre hospitalier, DUNKERQUE ; (5) Centre hospitalier, MONTREUIL/MER ; (6) Centre hospitalier, ROUBAIX; (7) Groupe hospitalier institut catholique de Lille, LOMME ; (8) Centre hospitalier, LENS . Congrès de la SF2H 2010 LYON
10. La culture de sécurité du concept à la pratique HAS http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201102/culture_de_securite_des_soins__du_concept_a_la_pratique.pdf
11. Vincent, Taylor-Adams et Stanhope, BMJ 1998 316:1154-1157 Les viroses respiratoires constituent probablement une des causes les plus fréquentes de pathologie nosocomiale, même si leur incidence globale est difficile à évaluer compte tenu du fait que seules les formes les plus graves sont investiguées et que le caractère viral est assez rarement confirmé.

Séance plénière 5

Risque viral non hématogène

PL09 - LE RISQUE VIRAL DIGESTIF

POTHIER PIERRE,
CNR des virus entériques, CHU, Dijon

Les virus entériques sont les agents du risque viral digestif. Ces virus qui se transmettent par voie féco-orale sont responsables de gastro-entérites ou d'hépatites. Mais si ces virus ont en commun leur élimination dans les fèces, leur transmission à l'homme par contamination de l'environnement ou des aliments et leur résistance dans ces milieux, ils diffèrent par les pathologies engendrées – gastro-entérites et hépatites- et par les problématiques posées sur le plan épidémiologique et prévention. Le virus de l'hépatite A, strictement humain, et le virus de l'hépatite E à potentiel zoonotique responsables des hépatites de transmission féco-orale ne seront pas développés dans cet exposé. Celui-ci se concentrera sur les virus entériques responsables des gastro-entérites virales.

Parler de risque viral digestif pour les gastro-entérites virales peut paraître anachronique à une époque où l'hygiène et la prévention ont fait des progrès considérables. Pourtant, les diarrhées virales restent une des premières causes de morbidité en Europe et malheureusement une des premières causes de mortalité dans certains pays d'Afrique et d'Asie [1]. La persistance de ce « risque viral digestif » dans les pays où l'hygiène est développée résulte de la conjonction de deux facteurs, d'une part ceux du virus et de leur résistance et d'autre part ceux liés à leur mode de transmission [2].

LES VIRUS ENTÉRIQUES RESPONSABLES DE GASTRO-ENTÉRITES

Les virus sont les principales causes des gastro-entérites chez l'homme et parmi ceux-ci, les rotavirus et les *norovirus* prédominent largement. Les rotavirus étant les plus fréquemment retrouvés chez l'enfant de moins de cinq ans alors que les *norovirus* sont l'agent majeur des gastro-entérites de l'adulte notamment des personnes âgées en institution.

Les rotavirus sont classés dans la famille des Reoviridae et on y distingue plusieurs groupe antigéniques (A à G), le groupe A étant le principal agent pathogène pour l'homme. Il s'agit de virus non enveloppés et résistants. Leur génome est composé de 11 segments d'ARN double brin. Les segments 4 et 9 codent respectivement les protéines VP4 – déterminant les génotypes et sérotypes P - et VP7 - déterminant les génotypes et sérotypes G. On distingue chez l'homme 27 sérotypes P et 15 sérotypes G. Ces déterminants antigéniques sont importants car ils induisent des anticorps neutralisants sur lesquels repose tout le principe de l'efficacité des vaccins actuellement commercialisés.

Cette segmentation du génome, comme pour le virus de la grippe, permet les échanges génétique intra-groupe et donc la possibilité d'émergence de réassortants possédant de nouvelle propriété antigénique. Par ailleurs, la barrière d'espèce n'est pas stricte et la possibilité de contamination de l'homme par des souches animales est réelle ; certaines pouvant même s'adapter à ce nouvel hôte et se transmettre ultérieurement de personne à personne. Ces caractéristiques génétiques et antigéniques induisent une diversité antigénique des souches de rotavirus. Cependant, en Europe et en Amérique du Nord les souches G1P[8] sont majoritaires. Cette prédominance et persistance pourrait s'expliquer le fait que des variants antigéniques pourraient apparaître et disparaître sous l'effet de la pression immunitaire. Dans d'autres régions du monde, des génotypes inhabituels émergent et peuvent même être prédominants, c'est le cas des génotypes G6, G8 ou G12. Ces souches, dont certaines sont bien adaptées à l'homme, représentent un risque d'émergence dans nos régions.

Les *norovirus* sont classés dans la famille des Caliciviridae. Ces petits virus, non enveloppés, ont un génome constitué d'un ARN simple brin de polarité positive organisé en 3 cadres de lecture (ORF pour Open Reading Frame). L'ORF3 code la protéine majeure de capsid (VP1) qui comprend une région hypervariable jouant un rôle majeur dans l'attachement au(x) récepteur(s) et la réponse immune.

Les norovirus présentent une grande diversité, les souches sont classées en génogroupes subdivisés en génotypes. Actuellement on distingue 5 génogroupes (I à V) mais seul les génogroupes I, II et IV infectent l'homme. Les génogroupes I et II sont les plus importants et sont divisés respectivement en 8 et 19 génotypes [3]. Les *norovirus* sont également isolés chez l'animal mais il n'existe aujourd'hui aucune preuve de transmission de l'animal à l'homme même si certaines souches présentent des similitudes génétiques. Les *norovirus* sont l'objet d'une variabilité génétique assurant à ces virus une très grande évolutivité, particulièrement pour le génotype GGII.4, principal responsable des épidémies à travers le monde. L'analyse génétique des souches durant cette dernière décennie montre l'émergence régulière, tous les 2 ou 3 ans, de variants à l'origine de nouvelles épidémies. Ce fut le cas en 2002, 2006 puis 2009. Ces nouvelles souches, par échappement aux défenses immunitaires ou par un autre mécanisme, diffusent rapidement dans le monde entier et sont responsables d'une recrudescence des épidémies.

CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES ET ÉPIDÉMIOL- GIQUES DES GASTRO-ENTÉRITES

Les manifestations cliniques sont généralement bénignes, sauf aux âges extrêmes de la vie et chez l'immunodéprimé. Chez les petits enfants elles sont principalement dues aux rotavirus et peuvent entraîner une déshydratation nécessitant une hospitalisation. Au contraire, dans les pays moins avancés sur le plan médico-social, ces virus entraînent une surmortalité infantile estimée à environ 600 000 décès par an, principalement en Afrique subsaharienne et en Asie. Chez les personnes âgées elles sont presque exclusivement dues aux *norovirus*. Elles peuvent déstabiliser un état précaire et entraîner une hospitalisation voire le décès. La mortalité liée à ces gastro-entérites se situerait entre 0,8 et 2,8%. Enfin chez les immunodéprimés, les virus entériques, et principalement les *norovirus*, sont responsables d'une diarrhée chronique pouvant obliger à réduire le traitement immunosuppresseur lorsqu'il s'agit de transplantés. Chez le sujet immunocompétent, l'excrétion virale dans les fèces est abondante pour les rotavirus comme pour les *norovirus* ; elle dure environ 7 à 10 jours et se prolonge fréquemment au-delà de la période symptomatique.

ON DISTINGUE DEUX CONTEXTES ÉPIDÉMIOL- GIQUES :

les gastro-entérites d'origine alimentaire ou hydrique qui surviennent sous forme de cas groupés et les épidémies hivernales survenant régulièrement entre novembre et mars.

Les gastro-entérites d'origine alimentaire ou hydrique sont fréquemment dues aux *norovirus* [4]. Ces épidémies sont explosives avec un taux d'attaque élevé et une transmission secondaire également élevée. L'enquête épidémiologique retrouve la source de contamination commune que l'analyse virologique des aliments incriminés n'arrive pas toujours à confirmer. En revanche, l'analyse virologique des selles est le plus souvent positive et montre la très grande diversité des *norovirus* impliqués voire même la multiplicité des virus retrouvés notamment lorsque l'origine est hydrique ou par des coquillages contaminés. L'aliment en cause peut être contaminé à la source par irrigation ou pollution d'un bassin d'élevage pour les coquillages. Il est le plus souvent contaminé lors de sa préparation par un employé infecté symptomatique ou non ou même par un employé dont l'entourage présente des cas de gastro-entérites. Les épidémies d'origine hydriques sont plus rares dans nos pays. Elles sont dues à un sous-dimensionnement d'une station de traitement des eaux usées ou surviennent lors d'événements météorologiques exceptionnels ou sont secondaire à des erreurs de manipulation sur le réseau des eaux de distribution.

Les gastro-entérites hivernales sont dues aux virus circulant dans la population, les rotavirus chez les enfants de moins de cinq ans et les *norovirus* chez les personnes plus âgées. Le *norovirus*, principal agent des gastro-entérites de l'adulte et de la personne âgée, sera aussi la principale cause des épidémies survenant en institution ou dans les services hospitaliers de long et moyen séjour. Les établissements

hébergeant des personnes âgées (EHPA) sont particulièrement touchées par ces épidémies de gastro-entérites [5]. Une étude prospective effectuée dans l'Est de la France sur trois années consécutives a montré que plus de 80% des unités ou établissements ont été touchés par au moins une épidémie durant cette surveillance. La fréquence variait de 29 à 57% selon les années, variabilité qui correspondait à l'importance des épidémies enregistrées au CNR. Sur un plan virologique, ces épidémies se distinguent par le génotype du *norovirus* en cause qui est principalement le génotype GGII.4.

MODE DE TRANSMISSION

Le mode féco-oral est la principale voie de contamination de ces virus. La transmission peut être due à l'eau ou des aliments contaminés, mais le plus souvent ces virus sont transmis de personne à personne soit de directement soit par l'intermédiaire de surfaces de l'environnement contaminées (mobilier, objets divers, poignée de porte, jouets ...). Par ailleurs, les aérosols qui se créent lors des vomissements participent à la propagation du virus.

Plusieurs facteurs [6] facilitent la transmission des ces virus. 1) Ces virus sont résistants aux désinfectants et dans l'environnement où ils peuvent rester infectieux 2 semaines sur les surfaces à 2 mois dans l'eau. 2) Les gastro-entérites hivernales touchent une grande partie de la population et les virus sont excrétés par les malades mais également par les porteurs asymptomatiques. L'introduction des ces virus dans les collectivités pouvant alors se faire par un visiteur ou le personnel. 3) La dose infectieuse est très faible, notamment pour les *norovirus* puisque 10 unités PCR seraient suffisantes pour entraîner la maladie.

MOYENS DE PRÉVENTION

La prise en charge médicale des gastro-entérites infantiles, notamment par les solutés de réhydratation orale a considérablement réduit leur gravité. Néanmoins, elles restent responsables de 18 000 hospitalisations annuelles et les coûts directs et indirects importants pourraient être réduits par la vaccination qui s'est montré efficace et sans risque.

La prévention des infections à *norovirus* doit cibler les différents niveaux de la contamination. La protection des zones de production alimentaire ou les zones hydriques par une surveillance du traitement des eaux usées. En aval, le respect des règles d'hygiène est indispensable pour limiter la diffusion de ces infections. Pour être efficace sur tous les virus entériques, notamment les *norovirus*, les solutions hydro alcooliques utilisées pour la désinfection des mains doivent répondre totalement à la norme européenne EN 14 476. Certains produits ne répondant pas à cette norme se sont révélés inefficaces sur le *norovirus*. Dans les établissements de soins ou d'hébergement, ces mesures doivent être renforcées et associées à une décontamination des surfaces dès les premiers cas de gastro-entérites.

BIBLIOGRAPHIE

- 1) Parashar UD, Hummelman EG, Bresee JS, Miller MA, Glass RI. Global illness and deaths caused by rotavirus disease in children. *Emerg Infect Dis.* 2003 May;9(5):565-72.
- 2) Bilan des connaissances relatives aux virus transmissibles à l'homme par voie orale. Rapport AFSSA 2007. <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Afssa/Rapports/2007/41359-42618.pdf>
- 3) Zheng DP, Ando T, Fankhauser RL, Beard RS, Glass RI, Monroe SS. *Norovirus* classification and proposed strain nomenclature. *Virology.* 2006 ;346 :312-23
- 4) Mead PS, Slutsker L, Dietz V, McCaig LF, Bresee JS, Shapiro C, Griffin P.M, Tauxe RV. Food-related illness and death in the United States. *Emerg Infect Dis.* 1999, 5 : 607-625
- 5) Recommandations relatives aux conduites à tenir devant des gastro-entérites aiguës en établissement d'hébergement pour personnes âgées. Rapport du Haut Conseil de Santé Publique, janvier 2010. www.hcsp.fr/explore.cgi/hcsp20100129_gastro.pdf
- 6) Lopman B, Gastañaduy P, Park GW, Hall AJ, Parashar UD, Vinjé J. Environmental transmission of *norovirus* gastroenteritis. *Curr Opin Virol.* 2012 ; 2 : 96-102

PL10 - LE RISQUE VIRAL RESPIRATOIRE EN MILIEU DE SOINS

BRUNO POZZETTO

Laboratoire de Bactériologie-Virologie-Hygiène,
Université et CHU, *Saint-Etienne*

Les viroses respiratoires constituent probablement une des causes les plus fréquentes de pathologie nosocomiale, même si leur incidence globale est difficile à évaluer compte tenu du fait que seules les formes les plus graves sont investiguées et que le caractère viral est assez rarement confirmé.

Les viroses respiratoires nosocomiales (VRN) peuvent se définir comme des infections respiratoires qui n'étaient ni présentes ni en incubation au moment de l'hospitalisation et dont l'étiologie virale est soit affirmée par des investigations virologiques spécifiques, soit fortement suspectée en raison du contexte épidémiologique (grippe par exemple). Le terme hospitalisation doit être considéré ici au sens large d'espace géographique où sont prodigués des soins à des sujets séjournant au-delà de 24 heures. Il englobe notamment les institutions médicalisées accueillant des patients âgés, handicapés ou porteurs de pathologies chroniques.

Cette courte revue envisage les différents contextes de soins au cours desquels peuvent être rencontrées des VRN.

**EN SERVICES DE PÉDIATRIE,
Y COMPRIS NÉONATOLOGIE**

Après les viroses gastro-intestinales, les viroses respiratoires sont parmi les causes les plus fréquentes d'infections nosocomiales chez l'enfant. L'incidence des VRN chez l'enfant est difficile à chiffrer, de l'ordre de 5 pour 100 admissions en période hivernale. Les chiffres sont volontiers sous-estimés en raison des difficultés diagnostiques, des symptomatologies pas toujours typiques et des formes survenant au décours de l'hospitalisation lors du retour à domicile en raison des durées d'incubation plus prolongées qu'en bactériologie. Le taux de VRN dans une unité pédiatrique est un bon reflet de la qualité des soins et des mesures de prévention prises par le

personnel soignant (vaccination, port de masques, hygiène des mains ...). En effet, contrairement aux infections nosocomiales bactériennes, les agents de VRN sont les mêmes que ceux qui circulent dans la communauté et suivent les mêmes fluctuations épidémiologiques.

Les enfants hospitalisés en service de néonatalogie et les immunodéprimés sont exposés aux formes les plus graves. Les infections sévères du tractus respiratoire inférieur (pneumopathies, bronchiolites, syndromes de détresse respiratoire ...) sont dues en majorité aux virus influenza, au virus respiratoire syncytial (RSV) et aux virus parainfluenza mais le rôle du métapneumovirus humain, des adénovirus, des rhinovirus, des coronavirus et des bocavirus méritent d'être réétudié à la lumière des nouveaux outils diagnostiques à notre disposition. Les coronavirus humains semblent particulièrement incriminés dans des infections respiratoires sévères du nouveau-né en réanimation, avec un rôle possible du personnel soignant dans la transmission de ces agents. Le virus de la rougeole qui a ré-émergé en Europe en 2008-2011 est un agent hautement contagieux (R0 supérieur à 15) à transmission aérienne et par gouttelettes, qui peut être à l'origine de foyers de cas nosocomiaux en pédiatrie.

EN GÉRIATRIE

La fréquence des VRN en gériatrie est encore plus difficile à apprécier qu'en pédiatrie. Une étude déjà ancienne réalisée en incidence sur trois années consécutives avait révélé un taux global de 7,1 infections pour 1000 patients-jour, près de la moitié d'entre elles étant d'origine respiratoire. Si le site de l'infection est assez facile à identifier, le germe en cause (et notamment les virus) est assez rarement recherché en gériatrie.

De nombreux facteurs, non spécifiques aux VRN, favorisent les infections respiratoires nosocomiales chez les sujets âgés : hébergement en collectivité dans un contexte de relative promiscuité, immunosénescence à la fois cellulaire et humorale, malnutrition, comorbidités, troubles cognitifs favorisant les manquements à l'hygiène, polymédication...

Les principaux virus en cause sont le virus influenza A et RSV mais d'autres virus peuvent être incriminés de façon plus épisodique (rhinovirus, virus influenza B, coronavirus, virus parainfluenza et métapneumovirus notamment). Les techniques virologiques mises en œuvre (sensibilité, gamme de virus recherchés, qualité des échantillons) conditionnent évidemment les résultats des études épidémiologiques.

Sous l'angle clinique, il est important de noter que la symptomatologie est parfois frustrée et volontiers atypique : fièvre peu élevée ou même hypothermie, toux et syndrome grippal souvent absents, asthénie ou syndrome de glissement volontiers au premier plan, décompensation d'une pathologie d'organe préexistante ou troubles cognitifs masquant l'atteinte respiratoire. Les surinfections bactériennes consécutives à l'atteinte virale initiale sont souvent révélatrices de l'atteinte respiratoire. Le taux de mortalité au cours des épidémies de grippe nosocomiale chez les sujets âgés est largement dépendant de la couverture vaccinale et peut dépasser 10%.

CHEZ L'IMMUNODÉPRIMÉ

Les VRN sont fréquentes chez les sujets immunodéprimés à la fois en raison de leur sensibilité intrinsèque aux infections et de leur concentration dans les lieux de soins. Tous les types d'immunosuppression sont intéressés avec une gravité particulière pour les sujets recevant des traitements déprimant sévèrement les défenses immunitaires (hémapathies, cancers solides et transplantations de moelle ou d'organes notamment). Des revues relativement récentes font le point sur les VRN au cours des états cancéreux ou des greffes. Les virus les plus souvent en cause sont RSV, les virus influenza et parainfluenza (notamment le type 3) et le métapneumovirus. D'autres virus (rhinovirus, coronavirus, adénovirus ...) jouent un rôle plus accessoire. Ces VRN grèvent très significativement la morbidité et la mortalité des patients, notamment du fait d'atteintes parenchymateuses pulmonaires diffuses entraînant des défaillances respiratoires sévères.

Une épidémie de grippe à virus A/H1N1 souche pandémique 2009 survenue chez huit patients hospitalisés dans un service d'oncologie pédiatrique en Italie illustre l'importance de la vaccination du personnel pour prévenir ces infections.

EN RÉANIMATION CHEZ LE PATIENT INTUBÉ-VENTILÉ

Les infections respiratoires figurent au premier rang des infections nosocomiales acquises en réanimation. L'imputabilité des virus de type influenza, parainfluenza, rhinovirus ou RSV dans la genèse de ces pneumopathies nosocomiales est très difficile à établir chez l'adulte. S'ils causent certainement de très nombreuses pneumopathies communautaires et sont à

l'origine de certains syndromes de détresse respiratoire aiguë, leur incidence en tant qu'infections nosocomiales est marginale. De même, les infections à adénovirus par transmission à partir des mains du personnel ou par réactivation endogène restent exceptionnelles en réanimation.

En pratique, ce sont les infections à cytomégalo virus (CMV) et à virus herpès simplex qui constituent les principales infections nosocomiales diagnostiquées en réanimation. En dehors des produits sanguins ou des greffons, la contamination se fait essentiellement par réactivation endogène. Les patients infectés par ces virus présentent une morbidité et, notamment pour CMV, une mortalité augmentées. De plus il est observé une fréquence accrue de surinfections bactériennes et fongiques chez les patients intubés-ventilés présentant une réactivation à CMV. Un essai clinique prospectif randomisé à base d'acyclovir a montré une diminution très sensible du nombre d'infections herpétiques chez les sujets traités. Concernant le CMV, les lésions histologiques observées chez les sujets infectés, de même que la capacité d'une prophylaxie par ganciclovir à prévenir les réactivations à CMV et les lésions pulmonaires dans un modèle murin, suggèrent que ce virus joue un rôle pathogène très probable chez les patients intubés-ventilés.

Le rôle des mimivirus, qui sont des virus géants à ADN de découverte récente, dans la survenue de pneumonies nosocomiales acquises sous ventilation a été évoqué sur des arguments sérologiques ; en revanche, les outils moléculaires, dont la fiabilité reste encore à préciser pour ces agents, n'ont pas permis de confirmer ces résultats. Des travaux complémentaires sont nécessaires pour délimiter la place de ces nouveaux virus en réanimation.

HORS FRANCE MÉTROPOLITAINE

Épisode de coronavirus du SRAS en 2002-2003

L'épisode de SRAS (pour syndrome respiratoire d'Asie du sud-est ou syndrome respiratoire aigu sévère) qui a débuté fin 2002 dans le sud-est de la Chine (province de Canton) mais qui n'a vraiment éclaté au plan international qu'au début du printemps 2003 suite aux contaminations survenues à l'hôtel métropole de Hong-Kong, est une excellente illustration d'une émergence virale réussie. Le succès de cette épidémie reste encore entouré de mystère dans la mesure où le réservoir de virus (peut-être des chauves-souris) n'est toujours pas identifié. La civette palmée, dont la consommation est très prisée en Asie du sud-est, a plutôt fait office d'amplificateur du processus épidémique. Les trois facteurs qui ont le plus contribué à la dissémination du virus sont l'existence de sujets dits « super-contaminateurs » à l'origine de nombreux cas secondaires, les transports aériens qui ont permis la diffusion très rapide de la maladie dans 28 pays et la transmission du virus au sein des hôpitaux qui ont pris en charge les patients infectés. Sur les 8098 victimes répertoriées du SRAS, il a été identifié 1707 cas chez des soignants (21 %). La transmission respiratoire rapprochée, notamment lors des manœuvres d'intubation, explique ce pourcentage élevé de soignants contaminés.

L'épisode de SRAS est également exemplaire par la solidarité internationale qu'il a suscitée, avec l'identification en moins d'un mois de l'agent responsable, un nouveau coronavirus dénommé SARS-CoV, et le contrôle en moins de six mois de l'épidémie par l'application des mesures de confinement et le respect très strict des règles d'hygiène (notamment l'utilisation systématique de dispositifs de protection respiratoire efficaces). À partir de juillet 2003, l'OMS pouvait annoncer la fin de l'épidémie et la reprise des liaisons aériennes régulières avec les zones à risque. Il n'y a pas eu de nouveaux cas de SRAS depuis le deuxième semestre de 2003 en dehors de rares contaminations de laboratoire mais il est très vraisemblable que cette virose réapparaîtra si les conditions de sa réémergence (difficiles à préciser en l'absence de connaissance précise du réservoir du virus) sont à nouveau réunies.

Infections respiratoires à Hantavirus

Il s'agit d'une importante famille de virus dont le réservoir naturel est constitué par des rongeurs sauvages ; la transmission à l'homme a lieu habituellement par le biais des excréta de ces petits animaux (inhalation d'aérosols de poussières contaminées, ingestion d'aliments ou de boissons souillés). S'il n'a pas été décrit de transmission interhumaine, communautaire ou nosocomiale, avec les principaux hantavirus pathogènes chez l'homme (virus Hantaan et Séoul, virus Dobrova, virus Puumala, virus Sin Nombre), la situation épidémiologique est différente pour le virus Andes qui a émergé en 1996 en Argentine et qui est responsable, comme le virus Sin Nombre, de tableaux respiratoires sévères. Des transmissions nosocomiales ont été démontrées pour cet agent, la période de contamination étant limitée à la phase des prodromes.

Infections respiratoires à virus Nipah

Le genre Henipavirus, de la famille des Paramyxoviridæ, regroupe deux virus, virus Hendra ou HeV et virus Nipah ou NiV, qui ont émergé respectivement en 1994 en Australie et en 1998-1999 en Malaisie. Ces deux virus ont comme réservoir des chauves-souris géantes du genre Pteropus. Contrairement à HeV, pour lequel aucune transmission interhumaine n'a été rapportée chez l'homme, NiV, principalement responsable d'encéphalites, peut se transmettre à l'homme par l'intermédiaire des porcs, directement à partir des excréta de chauves-souris ou par le biais d'un autre individu contaminé. Des acquisitions nosocomiales de NiV ont été rapportées en Inde. Plus récemment, une étude cas-témoin conduite au Bangladesh a montré qu'un contact avec un patient infecté multipliait par 6,7 le risque d'être infecté ; cette même étude a retrouvé NiV dans des échantillons de surface par RT-PCR. Cependant, trois études conduites en Malaisie, à Singapour et au Bangladesh chez des soignants ayant eu à prendre en charge une épidémie n'ont mis en évidence aucune acquisition nosocomiale dans cette population, malgré des conditions d'hygiène souvent assez médiocres.

Grippe aviaire à virus A/H5N1

La souche de grippe aviaire A/H5N1 qui est apparue en 1997 à Hong-Kong chez l'homme puis de nouveau en Chine et au Vietnam en 2003 n'a pas vraiment réussi son émergence puisque la transmission interhumaine du virus reste rare (602 cas humains confirmés par l'OMS entre 2003 et avril 2012 dans 15 pays, dont 355 mortels) malgré la diffusion très large de cette souche hautement pathogène chez les oiseaux sauvages et les volailles. Outre la voie respiratoire qui est très prédominante, on discute une contamination possible par voie intestinale ; compte tenu de la présence de virus dans les matières fécales, ces excréta doivent être considérés comme à risque. Dans les quelques foyers familiaux où une transmission de personne à personne a été observée, un lien de sang entre les individus infectés de façon symptomatique a toujours été rapporté, suggérant qu'il existe des barrières à la diffusion inter-espèces de cette souche, même si une modélisation mathématique est plutôt en faveur d'un phénomène aléatoire.

De très nombreuses conjectures ont été faites sur le potentiel nosocomial d'une pandémie à virus A/H5N1 mais rien n'est documenté à ce jour en dehors d'une étude rétrospective publiée en 2000 montrant que l'exposition de soignants à des cas humains de grippe aviaire lors de l'épisode de 1997 à Hong-Kong était un facteur indépendant statistiquement significatif de détection d'anticorps vis-à-vis de ce virus. Dans cette étude, deux séroconversions de sujets exposés ont été documentées sans signes cliniques associés. Sous réserve de la spécificité toujours discutable des tests sérologiques, cette étude suggère une potentielle diffusion nosocomiale du virus A/H5N1 sous forme d'infections asymptomatiques.

POUR CONCLURE

Ce rapide survol des infections respiratoires virales en milieu de soins, il convient d'insister sur la diversité des agents en cause, même si les virus influenza et RSV restent les pathogènes les plus fréquemment incriminés. On se saurait trop insister sur l'importance des précautions standard et des mesures complémentaires d'hygiène pour prévenir ces infections, sans oublier la vaccination grippale des sujets à risque mais aussi des personnels soignants qu'il faudra bien se décider un jour à rendre obligatoire si l'on veut réduire sensiblement la dissémination des virus grippaux dans les établissements de santé.

BIBLIOGRAPHIE PAR THEMES

POUR EN SAVOIR PLUS

- 1. Revues générales récentes sur les VRN** Pavia AT. Viral infections of the lower respiratory tract: old viruses, new viruses, and the role of diagnosis. Clin Infect Dis. 2011; 52:S284-9. Ren L, Xiang Z, Guo L, Wang J. Viral Infections of the Lower Respiratory Tract. Curr Infect Dis Rep. 2012 Mar 30, in press.
- 2. VRN en pédiatrie :** Brouard J, Freymuth F, Duhamel JF. Infections respiratoires virales nosocomiales en pédiatrie. In : Pozzetto B ed. Infections nosocomiales virales et à agents transmissibles non

- conventionnels. Montrouge : John Libbey Eurotext, 2001 : 465-73. Gagneur A, Vallet S, Talbot PJ, Legrand-Quillien MC, Picard B, Payan C, Sizon J. Outbreaks of human coronavirus in a pediatric and neonatal intensive care unit. *Eur J Pediatr*. 2008; 167:1427-34.
3. **VRN en gériatrie** : Odelin MF, Pozzetto B. Infections nosocomiales virales en gériatrie. In: Pozzetto B ed. Infections nosocomiales virales et à agents transmissibles non conventionnels. Montrouge : John Libbey Eurotext, 2001: 474-89. Nichol KL, Lind A, Margolis KL, Murdoch M, McFadden R, Hauge M, Magnan S, Drake M. The effectiveness of vaccination against influenza in healthy, working adults. *N Engl J Med*. 1995; 333:889-93. Carman WF, Elder AG, Wallace LA, McAulay K, Walker A, Murray GD, Stott DJ. Effects of influenza vaccination of health-care workers on mortality of elderly people in long-term care: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2000; 355:93-7. Poland GA, Tosh P, Jacobson RM. Requiring influenza vaccination for health care workers: seven truths we must accept. *Vaccine*. 2005; 23:2251-5.
 4. **VRN chez l'immunodéprimé** Lee I, Barton TD. Viral respiratory tract infections in transplant patients: epidemiology, recognition and management. *Drugs*. 2007; 67:1411-27. Kamboj M, Sepkowitz KA. Nosocomial infections in patients with cancer. *Lancet Oncol*. 2009;10:589-97.
 5. **VRN en réanimation** Papazian L. Infections nosocomiales virales en réanimation. In : Pozzetto B ed. Infections nosocomiales virales et à agents transmissibles non conventionnels. Montrouge : John Libbey Eurotext, 2001 : 490-5. Luyt CE, Combes A, Nieszkowska A, Trouillet JL, Chastre J. Viral infections in the ICU. *Curr Opin Crit Care*. 2008; 14:605-8. Vincent A, La Scola B, Papazian L. Advances in Mimivirus pathogenicity. *Intervirology*. 2010; 53:304-9.
 6. **VRN émergentes** Pozzetto B, Berthelot P. Virus émergents et réémergents et nouveaux risques nosocomiaux. *Feuillets Biol*. 2010. 296:1-12.

Résumés
des communications
parallèles

SP1 - Session Parallèle 1

BACTÉRIES HAUTEMENT RÉSISTANTES AUX ANTIBIOTIQUES

CP-01

TECHNIQUES ET LIMITES DES MÉTHODES DE DÉTECTION DES EPC

CHRISTIAN CATTOEN, *Valenciennes*

Une augmentation préoccupante du nombre de souches d'entérobactéries productrices de carbapénèmases (EPC) identifiées en FRANCE est observée depuis quelques années. Ainsi entre 2004 et janvier 2012, 152 épisodes ont fait l'objet d'un signalement auprès des autorités sanitaires dont 109 pour l'année 2011. Dans la majorité des cas, il s'agit de souches acquises d'origine étrangère.

Compte tenu du pouvoir épidémique élevé de ces souches et des impasses thérapeutiques aux quelles celles-ci peuvent conduire, les pouvoirs publics ont précisé en décembre 2010 par voie de circulaire les mesures à mettre en œuvre. En particulier, le dépistage et la détection des souches d'EPC sont des éléments fondamentaux de cette démarche, néanmoins sur le plan technique cette détection s'avère très difficile.

LES DIFFICULTÉS ET LES LIMITES DE LA DÉTECTION SONT LIÉES À :

1- La diversité de l'origine des souches : La majorité des cas ayant fait l'objet d'un signalement correspond à des patients transférés ou ayant été hospitalisés à l'étranger et plus particulièrement en provenance du Maroc, de Grèce, d'Inde, d'Algérie, d'Italie, de Turquie..., cependant dans 30% des cas un lien avec un pays étranger n'a pas été retrouvé et pour ces derniers cas la découverte a peut être été fortuite.

2- La diversité des espèces concernées : Les principales espèces concernées sont *Klebsiella pneumoniae* (60% des cas), *Escherichia coli*, *Enterobacter cloacae*, mais toutes les espèces d'entérobactéries peuvent potentiellement produire ce mécanisme de résistance.

3- Le type de bêta-lactamase en cause : Les carbapénèmases peuvent appartenir aux quatre classes de bêta-lactamases A, B, C ou D. Les enzymes de type KPC (classe A), de type NDM et VIM (classe B) confèrent souvent une multirésistance aux bêta-lactamines facilement repérable. Par contre les enzymes type OXA (classe D) possèdent une faible activité catalytique et la

sensibilité aux carbapénèmes ne peut être que faiblement diminuée rendant leur caractérisation difficile. OXA-48 est pourtant l'enzyme actuellement la plus fréquemment incriminée (60% des cas).

4- La difficulté technique des tests de caractérisation : Les carbapénèmases sont difficiles à caractériser, d'une part car elles peuvent passer inaperçues si leur activité est faible, d'autre part parce qu'une résistance aux carbapénèmes peut être due à un tout autre mécanisme (imperméabilité).

En pratique, il convient de tout mettre en œuvre au laboratoire pour obtenir une détection performante :

1- Concernant le dépistage : collaboration avec les hygiénistes et les équipes pour optimiser la stratégie du dépistage. Sur le plan technique l'utilisation de milieux sélectifs récemment commercialisés peut améliorer la sensibilité des tests.

2- Concernant la caractérisation des carbapénèmases, les techniques d'antibiogramme doivent permettre de repérer les souches présentant un bas niveau de résistance. La molécule la plus fortement touchée par ce mécanisme étant l'ertapénème, elle sera testée et sa CMI sera au besoin déterminée.

3- Toute souche présentant une sensibilité diminuée ou une résistance aux carbapénèmes ne produit pas obligatoirement une carbapénémase, des tests de seconde intention peuvent donc être mis en place : test de Hodge modifié, réalisation d'antibiogrammes ou détermination de CMI en présence d'inhibiteurs (EDTA, cloxacilline, acide boronique ...)

4- Le diagnostic de certitude repose sur les techniques de biologie moléculaire. Une technique de PCR multiplex est disponible sur le marché mais engendre néanmoins des coûts conséquents.

5- Les souches véritablement suspectes (test de seconde intention effectués) seront adressées au Centre National de Référence pour expertise.

La détection des carbapénèmases est souvent complexe et exige une technicité de bon niveau. Ces limites peuvent laisser craindre une extension à bas bruit de leur diffusion. Il convient de rester vigilant et de promouvoir le travail en équipe (collaboration avec les hygiénistes) et en réseau (échanges entre laboratoires) pour être le plus efficace possible.

RÉFÉRENCES :

1. Circulaire DGS/RI/DGOS/PF/2010/413 du 6 décembre 2010 relative à la mise en œuvre de contrôle des cas importés d'entérobactéries productrices de carbapénèmases.
2. Vaux S et al. Emergence of carbapenemase-producing Enterobacteriaceae in FRANCE, 2004 to 2011. 2 June 2011. www.eurosurveillance.org.
3. Nordmann P, Carrer A. Les carbapénèmases des entérobactéries, Arch Pediatr 2010; 17 Suppl 4:S154-S152.
4. Cohen Stuart J et al. Guideline for phenotypic screening and confirmation of carbapenemases in Enterobacteriaceae. Int J Antimicrob Agents 36, 205-210, 2010.
5. Miriagou V et al. Acquired carbapenemases in Gram-negative bacterial pathogens: detection and surveillance issues. Clin Microbiol Infect 2010; 16:112-22.

CP-03

LAURENT CHAMBAUD, ARS IDF, Paris

L'Île de FRANCE avec ses 420 établissements de santé et d'importants centres hospitalo-universitaires entraîne une attractivité médicale importante sur le plan national et international. Cet exceptionnel niveau d'offres de soins attire des patients qui peuvent être porteurs de bactéries hautement résistantes (BHR) de par le haut niveau de technicité qu'ils requièrent et de l'état d'immuno-déficience dans lequel ils se trouvent ou également parce qu'ils proviennent ou ont été hospitalisés dans des pays où ce type de bactéries est désormais implanté.

L'Agence Régionale de Santé d'Île de FRANCE (ARS IDF) est particulièrement attentive à ce véritable problème de santé publique ainsi qu'au suivi des recommandations scientifiques visant à retarder l'émergence de ces bactéries sur le territoire national. Ces recommandations ont été suivies de circulaires et directives d'application que l'ARS a largement relayées. Dès le mois de mars 2011, sous l'égide du centre de coordination de lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN) Paris Nord, un groupe de travail associant experts, l'antenne régionale de lutte contre les Infections nosocomiales (ARLIN) et ARS a proposé une maquette visant à aider les établissements de santé à rédiger un plan local de maîtrise d'une épidémie liée à des bactéries multirésistantes émergentes comme demandé dans le plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins et, dans la circulaire du 6 décembre 2010¹.

Cependant la survenue de plusieurs épisodes de cas groupés de colonisation avec positivité des cas secondaires pendant l'été 2011 a entraîné des impacts sur l'offre de soins de réanimation déjà fragilisé en cette période estivale et a démontré que les recommandations de maîtrise n'étaient pas assez connues des

professionnels de santé.

Par conséquent, sous l'égide du directeur général de l'ARS en étroite association avec le CCLINPN, une réunion régionale a présenté à près de 500 réanimateurs, hygiénistes et microbiologistes et directeurs d'établissements franciliens, la situation épidémiologique des entérobactéries productrices de carbapénèmases (EPC) sur le territoire national et tout particulièrement dans notre région : 35% du nombre de cas de colonisation ou infections à ces EPC en 2011 sont retrouvés dans les hôpitaux de l'Assistance publique de Paris. Outre le rappel des mesures de prise en charge (isolement et détection) et de signalement des patients susceptibles d'être porteurs ou infectés, il était rappelé aux établissements la nécessité d'inscrire les carbapénèmes sur une liste d'antibiotiques à dispensation contrôlée et de disposer d'un plan local de maîtrise. En effet, une enquête menée en septembre 2011, avait permis de constater que seulement 25% des établissements en disposaient.

Cette réunion régionale a par la suite été déclinée dans chacun des 8 départements de la région y associant également les services d'aval de la réanimation mais également les services de soins de suite et des établissements pour personnes âgées dépendantes. De la même façon, la situation épidémiologique locale était présentée par l'ARLIN et une ou deux équipes d'hygiène hospitalière d'établissements du département, présentaient son expérience en matière de lutte contre les EPC et de rédaction d'un plan de maîtrise. Ces réunions suivies de relances régulières des autorités sanitaires départementales a permis en mars 2012 de disposer de 48% des établissements avec plan local de maîtrise.

La prise en charge de blessés de guerre libyens ayant transité par des hôpitaux tunisiens poly-infectés, en Île de FRANCE début 2012 a mis en évidence s'il en avait eu besoin, la nécessité de disposer d'un plan régional de maîtrise d'épidémies locorégionales à BHR.

Les contraintes imposées par les mesures de maîtrise de telles bactéries ne peuvent toujours être supportées par l'ensemble des établissements de santé tant du point de vue organisationnel que du point de vue des ressources humaines nécessaires et du point de vue financier. Il s'agit d'identifier des établissements susceptibles au travers d'un cahier des charges précis de pouvoir accueillir de tels patients tant au niveau des soins aigus que des soins de suite en insistant sur le fait que ces filières pré-identifiées ne doivent pas se transformer en « lazarets » ni constituer pour les patients qui y seraient pris en charge, une perte de chance dans leur parcours de soins.

Ces actions rentrent complètement dans les objectifs stratégiques tels que définis dans le plan stratégique 2011-2016 de l'Agence Régionale d'Île de FRANCE, de garantir à chaque francilien un parcours de santé lisible, accessible et sécurisé. Ainsi la protection de la population impose une vigilance renforcée face aux risques sanitaires. La vigilance concerne ici la nécessaire prévention des infections liées aux soins mais aussi la garantie de la réactivité de l'offre de soins en terme quantitatifs et qualitatifs.

¹Circulaire interministérielle N°DGS/DHOS/DGAS/2009/264 du 19 août 2009 relative à la mise en œuvre du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins.
Circulaire DGS/RI/DGOS du 6 décembre 2010 relative à la mise œuvre des mesures de contrôles des cas importés d'entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC)

SP2 - Communications libres 1

DISPOSITIF INVASIF

CL-01

SURVEILLANCE DE LA DENSITE D'INCIDENCE DES BACTERIEMIES LIEES AUX CATHETERS VEINEUX CENTRAUX DANS UN SERVICE D'ONCO-HEMATOLOGIE

NEULIER C., MOGENOT E., GHINAMO-LEROY P., PETITJEAN G., PANGON B., ROUSSELOT P., MERRER J.

Centre hospitalier de Versailles, Le Chesnay, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La surveillance des bactériémies liées aux cathéters veineux centraux (BL-CVC) est courante en réanimation et les modalités en sont bien codifiées, avec recueil de la densité d'incidence (DI), car la durée du cathétérisme est un facteur de risque important. Pour les services d'onco-hématologie, il est, au mieux, proposé une incidence des infections, le nombre de journées de cathétérisme étant difficile à recueillir car la durée du cathétérisme est souvent très longue. Nous proposons une méthode de recueil des données permettant de produire une DI des BL-CVC chez ces patients particuliers.

RÉSULTATS

Les résultats des 21 premiers mois de surveillance sont résumés ci-dessous (données censurées au 30/09/2011) :

Echéance (fin de mois)	CVC (n)	Bactériémie (n)	BL-CVC (n)	Jour-CVC (n)	Médiane (jours) 25 ^{ème} et 75 ^{ème} percentiles	DI/1000 j-CVC
Juin 2010	40	17	2	1888	35 (20 – 73)	1.06
Sept 2010	64	27	7	3821	51 (19 – 93)	1.83
Dec 2010	97	39	14	6156	51 (16 – 94)	2.27
Mars 2011	134	53	22	8972	58 (18 – 101)	2.45
Juin 2011	171	67	28	12002	55 (18 – 104)	2.33
Sept 2011	211	81	37	13412	48 (20 – 110)	2.76

CONCLUSION

Cette méthode permet de restituer régulièrement au service d'onco-hématologie une DI des BL-CVC. En routine, une analyse trimestrielle des données est suffisante, mais une

MATÉRIEL ET MÉTHODES

A partir de janvier 2010, pour chaque CVC posé en hématologie, une fiche comportant l'identification du patient et la date de pose a été remplie. Les CVC étaient mis en culture lors de l'ablation. Les données ont été saisies dans un fichier Excel, l'unité d'analyse étant le CVC. Les hémocultures positives et les mises en culture de cathéters centraux ont été recueillies hebdomadairement, et comparées au fichier des poses de CVC. Une hémoculture périphérique positive définissait la bactériémie. L'analyse du dossier patient permettait de déterminer s'il existait une BL-CVC (définitions CTINILS 2007), et si le cathéter avait été retiré ou non. Un CVC laissé en place avec une BL-CVC était considéré comme un nouveau CVC à partir de la bactériémie. En cas de durée de cathétérisme > 100 jours, une vérification de la présence du CVC était effectuée. Pour le calcul d'une DI, les données étaient censurées un jour donné, comme si tous les cathéters avaient été retirés. Cette opération était répétée tous les 3 mois, à la fin de chaque mois, à partir de Juin 2010.

analyse plus rapprochée peut aisément être effectuée en cas de problème ressenti par le service ou avéré par la surveillance. Une analyse par période est également réalisable.

CL-02

IMPACT DE LA SURVEILLANCE DES INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS SUR L'INCIDENCE DES PNEUMOPATHIES ACQUISES SOUS VENTILATION MECANIQUE EN REANIMATION : UNE ETUDE QUASI-EXPERIMENTALE

BÉNET T., ALLAOUCHICHE B., ARGAUD L., VANHEMS P.
Hôpital Edouard Herriot, Lyon, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'impact préventif de la surveillance des infections associées aux soins (IAS) est difficile à évaluer. L'objectif de l'étude était d'évaluer l'effet de l'arrêt de la surveillance IAS sur l'incidence des pneumopathies acquises sous ventilation mécanique (PAVM) en réanimation.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une étude quasi-expérimentale avec groupe intervention et groupe contrôle a été mise en place entre le 01/01/2004 et le 31/12/2010 dans 2 unités de réanimation d'un hôpital universitaire qui participent au réseau REA-RAISIN. Dans l'unité A (groupe intervention), la surveillance a été interrompue pendant l'année 2007. Dans l'unité B (groupe contrôle), la surveillance a été continue sur la période de l'étude. La période 1 incluait les patients hospitalisés pendant la période 2004-2006, la période 2 incluait les patients hospitalisés pendant la période 2008-2010. Tous les patients hospitalisés ≥ 48 heures, intubés durant leur séjour ont été inclus. Les PAVM étaient définies selon les critères du réseau REA-RAISIN. Une régression de Poisson multivariée a été réalisée pour évaluer l'effet de l'arrêt de la surveillance indépendamment de la tendance d'incidence et des facteurs de confusion potentiels liés aux patients.

RÉSULTATS

Au total, 2 771 patients (19 848 jours d'intubation à risque) ont été inclus, 307 ont présenté une PAVM. Le taux d'attaque des PAVM /100 patients intubés a augmenté dans l'unité A de 7,8% durant la période 1 à 17,1% durant la période 2 ($p < 0,001$), le taux d'attaque dans l'unité B a été de 7,2% et 11,2% pour les deux périodes respectivement ($p = 0,17$). L'incidence ajustée des PAVM a augmenté dans l'unité A après l'arrêt de la surveillance (ratio d'incidence ajusté = 2,17, intervalle de confiance à 95% : 1,05-4,47, $p = 0,036$), l'incidence ajustée n'a pas changé dans l'unité B (ratio d'incidence ajusté = 1,36, intervalle de confiance à 95% : 0,72-2,56, $p = 0,35$). La mortalité toutes causes et la durée de séjour ont augmenté (respectivement $p = 0,028$ et $p = 0,038$) dans l'unité A entre la période 1 et période 2; aucun changement dans la mortalité et la durée du séjour n'a été observée dans l'unité B.

CONCLUSION

En conclusion, une augmentation de l'incidence de PAVM a été observée après interruption de la surveillance en soins intensifs ce qui suggère un effet spécifique de la surveillance sur la prévention des PAVM.

CL-03

LOST IN TRANSLATION : LES CATHETERS VEINEUX CENTRAUX DE COURTE DUREE HORS REANIMATION

JOLIVET S., BENDJELLOUL G., LOLOMI., BELORGEYS., DUMORTIER C., LUCET J.C.
Hôpital BICHAU - CLAUDE-BERNARD, Paris, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les nombreuses études sur les CVC en réanimation ont permis de limiter les infections liées à ces cathéters (ILC). Hors réanimation, peu d'actions ont été menées sur les CVC de courte durée en raison de la multiplicité des acteurs, des lieux et des circuits. De plus, la culture de la prévention y est peu présente, bien que les ILC soient fréquentes. Ainsi, 58% des bactériémies sur CVC dans notre hôpital (hors CCI) surviennent hors réanimation. Un audit des pratiques a donc été réalisé.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Identification quotidienne des patients porteurs de CVC à émergence cutanée (sortie de réanimation avec CVC, pose en SSPI ou bloc opératoire, hors CCI et cathéter de Canaud); suivi tous les 2-3 j. durant 3 mois (12/10 à 02/11) des patients hors réanimation jusqu'à l'ablation, dans un CHU de 950 lits sans hématologie ni unité de nutrition parentérale prolongée. En parallèle, évaluation des pratiques de soins par questionnaires d'auto-évaluation (un par IDE) et par audit externe : évaluation du pansement (Pst), des rampes et de la traçabilité.

RÉSULTATS

65 CVC pour 59 patients ont été inclus, dans les principaux services suivants : Ch. cardiaque ($n = 17$, 29%), Ch. digestive ($n = 14$, 24%) et Maladies infectieuses ($n = 8$, 14%). L'identification des CVC concernés hors réanimation a été difficile : seulement 29% des CVC ont été codés via la CCAM (19/64). La pose était justifiée dans tous les cas, l'indication étant un abord veineux impossible ($n = 25$, 39%), un traitement antibiotique prolongé ($n = 17$, 26%), une nutrition parentérale ($n = 12$, 18%). La durée médiane de maintien était de 13 j. (intervalle 2-52 j., 952 j. CVC). A l'ablation, 4/57 (7%) CVC étaient colonisés, il y a eu 2 ILC non bactériémiques (2, 1/1000 j. CVC). Sur la même période, 328 observations ont été réalisées.

Le maintien du CVC était justifié dans 97% des cas (318/328). Le Pst était considéré «conforme» (Pst semi-perméable, adhérent, non souillé, 1er raccord collé sur la peau) dans 13% (38/285) des cas, et les rampes «conformes» (système clos, absence de valves et rampes fixées) dans 86% (274/317) des cas. La traçabilité de la réfection était écrite sur le Pst et dans le dossier de soin dans 42% (138/328) des cas. La surveillance du point de ponction est retrouvée dans 25% (81/328) des cas. Sur 53 questionnaires, la préparation cutanée en 4 temps lors du changement de Pst était dite effectuée dans 48% des cas.

CONCLUSION

Le taux d'ILC était standard. L'audit a montré des défauts dans les pratiques de soins. Des actions ciblées dans les services les plus concernés ont été mises en place.

CL-04

RETOUR D'EXPÉRIENCE DE CAS GROUPÉS D'INFECTIONS À *PSEUDOMONAS AERUGINOSA* APRÈS CHOLANGIOPANCRÉATOGRAPHIE RÉTROGRADE PAR VOIE ENDOSCOPIQUE (CPRE)

GUEROULT G., BROCHART J.
CHU AMIENS, Amiens, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Au CHU, tout endoscope subit un contrôle microbiologique annuel après désinfection. Ce matériel n'est remis en circulation que si le résultat est conforme. En 2010, un audit a montré que la prise en charge des endoscopes en centrales de désinfection (CDE) est conforme. Néanmoins, le CHU a été confronté en juillet 2011 à 4 cas groupés de bactériémies à *Pseudomonas aeruginosa* survenues moins de 48 heures après une CPRE réalisée avec le duodénolescope K16, un Olympus TJF 145. Un 2^{ème} appareil identique le K15, était aussi impliqué dans cet épisode.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous avons défini les cas, réalisé des investigations épidémiologiques et bactériologiques pour retrouver la source de la contamination. Nous avons recherché les cas secondaires et les contacts, les patients ayant bénéficié d'une CPRE avec K15 ou K16 depuis leur dernier résultat conforme. Face à 1 coinfecté VIH/VHC parmi les cas, les patients à risque de transfert de contamination par *Pseudomonas aeruginosa* et/ou VHC ont été rappelés et dépistés. Un quick-audit a été réalisé en CDE. Les décisions pour la gestion de l'épisode ont été prises en réunion de cellule de crise. Enfin, nous avons mené une étude moléculaire des souches disponibles, et comparé nos données à la littérature.

RÉSULTATS

Au total, 22 cas d'infections ont été dénombrés : 7 cas certains, 10 cas probables et 5 cas possibles. Parmi les 38 contacts rappelés, 28 ont eu un dépistage rectal. Onze étaient porteurs d'un *Pseudomonas aeruginosa* dont 4 confirmés en biologie moléculaire identiques à la souche des endoscopes et tous étaient VHC-.

Des études moléculaires réalisées par ERIC-PCR au CHU et par électrophorèse en champ pulsé au CNR de Besançon montrent une identité entre les souches cliniques, des endoscopes et de dépistage, y compris sur des souches phénotypiquement différentes.

Le quick-audit et l'audit externe n'ont pas révélé de manquement à la procédure de traitement des endoscopes en CDE.

CONCLUSION

La CPRE, geste à haut risque infectieux, a dans cet épisode été réalisée avec un duodénolescope muni d'embout distal non démontable. Son usage nécessite une qualité optimale de désinfection. C'est le cas dans notre établissement. Face à un tel épisode de cas groupés d'infections post-CPRE, quelle solution optimale, hormis une intervention multimodale, pour annihiler le risque de transfert de contamination associé à la CPRE ?

Notre démarche d'analyse de causes nous a conduits à changer de modèle de matériel.

CL-05

RETOUR D'EXPÉRIENCE DE CAS GROUPÉS D'INFECTIONS À *PSEUDOMONAS AERUGINOSA* APRÈS CHOLANGIOPANCRÉATOGRAPHIE RÉTROGRADE PAR VOIE ENDOSCOPIQUE (CPRE)

BEKAERT F.⁽¹⁾, VERJAT-TRANNOY D.⁽¹⁾, THILLARD D.⁽²⁾, LANDRIU D.⁽¹⁾, POUR LE GREPHH-⁽³⁾

⁽¹⁾ Cclin Paris-Nord, Paris, FRANCE ; ⁽²⁾ ARLIN HAUTE-NORMANDIE, Rouen, FRANCE ; ⁽³⁾ INTER-CCLIN, Bordeaux, Lyon, Nancy, Paris, Rennes, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Lors de l'audit national CVP 2009-2010, les poses et les manipulations de cathéter ont principalement été évaluées chez les infirmières (IDE) (86 % et 90% des actes évalués) du fait d'une pratique plus fréquente pour ce personnel. Toutefois, l'audit concernait plusieurs professionnels dont les IDE spécialisées, les médecins, les sages-femmes et les manipulateurs en radiologie. Une analyse complémentaire nous a paru intéressante pour identifier des axes d'amélioration ciblés par profession.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'étude a porté sur les actes réalisés dans les 920 établissements ayant participé à l'audit national. Les critères de qualité (CQ) suivants ont été évalués (SFHH/HAS 2007) : déterision chez l'adulte, utilisation d'un antiseptique (ATS) alcoolique chez l'adulte, désinfection des mains et port de gants juste avant insertion du cathéter, élimination du mandrin dans un collecteur immédiatement après la pose et désinfection du site d'injection avec une compresse stérile et un ATS alcoolique ou de l'alcool à 70°. Les pourcentages de respect des CQ ont été calculés par profession et comparés à la moyenne toutes professions confondues. De plus, les résultats des étudiants ont été comparés à ceux des professionnels.

RÉSULTATS

Les IDE (69322 actes) ont des résultats significativement meilleurs que la moyenne sur l'ensemble des CQ sauf pour l'ATS alcoolique. Chez les manipulateurs en radiologie (4100 actes dont 88% en imagerie/radiologie), les résultats sont significativement plus élevés que la moyenne pour 3 des CQ (utilisation des ATS alcooliques, port de gant et élimination du mandrin), plus faibles pour les autres CQ. Quant aux médecins (3015 actes dont 3/4 au bloc opératoire), IDE spécialisées (7057 actes dont 2/3 au bloc opératoire) et sages-femmes (3599 actes dont 95% en gynécologie / maternité / obstétrique) le seul point positif est l'utilisation d'ATS alcoolique (significativement supérieure à la moyenne pour les IDE spécialisées), les autres CQ étant significativement moins appliqués que la moyenne.

Globalement, les CQ sont mieux respectés par les étudiants (5558 actes) que par les professionnels (75088 actes), excepté l'utilisation des ATS alcooliques ($p < 0,01$).

CONCLUSION

Au vu de ces résultats, une démarche de sensibilisation est à mener prioritairement auprès des médecins et IDE spécialisées, notamment au bloc opératoire, ainsi qu'auprès des sages-femmes. Les axes d'amélioration pour ces professionnels concernent en particulier la déterision et la désinfection des mains juste avant insertion.

CL-06

SURVEILLANCE DES COMPLICATIONS ASSOCIÉES AUX PICCS CHEZ L'ADULTE

LEROYER C., LASHERASA., COSTEF., FERAY I., BOYER F., NUNES J., SEGOT-CHICQ S., BARD F., LE BRAS Y., ROGUES A.M.

CHU de BORDEAUX, Bordeaux, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les cathéters centraux insérés par voie périphérique sont utilisés dans notre établissement depuis 2010. L'objectif de notre travail était d'évaluer la survenue de complications liées à l'utilisation des PICCs après l'introduction de la technique de pose de ce matériel chez l'adulte dans le cadre d'une démarche d'amélioration des pratiques.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

La constitution d'un groupe de travail multidisciplinaire a permis d'initier une étude prospective incluant tout patient bénéficiant de la pose d'un cathéter dans un bloc d'Imagerie Interventionnelle. Les fiches d'inclusion des patients étaient remplies au bloc d'Imagerie lors de la pose et concernaient des données sur la date, l'indication et les conditions de pose. Une fiche patient était renseignée lors du retrait du cathéter dans les services cliniques avec un recueil de données relatives au suivi et au motif du retrait du PICC.

RÉSULTATS

Au total, 267 PICC ont été suivis chez 222 patients. L'ensemble des PICCs ont été posés en condition d'asepsie chirurgicale. L'indication de pose était notamment un traitement anti-infectieux par voie systémique dans 67 % des cas, une nutrition parentérale dans 13 % des cas et une chimiothérapie pour 9 %. La durée médiane de maintien du PICC était de 17 jours (min-max=1-140). Les complications principales en cours d'utilisation du cathéter étaient l'apparition d'un point de ponction inflammatoire (n=41), une obstruction du cathéter (n=43) mais aussi la présence d'un hématome, d'un œdème ou de points de suture arrachés (n=32). Les cathéters étaient retirés pour : fin de traitement pour 68 % d'entre eux (délai médian de survenue=19j), obstruction du cathéter pour 8 % (délai médian de survenue=20j), cathéter arraché pour 7 % (délai médian de survenue=10j), thrombose veineuse pour 3 % (délai médian de survenue=9j) et 10% des PICCs étaient retirés pour complication infectieuse (délai médian de survenue=24j). Au total, 7 bactériémies et 3 infections locales ont été diagnostiquées. Ainsi, le taux de bactériémies liées au PICC était de 1,5 pour 1000 jours-cathéter et le taux d'infections locales de 0,6 pour 1000 jours-cathéter.

CONCLUSION

Les taux de complications que nous avons observés après l'introduction du matériel sont similaires à ce qui a pu être publié dans la littérature (Vidal, 2008) mais restent élevés. Ces résultats vont permettre d'adapter localement les recommandations vis-à-vis des indications et de la durée de maintien préconisée pour l'utilisation de ce type de cathéter qui représente une alternative aux voies d'abord central conventionnelles.

SP3 - Communications libres 2

INFECTIONS DU SITE OPÉRATOIRE

CL-07

L'ANTIBIOPROPHYLAXIE CHIRURGICALE ENTRE NORMES ET REALITES : RESULTAT D'UN AUDIT REALISE DANS UN CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

ATIF M.L., AZOUAOU A., BOUADDA N., BOUBECHOU N., BEZZAOUCHA A., SI-AHMED E.M.
CHU de Blida, Blida, ALGÉRIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'efficacité de l'antibioprophylaxie chirurgicale dans la prévention des infections du site opératoire (ISO) a été maintes fois démontrée dans la littérature et fait actuellement l'objet de recommandations. L'objectif de notre étude était d'évaluer la conformité des pratiques d'antibioprophylaxie chirurgicale à ces recommandations dans un Centre Hospitalier Universitaire (CHU).

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les données sur la prescription d'antibiotiques ont été intégrées au système de surveillance des ISO réalisé dans deux services de chirurgie du CHU durant deux années consécutives (2007 et 2008). L'audit portait sur le moment de prescription, la durée de prescription et les antibiotiques prescrits. Les résultats étaient comparés aux référentiels de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation.

RÉSULTATS

Au total, 864 interventions chirurgicales nécessitaient une antibioprophylaxie (classe de contamination d'Alte-meier propre ou propre contaminé). L'antibioprophylaxie a été prescrite dans 94,5% des cas ; la voie intraveineuse a été utilisée dans 98,8% des cas ; la dose de charge était double de la dose unitaire dans 52,9% des cas ; le délai d'injection était < 1h30 avant l'incision dans 78,4% ; la monoantibioprophylaxie était utilisée dans 87,9% des cas. La durée de l'antibioprophylaxie dépassait les 48 heures dans 92,2% des prescriptions avec une durée médiane de 10 jours. L'ampicilline était l'antibiotique le plus fréquemment prescrit (77,7% des cas), suivi de l'oxacilline (16,1%) et du métronidazole (7,1%). L'antibioprophylaxie

prescrite dans le CHU n'était pas conforme aux recommandations dans 91% des cas.

CONCLUSION

Les résultats de cet audit ont mis en évidence un grand écart entre les habitudes de prescription de l'antibioprophylaxie chirurgicale dans ce CHU et les recommandations. Une action d'information des médecins sur l'importance du respect des règles de prescription devient impérative.

CL-08

PREPARATION CUTANEE ET PREVENTION DES ISO. RETOUR SUR L'OBSERVATION DES PRATIQUES REALISEE EN 2011

VAN DER MEE-MARQUET N.

Pour le Groupe Régional, RHC, région Centre, CHU, Tours, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Contexte

Le suivi annuel des bactériémies pour les établissements de santé de la région montrant une augmentation en incidence des bactériémies nosocomiales staphylococciques asso-ciées aux DIV et à un site opératoire, un audit régional de la préparation cutanée précédant un geste invasif a été organisé en 2011.

Objectif

Nous présentons les résultats de l'audit et leur analyse, pour la partie plus particulièrement dédiée à la préparation cutanée en 4 temps de la préparation de l'opéré.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'observation des pratiques a été réalisée dans 39 établissements participants avec une grille évaluant le respect des bonnes pratiques et le niveau de compréhension de l'importance de chacune des phases de la préparation cutanée. 920 observations ont été faites : 249 préparations cutanées chez l'opéré, 223 avant pose d'une sonde urinaire, 336 avant pose d'un DIV, 56 avant ponction sur CCI et 56 avant ponction veineuse pour hémoculture.

RÉSULTATS

La préparation cutanée de l'opéré a été conforme dans 59 % des cas. La déterision était conforme dans 65 % des cas. Les non conformités étaient la non-réalisation (22 % des cas), l'utilisation d'eau de qualité insuffisante (12 %) ou de compresses non stériles (8 %). La phase d'antisepsie a été conforme dans 90 % des cas, les non conformités étant liées au non-respect du séchage spontané. Le respect du séchage a été significativement meilleur (85 %) avec l'utilisation d'un antiseptique alcoolique, comparé à un antiseptique non alcoolique (64 %, $p < .001$). Dans 9 cas (4 %), le délai entre déterision et antisepsie, et/ou entre cette phase et incision a été $> 1/2$ h.

CONCLUSION

Analyse

Les pratiques peuvent être améliorées, par l'utilisation de matériels adéquats et surtout par une meilleure compréhension des enjeux de la préparation cutanée. L'importance de la déterision doit être réaffirmée. Mieux réalisée avant la pose d'une sonde urinaire, la déterision chez l'opéré est perçue comme un nettoyage classique, non essentiel sur peau visuellement propre. L'objectif d'obtenir un état cutané permettant l'action de l'antiseptique n'est pas compris. Pour l'antisepsie, la nécessité impérative du temps d'action n'est pas perçue et la connaissance de ce temps est inconstante. L'intérêt des produits alcooliques est montré. Pour les chirurgies le permettant, l'abandon des produits non alcooliques permet un respect accru du séchage spontané.

Conclusion

Nos résultats sont des éléments d'intérêt pour les formations futures relatives à la problématique de la préparation cutanée précédant un geste invasif.

30% des interventions ne sont pas surveillées après la sortie et seules 50% sont suivies 30 jours après l'intervention (plus de 30% moins de 15 jours).

Avec l'objectif à terme d'améliorer le suivi post-hospitalisation, une étude a donc été menée pour décrire les pratiques des services de chirurgie en termes de procédé de suivi post-hospitalisation (PSPH), pour comparer les taux d'incidence selon l'existence ou non d'un procédé de suivi et proposer des recommandations.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les services de chirurgie inscrits à la surveillance nationale des ISO en 2010 ont renseigné un questionnaire en ligne pour préciser l'existence ou non d'un PSPH défini comme «un recueil systématique, grâce à une organisation spécifique au niveau du service de chirurgie, de la présence ou non d'une ISO après la sortie du patient de l'établissement de santé» et le type de procédé utilisé (questionnaire spécifique, consultation post-hospitalisation, relance téléphonique, système d'information). Les fréquences des différents PSPH ont été calculées et les incidences comparées en fonction de l'existence et du type de PSPH.

RÉSULTATS

1152 services de 371 ES ont participé (48% des inscrits). 85% des services déclarent mettre en place un PSPH et parmi eux 36% ont un procédé écrit.

Les principaux procédés utilisés :

consultation (84%), système d'information hospitalier (SIH) (33%), relance téléphonique (7%) et questionnaire (6%).

43% des services ont 1 seul PSPH ; 40%, 2 ; 16%, 3 et 2%, 4. L'existence d'un PSPH et le nombre de procédés employés différaient de façon significative selon le type d'ES ($p < 10^{-3}$).

L'incidence était différente selon l'existence d'un PSPH (1% ; IC : [0,95-1,06]) ou non (0,8 ; IC : [0,68-0,92]) et selon le type de PSPH ($p < 0,05$) : 1,7% si relance téléphonique ; 1% si consultation ou questionnaire et 1,1% si SIH.

Elle variait de 0,8% si 1 seul PSPH à 1,7% si 4 PSPH ($p < 0,05$).

CONCLUSION

Si 85% des services déclarent avoir mis en place un procédé de suivi, les pratiques sont variées. L'incidence augmente avec l'existence et le nombre de PSPH utilisés et semble différente selon le type de procédé.

Dans le cadre d'une réflexion menée au niveau européen, des recommandations restent donc à définir avec les sociétés savantes pour améliorer la qualité du suivi et optimiser les données du réseau ISO-RAISIN.

CL-09

LE SUIVI DES INFECTIONS DU SITE OPÉRATOIRE EN POST-HOSPITALISATION EN 2010 DANS LE RESEAU ISO-RAISIN

TAVENARD A., PERENNEC-OLIVIER M., JOUVE A., JARNO P.

CHU Rennes, Rennes, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Avec la réduction de la durée de séjour post-opératoire, la proportion d'infections de site opératoire (ISO) diagnostiquées après la sortie n'a cessé de croître et est estimée entre 50% (ISO-RAISIN 2009) et 70% [McNeish 2007]. Pourtant, plus de

CL-10

INCIDENCE ET FACTEURS DE RISQUE DES ÉVÉNEMENTS INDESIRABLES GRAVES IDENTIFIÉS EN MILIEU CHIRURGICAL

BOUAFIA N.⁽¹⁾, MAHJOUR M.⁽¹⁾, MANSOURI A.⁽¹⁾, BANNOUR W.⁽¹⁾, HELALI R.⁽¹⁾, ASTAGNEAU P.⁽¹⁾, NJAH M.⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU Farhat Hached, Sousse, TUNISIE ; ⁽²⁾ CCLIN Paris Nord, Paris, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

De nombreuses études montrent que les événements indésirables graves liés aux soins sont de plus en plus fréquents en milieu chirurgical. En effet, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, au moins sept millions d'opérés souffrent de complications chirurgicales chaque année dont un million décèdent pendant ou juste après l'intervention. Devant l'ampleur de ce problème et dans une démarche globale de gestion des risques dans notre hôpital, nous avons mené notre étude afin d'estimer l'incidence des événements indésirables graves en milieu chirurgical, déterminer leurs conséquences et surtout identifier leurs facteurs de risque afin de proposer les mesures adéquates pour leur prévention.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude prospective d'incidence durant 1 mois, menée en 2009 dans trois services chirurgicaux de l'hôpital. Un questionnaire pré testée a été rempli à chaque passage dans les services auprès de tous les patients qui ont été hospitalisés. Tous les événements indésirables graves suspectés ont été validés par médecin expert externe à l'étude. Les facteurs de risque ont été identifiés et analysés par régression logistique descendante.

RÉSULTATS

439 patients ont été hospitalisés dans les services inclus à l'étude dont 39 avaient présenté au moins un événement indésirable grave soit une incidence de 8.9% (versus 11.3% dans l'ensemble de l'hôpital). Les complications infectieuses étaient les plus fréquentes (53.8%) dont 66.7% étaient des infections du site opératoire.

Ces événements indésirables graves étaient à l'origine d'une prolongation de la durée de séjour d'au moins un jour dans 74.4% et d'une mise en jeu du pronostic vital dans 15.4% des cas. Un seul cas de décès a été enregistré.

L'analyse multivariée a montré que seuls les facteurs : admission pendant la garde, hospitalisation dans les 6 derniers mois, durée d'intervention chirurgicale longue et présence d'au moins 2 dispositifs médicaux étaient des facteurs de risque d'événements indésirables graves.

CONCLUSION

La stratégie de gestion des risques à l'hôpital doit orienter ses efforts vers la lutte contre les infections associées aux soins. Par ailleurs, l'existence de soins invasifs lourds (chirurgie dont la durée opératoire est prolongée), dans des circonstances d'hospitalisation particulières (garde) sont des facteurs de risque d'événements indésirables graves potentiellement évitables. Ces facteurs devraient être pris en compte pour améliorer la prise en charge et la prévention des risques liés aux soins en milieu chirurgical.

CL-11

QUELS FACTEURS PREDISSENT ILS LA REUSSITE D'UNE SURVEILLANCE ISO ?

GIRARD R., REAT C., GARDES S., MAURANNE C.C., DE SANTIS N., CHOMAT JABOULAYS.
HCL, Pierre Benite Cedex, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Identifier, dans les surveillances ISO mises en place dans l'établissement, les éléments de méthode et le contexte ayant permis que celles-ci soient efficaces (permette de décider ou d'évaluer des interventions préventives) et pérennes.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Analyse exhaustive des surveillances ISO de l'établissement, actives ou ayant cessé depuis au maximum 5 ans, sur la base de critères pré-établis d'efficacité, d'éléments favorisant et de handicaps.

Critères d'efficacité :

capacité à identifier rapidement une augmentation des cas (non, oui, partiellement), existence d'interventions préventives associées (non, oui), organisation pérenne d'un retour d'information aux professionnels (non, oui, partiellement) et stabilité de la surveillance au-delà de 2 ans (non, oui), permettant le calcul d'un score de 0 à 6.

Éléments favorisants :

demande venant du chef de service (non, oui, autre responsable délégué), rôle actif des chirurgiens dans le recueil (non, oui), rôle actif de l'équipe d'hospitalisation dans le recueil (non, oui), participation aux réunions de retour (non, oui, partiellement), existence de données comparables à l'activité suivie disponibles soit dans un réseau soit dans la littérature (non, oui, partiellement), gravité des infections pour le pronostic du patient (faible, moyenne, élevée), permettant le calcul d'un score de 0 à 10.

Handicaps :

charge de travail pour le service de chirurgie (faible, moyenne, élevée), charge de travail pour l'unité d'hygiène et épidémiologie (faible, moyenne, élevée), fréquence des ISO (<5%, ≥5%) permettant le calcul d'un score de 0 à 5. L'analyse a été faite avec SPSS. Des tests non paramétriques ont été utilisés en raison du faible effectif.

RÉSULTATS

Onze programmes de surveillance des ISO, ayant duré de 1 à 22 ans, conduits avec des équipes et dans des spécialités différentes ont été inclus. La moyenne des scores d'efficacité des surveillances a été de 4,0/6. Elle était significativement plus élevée, en lien avec le score des éléments favorisant (p=0,030) et moins élevée avec le score des handicaps (p=0,065). Le critère qui est apparu le plus lié à la réussite de la surveillance était l'existence de données de comparaison utilisables (RSIN en réseau ou littérature incluant des facteurs de confusion et incluant les actes les plus utiles à suivre pour le service) pour juger de la qualité de la prévention.

CONCLUSION

La réussite d'une surveillance est multifactorielle, mais l'existence de données de comparaison standardisées (apportées par exemple par un réseau) apparaît comme un élément essentiel à prendre en compte dans un nouveau projet.

CL-12**LE CARNET SANITAIRE DU BLOC OPERATOIRE : UN OUTIL DE GESTION DES RISQUES**

LOUKILI N., CAUCHY L., LAZZARI B., BERNERON C., LESTREZ C., LECHAT A., GRANDBASTIEN B., GUERY B. CHRU de Lille, Lille, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les blocs opératoires (BO) sont des plateaux techniques conçus et équipés pour prendre en charge les patients opérés dans des conditions de qualité et de sécurité sanitaire satisfaisantes, notamment pour le risque infectieux. Dans les faits, connaissez-vous la qualité de l'air de vos salles d'intervention? la qualité de l'eau est-elle conforme? Quand vos fluides médicaux ont-ils été contrôlés la dernière fois? les circuits de votre bloc sont-ils toujours conformes? L'objectif de ce travail est de présenter un outil permettant de s'assurer que l'exigence de sécurité sanitaire liée à l'environnement et à la logistique dans les BO est respectée, maîtrisée et partagée par toutes les équipes.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'élaboration du CS s'est déroulée en 4 étapes en utilisant les diagrammes d'Ischikawa, de Gantt et l'échelle de lickert adaptée pour l'élaboration du score ICBLOC:

- identification des différents domaines environnementaux et logistiques ayant un impact sur le risque infectieux mais également sur d'autres risques patients
- identification des différents experts de ces domaines pour l'élaboration des exigences et des engagements de résultats
- élaboration de plan d'évaluation périodique pour chaque domaine
- élaboration d'un score de sécurité sanitaire pour le bloc opératoire : ICBLOC basé sur le niveau de réalisation des engagements pris par chaque expert.
- L'EOH s'est engagée à présenter les résultats des évaluations dans au moins un conseil du bloc opératoire et à une réunion du CLIN.

RÉSULTATS

Six domaines pouvant être à l'origine d'un risque infectieux ou impacter la sécurité sanitaire du patient ont été identifiés : air, eau, fluides médicaux, circuits (patients, soignants, matériels), sécurité incendie, EOH et services biomédicaux. Tous les domaines ont été vérifiés par les experts concernés et validés par leurs directions. L'indicateur ICBLOC était de 71%.

CONCLUSION

Le CS du BO est un outil consensuel, sous forme d'engagements de résultats, autour des éléments fondamentaux de la sécurité sanitaire de l'environnement du patient. Son élaboration a permis de renforcer la collaboration entre les équipes chirurgicales et les autres services supports avec une interface assurée par l'EOH pour sa mise en place. Le bilan annuel a mis en évidence des points d'amélioration majeurs et a permis de fixer de nouveaux objectifs. Sa mise à jour au moins annuelle pour les actions de terrain et périodique pour les aspects relatifs à la réglementation, aux normes et recommandations ciblant les blocs opératoires, fait du CS un outil d'amélioration continue de la qualité dans les établissements de santé.

SP4 - Session SPILF

CP-04

ALLIANCE CONTRE LES BMR (ACdeBMR): SAUVONS LES ANTIBIOTIQUES !

*JEAN CARLET, CLAUDE RAMBAUD, CÉLINE PULCINI,
AU NOM DE L'ALLIANCE CONTRE LE DÉVELOPPEMENT
DES BACTÉRIES MULTI-RÉSISTANTES (AC-DE-BMR)*

Les antibiotiques, qui ont sauvé tant de vies humaines, risquent de devenir inefficaces en raison d'une inquiétante augmentation de la résistance des bactéries à leur rencontre et de la raréfaction des nouveaux produits mis sur le marché. Ainsi, des échecs thérapeutiques surviennent déjà pour des infections pourtant banales, mais causées par des bactéries multi-résistantes aux antibiotiques (BMR) et vont se multiplier, avec un risque de décès. Par ailleurs certains actes vont devenir beaucoup plus périlleux (interventions chirurgicales lourdes, greffes d'organes, traitements immunosuppresseurs...).

Les antibiotiques sont des médicaments uniques, car leurs cibles (les bactéries) sont des êtres vivants, capables de s'adapter, en acquérant des mécanismes de résistance aux antibiotiques (mutations, acquisition de supports portant des gènes de résistance). **Malgré cette particularité unique en thérapie humaine, la prescription des antibiotiques reste totalement banalisée chez l'homme comme chez l'animal, et les Français restent, malgré quelques progrès timides, parmi les plus gros consommateurs d'antibiotiques en Europe.**

Il est ainsi urgent de protéger les antibiotiques (et les médicaments anti-infectieux de manière générale) de façon **volontariste**, comme on le ferait pour sauver des espèces en voie de disparition, dans l'état d'esprit d'un développement durable. Les antibiotiques sont des médicaments « à part » et doivent faire l'objet de prescriptions justifiées. Chaque prescription d'antibiotique doit être réfléchie, en mettant en balance les effets bénéfiques à court terme pour le patient (qui reste bien sûr prioritaire s'il est bien atteint d'une infection bactérienne) et les effets néfastes à court terme : manifestations d'intolérance, d'allergies inacceptables si l'antibiotique n'est pas justifié, et à moyen terme sur l'écologie bactérienne par la sélection de BMR qui seront les bactéries responsables des infections du futur, y compris pour le malade traité. **La prescription des antibiotiques est un acte**

issu d'une réflexion complexe, dont les déterminants doivent être professionnalisés. Cet objectif de prescription raisonnée ne peut être atteint que par une action conjointe et organisée entre les usagers du système de santé et les prescripteurs. D'autres actions sont à mettre en place de façon simultanée comme la promotion des vaccins qui évitent des prescriptions d'antibiotiques (grippe, rougeole, pneumonie à pneumocoque...).

L'Alliance est une action transversale, mise en place pour faire face à l'urgence de ce problème, impliquant la médecine humaine (hôpital et ville), la médecine vétérinaire, et le secteur agro-alimentaire. Elle concerne très directement les usagers actuels et futurs du système de santé, ainsi que tous les citoyens de notre pays.

ACdeBMR regroupe 350 personnes issues de tous les horizons, y compris des usagers du système de santé (Lien, Ciss, Patients for Patients Safety (OMS), Association des victimes d'infection nosocomiale-Quebec (ADVIN)). Quatre vingt médecins étrangers de grande réputation font partie du comité scientifique international. L'Alliance est soutenue par 50 sociétés savantes ou groupes professionnels, français et étrangers.

SAUVER LES ANTIBIOTIQUES ne peut passer que par une action conjointe et organisée entre les usagers du système de santé et les prescripteurs (au sens large). C'est la raison pour laquelle le rôle premier de ACdeBMR est de faire prendre conscience à tous de l'urgence et de l'importance de la problématique. L'ALLIANCE doit assurer le lobbying de la « cause » au delà du cercle des seuls initiés – et sensibiliser et convaincre les politiques et toute la population. Elle est conçue comme une action complémentaire du « plan national d'alerte sur les antibiotiques (2011-2016), et du « plan national de réduction des risques d'antibiorésistance en médecine vétérinaire ».

L'ALLIANCE PROPOSE DES ACTIONS URGENTES :

- une utilisation beaucoup plus prudente et limitée des antibiotiques, dans tous les secteurs.
- une lutte acharnée contre la transmission croisée des BMR, à l'hôpital comme en ville.
- la promotion de la recherche fondamentale et de la recherche appliquée, en santé humaine et vétérinaire.
- le développement de nouveaux antibiotiques, en particulier par la recherche de procédés de lutte contre certaines espèces bactériennes par les molécules anti adhésion.
- le développement en médecine vétérinaire d'antibiotiques

- ou de stratégies de traitement à faible impact écologique.
 - la recherche de nouveaux vaccins.
 - une utilisation beaucoup plus fréquente de tests diagnostiques, afin de ne traiter que les infections bactériennes.
 - un programme d'éducation et de formation des professionnels et des usagers.
 - La mise en place rapide des plans antibiotiques chez l'homme et l'animal, en libérant les ressources nécessaires.
- Certaines de ces mesures sont présentes dans le nouveau plan antibiotique de la DGS « plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016 » et dans le « plan national de réduction des risques d'antibiorésistance en médecine vétérinaire », mais nous proposons des actions beaucoup plus vigoureuses, à mettre en place en urgence, en particulier sur les modalités de prescription des antibiotiques.

CP-05

RENDU SEMI-AUTOMATISÉ DES CONSOMMATIONS ET RÉSISTANCES : CONCLUSIONS D'UNE ÉTUDE MENÉE PAR ANTIBIOLOR SUR L'EXISTANT DÉVELOPPEMENT D'UN NOUVEL OUTIL CONSOIRES (CCLINEST)''

SANDRINE BOUSSAT¹, BÉATRICE DEMORE², SANDRINE CLÉMENT³, CHRISTIAN RABAUD^{1,3}

¹CClin Est, Nancy - ²Réseau Antibiolor - ³Neanima, Aix en Provence

La DGS a confié au réseau ANTIBIOLOR et à l'un de ses prestataires (Mme S Clement) le soin de réaliser une étude destinée à analyser la pertinence des bases de données de consommation d'antibiotiques actuellement disponibles au niveau national. Trois sources de données de consommations d'antibiotiques existent au sein des établissements de santé : le recueil du médicament DREES, les consommations renseignées dans ICATB (cf. Bilan Standardisé des actions pour la lutte contre les infections nosocomiales) et la surveillance ATB Raisin (CClin / InVS). L'étude a permis de qualifier les bases individuellement, de les comparer deux à deux et d'identifier des établissements communs aux trois recueils pour comparer les données recueillies. Les données AFSSAPS (données des ventes d'antibiotiques transmises par les laboratoires pharmaceutiques), ont été utilisées pour comparer les ordres de grandeur de participation sur chacun des recueils.

Au total, l'analyse quantitative et qualitative des données recueillies en 2008 via ces trois systèmes, complétée par des enquêtes réalisées auprès des personnes en charge de la gestion de ces bases au niveau national mais aussi d'un panel d'établissements de santé et d'OMEDIT qui nourrissent et/ou

utilisent les résultats issus de ses bases, que dont les objectifs apparaissent clairement sont différents, démontre :

- qu'elles sont hétérogènes : les consommations DREES sont globalement supérieures à ICATB et ATB Raisin. Des pistes d'explication peuvent être avancées : les remontées de données se font au niveau du site juridique (périmètre plus large que le site physique) et les hôpitaux locaux sont exclus ; les consommations ATB Raisin sont globalement inférieures à ICATB et DREES. Les pistes d'explication peuvent provenir du fait que certains établissements ne remontent leurs données que pour un secteur ou plusieurs secteurs, dont le cumul est inférieur à l'établissement global.
- que les modalités de collecte et donc la charge de travail associée au niveau de l'établissement présentent des écarts : pour ATB Raisin, il apparaît par exemple que la charge de travail nécessaire à nourrir la base – pour un établissement - est beaucoup plus lourde que pour les autres recueils : d' 1/2 journée (si des requêtes sont développées) à 10 jours
- que l'exploitation de ces données, tant au niveau national que local, varie : par exemple, aucune utilisation interne n'est faite des données DREES et les consommations ICATB sont jugées trop agrégées pour être exploitées. Seules les données issues d'ATB Raisin sont utilisées par certains établissements comme support lors de leurs réunions (Commission antibiotiques ou CLIN). Or, Des attentes précises ont été remontées par les différents interlocuteurs : suivre des consommations d'antibiotiques et les mettre en regard des résistances est une attente récurrente - un besoin de pouvoir consolider ces données par UF, service, pôle, établissement, sous la forme de tableaux de bord, palmarès, avec des représentations visuelles, autant d'éléments exploitables pour les présentations - un besoin de pouvoir disposer de données de comparaisons / benchmark, par type d'établissement comparable et / ou par spécialité médicale comparable (ex: pneumologie, hématologie, ...). L'enjeu associé étant d'obtenir ces retours d'informations rapidement pour mener des actions concrètes pertinentes. Les rapports nationaux apparaissent « trop macro » et sont de plus trop tardifs... Enfin, le niveau de fiabilité des données recueillies, découlant des modalités de collecte et des contrôles réalisés, présente des disparités.

A l'issu de ce travail, il est apparu évident qu'il conviendrait à l'avenir d'harmoniser et de rationaliser la collecte, le traitement et l'analyse des données entre les outils ICATB et ATB Raisin, en cohérence avec le recueil DREES, pour disposer d'un outil de pilotage des consommations pertinent au niveau national et local (établissement), avec des délais de mise à disposition des retours beaucoup plus rapides. Il apparaît nécessaire de simplifier et fiabiliser l'étape de collecte par les établissements - il faut éviter au maximum la saisie de données, opération sans valeur ajoutée et très chronophage – il faut éviter les recueils multiples afin d'éviter de surcharger les établissements de santé. Au total, cette étude a conduit à préconiser le développement et l'implantation dans les établissements d'un outil de collecte automatisé et capable de nourrir des bases nationales - sans phase de saisie ou de re-saisie des données,

doté d'un système de contrôle interne afin d'éviter les valeurs aberrantes, et pouvant permettre une rétro-information locale rapide et un benchmarking pédagogique.

Antérieurement à cette étude, le réseau ANTIBIOLOR avait développé – au niveau régional – son propre outil de saisie des consommations d'antibiotique (consommation hospitalière des établissements volontaire), outil qui permettait à l'utilisateur de renseigner en ligne ces consommations (nécessité de saisir manuellement les données) et de disposer ensuite de la possibilité d'obtenir des données de benchmarking par rapport à des établissements de même taille (Dr B Demore). Conscient de l'intérêt mais aussi des limites de ce premier outil, le CClin Est (Dr S Boussat) s'est lancé – indépendamment de l'étude citée précédemment et sans en connaître alors les conclusions - sur fond propres - dans le développement d'un nouvel outil qui répondrait au cahier des charges suivants : outil web permettant de suivre et d'analyser l'évolution des consommations des antibiotiques et des résistances bactériennes au niveau de chaque unité fonctionnelle (UF) d'un établissement de santé – outil devant pouvoir se nourrir automatiquement des données disponibles dans l'établissement, sans re-saisie – outil dont le format permette qu'il puisse lui-même aussi nourrir les bases de données nationales existantes, toujours sans ressaisie – et outil qui permette à tous les acteurs de l'établissement, que ceux-ci aient une activité sectorisée (clinicien dans son service) ou transversale (pharmacien, bactériologistes, président de CLIN, commission du médicament...) de visualiser - soit en ligne - soit sous la forme de rapport automatisé - les données de l'unité fonctionnelle, du service, du secteur d'activité ou de l'établissement, sur la (les) période(s) choisie(s), rendant la finalité de la surveillance perceptible à court terme et lui donnant une vertu pédagogique par la rétro-information pertinente et instantané qu'il produit (+ benchmarking possible). Ainsi, chaque établissement produit ses données de consommation et de résistance – selon les modalités qui y sont habituelles – dans son système informatique et avec les logiciels qu'il a choisis. Afin d'alléger la charge de travail liée au nécessaire transfert de ces données dans ConsoRes, des fonctions d'importations ont été développées. Ces requêtes – définies une fois pour toute lors de l'adhésion de l'établissement au projet ConsoRes – seront conservées et pourront être activées d'un simple clic, à périodicité définie, fournissant alors l'extraction nécessaire à nourrir ConsoRes, cette extraction pouvant être « poussée » automatiquement vers l'outil ConsoRes, dès lors que l'ordinateur qui les aura produites sera connecté au réseau internet. Il est recommandé que ces importations soient réalisées tous les 3 mois, mais pour les établissements ne désirant pas importer trimestriellement, une importation annuelle est également possible. La consultation et l'analyse des consommations d'antibiotiques et des résistances bactériennes sont construites sur le même modèle. Plusieurs possibilités d'analyse sont développées :

- Connaître le détail (par familles, par molécules, par dosages, par voie d'administration) de ses consommations sur la période écoulée

- Suivre l'évolution de ses consommations (ou ses résistances) dans le temps

- Comparer ses consommations à celles d'autres établissements ou unités. Un système de filtre permet d'établir des comparaisons entre établissements de même type, de même région... ou entre UF de même type de services et/ ou de même activité [benchmarking sur données anonymisées]

- Comparer la consommation (la résistance) ou son évolution dans différents secteurs de l'établissement, et/ou sur différentes périodes

- Rapprocher l'évolution des consommations et des résistances : croiser ces données permet ainsi à une unité médicale ou un établissement d'analyser les liens possibles entre l'évolution de la consommation d'une ou plusieurs molécules et celle du taux de résistance bactérienne à ces molécules.

Chaque utilisateur reçoit automatiquement sur sa boîte mail à la fin de chaque trimestre un rapport standardisé (format pdf et power point) récapitulant les principaux résultats. Un rapport personnalisé peut être également édité en sélectionnant au fur et à mesure les différents tableaux ou graphiques construits lors de la consultation en ligne. Le format power point facilite de plus la présentation des données en réunion.

Ainsi, un des objectifs nouveaux de cet outil est de rendre accessible aux différents acteurs de l'établissement les consommations d'antibiotiques et les résistances au sein de son unité. Cet objectif est tout particulièrement orienté vers le prescripteur. L'impact d'un retour de données sur le volume de prescription de certaines molécules d'antibiotiques a été souligné dans différentes études (feedback ?). Les médecins peuvent ainsi apprécier l'évolution de celles-ci dans le temps et mesurer l'impact de mesures prises. De même, la disponibilité des données en ligne permet de comparer ses données obtenues à celles, selon les cas, des autres unités de même activité, des autres établissements, des autres régions permettant d'engager une réflexion et de définir ses futures pratiques. A ce jour, le bilan initial de la phase pilote de déploiement de ConsoRes, en Lorraine et dans quelques établissements de l'inter-région Est ; a permis de mettre en évidence une attente et un consensus sur l'intérêt de disposer d'un outil de suivi des consommations d'antibiotiques et des résistances bactériennes à l'échelon de l'établissement et des différents services.

Les anti-infectieux, et, en particulier les antibiotiques, représentent une des premières prescriptions dans les établissements de soins. C'est la classe qui a, à la fois, le plus grand nombre de prescripteurs, de prescriptions, de patients traités, de molécules ou de combinaisons possibles.

L'image des antibiotiques chez les médecins reste marquée par la notion de molécules miracles pouvant être donné sans crainte d'effet secondaire majeur.

Or, les anti-infectieux, à la différence de toutes les autres classes médicamenteuses, agissent sur des êtres vivants, évoluant sous la pression de sélection de ces molécules.

L'activité des antibiotiques n'est pas constante selon le lieu, l'époque, le terrain du patient.

CP-06

ENQUÊTES D'ÉVALUATION DE L'ANTIBIOTHÉRAPIE

S ALFANDARI,
CH Tourcoing

L'utilisation des antibiotiques est soumise à une double contrainte: préserver les chances du patient que l'on traite, mais aussi celles des futurs patients.

L'évaluation de l'antibiothérapie est une composante indispensable d'un programme de bon usage des antibiotiques. Par ailleurs, l'indicateur ICATB du tableau de bord des IN incite à la réalisation d'une enquête annuelle d'évaluation de la qualité des prescriptions et au suivi annuel, par grandes classes, de la consommation antibiotique. Le manuel de certification V2010 demande un suivi d'indicateurs sur l'usage des antibiotiques, en particulier par le biais d'EPP.

Pour aller plus loin, selon les ressources disponibles, plusieurs types d'enquêtes peuvent être proposées, sous l'impulsion de structures nationales ou régionales:

RÉSEAUX RAISIN:

- Le réseau ATB-RAISIN offre la possibilité de détailler le suivi de la consommation des antibiotiques par molécule et par grande catégorie de service [1].
- Le réseau de suivi des infections du site opératoire, ISO-RAISIN, comporte un volet optionnel sur la qualité de l'antibioprophylaxie chirurgicale

GROUPES RÉGIONAUX

- Le CCLIN OUEST propose à ses établissements des enquêtes de prévalence de l'antibiothérapie comportant des éléments sur le bon usage des antibiotiques.
- Le Réseau ARMEDA du Nord Pas de Calais, a organisé des enquêtes régionales prospectives sur l'utilisation des glycopeptides, puis, plus récemment, sur la prise en charge des bactériémies.

SOCIÉTÉS SAVANTES

La SPILF (Société de pathologie infectieuse de langue française) et l'ONERBA (Observatoire national de l'épidémiologie de la résistance bactérienne aux antibiotiques) ont organisé 3 enquêtes annuelles. La première SPA1, pilote, est une enquête de prévalence portant sur 38 hôpitaux en 2009 [2]. La seconde, SPA2 en 2010, a porté sur 315 hôpitaux et comportait des questions permettant d'évaluer le bon usage des antibiotiques. Enfin, SPACARB, en 2011, a évalué l'usage des carbapénèmes dans 248 centres.

La SPILF propose par ailleurs plusieurs grilles d'EPP sur l'utilisation des antibiotiques [3].

De nombreux outils sont ainsi disponibles pour que les établissements conduisent les enquêtes d'évaluation de l'antibiothérapie leur semblant le plus pertinent par rapport à leur activité. La conduite pratique et l'interprétation de ces enquêtes est nettement facilitée par la présence d'un référent en antibiothérapie [4].

RÉFÉRENCES:

1. Rapport ATB-RAISIN 2010. http://www.invs.sante.fr/content/download/34432/169880/version/1/file/ATB_RAISIN.pdf
2. Robert J, Péan Y, Varon E, Bru JP, Bedos JP, Bertrand X, Lepape A, Stahl JP, Gauzit R; SPILF; ONERBA; Surveillance de la prescription des antibiotiques (SPA) Group. Point prevalence survey of antibiotic use in French hospitals in 2009. *J Antimicrob Chemother.* 2012 ; 67:1020-6.
3. <http://www.infectiologie.com/site/EPP.php>
4. Alfandari S, Riche A, Rabaud C, Cremieux AC, Gauzit R, Roblot F. Les référents en antibiothérapie et leurs fonctions. Résultats d'une enquête menée lors de la 5^{ème} journée des référents en antibiothérapie. *Med Mal Infect.* 2010;40(10):582-5.

SP6 - Communications libres 3

BMR/BHR

CL-13

APPORT DE L'INFORMATIQUE HOSPITALIERE A LA MAITRISE D'UNE EPIDEMIE D'ENTEROBACTERIES PRODUCTRICES DE CARBA-PENEMASES

NEULIER C., AUDY-BLANCHARD A., LUCAS R.P., HILAIRE J.C., MERRER J.

Centre hospitalier de Versailles, LE CHESNAY, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Lors d'une épidémie d'entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC), l'un des problèmes majeurs est le délai entre l'admission du patient porteur et la découverte de l'EPC. Souvent de plusieurs jours, il entraîne un retard à la mise en place des mesures d'isolement, et oblige à constituer un listing de « cas contacts » dont beaucoup sont déjà rentrés chez eux et peuvent constituer un risque de réintroduction de l'EPC lors d'une réadmission ultérieure. Par ailleurs, les porteurs avérés sont souvent réhospitalisés dans l'établissement. Il est donc important que tous ces patients réhospitalisés soient identifiés au plus tôt afin qu'une recherche d'EPC et/ou des mesures d'isolement soient effectuées dès l'admission.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Confrontés à des cas groupés d'EPC en janvier 2011, à partir d'Avril nous avons établi 2 listes de patients, une de porteurs avérés d'EPC, et une de « cas contacts ». Une routine informatique a été créée dans les logiciels gérant les admissions et les mouvements des patients (ALIZE et URQUAL). Lorsque le nom d'un patient d'une de ces 2 listes était entré dans un des logiciels lors de son admission dans un des services de l'établissement, 2 alertes étaient générées. L'une consistait en l'apparition d'une fenêtre intrusive d'alerte (pop-up) sur l'écran de l'IDE qui effectuait l'admission, lui demandant de mettre en place un isolement et de contacter l'EOH (en place en avril-mai) ; l'autre en l'envoi d'un e-mail automatique en temps réel aux différents membres de l'EOH (ajoutée à partir de début juin).

RÉSULTATS

Les cas avérés d'EPC étaient au nombre de 6. Les cas contacts potentiels rentrés chez eux étaient 117. Aucune donnée n'est

disponible quand à une réhospitalisation des « contacts » antérieure à avril. En revanche, 29 ont été réhospitalisés dans différents services dans les 9 mois suivants. Après mise en place de la première alerte, l'EOH intervenait lors de la réadmission d'un patient contact ou avéré en 10h (médiane) [25^{ème} percentile : 4h, 75^{ème} percentile : 84h]. L'introduction de l'e-mail automatique a réduit ce délai à 45 min (médiane) [25^{ème} percentile : 10 min, 75^{ème} percentile : 2h], permettant ainsi de mettre en place les mesures d'isolement très rapidement, en attendant les résultats des prélèvements. Sur ces 29 patients, 1 s'est révélé positif.

CONCLUSION

La mise en place de ces 2 alertes a permis une grande réactivité des équipes et de l'EOH dans la gestion des réhospitalisations des patients porteurs ou cas contacts potentiels d'EPC, contribuant ainsi à la maîtrise de l'épidémie.

CL-14

BACTERIES HAUTEMENT RESISTANTES AUX ANTI-BIOTIQUES (BHR) IMPORTEES EN FRANCE A L'OCCASION DES RAPATRIEMENTS SANITAIRES : BILAN DE 17 MOIS D'ALERTE DANS UN CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

LASSERRE C., BOURIGAULT C., CORVEC S., JUVIN M.E., GUILLOUZOUIC A., CREMET L., CAILLON J., BEMER P., LEFEBVRE M., VILLERS D., REYNAUD A., LEPELLETIER D.

CHU Nantes, Nantes, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les recommandations et textes réglementaires relatifs à la maîtrise de la diffusion des BHR aux antibiotiques, importées en FRANCE par des patients rapatriés ou ayant des ATCD d'hospitalisation récents à l'étranger, représentent un enjeu de santé publique majeur et nécessitent leur évaluation. Cette étude avait pour objectifs de décrire les caractéristiques épidémiologiques, géographiques et microbiologiques des BHR isolées chez ces patients cibles et d'évaluer l'impact des mesures de prévention dans un centre hospitalier universitaire.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

- 1) Suivi prospectif des patients rapatriés ou ayant des ATCD d'hospitalisation à l'étranger signalés par les services cliniques entre juillet 2010 et décembre 2011 ;
- 2) Dépistage par écouvillonnage rectal et application des précautions complémentaires (PC) à l'admission du patient ;
- 3) Caractérisation moléculaire des souches de portage isolées ;
- 4) Investigation de l'éventuelle diffusion épidémique des BHR.

RÉSULTATS

Depuis juillet 2010, 26 rapatriements sanitaires directs et 16 patients ayant des ATCD d'hospitalisation dans l'année ont été signalés. Les patients provenaient des zones géographiques suivantes : Afrique (22), Asie (6), Amérique du sud ou centrale (3), Europe du sud (7) et DOM-ROM (4). Trente-trois (79%) patients ont bénéficié de PC dès l'admission dans le service. Tous les patients ont été dépistés avec un délai médian de 1 jour après l'admission (EI=1-2j). Deux souches d'EPC et 6 *A. baumannii* mutli-résistant (ABR) ont été isolées chez 7 patients (1 patient avec EPC et ABR). Aucun ERG n'a été détecté. Les carbapénémases identifiées étaient de classe A (KPC-3 chez un rapatrié de Grèce) ou de classe D (*E. cloacae* et *E. coli* producteurs d'une OXA-48 chez un rapatrié du Maroc). Sur les 8 BHR isolées, 2 ont diffusé sur un mode épidémique. Le nombre de cas secondaires variait de 3 (EPC OXA-48) à 27 (ABR).

CONCLUSION

ABR représentait la principale BHR importée. La découverte tardive du portage de l'une des souches (32 j) a été à l'origine d'une épidémie en secteur de réanimation. Trois cas secondaires ont également été identifiés pour la souche EPC OXA-48, malgré la mise en place des PC dès l'admission. Ces résultats soulignent l'intérêt d'une alerte précoce des rapatriés sanitaires ainsi que le respect strict des PC pour minimiser le risque de transmission secondaire.

CL-15

ÉPIDÉMIE D'ACINETOBACTER BAUMANNII PRODUCTEUR DE CARBAPENEMASE EN REGION

BERNET C.⁽¹⁾, **MONIER S.**⁽¹⁾, **LAFONT E.**⁽²⁾, **DUPONCHEL J.L.**⁽²⁾, **JEANE.**⁽²⁾, **BOULOGNEO.**⁽³⁾, **SIXC.**⁽³⁾, **DELAROZIERE J.C.**⁽⁴⁾, **LORYA.**⁽⁴⁾, **FOURNIER P.E.**⁽⁵⁾, **SAVEY A.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Cclin Sud Est, Saint Genis Laval, FRANCE ; ⁽²⁾ Ars Paca, Marseille, FRANCE ; ⁽³⁾ Cire Paca, Marseille, FRANCE ; ⁽⁴⁾ Arlin Paca, Marseille, FRANCE ; ⁽⁵⁾ CHU Apmh, Marseille, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Suite à la découverte de plusieurs cas d'infections/colonisations à *Acinetobacter baumannii* résistants aux carbapénèmes (ABRI), dont 1 cas toto-résistant sur une période de 2 mois dans un établissement de santé multisites, le laboratoire de microbiologie a alerté la DGS. Cette alerte, hors circuit du signalement, entraîna : une réunion téléphonique avec les différents partenaires, un courrier de l'ARS aux établissements de la région, une visite d'inspection diligentée par le directeur de l'ARS et une inspection du circuit du signalement par l'IGAS. Localement, la prise en charge a été multidisciplinaire.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le signal a déclenché des visites réalisées par une équipe tripartite, ARS, ARLIN/CCLIN, CIRE sur les différents sites avec pour objectifs :

- de valider les cas et leur nature (infecté/colonisé, site, date de prélèvement),
- de tracer le circuit des cas,
- de déterminer le statut du patient (hospitalisation/transfert/domicile ou décès avec recueil de l'imputabilité),
- d'identifier les mesures de dépistage des contacts et leur suivi,
- de rappeler les mesures complémentaires d'hygiène de la prévention de la transmission croisée,
- de s'assurer de l'envoi des souches au CNR

RÉSULTATS

24 cas sont investigués dans 9 établissements de santé et 1 EHPAD, sur 3 départements :

- 1^{er} : 21 cas (8 infectés dont 1 toto-résistant, 13 colonisés), le 1er cas est un patient rapatrié sanitaire de Sicile, 12 cas ont un seul site de séjour, 3 cas ont séjourné dans deux structures successives. 7 décès (2 parmi les infectés) sans que l'imputabilité ne soit retrouvée.
- 2^e : 1 cas rapatrié sanitaire d'Uruguay avec la survenue d'un cas secondaire, le voisin de chambre.
- 3^e : 1 cas rapatrié sanitaire en provenance du Sénégal et de Casablanca.

Les analyses génotypiques sont en faveur de clusters multiples, avec au final peu de cas secondaires. Des souches différentes qui révèlent l'existence de foyers multiples : pour un département, 4 foyers de 3 et 4 cas d'OXA-58 et 23, et pour l'autre département un foyer de 2 cas d'OXA-58. Les visites ont donné lieu à des rapports adressés aux établissements avec réponse contradictoire et élaboration de préconisations.

CONCLUSION

L'épidémie de plusieurs foyers fut d'ampleur inhabituelle sur la région, une circulation de souches différentes en faveur d'un grand polymorphisme de l'ABRI. Aucun décès n'a été imputable à cette BMR.

L'épisode de 7 mois a permis une coopération des acteurs et une mise en condition réelle pour le plan de gestion des épidémies local et régional.

CL-16

ANALYSE DES RISQUES A POSTERIORI SELON LA METHODE ALARM AU DECOURS D'UNE EPIDEMIE A ENTEROBACTERIES PRODUCTRICES DE CARBAPENEMASES

DELORY T., SERINGE E., NOVAKOVA I., AMBROGI V., CARBONNE A., ASTAGNEAU P.
Clin Paris-Nord, PARIS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les cas groupés d'entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC) signalés, sont le plus souvent associés à un retard de diagnostic microbiologique ou de mise en place des mesures spécifiques.

Ce travail a pour objectif d'identifier les éléments ayant contribué à la survenue d'une épidémie à *Klebsiella pneumoniae* productrice de carbapénémase KPC (KP-KPC) durant l'été 2011 dans un établissement de santé d'Ile de FRANCE (IdF).

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Après avoir établi la chronologie des faits, nous avons utilisé la méthode ALARM pour identifier les causes immédiates, contributives et latentes, à l'origine de l'épidémie de KP-KPC survenue entre le 13/07 et le 30/08/2011 dans un établissement médicochirurgical d'IdF.

RÉSULTATS

Le cas index, patient rapatrié sanitaire de Grèce en réanimation le 04/06/2011, a généré 13 cas secondaires et 395 contacts. La carbapénémase est découverte le 13/07/2011 devant l'existence de 3 cas de colonisation à KP-KPC et fait l'objet d'un signalement au CCLIN Paris Nord et à l'ARS.

Les causes immédiates probablement à l'origine d'une transmission croisée sont: le retard à la mise en œuvre des recommandations de la circulaire EPC lors de l'admission du cas index, l'absence de réalisation de 3 tours de dépistages systématiques en réanimation et l'envoi tardif des souches suspectes au laboratoire expert.

Les causes contributives sont liées : aux patients, polypathologiques, réanimatoires ; à l'environnement, découverte des cas la veille du week-end du 14 juillet, période estivale avec réduction des effectifs ; à l'individu, non connaissance de la circulaire EPC ; à l'équipe, insuffisance d'échange d'information entre professionnels et

entraide importante entre les personnels paramédicaux au cours des soins, stress des équipes.

Les causes latentes sont: organisationnelles, difficultés de formation continue du personnel notamment transversal et d'accompagnement des services par l'EOH (composé uniquement d'une infirmière hygiéniste à mi-temps), un laboratoire de microbiologie récemment externalisé ; institutionnelles, pas de plan local de maîtrise d'une épidémie, tension existante entre les professionnels de santé et la direction.

CONCLUSION

La mise en œuvre des mesures barrières (prévues par la circulaire EPC), à la date du signalement a permis de maîtriser cette épidémie au décours de laquelle, un praticien et une infirmière hygiéniste ont été recrutés à plein temps. Le personnel a été formé au respect des précautions standard et complémentaires contact. Un plan local de gestion d'épidémie à germe hautement résistant à été établi.

CL-17

EPIDEMIOLOGIE DES COLONISATIONS RESPIRATOIRES MIXTES BACTERIE - CHAMPIGNON ASSOCIANT *ASPERGILLUS FUMIGATUS* ET *STENOTROPHOMONAS MALTOPHILIA* OU *PSEUDOMONAS AERUGINOSA*: ETUDE RETROSPECTIVE DESCRIPTIVE DE 2007 A 2011 DANS UN CHU

EMIRIAN A.⁽¹⁾, CABARET O.⁽¹⁾, FOULET F.⁽¹⁾, FIHMAN V.⁽²⁾, LEGRAND P.⁽¹⁾, BOTTEREL F.⁽¹⁾, DECOUSSER J.W.⁽³⁾
(¹) CHU Henri Mondor, Creteil, FRANCE ; (²) Louis Mourier, Colombes, FRANCE ; (³) CHU Antoine Beclere, Clamart, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Stenotrophomonas maltophilia (Sm), bacille Gram négatif naturellement multirésistant aux antibiotiques, et *Aspergillus fumigatus* (Af), principal champignon filamenteux d'intérêt médical, sont 2 pathogènes opportunistes saprophytes de l'environnement impliqués à la fois dans (i) des colonisations prolongées à l'origine d'inflammations délétères (mucoviscidose, BPCO...), (ii) des infections aiguës, possiblement nosocomiales chez l'immunodéprimé (infections respiratoires, cutanées...). Etablies pour le couple *P. aeruginosa* (Pa) et Af, les interactions entre Sm et Af déjà évoquées dans l'environnement doivent être précisées chez l'homme.

L'objectif de cette étude est d'évaluer la fréquence des associations entre Sm et Af dans le tractus respiratoire, de la comparer à l'association Pa et Af et de caractériser les patients concernés.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Etude rétrospective des colonisations/infections respiratoires associant Sm et Af chez les patients hospitalisés dans un CHU de plus de 1000 lits entre février 2007 et décembre 2011. Seuls les prélèvements cliniques respiratoires à visée diagnostique ont été inclus et dédoublonnés. Les patients étaient considérés comme colonisés aux 2 microorganismes si les prélèvements positifs étaient séparés de moins d'un mois. Une recherche identique a été effectuée pour l'association Pa et Af.

RÉSULTATS

Au cours des 5 années étudiées, 203 patients ont eu au moins un prélèvement respiratoire positif pour Sm dont 20 (9,9%) associant Sm et Af. En parallèle, 1047 patients ont eu un prélèvement respiratoire positif à Pa dont 53 (5,1%) associant Pa et Af. Chez les patients porteurs de Sm, Af est plus souvent associé que chez les patients porteurs de Pa ($p = 0.008$). L'association des Af/Sm était plus souvent retrouvée chez les hommes (sex ratio = 1,86); l'âge moyen était de 63 ans (38-77). Les porteurs de cette association étaient le plus souvent en réanimation médicale ($n=7$), en réanimation chirurgicale ($n=5$) et en hématologie ($n=4$). Ces patients étaient le plus souvent atteints d'hémopathie maligne ($n=5$) ou d'hépatopathie avec 4 transplantations hépatiques et 2 cirrhoses non transplantées ($n=6$). Les patients ont séjourné en moyenne 21 jours dans le service avant le prélèvement positif à Af et 24 jours avant le prélèvement positif à Sm. Parmi les patients porteurs de l'association, 35% sont décédés à l'issue de leur hospitalisation.

CONCLUSION

Chez les patients porteurs de Sm, Af semble plus souvent associé que chez les patients porteurs de Pa. Une étude prospective multicentrique est souhaitable pour confirmer ces premiers résultats.

CL-18

MISE EN PLACE DU CONTROLE DU BON USAGE DES CARBAPENEMES: EXPERIENCE D'UNE EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

GALAS M., DUNOYER G., OLIVE C., THEODOSE R., LENGELLE F., HOCHEDÉZ P.

CHU de Fort de FRANCE, Fort de FRANCE, Martinique

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En octobre 2010, le CHU connaît son premier cas groupé de patients infectés/colonisés à *Acinetobacter baumannii* résistant à l'imipénème (service d'hémo-oncologie). Les patients cas avaient tous reçu des antibiotiques à large spectre

dans le mois précédent (carbapénèmes, fluoroquinolones ou céphalosporine de troisième génération). La Commission des Anti-Infectieux (CAI) a réalisé l'analyse des consommations d'antibiotiques du CHU entre 2009 et 2010:

- absence de surconsommation des antibiotiques large spectre à l'échelle de l'établissement (comparaison RAISIN-ATB).
- augmentation de la consommation des carbapénèmes (+44% en DDJH/1000 JH, +42 800), particulièrement en hémo-oncologie (+547% en DDJH/1000 JH) liée aux modifications de recrutements de patients et de protocoles.

Dans un premier temps, la CAI et le CLIN ont voulu appliquer une politique de bon et moindre usage des antibiotiques large spectre en se focalisant sur l'imipénème.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le dispositif concerne tous les services du CHU et repose sur une équipe pluridisciplinaire (pharmacien référent, microbiologiste, infectiologue, hygiéniste). Quotidiennement, le pharmacien saisit les ordonnances reçues sur un fichier Excel partagé. Après réception du fichier, le microbiologiste et l'infectiologue évaluent les prescriptions et si nécessaire leurs alternatives. Un appel ou une visite de l'infectiologue au prescripteur s'en suit.

RÉSULTATS

Un premier bilan est établi à 6 mois (mars à octobre 2011 vs 2010). 138 initiations de traitement par carbapénème ont été faites par 90 prescripteurs. L'intervention de l'équipe pluridisciplinaire permet 30% de désescalades, 10% d'arrêts et 60% de validations de traitement. Les désescalades de traitement sont liées à des infections pulmonaires majoritairement (36%), non documentés (19%), à EBLSE (13%) ou autres germes (*P.aeruginosa*, *A.baumannii*, entérobactéries exprimant une céphalosporinase, etc.). Les arrêts concernent majoritairement les sites urinaire (36%) ou pulmonaire (23%), non documentés (38%) ou colonisés à EBLSE (38%). La consommation d'imipénème du CHU chute de 38,5% (21,8 à 13,4 DDJ/1000 JH) et celle du service d'hémo-oncologie de 50%. La réduction de coût global lié à cette molécule est de 70 800 €.

CONCLUSION

Ces résultats très encourageants sont le fruit de la bonne volonté d'une poignée d'acteurs de la lutte contre l'émergence des BMR. Sans encouragement de nos tutelles, ces actions risquent de disparaître à moyen terme faute de moyens suffisants, alors même que l'objectif serait de pouvoir étendre ce dispositif aux autres antibiotiques large spectre.

SP7 - Communications libres 4 paramédicales

ACTES INVASIFS

CL-19

INSTALLATION D'UNE ENCEINTE DE STOCKAGE DES ENDOSCOPES THERMOSENSIBLES DANS UNE REANIMATION D'UN CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

REGARD A., HULIN M., NICOLLE M.C., PERRAUD M., VANHEMS P.

Hôpital Edouard Herriot, LYON, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En juillet 2008, une enceinte de stockage des endoscopes thermosensibles (ESET) a été acquise pour les bronchofibrosopes utilisés en urgence par les 4 réanimations de l'établissement.

Il était nécessaire de trouver une solution permettant de pallier l'arrêt de la stérilisation à l'oxyde d'éthylène dont bénéficiaient ces endoscopes et qui donnait ainsi la possibilité d'accéder à des appareils prêts à être utilisés 24H/24. L'ESET a permis de conserver la qualité microbiologique de l'endoscope après 12h de stockage sur le créneau de 3h à 7h du matin, avant l'arrivée de l'équipe chargée de la désinfection.

L'objectif est de montrer la qualité microbiologique de l'enceinte de stockage des endoscopes en contrôlant les surfaces internes de l'ESET et les endoscopes stockés.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'installation de cette ESET a été réalisée en s'appuyant sur les recommandations de la norme NF S98-030 sur ESET, puis, a posteriori, réajustée avec les recommandations de bonnes pratiques d'utilisation des enceintes de stockage des endoscopes thermosensibles SF2H - SFED - mars 2011

Les 5 zones de prélèvements microbiologiques des surfaces internes de l'ESET ont été identifiées et les contrôles effectués une fois par mois. La qualité microbiologique de l'ensemble du

parc d'endoscopes comprenant 10 appareils a été contrôlée à différentes heures de stockage.

RÉSULTATS

Les prélèvements des surfaces internes de l'ESET effectués au cours des 6 premiers mois d'installation ont montré :

Nombre de Prélèvements conformes/ nombre de prélèvements effectués	
Géloses Contact	6/6
Écouvillons	9/9
Total	15/15

Les prélèvements d'endoscopes ont été effectués sur une période de 2 mois lors de la mise en route de l'ESET : immédiatement après la désinfection de l'endoscope, après 9 heures et après 70 h de stockage dans l'enceinte.

Nombre d'endoscopes ayant atteint chaque niveau/nombre d'endoscopes prélevés	
Niveau cible	12/14
Niveau d'alerte	2/14
Total	14/14

CONCLUSION

Les résultats des prélèvements des surfaces internes de l'enceinte et des endoscopes ont montré que l'ESET permet de conserver la qualité microbiologique des endoscopes jusqu'à 72 h de stockage permettant ainsi d'avoir à disposition en urgence un endoscope.

L'installation de cette ESET a permis de réduire le nombre de désinfections des endoscopes. Cette ESET est désormais utilisée au quotidien.

CL-20

GESTION D'UNE ALERTE POUR AUGMENTATION D'INFECTION DE SITE OPERATOIRE

MAERTEN C., D'HALLUIN F., DESORMEAUX C., BORMS S., VINCENTELLI A., FAYAD G., PRAT A., FAURE K., GRANDBASTIEN B.
CHRU de Lille, Lille Cedex, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Nous relatons la gestion d'une alerte devant une augmentation perçue du nombre de cas de médiastinites post-sternotomies en chirurgie cardio-vasculaire.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Afin de confirmer cette augmentation, nous avons recherché dans la base informatisée du laboratoire de bactériologie tous les prélèvements évocateurs d'infection de site opératoire (ISO) demandés dans les 3 derniers mois. L'investigation a rétrospectivement porté sur les dossiers des patients ainsi identifiés. Dans un deuxième temps, une étude prospective des pratiques de prévention du risque infectieux a été conduite durant une semaine. Six patients ont pu ainsi être observés tout au long de leur chemin clinique.

RÉSULTATS

Un total de 442 prélèvements bactériologiques positifs a été retrouvé ; après restriction aux données évocatrices d'ISO, 8 dossiers ont été retenus puis investigués. L'incidence des ISO sur cette période a ainsi pu être mesurée à 1,6/ 100 opérés. Pour ces 8 patients, les complications infectieuses ont été diagnostiquées, en médiane, à 5,5 jours après l'intervention. Il s'agissait d'ISO profondes, associées pour 6 cas (75%) à des hémocultures positives. La microbiologie de ces ISO retrouvait pour 3 patients *S. epidermidis* et pour les autres patients *S. aureus* (dont 3/5 étaient des SARM). Six patients sur 8 ont du être réopérés, en médiane à J13. L'antibioprophylaxie était initiée trop tôt (plus de 2h avant) ou trop tard dans la majorité de ces cas. Les éléments d'observations de l'étude prospective ont porté sur les pratiques de prévention en hospitalisation, au bloc et en soins intensifs postopératoires ; l'antibioprophylaxie avait été réalisée avant de descendre au bloc pour 2 patients (respectivement 2h45 et 3h avant l'incision) et les pansements avaient du être refaits à J1 (pansement de sternotomie pour 3 patients et de cathéter pour 4). les conditions de déterision et désinfection au bloc n'étaient pas conforme à notre référentiel.

CONCLUSION

Plusieurs pistes d'amélioration concernant la prise en charge du risque infectieux ont été identifiées et discutées avec les

professionnels du secteur (médecins et personnels soignants). Elles portent sur la préparation des opérés et leur prise en charge (information, préparation cutanée en hospitalisation et au bloc opératoire, la dépilation, le management en salle d'intervention, la gestion des cathéters et des pansements, l'antibioprophylaxie et le dépistage des SARM). Ce travail en privilégiant les échanges pluridisciplinaires, permet de sensibiliser et de mener une réflexion collective de la prise en charge des opérés en chirurgie cardiaque.

CL-21

SURVEILLANCE DISCONTINUE DE L'INCIDENCE DES INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS EN SOINS DE SUITE, READAPTATION ET SOINS DE LONGUE DUREE GERIATRIQUES

BAGHDADIN., GAXATTE C., BORMS S., QUEVERUEM., GAILLOT O., PUISIEUX F., GUERY B., GRANDBASTIEN B.
CHRU de Lille, LILLE CEDEX, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Notre établissement a mis en place en 2000 une procédure de surveillance des infections associées aux soins (IAS) dans son établissement de soins de suite, réadaptation (SSR) et soins de longue durée (SLD) gériatriques. Nous relatons ici cette expérience.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Chaque semestre, une fenêtre de 2 mois de surveillance de l'incidence des IAS a été mise en place sur un établissement de 360 lits (90 SSR et 270 SLD). Tous les patients présents au premier jour de l'enquête ou admis pendant la période ont été inclus. L'identification d'une nouvelle IAS de type infections urinaires, respiratoires ou bactériémies durant la période de surveillance été recherchée. Les critères de définition d'IAS étaient ceux consensuellement retenus en gériatrie (définition de McGeer). L'incidence des IAS était rapportée à l'activité mesurée en patients.jours (p-j) et stratifiée selon le niveau de dépendance mesuré par l'échelle ADL.

RÉSULTATS

Depuis 2000, 6804 patients ont été suivis, pour 321752 p-j. Sur 10 ans, l'incidence globale des IAS s'élevait à 3.9 pour 1000 p-j, avec 65% pour les infections urinaires, 31% pour les infections respiratoires et 0.4% pour les bactériémies. L'évolution du taux global d'IAS, passant de 5.5 à 4.0 pour 1000 p-j en 10 ans, a signé une baisse de 27% (p de tendance < 10⁻³). Les micro-organismes le plus souvent retrouvés étaient *Escherichia coli*, majoritairement dans les infections

urinaires, et *Staphylococcus aureus*. Le taux d'incidence des infections impliquant des bactéries multi-résistantes (BMR), globalement sur 10 ans représentant 28% des IAS, a baissé de 40%, et *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline était la BMR la plus souvent retrouvée. En 2010, une infection sur cinq impliquait une BMR. Le statut « dépendant » (ADL inférieur à 3) n'influencait pas l'incidence des IAS.

CONCLUSION

Une telle surveillance répétée, avec un retour semestriel, est un outil pertinent de maintien d'une sensibilisation des équipes médicales et paramédicales au risque infectieux. Elle a permis également une adaptation des protocoles d'antibiothérapie de 1^{ère} intention, en particulier pour les infections respiratoires, adaptées à l'écologie. Associée à des actions de prévention, elle a contribué à une nette amélioration de l'incidence des IAS, ainsi que des IAS impliquant des BMR.

CL-22

AUDIT REGIONAL SUR L'UTILISATION DES CHAMBRES A CATHETERS IMPLANTABLES EN HOSPITALISATION A DOMICILE

OLLIVIER Y.⁽¹⁾, **BAGHDADIN.**⁽²⁾, **DEGRAVE H.**⁽³⁾, **GALLET S.**⁽⁴⁾, **LALOEUF F.**⁽⁵⁾, **MATURSKI A.L.**⁽⁶⁾, **TAILLARDAS F.**⁽⁷⁾, **TOUATI S.**⁽⁸⁾, **WISEUR M.**⁽⁹⁾, **WASCHEUL D.**⁽¹⁰⁾, **BLANCKAERT K.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Arlin Nord Pas De Calais, Lille, FRANCE ; ⁽²⁾ CHRU, Lille, FRANCE ; ⁽³⁾ Had Flandre Lys, Hazebrouck, FRANCE ; ⁽⁴⁾ Had Mutualité Française Nord, Flers en Escrebieux, FRANCE ; ⁽⁵⁾ Had Anais, Roubaix, FRANCE ; ⁽⁶⁾ Had du Bethunois, Bruay La Buisserie, FRANCE ; ⁽⁷⁾ Had du Littoral, Boulogne sur Mer, FRANCE ; ⁽⁸⁾ Had Santély, Loos, FRANCE ; ⁽⁹⁾ Had Santé Services, Lens, FRANCE ; ⁽¹⁰⁾ Had du Hainaut, Valenciennes, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'abord veineux le plus fréquemment utilisé en Hospitalisation A Domicile (HAD) dans notre région est la chambre à cathéter implantable (CCI). Au 1er semestre 2011, un état des lieux des pratiques en HAD a été réalisé afin d'évaluer l'écart avec les recommandations et l'impact du domicile sur le respect des protocoles.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Dans un premier temps un audit documentaire a permis d'évaluer les protocoles. Dans un 2nd temps, un audit des pratiques par observation directe a permis d'apprécier les séquences de branchement-débranchements de l'aiguille des CCI ainsi que des manipulations des lignes veineuses. Les 2

audits étaient basés sur des grilles standardisées et validées par un groupe de travail régional.

RÉSULTATS

10 des 14 HAD de la région ont participé à l'évaluation. 194 audits des pratiques ont été réalisés.

L'ensemble des HAD participantes disposaient d'un protocole. Les points de non-conformité concernaient essentiellement le respect de l'asepsie et le rythme de changement de ligne veineuse.

Concernant l'audit des pratiques, les principaux résultats peuvent être résumés dans les tableaux ci-dessous :

Tableau 1 : Conformités branchement / débranchement

Conformités cumulées	Branchement (N=61)	Débranchement (N=59)
Risque Infectieux (Tenue soignant/ Port du masque soignant et patient/ HDM/ Préparation cutanée/ Pansement stérile)	11%	14%
Risque AES (Port de gants / matériel sécurisé / élimination immédiate)		51%
Risque lié aux complications mécaniques (rinçage et ablation en pression positive)		53%
technique correcte + Rinçage 10 ml mini + vérifications douleur, perméabilité, douleur)	64%	
Conformité globale	8%	5%
Traçabilité	89%	88%
Traçabilité + Carnet surveillance	21%	

Tableau 2 : Conformités manipulation des lignes veineuses

Conformités	Manipulation ligne (N=74)
Tenue du soignant correcte	76%
Hygiène des mains avec PHA avant manipulation	92%
Utilisation de compresses imprégnées d'antiseptique	91%
Traçabilité dans dossier de soins	89%

Il s'avère que les défauts de conformités observés ne sont pas liés à la réalisation du soin au domicile.

CONCLUSION

Cet audit a montré un point fort : des pratiques de soins satisfaisantes lors des manipulations de lignes veineuses.

Il a permis d'identifier des axes d'améliorations pour les branchements et débranchements :

- Le respect de la tenue et le port du masque par le soignant et le patient
- La réalisation de la prévention des complications mécaniques
- La réduction du risque d'AES par le recours aux aiguilles sécurisées

CL-23

ANALYSE DE RISQUES EN HEMODIALYSE : VERS UNE AMELIORATION DES PRATIQUES, DES SOIGNANTS ET DES PATIENTS

WAES S., VANSTEIRTEGHEM N., VANDEMOORTELE F., LABOURE C., TALASZKA A., LEDEZ R., NOTTEBAERT S., LE MONIES DE SAGAZAN H., VACHEE A., LAURANS C.
Centre Hospitalier, ROUBAIX, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La pratique de l'hémodialyse est un acte complexe et technique, à haut risque infectieux, exposant soignants et patients. A la demande de l'encadrement, les pratiques en hygiène aux principaux temps forts des séances d'hémodialyse ont été évaluées, dans le but d'améliorer la gestion du risque infectieux.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Après étude bibliographique et interviews des différents acteurs du service, un diagramme de causes et effets (milieu, matière, main d'œuvre, matériel, méthode) a été réalisé, afin de visualiser les priorités et permettre une prévention du risque infectieux adaptée à l'activité du service.

Cette analyse a permis la construction d'une grille d'audit personnalisée, ciblée sur l'amélioration des pratiques d'hygiène

autour de la manipulation des accès vasculaires, sur le respect des Précautions Standard (PS) et de l'asepsie au cours des soins de branchements /débranchements, et sur la maîtrise environnementale lors des séances.

Deux audits à 5 mois d'intervalles ont été réalisés, avec entre ces 2 périodes, la mise en place d'actions d'amélioration ciblées (nouveaux protocoles de branchements et de débranchements, rappels sur les PS et les règles d'asepsie, mise à disposition de sets de branchements/débranchements, d'aiguilles sécurisées et d'équipements de protection individuelle). Quant aux patients, ils ont été sensibilisés à l'hygiène des mains et bras, avant et après séance, et à la gestion de leur poste de soin.

RÉSULTATS

De nettes améliorations ont pu être observées, notamment concernant le respect des Précautions Standard. Ainsi, le risque de contamination de l'environnement du patient avec des gants souillés est passé de 43% à 5%, l'absence de port de bijoux de 42% à 87%, le respect d'une hygiène des mains avant contact avec l'environnement du patient a augmenté de 74% à 100%. Le respect de l'antisepsie à 4 temps a également progressé de 11% à 51%, ainsi que le bio nettoyage du support de soin passant de 36% à 77%. Le respect du lavage des mains et bras des patients avant séance est passé de 25 à 100%.

CONCLUSION

L'approche de la problématique des infections lors des séances de dialyse par une analyse des causes et effets a permis de cerner rapidement et efficacement les risques infectieux, que ce soit pour le patient ou pour le personnel. L'efficacité des actions mises en place a pu être appréciée par l'audit, qui a servi d'outil de communication avec l'équipe, que ce soit sur les points à améliorer que sur les résultats obtenus. La collaboration avec le secteur d'hémodialyse se poursuivra et se concrétisera en 2012 par l'entrée dans un réseau de surveillance des infections en hémodialyse (DIALIN).

SP8 - Communications libres JUNIOR

CLJ-01

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES : REVUE DE PERTINENCE DE L'UTILISATION DES CARBAPENEMES AU CHR DE METZ-THONVILLE ET AU CHU DE NANCY

TALANSIER J.L.⁽¹⁾, **RONDELOT G.**⁽²⁾, **LLORENS M.**⁽²⁾, **LECOMPTE T.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU Nancy, NANCY, FRANCE ; ⁽²⁾ CHR Metz-Thionville Hôpital Bonsecours, METZ, FRANCE

Une fiche de recueil nous a permis d'évaluer 7 critères pour chaque prescription : indication de la famille des CBP, posologie, durée de traitement, type d'association, choix de molécule, réévaluation justifiée dans le dossier patient à 48-72h et adaptation bactériologique. Un binôme d'expert pharmacien/infectiologue a vérifié la pertinence de chaque prescription par rapport au référentiel régional et établi un index d'adéquation thérapeutique (IAT) représentant la conformité globale de la prescription. Plus le score d'IAT est faible et plus la conformité des prescriptions est grande.

181 fiches ont été remplies (T1 :86 ; T2 :95). 40% des prescriptions provenaient de réanimation et 71,2% dans le cadre d'infections nosocomiales. Part des prescriptions de chaque CBP : imipénème : 79,8%, ertapénème : 14,9%, doripénème : 3,3% et le méropénème 2,2%. Infections les plus fréquentes : pulmonaire 31,6% (n=71), urologique 20% (n=45), abdominal 14,7% (n=33), et neutropénies fébriles 9,8% (n=22). On constate entre les deux tours une légère amélioration du taux de prescription non conforme (de 13,9 à 7,4%) et de l'IAT moyen (2,2 à 1,7). 43 prescriptions étaient entièrement conformes (IAT=0). Au 2^{ème} tour de l'étude, l'utilisation de l'ertapénème augmente significativement ($p < 0,0001$) dans les infections urinaires ainsi que son utilisation en documenté ($p = 0,034$). Nous avons également une amélioration pour le critère réévaluation justifiée de l'antibiothérapie (52,8 à 48,7%), critère le moins conforme au 1^{er} tour.

L'utilisation des CBP est donc relativement conforme au référentiel local avec 84% de conformité. Le bilan reste toutefois mitigé, certains paramètres comme la réévaluation de l'antibiothérapie justifiée dans le dossier médical du patient et les durées de traitement sont encore perfectibles. Les services les plus sujets à la prescription des CBP (Réanimation, hématologie et urologie) seront à sensibiliser régulièrement sur l'état de leurs consommations et des micros audits ciblés sur ces services pourront être réalisés.

CLJ-02

EPIDEMIOLOGIE ET PREVENTION DES INFECTIONS EN ETABLISSEMENTS D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES (EHPAD)

CHAMIK.⁽¹⁾, **GAVAZZI G.**⁽²⁾, **LEJEUNE B.**⁽³⁾, **DE WAZIERES B.**⁽⁴⁾, **CARRAT F.**⁽⁵⁾, **HAJJAR J.**⁽⁶⁾, **PIETTE F.**⁽⁷⁾, **ROTHANTONDEUR M.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Orig, Inserm U707, Ehesp, Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière Charles-Foix, Ivry Sur Seine, FRANCE ; ⁽²⁾ Orig, CHU A. Michallon, Grenoble, FRANCE ; ⁽³⁾ Orig, CHU Cavale Blanche, Université De Brest, Université Européenne De Bretagne, Brest, FRANCE ; ⁽⁴⁾ CHU Carêmeau, Nimes, FRANCE ; ⁽⁵⁾ Inserm U707, CHU Saint-Antoine, Paris 6, Paris, FRANCE ; ⁽⁶⁾ CHU De Valence, Valence, FRANCE ; ⁽⁷⁾ Orig, Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière Charles-Foix, Ivry Sur Seine, FRANCE

En FRANCE, très peu d'études ont exploré le risque infectieux en EHPAD bien que 443765 personnes âgées y soient institutionnalisées dans 6460 structures. Un programme de surveillance et de prévention des infections a donc été mis en place par l'Observatoire du Risque Infectieux en Gériatrie (ORIG).

La première étape a consisté en une enquête de prévalence momentanée (1 mois, répétée 5 fois), pour estimer les taux de prévalence des infections. Cette enquête a concerné 44869 résidents ≥ 65 ans dans 578 établissements. Le taux de prévalence des infections toutes confondues était de 11.23% [IC à 95 % 10•50-11•97], avec 4•60% [4•04-5.54] pour les cas certains (preuves de laboratoires à l'appui), 6•63% [5•77-7•98]. pour les cas probables. Les infections respiratoires représentaient le premier site infectieux (41%), suivies des infections urinaires (24%) et des infections cutanées (10%).

Suite à ces résultats, dans une deuxième étape, un consensus formalisé d'experts (méthode Delphi), a été mis en place dans l'objectif de rédiger et diffuser des recommandations pour la prévention des infections, adaptées aux EHPAD. Sous la direction d'un comité de pilotage, des chargés d'étude avaient effectué une revue de la littérature internationale, incluant des publications et des guides de recommandations, concernant la prévention des infections en gériatrie. La revue de la littérature ainsi réalisée a été compilée dans des tableaux et proposée à 23 Experts Rédacteurs dont le rôle était de rédiger des

recommandations, assorties d'un argumentaire scientifique. Les recommandations ont été validées par 81 Professionnels Cotateurs en 2 tours de cotation à l'aide d'un logiciel informatisé disponible sur internet, sur une échelle de 1 à 9 (1=Désaccord fort à 9=Accord fort). Au total, 301 recommandations ont été mises à la cotation, 264 recommandations ont été retenues (237 en accord fort, 27 en accord) et 37 rejetées. Un guide de recommandations est disponible pour la première fois en FRANCE, en 2 versions.

CLJ-03

LES CATHETERS VEINEUX CENTRAUX EN REANIMATION - SUIVI DES INFECTIONS ET EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

DUBRULLE C.

CH Douai, DOUAI, FRANCE

L'étude prospective de l'incidence des infections s'est déroulée sur six mois et a inclus les patients hospitalisés en réanimation sur cette période. Le diagnostic d'infection liée au cathéter était porté suivant les critères de la conférence de consensus de la société de réanimation de langue française (SRLF) de 2002. Les variables, pouvant constituer des facteurs de risque d'infection, ont été analysées au moyen d'une étude univariée et d'une régression logistique binaire.

L'audit des pratiques a consisté en une auto-évaluation du personnel de réanimation sur les techniques de pose et d'entretien du cathéter veineux central. Le questionnaire a été réalisé à partir des recommandations de la SRLF de 2002 et 2008 et de la société française d'hygiène hospitalière (SF2H) de 2010.

Quatre-vingt sept patients ont bénéficié de la pose d'un cathéter veineux central. 18,4 % des cathéters étaient colonisés, 9,2 % ont été responsables d'une infection liée au cathéter et 1,3 % d'une bactériémie liée au cathéter. Aucune des variables sexe, âge, exposition aux antibiotiques, score IGSII, rang de pose, durée de maintien (supérieure ou égale à 7 jours) ou site d'insertion n'est ressortie comme ayant une influence sur la survenue d'une infection.

Concernant l'auto-évaluation, Le personnel interrogé a répondu réaliser la désinfection cutanée avec de la povidone aqueuse (23 %), de la povidone alcoolique (32%) ou l'une ou l'autre des deux povidones (19,2%). Le premier pansement est laissé en place 24 heures (39,2%) ou 72 heures (47,8%). Pour les pansements suivants, plus de la moitié le change s'il est souillé ou décollé et 35,9 % le change toutes les 72 heures.

Cette étude a permis de déterminer une liste de facteurs à améliorer afin de lutter contre la survenue d'ILC (site d'insertion, durée de maintien, antisepsie cutanée, réfection

des pansements). L'équipe a également décidé de réactualiser la procédure et de mettre en place une check-list pour la pose de ces cathéters.

CLJ-04

AUDIT DE L'ENTRETIEN DES ENDOSCOPES ET EVALUATION DES DIFFERENTES METHODES AU CENTRE HOSPITALIER DE FLERS DANS LE CADRE D'UN PROJET DE CENTRALISATION DE L'ENDOSCOPIE

SIHARATH M.

CH J Monod, FLERS, FRANCE

Contexte : Le centre hospitalier de Flers a des activités d'endoscopie digestive et pulmonaire. Les endoscopies sont réalisées dans 3 unités de lieu différentes (gastro-entérologie, pneumologie, bloc opératoire). Les endoscopes sont entretenus selon 2 méthodes (automatisée – 1 laveur-désinfecteur d'endoscope – et manuelle en gastro-entérologie, manuelle en pneumologie) dans 2 sites différents.

L'hôpital a pour projet de centraliser ces activités et dans ce cadre la direction des soins a demandé à l'EOH d'évaluer la conformité de l'entretien avec la réglementation (pratiques, locaux et équipement, organisation) et les besoins éventuels en matériel pour mise en conformité.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

L'étude a été faite en décembre 2009. Les textes (réglementation, recommandation) en vigueur ont été pris comme référentiel pour établir un questionnaire. L'infirmière de l'EOH a procédé à l'évaluation des pratiques par interview des personnes chargées de l'entretien et à celle des locaux et de l'organisation par observation.

RÉSULTATS

Des non-conformités (communes ou spécifiques aux services étudiés) sont relevées concernant la tenue (éléments de protection peu utilisés, gants inadaptés), la procédure d'entretien (purge non faite, écouvillon à endoscope unique mais à procédures multiples, pas de désinfection après stockage et retour de maintenance, entretien des bacs pas toujours réalisé...).

L'observation des locaux et des équipements a permis de noter que les locaux sont non ventilés, pièce trop petite (même pièce pour l'examen et l'entretien), couvercles des bacs de désinfectant non étanches, traçabilité non informatisée pour l'entretien manuel.

L'organisation (séparation géographique des lieux d'examen et d'entretien) entraîne une perte de temps-agent et de qualité de l'entretien.

CONCLUSION

Des actions vers les équipes (formation, révision des protocoles) ont été menées. L'évaluation du matériel nécessaire pour une centralisation de qualité prenant en compte le coût du matériel, consommables, maintenance et temps agent a permis de montrer l'avantage d'automatiser au maximum le processus d'entretien couplé à une traçabilité informatisée.

CLJ-05

AUDIT CLINIQUE SUR L'HYGIENE DES MAINS EN SECTEUR D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION

BENOUACHKOU M.⁽¹⁾, **FOURNEL I.**⁽¹⁾, **JIMENEZ C.**⁽¹⁾, **MEHL N.**⁽¹⁾, **DE LAPPARENT E.**⁽¹⁾, **GUERRE G.**⁽¹⁾, **ASTRUC K.**⁽¹⁾, **BERZIN BLANCHOT C.**⁽²⁾

⁽¹⁾ CHU Dijon, DIJON, FRANCE ; ⁽²⁾ CHU, BESANÇON, FRANCE

Pour l'activité d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP), la contamination microbiologique des cultures est un risque pouvant mettre en péril le développement embryonnaire et la grossesse. De la ponction à la réimplantation de l'embryon, les manipulations des prélèvements et cultures sont nombreuses. Le service d'AMP du CHU de Dijon, certifié, œuvre en permanence pour prévenir et réduire ce risque. Ainsi, il suit des indicateurs de qualité, parmi lesquels pour l'hygiène des mains, la consommation de produit hydro-alcoolique (PHA). En 2008, cette consommation semble faible à la qualité de l'unité. Cependant il n'existe aucun référentiel dans ce domaine. Bien qu'aucun incident infectieux n'ait eu lieu, un audit sur l'hygiène des mains est donc réalisé avec l'équipe opérationnelle en hygiène en 2009. Les objectifs étaient, de déterminer les opportunités d'hygiène des mains pour cette activité, puis d'en évaluer l'observance et la qualité technique.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Les techniciens de laboratoire ont été audités, par observation directe, dans les laboratoires du bloc opératoire et de spermologie. L'observance et la pertinence ont été évaluées sur les 8 opportunités définies au cours de la première étape. Une fiche d'audit a été élaborée, inspirée du GREPHH, les données ont été saisies sur Excel et analysées avec stata[®].

RÉSULTATS

L'observance est de 38% sur l'ensemble des 2 secteurs. Le choix de la technique utilisée était hétérogène : Au bloc le recours au PHA est observé dans 90% des cas, 70% au laboratoire. Les interruptions d'activités, la manipulation des différents liquides biologiques font peu l'objet d'une désinfection des mains (40% et 22%). La technique de la friction est conforme dans 42% des cas. Les pré-requis sont respectés dans 75% des cas, 100% au bloc. Le port de gant n'est pas respecté lors des gestes à risque d'accident d'exposition à des liquides biologiques. Début 2010, la question du risque toxique pour les cellules des PHA s'est cependant posée devant une diminution transitoire des résultats.

CONCLUSION

Cet audit a permis d'initier la collaboration entre nos 2 services et des améliorations de pratiques ont été observées au cours de cette période. Une grande disparité de pratiques en matière d'hygiène des mains semble exister dans les centres d'AMP en France. Il serait intéressant d'avoir une approche multicentrique et pluridisciplinaire des questions relatives à l'hygiène des mains dans la maîtrise du risque infectieux et à la toxicité des PHA et savons antiseptiques en AMP.

CLJ-06

ANALYSE DE LA POLITIQUE DE MAITRISE DE LA DIFFUSION DES ENTEROBACTERIES RESISTANTES AUX C3G DANS 3 UNITES DE REANIMATION D'UN CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

OLTRA L.⁽¹⁾, **CHAPUIS C.**⁽²⁾, **BENET T.**⁽¹⁾, **VANHEMS P.**⁽¹⁾
⁽¹⁾ Hôpital Edouard Herriot, Lyon, FRANCE ; ⁽²⁾ Henry Gabrielle, Saint Genis Laval, FRANCE

Une enquête transversale a été menée dans des services de réanimation A, B et C de mai à juin 2011. Un questionnaire a été élaboré à partir des référentiels locaux et distribué auprès d'un échantillon représentatif de professionnels, stratifié sur la profession (médecins, cadres de santé et infirmiers). Les thématiques suivantes ont été explorées : politique de dépistage des ERC, hygiène des mains et circuit d'alerte entre le laboratoire et les unités lors de dépistage positif à BMR. Au total, 85 sur 133 questionnaires (20 médecins, 3 cadres de santé, et 62 infirmiers) ont été obtenus et analysés (taux de réponse : 64%).

Concernant la politique de dépistage :

Dans les unités A et B plus de 80% des soignants déclarent qu'un dépistage ciblé est réalisé sur prescription médicale ce qui suit les recommandations nationales. Pour l'unité C 97 % des soignants attestent d'un dépistage systématique ce qui est en lien avec le protocole du CLIN local datant de 2004. D'autre

part, seule l'unité A assure connaître l'existence du protocole de dépistage des BMR du CLIN local.

Pour l'hygiène des mains lors de soins pour des patients porteurs de BMR : sur les 3 unités, 100% des médecins et des cadres de santé utilisent les solutions hydro alcooliques et 35% des infirmiers ne les emploient pas.

Au sujet du circuit d'alerte BMR :

dans les unités B et C, 72% des médecins déclarent ne pas être alertés pourtant il existe une alerte automatique en cas de prélèvement positif à BMR. et 65% des paramédicaux disent être prévenus.

Cette étude montre que ces 3 unités de réanimation ont des politiques de dépistage bien établies mais hétérogènes. Un groupe de travail va être constitué au niveau local pour réactualiser le protocole de dépistage des BMR et homogénéiser les pratiques. De plus les connaissances sur l'hygiène des mains et sur le système d'alerte semblent différents entre catégories professionnelles. Des formations de terrain adaptées doivent être mise en place pour améliorer ces pratiques.

SP9 - Session parallèle 3

RISQUE VIRAL NON HÉMATOGÈNE

CP10

ANTISEPTIQUES ET DÉSINFECTANTS : INTÉRÊT DE L'ACTIVITÉ VIRUCIDE

XAVIER VERDEIL, EQUIPE OPÉRATIONNELLE EN HYGIÈNE HOSPITALIÈRE
Hôpitaux de Toulouse

Les produits antiseptiques et désinfectants revendiquent des spectres d'activité antimicrobiens qui varient en fonction des familles de produits et des utilisations pour lesquelles ils sont employés. L'activité virucide de ces produits n'est que partiellement mise en avant en regard des propriétés bactéricide et fongicide. Néanmoins, la prise de conscience du risque de transmission virale de type épidémique (virus grippaux ou entériques) a permis de réactualiser la préoccupation du risque viral, en complément de la prévention du risque hématogène (VIH et virus des hépatites).

Les infections nosocomiales d'origine virale sont peu fréquentes en comparaison des infections d'origine bactérienne ou fongique. Elles sont néanmoins probablement sous-estimées. Leur survenue fréquente sous forme épidémique explique leur représentation aléatoire dans les enquêtes de surveillance épidémiologique de type prévalence ou incidence.

Les principales manifestations cliniques des infections nosocomiales sont les infections gastro-intestinales, les infections du tractus respiratoire, les infections cutanéomuqueuses (virus du groupe herpès notamment) et les hépatites. Les populations à risque sont les nouveau-nés et les jeunes enfants, les patients âgés, les immunodéprimés, les transplantés, les hémodialysés. Le personnel soignant constitue également une population susceptible d'être contaminée au contact des patients.

L'activité virucide d'un produit antiseptique ou désinfectant est sa capacité à réduire le nombre de particules virales infectieuses dans des micro-organismes d'essai appropriés dans des conditions définies.

Classiquement, le niveau de résistance des micro-organismes à la désinfection positionne **les virus enveloppés comme les micro-organismes les plus sensibles** (à l'exception du virus de l'hépatite B). Les virus nus présentent une résistance

plus élevée pour laquelle un niveau de désinfection de type intermédiaire est requis : utilisation d'un produit bactéricide, fongicide, virucide et mycobactéricide (1).

L'activité virucide comparée des **produits antiseptiques** permet de positionner les dérivés iodés et les dérivés chlorés comme antiseptiques actifs sur tous les types de virus. Les alcools ont une action virucide sur les virus enveloppés. La chlorhexidine présente une activité contre les virus enveloppés comme le VIH, le cytomégalovirus et le virus influenzae (2).

L'activité virucide comparée des **produits désinfectants** permet de retenir une activité de toutes les familles de produits sur les virus enveloppés. Sur les virus nus, les tensio-actifs, les alcools et chlorhexidine ne sont pas actifs (3).

En FRANCE, l'évaluation objective de l'activité virucide des produits antiseptiques et désinfectants fait l'objet de la **norme NF EN 14 476+A1** de janvier 2007 (4).

Un produit doit démontrer une réduction logarithmique décimale (lg) d'au moins 4lg du titre de la suspension virale des souches d'essai dans des conditions de la norme.

Les virus d'essai sont Poliovirus type 1 et Adenovirus type 5 pour les applications sur surfaces, instruments et mains (produits d'hygiène des mains) et Parvovirus bovin pour l'application désinfection chimio-thermique en machine.

Le Poliovirus est choisi comme virus d'essai car il a une résistance élevée aux produits chimiques. Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) n'est pas considéré comme un virus qui requiert d'être soumis à essai car il est très fragile.

Les fabricants de produits antiseptiques ou désinfectants peuvent revendiquer une activité virucide vis-à-vis d'un virus donné. Certaines souches virales peuvent être prises en compte « selon la méthodologie de la norme NF EN 14 476+. IL peut s'agir du virus de la pseudo-rage porcine (substitut du virus de l'hépatite B), du virus de la diarrhée bovine (substitut du virus de l'hépatite C), du rotavirus, du *norovirus*, du virus influenzae H1N1.

L'actualité récente (grippe A H1N1 pandémique) et la fréquence des épidémies de gastro-entérites aiguës virales épidémiques (notamment à *norovirus*) ont fait l'objet d'avis de l'AFSSAPS relatif à l'efficacité ou à l'utilisation des désinfectants pour les mains à peau saine (produits hydro-alcooliques) dans le cadre de ces épidémies.

Outre la structure du virus (enveloppé ou nu), d'autres facteurs influencent l'activité virucide des antiseptiques et des

désinfectants : charge virale initiale (importance des étapes de détertion ou de nettoyage), phénomène d'agrégation virale (pour les virus nus entériques), concentration et formulation du produit, présence de matières organiques et conditions opératoires (temps de contact, température et pH).

Dans le cadre des produits ou procédés utilisés en **désinfection par voie aérienne**, la norme de référence est la norme **NF T 72-281 (mai 2009)** (5). Cette norme ne prévoit pas de détermination de l'activité virucide. Néanmoins, la revendication de virucidie peut être prise en compte si l'essai fourni par le fabricant a été réalisé en adaptant la méthodologie de la norme aux virus testés selon la méthodologie de la norme CEN NF EN 14 776 avec adénovirus et poliovirus.

La virucidie est une activité indispensable pour tous les produits antiseptiques ou désinfectants, en analogie avec le principe des précautions standard vis-à-vis du contact avec du sang ou des liquides biologiques. Des progrès en termes de standardisation des essais normatifs restent nécessaires. Une meilleure connaissance des mécanismes moléculaires de l'action virucide devrait permettre d'optimiser les formulations et présentations des produits.

RÉFÉRENCES :

1. Désinfection des dispositifs médicaux. Guide de bonnes pratiques, CSHPF, CTIN, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1998.
2. J. Freney. Antiseptiques et désinfectants. In : Hygiène Hospitalière. N. Hygis Sauramps médical. Edition 2010.
3. J.Ch. Darbord. Désinfectants et désinfection. In : Hygiène Hospitalière. N. Hygis Sauramps médical. Edition 2010.
4. Norme NF EN 14 776+A1 (janvier 2007). Essai virucide quantitatif de suspension pour les antiseptiques et désinfectants chimiques utilisés en médecine humaine.
5. Norme NF T 72-281 (mai 2009). Procédés de désinfection des surfaces par voie aérienne. Détermination de l'activité bactéricide, fongicide, lévuricide et sporicide.

SP 10 - Communications libres 5 paramédicales

TRANSMISSION CROISÉE

CL-25

EVALUATION DES MODALITES D'UTILISATION DES COLLECTEURS POUR EXCRETA : ETAT DES LIEUX ET PLAN D'AMELIORATION DE LA QUALITE

*THIRIET L., JEUNESSE K., IBARISSENE B.
CH de SEDAN, SEDAN, FRANCE*

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La lutte contre la dissémination des entérobactéries productrices de bêta-lactamases à spectre élargi (EBLSE) passe par la maîtrise de leur réservoir principal : le tube digestif. Dans cette optique, l'évaluation de la prise en charge des collecteurs d'excréta utilisés pour les patients incontinents est une démarche incontournable.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Un groupe projet pluri-professionnel a été chargé d'établir un état des lieux. Il a organisé un audit des pratiques, combinant observation directe et interview des professionnels. Cette démarche a été complétée par une mesure du nombre d'opportunités d'utilisation d'un collecteur pour recueil des urines ou selles sur une période de sept jours, effectuée dans l'ensemble des services de l'établissement.

RÉSULTATS

Vingt audits ont été réalisés.

Aucun service n'est équipé d'un lave-bassin fonctionnel.

Dans toutes les unités de soins, des douchettes sont disponibles dans les cabinets de toilette et utilisées par les professionnels. La vidange, le nettoyage, et la désinfection des collecteurs d'excréta sont usuellement effectués dans le cabinet de toilette de la chambre. Un seul service réalise un traitement centralisé de ces dispositifs.

Moins de 30% des professionnels interrogés déclare revêtir un tablier de protection à usage unique (UU) lors du nettoyage des collecteurs.

L'interview des professionnels fait apparaître les difficultés d'organisation d'une prise en charge correcte des collecteurs à excréta, liées à l'exiguïté des locaux à usage technique, et à des effectifs restreints.

L'étude de la fréquence d'utilisation des collecteurs a permis d'identifier les services pour lesquels l'acquisition d'un lave-bassin automatisé serait prioritaire.

CONCLUSION

L'évaluation conduite dans notre établissement a mis en évidence les écueils à surmonter pour améliorer les pratiques : respect insuffisant des précautions standard (PS), locaux exigus et inadaptés pénalisant la centralisation du traitement des collecteurs, retard d'équipement. Dans un contexte de tension budgétaire, le groupe projet a proposé à la Direction de l'établissement un plan d'action économiquement acceptable :

- 1- renforcer la formation sur les PS (hygiène des mains, tablier à UU),
- 2- éditer et diffuser un protocole relatif au nettoyage des collecteurs à excréta dans la chambre du patient, dans le but de diminuer le risque d'aérosolisation de matières fécales et d'urine,
- 3- mettre en place le traitement centralisé des collecteurs dans les services de soins identifiés par l'étude,
- 4 - acquérir un lave-bassin thermique dans les quelques unités de soins où il s'impose.

CL-26

AUDIT CONTINU SUR LES PRECAUTIONS COMPLEMENTAIRES ET AMELIORATION DES PRACTIQUES

*BENOUACHKOU M., LEFEBVRE A., ASTRUC K.,
THERME I., DE LAPPARENT E., ADAM F., ROMANETTI I.,
GUERRE G.*

CHU Dijon, DIJON, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'application des précautions complémentaires (PC) est recommandée lors de la prise en charge des patients infectés et/ou colonisés avec des germes résistants aux anti-infectieux ou épidémiogènes. Dans notre établissement, leur liste est validée par le CLIN et leur surveillance quotidienne mise en œuvre par le Service d'Hygiène Hospitalière en collaboration avec le laboratoire de microbiologie. Des dysfonctionnements concernant la gestion des patients bénéficiant de ces mesures, malgré l'émission de recommandations, avaient été observés lors des visites des infirmières hygiénistes dans les unités de soins. Un audit a été mené pour en estimer la fréquence.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Durant toute l'année 2011, pour tout nouveau cas, les infirmières hygiénistes ont interviewé le personnel prenant en charge le patient à l'aide d'un questionnaire standardisé. La mise en place, le type (contact, gouttelette, air), la prescription et la signalisation des PC, la connaissance du germe, de son réservoir et le recours aux recommandations dans le dossier patient informatisé (DPI) ont été évalués. Une comparaison entre les données du premier et du quatrième trimestre a été réalisée grâce à un test du χ^2 ou un test de Fischer.

RÉSULTATS

Au total, 477 visites ont été effectuées, les précautions complémentaires étaient nécessaires dans 92 % des cas ($n=438$) et mises en place dans 95 % de ces cas ($n=418$). La signalisation était présente dans 93 % des cas, la nouvelle version de l'affiche présente dans 89% des cas et correctement renseignée dans 47 % des cas. Le germe est connu dans 66 % des cas, son réservoir dans 82 %, et le type des précautions dans 83 % des cas. Les agents ont recours au DPI dans 18% des cas. La prescription médicale des PC n'est retrouvée que dans 69 % des cas. La connaissance du germe, la prescription médicale augmentent au cours du temps, respectivement de 61 % à 76 % ($p=0,02$) et de 59 % à 75% ($p=0,02$). L'affiche sur la porte est moins souvent présente au cours du temps, de 98 % à 91 % ($p=0,02$).

CONCLUSION

Cet audit a permis de sensibiliser l'ensemble des équipes autour des précautions complémentaires et de mettre en évidence une amélioration de la plupart des items étudiés. Une étude spécifique sera menée sur les services les plus en difficulté. La présence et le soutien des infirmières hygiénistes dans les unités de soins a permis de réajuster rapidement certaines non-conformités, de répondre aux interrogations et de rassurer les équipes. Il a également facilité la mise en place de notre nouveau protocole PC.

CL-27

EVALUATION DES FILIERES D'ELIMINATION DES DECHETS DANS UN CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE : OBJECTIF 'REDUCTION DES DASRI'

*GUILLE DES BUTTES A.C., CATOIRE N., BOURIGAULT C., LEPELLETIER D.
CHU Nantes, Nantes, FRANCE*

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les établissements de santé produisent divers déchets tels les déchets ménagers et ceux de soins à risque infectieux (DASRI). Au sein de notre établissement, l'indicateur DASRI est de 32% (versus 28% pour les établissements comparables). L'objectif était d'évaluer les connaissances et les pratiques de tri des professionnels de santé afin de diminuer la production de DASRI.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'étude a été réalisée du 14 mars au 26 avril 2011 par 14 auditeurs (6 hygiénistes et 8 personnes chargées de la gestion des déchets). Dix questionnaires évaluant les connaissances des référentiels institutionnels ont été adressés à chacun des 180 correspondants hygiène pour diffusion dans les services de soins. Parallèlement, des observations ont été réalisées directement lors de soins dans 9 Unités Fonctionnelles (UF) parmi celles consommant le plus d'emballage DASRI (urgences, chirurgie orthopédique, digestive, urologique, ORL, infantile, cardio thoracique, réanimations). Le contenu de sacs DASRI a été évalué par ouverture des contenants présents dans le même local de chaque UF, au même horaire, le même jour.

RÉSULTATS

L'analyse des 624 questionnaires (taux de retour 23%) montrait que l'élimination dans la filière adaptée était conforme dans 77% des cas pour les aiguilles, 33% pour les cathéters et 34% pour les gants de soins. L'indication du tri était considérée difficile pour 62% des professionnels par manque de connaissances (45%) et de documents de référence (28%). L'observation de 168 situations de soins a montré que le contenu du sac DASRI était conforme pour 82% des soins observés et pour 71% des réfections de pansement. La conformité de la fermeture temporaire du collecteur piquant tranchant était de 13% et la fixation était conforme à 76%. L'ensemble des non conformités résultait de l'absence de moyen de fixation. Le contenu de 15 contenants DASRI a été observé : 50% des déchets identifiés ne relevait pas de la filière DASRI.

CONCLUSION

L'étude a mis en évidence la non-conformité du tri de déchets lors des soins avec une sur-utilisation de la filière DASRI. Les moyens mis à disposition ne sont pas toujours utilisés, comme les fixations des collecteurs pour objets piquants. Le sous-équipement en support déchets est à l'origine d'une partie de la surproduction de DASRI. Ces travaux ont permis la création de support d'information sur le bon tri et un ajustement des moyens. L'appropriation du réflexe « la bonne filière pour le bon déchet » nécessitera de nouvelles campagnes d'information avec pour objectif la réduction des surcoûts.

CL-28

ENQUETE SUR L'HYGIENE DES MAINS EN EHPAD

TEQUI B.⁽¹⁾, **FRANGEUL E.**⁽¹⁾, **BRETHER N.**⁽²⁾, **BRISHOUAL M.**⁽¹⁾, **FEINARD G.**⁽²⁾

⁽¹⁾ CH Châteaubriant, CHÂTEAUBRIANT, FRANCE ; ⁽²⁾ Hôpital Intercommunal Sevres et Loire, VERTOU, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le réseau a souhaité identifier une action collective pour la journée mondiale d'hygiène des mains du 5 mai 2011. L'objectif de cette enquête était de sensibiliser les EPHAD à la friction hydro-alcoolique (FHA).

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une enquête descriptive par auto-questionnaire proposée pendant la première quinzaine de mai aux EPHAD volontaires (rattachés ou non à un établissement sanitaire). Le questionnaire « soignant » a été testé et adapté pour les ASH. Les critères recueillis portaient sur les connaissances et l'observance de l'hygiène des mains pour la prise en charge du résident.

Les directeurs et les correspondants hygiène ont assuré le déroulement de l'enquête dans chaque établissement. Le traitement des données (saisie-analyse) et la restitution ont été réalisés par l'EOH du réseau.

RÉSULTATS

12 EHPAD ont participé permettant de recueillir 142 grilles soignant et 61 grilles ASH. Les soignants se répartissent en AS 68%, IDE 24%, autre 8%. Le risque de contamination des mains à partir de la flore cutanée d'un résident est intégré par 89% des répondants, alors que 23% n'identifie pas celui lié à la flore digestive. 90% des répondants connaissent le risque de contamination de l'environnement par les flores du résident. L'indication du type d'hygiène des mains est acquise : lavage des mains souillées et désinfection des mains par FHA en revanche

l'utilisation de lingettes désinfectantes est reconnue comme un geste d'hygiène des mains pour 30% des répondants. Le nombre d'étapes pour la FHA n'est pas intégré (7% pour les 7 étapes, 16% pour 6 étapes). Le respect des opportunités d'hygiène des mains est de 84% avant acte invasif, 78% après contact avec les liquides biologiques, 55% après contact avec le résident, 49% avant contact et 32% après contact avec l'environnement du résident.

CONCLUSION

La réalisation technique de la FHA n'est pas acquise. L'observance de l'hygiène des mains pour les actes non invasifs est <56%, elle est meilleure après contact qu'avant, confirmant le comportement auto-protecteur des soignants qui ressentent un risque plus important de contamination du résident vers le soignant que l'inverse. On note une inadéquation entre les représentations et les pratiques, elle s'illustre particulièrement pour le contact avec l'environnement : contamination de mains identifiée par 90% des répondants et geste d'hygiène des mains par seulement 32% d'entre eux. Ces résultats ont conduit l'EOH du réseau à proposer des formations contextualisées en prenant en compte les freins à la FHA dans les lieux de vie.

CL-29

MISE EN OEUVRE ET RESULTATS D'UNE STRATEGIE DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS RAPATRIÉS DANS UN CHU

TACKIN A.⁽¹⁾, **PODGLAJEN I.**⁽¹⁾, **KAC G.**⁽²⁾, **FRAZIER I.**⁽¹⁾, **MINOZZI C.**⁽¹⁾, **MANGIN B.**⁽¹⁾, **CARBONNE A.**⁽¹⁾, **MEYER G.**⁽¹⁾
⁽¹⁾ Hégp, Paris, FRANCE ; ⁽²⁾ Ch De La Roche-Sur-Yon, La Roche-Sur-Yon, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Depuis 2004, l'émergence d'entérobactéries productrices de carbapénémase (EPC) est observée en FRANCE, dont une majorité isolée de patients rapatriés de pays étrangers ou ayant des antécédents (ATCD) d'hospitalisation à l'étranger. Une politique de suivi de ces patients a été mise en place dans notre établissement, conformément aux recommandations nationales publiées en 2010 et 2011, dans l'objectif de connaître le portage digestif des patients rapatriés, de sensibiliser les services aux mesures à mettre en place pour éviter la transmission et d'évaluer le rationnel de ces mesures.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Période de l'étude : 3 novembre 2010 au 9 septembre 2011 (100 patients inclus).

Données recueillies : pays de provenance, dates d'entrée et

de sortie, services concernés, microbiologie, date de mise en place des précautions complémentaires « contact » (PCC). Deux dépistages rectaux hebdomadaires ont été prescrits dès l'identification du caractère « rapatrié » du patient.

RÉSULTATS

Parmi les 100 patients identifiés, 35 sont rapatriés de l'étranger et 65 ont des ATCD d'hospitalisation à l'étranger dans l'année précédente. Les pays principalement concernés sont : Koweït (15 patients), Algérie (10), Sénégal (10). Tous les services de l'établissement sont concernés (22/24), mais le service de cardiologie médical a reçu, à lui seul, 21 patients. 44 patients (46%) ont eu un dépistage positif (dont 22 rapatriés soit 65% d'entre eux). Parmi eux 10 patients étaient porteurs de bactéries hautement résistantes (4 EPC, 6 entérocoques résistant à la vancomycine, ERV) et 40 étaient porteurs d'entérobactéries productrices de betalactamases à spectre étendu (EBLSE, les $\frac{3}{4}$ étaient des *Escherichia coli*). Les EPC étaient des *Klebsiella pneumoniae*. De plus 4 patients étaient porteurs d'*Acinetobacter baumannii* résistant à l'imipénème. La médiane du délai de mise en place des PCC est de 1 jour [0–28].

CONCLUSION

La mise en place des mesures recommandées dans notre établissement a permis d'identifier 10 bactéries hautement résistantes aux antibiotiques et 40 EBLSE. Les patients rapatriés sont plus souvent porteurs que les patients ayant des ATCD d'hospitalisation à l'étranger. La mise en place des PCC étaient justifiées pour 46 % des patients. Le délai de mise en place des PCC est inférieur ou égal à 24h dans la plupart des cas. Cette politique a permis d'éviter tout cas secondaire (EPC ou ERV). Depuis cette étude, la détection de ces patients s'est améliorée grâce à la mise en place d'un questionnaire systématique dès l'admission.

CL-30

TUBERCULOSES NOSOCOMIALES ET TRANSPLANTATION PULMONAIRE

DEPAIX-CHAMPAGNAC F.⁽¹⁾, TAHARO M.⁽¹⁾, SENECHAL A.⁽¹⁾, PHILIT F.⁽¹⁾, MORNEX J.F.⁽¹⁾, CARRET G.⁽²⁾, GRANDO J.⁽¹⁾

⁽¹⁾ GROUPEMENT HOSPITALIER EST, BRON, FRANCE ;

⁽²⁾ GROUPEMENT HOSPITALIER SUD, PIERRE BENITE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Toutes les souches de *Mycobacterium tuberculosis* identifiées dans notre région sont typées par des techniques de biologie moléculaires (spoligotyping) afin de suivre l'épidémiologie de cette bactérie. En 2010, le laboratoire de microbiologie alerte l'établissement car cette bactérie est identifiée dans des lavages broncho-alvéolaires réalisés à titre systématique chez 3 patients transplantés pulmonaires asymptomatiques, suivis dans le même service de pneumologie. Les 3 souches sont différentes. Il est retrouvé pour chacune d'elles, une souche identique dans des prélèvements de patients hospitalisés dans le même établissement. Trois « couples » patient source/ patient transplantés sont définis, une origine nosocomiale est alors suspectée. Après exclusion d'une erreur possible de laboratoire, une enquête épidémiologique est menée par l'équipe opérationnelle en hygiène hospitalière.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Un signalement externe (ARS, InVS) est réalisé et les patients en sont informés.

Lors de l'enquête de terrain, nous avons étudié le parcours des patients, les modalités de prise en charge dans les unités de soins hospitalières et en maison de convalescence, les dispositifs médicaux réutilisables (endoscopes, spiromètres...) et leur modalités de traitement. Les cas indexés et secondaires sont recherchés chez le personnel et chez les patients. Un rappel et une information de l'ensemble des patients transplantés poumons et / ou coeur sont organisés.

RÉSULTATS

Cette enquête a exclu l'imputabilité des dispositifs médicaux. Pour 2 couples, une rencontre a été identifiée en service de radiologie, pour le 3^e couple aucune hypothèse n'a été confirmée. Deux patients sources sur les 3 ne sont pas suspects de tuberculose donc aucune Précaution Complémentaire Air n'est mise en place. Pour le 3^e patient, les Précautions Air avaient été levées en raison de l'absence de Bacille Acido Alcoolo Résistant sur 3 prélèvements broncho pulmonaires consécutifs.

CONCLUSION

Suite à ces cas de transmissions croisées de tuberculose, la prise en charge des patients transplantés a été rediscutée : conditions d'accueil dans le service, modalités d'attente lors d'examen, modalités de port du masque pour les patients transplantés.

SP 11 - Communications libres 6

DIVERS

CL-31

SYNDROMES GRIPPAUX NOSOCOMIAUX DANS UNE UNITE DE MEDECINE GERIATRIQUE : RESULTATS DE 5 ANNEES DE SURVEILLANCE SAISONNIERE

REGIS C.⁽¹⁾, **VOIRIN N.**⁽²⁾, **ESCURET V.**⁽³⁾, **KIM B.A.**⁽⁴⁾, **PIRES-CRONENBERGER S.**⁽⁵⁾, **ROBERT O.**⁽⁶⁾, **LINA B.**⁽³⁾, **COMTE B.**⁽⁴⁾, **VANHEMS P.**⁽²⁾

⁽¹⁾ Laboratoire de Biométrie et Biologie Evolutive UMR CNRS 5558, LYON, FRANCE ; ⁽²⁾ Université Lyon1, Laboratoire de Biométrie et Biologie Evolutive, UMR CNRS 5558 et Groupement hospitalier E. Herriot, Unité Hygiène, Epidémiologie et Prévention, LYON, FRANCE ; ⁽³⁾ Université Lyon 1, CNRS FRE 3011, Laboratoire de Virologie et Pathologie Humaine et Groupement Hospitalier Est, Laboratoire de Virologie, LYON, FRANCE ; ⁽⁴⁾ Goupement Hospitalier E. Herriot, Service de médecine gériatrique, LYON, FRANCE ; ⁽⁵⁾ Groupement hospitalier E. Herriot, Unité d'Hygiène, Epidémiologie et Prévention, LYON, FRANCE ; ⁽⁶⁾ Groupement hospitalier E. Herriot, Service de médecine préventive, LYON, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les personnes âgées sont à haut risque d'infections grippales nosocomiales. Peu d'investigations prospectives ont été menées à ce jour dans des unités de court séjour afin de décrire ces infections. Une surveillance a été menée de janvier 2005 à mars 2009 dans le but de décrire les syndromes grippaux nosocomiaux dans une unité de gériatrie.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Durant les périodes de surveillance, l'inclusion était proposée à tous les patients présentant un syndrome grippal (SG) défini par une fièvre > 37,8°C ou une toux ou une douleur pharyngée. Le diagnostic virologique était confirmé par un écouvillonnage nasal. Les taux d'attaque pour 100 admissions ont été rapportés par saison. Le caractère nosocomial a été établi suivant 2 définitions : 1) une apparition des symptômes 48 heures ou plus après l'admission à l'hôpital (Mayhall, 2004) et 2) une apparition des symptômes 72 heures ou plus après l'admission à l'hôpital (Salgado 2002).

RÉSULTATS

Parmi les 1353 patients admis dans l'unité au cours de la surveillance, 115 ont présenté un SG, respectivement 23 en 2005, 41 en 2006, 16 en 2007, 11 en 2008 et 24 en 2009. Les taux d'attaque de syndromes grippaux étaient respectivement de 3,7 ; 5,5 ; 1,8 ; 0,4 et 2,5%. Le caractère nosocomial a été retrouvé chez 22 ou 16 patients suivant le délai d'apparition des symptômes depuis l'admission : 48 ou 72 heures. Une grippe a été confirmée chez 24 individus et 3 patients ont présenté une grippe nosocomiale (apparition des symptômes 3, 9 et 27 jours après l'admission). Parmi les patients présentant un SG, 67 (58,3%) étaient vaccinés contre la grippe et 13 d'entre eux ont présenté une grippe confirmée. Parmi ces 13 cas confirmés, 3 étaient des gripes nosocomiales dont 2 cas étaient vaccinés. Pour ces 2 cas, la souche isolée était différente de la souche vaccinale (saison 2005). Au cours de la surveillance, 9 patients sont décédés pendant leur SG, sans part attribuable de l'infection grippale à leur décès. Parmi ces 9 patients et en fonction de la définition retenue, 4 (≥ 48 h) ou 2 (≥ 72 h) ont présenté un SG nosocomial.

CONCLUSION

La surveillance effectuée a montré que des syndromes grippaux nosocomiaux étaient observés chaque saison. Il apparaît donc important de protéger de l'infection grippale les patients vulnérables en diminuant leur exposition au virus. Ceci par la vaccination mais aussi par l'application des mesures d'hygiène telles que la désinfection des mains et le port du masque.

CL-32

EVALUATION DE L'IMPACT D'UNE INTERVENTION MULTIMODALE SUR LA DIMINUTION DES TAUX D'INFECTIONS EN ETABLISSEMENTS D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES (EHPAD): UN ESSAI RANDOMISE EN CLUSTERS (ETUDE ENLIL)

CHAMI K.⁽¹⁾, **GAVAZZI G.**⁽²⁾, **BAR-HEN A.**⁽³⁾, **CARRAT F.**⁽⁴⁾, **DE WAZIÈRES B.**⁽⁵⁾, **LEJEUNE B.**⁽⁶⁾, **ARMAND N.**⁽⁷⁾, **RAINFRAY M.**⁽⁸⁾, **HAJJAR J.**⁽⁹⁾, **PIETTE F.**⁽¹⁰⁾, **ROTHAN-TONDEUR M.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ ORIG, INSERM U707, EHESP, Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière-Charles-Foix, IVRY SUR SEINE, FRANCE ; ⁽²⁾ ORIG, CHU A. Michallon, GRENOBLE, FRANCE ; ⁽³⁾ Université Paris Descartes, PARIS, FRANCE ; ⁽⁴⁾ INSERM U707, CHU Saint Antoine, Paris 6, PARIS, FRANCE ; ⁽⁵⁾ ORIG, Groupe hospitalier universitaire Carêmeau, NÎMES, FRANCE ; ⁽⁶⁾ ORIG, CHU Cavale Blanche, Université de Brest, Université européenne de Bretagne, BREST, FRANCE ; ⁽⁷⁾ ORIG, CHU de Valence, VALENCE, FRANCE ; ⁽⁸⁾ CHU Xavier Arnoz, Université Victor Segalen, BORDEAUX, FRANCE ; ⁽⁹⁾ CHU de Valence, VALENCE, FRANCE ; ⁽¹⁰⁾ ORIG, Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière-Charles-Foix, IVRY SUR SEINE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En FRANCE, la première enquête nationale de prévalence (2006-2007) réalisée sur 44 869 résidents dans 577 EHPAD, a estimé le taux de prévalence total des infections à 11.23% (Intervalle de confiance (IC) à 95% 10.50-11.97). Des recommandations de prévention des infections adaptées ont été rédigées en collaboration avec des sociétés savantes, notamment la Société Française d'Hygiène Hospitalière. Un essai randomisé en clusters a été mis en place dans l'objectif d'évaluer l'impact d'un programme de prévention basé sur ces recommandations des infections sur la diminution des taux d'infections (urinaires, respiratoires et gastro-intestinales) de 5% chez des résidents en EHPAD, sur une période de 5 mois.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'un essai interventionnel randomisé en cluster (#NCT01069497) concernant 50 EHPAD situés au Nord-Ouest de la FRANCE, n'ayant pas mis en place au préalable un programme de prévention. Tous les résidents présents ont été inclus, quelle que soit leur date d'admission. Suite à une randomisation stratifiée, en blocs, 2 groupes ont été constitués : un groupe témoin (25 EHPAD) et un groupe interventionnel (25 EHPAD) qui a bénéficié de l'implantation d'un programme de prévention. Ce programme était basé sur les recommandations issues du CFE, avec formation des soignants, posters, reminders et attribution de moyens pour l'hygiène des mains, de l'environnement et l'hygiène bucco-dentaire des résidents. Le critère de jugement principal est le taux total d'infections (urinaires, respiratoires et gastro-intestinales), évalué en post-intervention, après 5 mois de suivi. L'analyse statistique a été réalisée en intention-de-traiter, avec prise en compte de l'effet cluster.

RÉSULTATS

Au total, 47 EHPAD (4 515 résidents) ont été inclus et suivis. Le taux d'incidence des infections dans le groupe interventionnel était de 2.11 pour 1 000 résidents-jours et de 2.15 pour 1 000 résidents-jours dans le groupe témoin; la différence n'était pas significativement différente entre les deux groupes dans le modèle marginal de Cox brut (Risque relatif (RR)= 1.005 [95% (CI) 0.893 – 1.131]; P=0.9328) ou ajusté (RR = 0.989 [95% CI 0.873 – 1.120]; P =0.8574]).

CONCLUSION

Un accompagnement et du temps seraient nécessaires pour l'implantation des recommandations.

CL-33

UTILISATION DES BADGES DE FAIBLE RADIO-FREQUENCE POUR QUANTIFIER LES CONTACTS ENTRE PATIENTS ET PERSONNELS DANS UN SERVICE DE GERIATRIE D'UN CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

VANHEMS P.⁽¹⁾, **BARRAT A.**⁽²⁾, **CATTUTO C.**⁽³⁾, **PINTON J.F.**⁽⁴⁾, **KHANAFER N.**⁽¹⁾, **RÉGIS C.**⁽⁵⁾, **KIM B.A.**⁽¹⁾, **COMTE B.**⁽¹⁾, **VOIRIN N.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Hôpital Edouard Herriot, LYON, FRANCE ; ⁽²⁾ CNRS - Université de la Méditerranée, MARSEILLE, FRANCE ; ⁽³⁾ ISI Foundation, TURIN, ITALIE ; ⁽⁴⁾ ENS Lyon, LYON, FRANCE ; ⁽⁵⁾ Université Lyon 1, LYON, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les contacts entre individus (patient et soignants) contribuent largement à la diffusion des infections nosocomiales. Le dénombrement de ces contacts est le plus souvent effectué au moyen d'audits. Des badges à faible radiofréquence (RFID) portés par les patients et les soignants ont été utilisés pour décrire et quantifier les contacts entre personnes dans un service de gériatrie.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'étude a été conduite entre le 6/12/2010 12h et le 10/12/2010 14h dans le service de gériatrie (19 lits) d'un CHU. Le port d'un badge a été proposé à tous les soignants (n=50) et tous les patients (n=29). 5% des personnels et 7% des malades ont refusé. Les mesures ont aussi été effectuées la nuit. Les badges étaient calibrés pour capter un signal entre eux dans

un rayon de 0 à 1,5 mètres. Les résultats ont été rapportés selon les paramètres descriptifs classiques et des matrices de contacts ont permis d'identifier les types de contacts les plus fréquents. Les groupes de personnes ont été stratifiés en patients (P), personnel paramédical (PPM) et personnel médical (PM). Toutes les informations ont été anonymisées.

RÉSULTATS

Un total de 14037 contacts a été dénombré. Le nombre moyen de contacts par personne a été de 30 (min 6, max 61). La durée moyenne des contacts a été de 46 secondes (20s, 45mn). Le nombre cumulé moyen de contacts par jour impliquant au moins un PM ou PPM était de 3400 et impliquant au moins un patient de 962. En nombre cumulé, 10616 (75,6%) contacts impliquaient un PPM, 4003 (28,5%) un PM et 3849 (27,4%) un patient. 63,3% des contacts P-PPM ont eu lieu le matin, 25,5% l'après-midi et 9,2% la nuit. La même distribution a été observée pour les contacts P-PM. Les contacts les plus fréquents ont été PPM-PPM (5130, 38%), PPM-P (2951, 21%), PM-PM (2136, 15%) puis PM-P (574, 4%). Parmi la totalité des contacts des P, 68% impliquaient un PPM et 14% un PM.

CONCLUSION

Cette étude a montré la faisabilité d'un dénombrement de contacts entre individus dans un service hospitalier. L'ensemble des résultats permettra d'améliorer les connaissances sur les situations à risque de diffusion d'agents infectieux au cours des soins et de discuter d'éventuelles modifications de leur organisation. Les résultats présentés sous forme animée ont aussi été utilisés à but pédagogique auprès du personnel pour discuter de la réduction du nombre d'opportunités de transmissions d'agents infectieux. Ces résultats seront complétés par une étude similaire dans le même service sur une durée de 15 jours, associée à des prélèvements microbiologiques.

CL-34

PROPOSITION DE COTATION DE L'ACTIVITE REGLEMENTAIRE DES EQUIPES OPERATIONNELLES D'HYGIENE A L'AIDE D'UNE LETTRE CLE «H» : RESULTATS DE 4 ANNEES D'EXPERIENCE

*LECOINTE D., BOURGEOIS S., BEAUVAIS R.
CH Sud-Francilien, CORBEIL-ESSONNES, FRANCE*

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les missions des équipes opérationnelles d'hygiène (EOH) décrites dans la circulaire DGS/DHOS/E2 – N°645 du 29 décembre 2000 ne font l'objet d'aucune cotation. Il n'existe aucune possibilité de quantification de cette activité. Par contre,

les laboratoires d'hygiène hospitalière peuvent coter leur activité en B ou BHN. En 2007, nous avons créé une lettre clé H pour quantifier l'activité réglementaire de notre EOH. Celle-ci étant dotée d'un laboratoire, nous avons évalué cette autre activité en BHN. Le but était de décrire l'activité réelle de l'EOH aussi bien sur le plan réglementaire que concernant son activité de laboratoire, et aussi bien dans le cadre du programme d'action de lutte contre les infections nosocomiales (PALIN) qu'en dehors de celui-ci. Les objectifs étaient d'établir si les missions de l'EOH étaient bien remplies et de suivre l'évolution pluriannuelle de son activité.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les principales missions de l'EOH ont été introduites dans une nomenclature et cotées en H. Les résultats de la cotation ont été introduits dans le rapport annuel d'activité, en parallèle à la cotation en BHN.

RÉSULTATS

De l'année 2007 à l'année 2010, l'activité réglementaire est passée de 148 689 à 559 209 H. Les enquêtes et audits représentaient l'essentiel (141 459 à 544 694), suivis des formations (4 740 à 5 270), puis de la rédaction de procédures (2 150 à 3 345), la surveillance des travaux (340 à 660) et les signalements internes et externes d'infections nosocomiales (0 à 5 240). Au cours de la même période, l'activité de laboratoire est passée de 226 525 à 393 800 BHN, représentant 1 846 à 2 875 prélèvements (contrôle microbiologique des eaux, des endoscopes, des surfaces, du lait maternel ; recherche d'Entérocoques Résistants à la Vancomycine, de légionelles dans l'eau). En 2010, l'EOH consacrait 80,17% de son temps total à la mise en œuvre de ses missions réglementaires, et 19,83% à l'activité de laboratoire. Un seul des 2 audits prévus par le PALIN a été effectué (18 576 H), ceux non prévus représentant 129 632 H. Les enquêtes de surveillance des infections nosocomiales représentaient 396 486 H. Soixante heures de formation ont été consacrées à des thèmes prévus par le PALIN (3 490 H) versus 55 hors PALIN (1 780 H). Trente-huit des 54 procédures étaient liées à la mise en œuvre du PALIN (2 170 H) vs 16 (1 175 H). Trois des 11 signalements internes ont donné lieu à un signalement externe (4 700 H).

CONCLUSION

Il apparaît maintenant nécessaire de compléter et corriger la nomenclature de la lettre H, avant de proposer ce nouvel outil pour pouvoir comparer les EOH entre elles.

CL-35

LA VISITE DE RISQUE: UNE NOUVELLE APPROCHE DE PREVENTION DU RISQUE INFECTIEUX EN REANIMATION

LASHERAS BAUDUIN A., AUFFRET A., BINARD F., MARIE V., NUNES J., ROGUES A.M.
CHU Hôpital Pellegrin, Bordeaux Cedex, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La visite de risque (VR) est une méthode d'analyse de risque à priori largement utilisée dans les domaines des assurances et de l'industrie qui combine deux modes de recueil de données : interviews et observations. L'objectif est d'évaluer la qualité des pratiques au regard du risque infectieux et de définir des actions d'amélioration.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

A partir du référentiel de l'établissement composé de 120 fiches, des critères d'évaluation sont retenus selon la criticité (fréquence et gravité) des soins. 69 critères d'interview et 15 d'observations sont retenus. La VR réalisée par un binôme infirmier/praticien de l'EOHH est constituée d'interviews de professionnels médicaux et paramédicaux et d'observations des professionnels et des patients présents. En fin de VR, une restitution immédiate est réalisée. Un rapport complet de VR est adressé dans le mois et présenté à l'ensemble du service avec contractualisation des actions correctives.

RÉSULTATS

Les interviews ont permis une évaluation de 69 critères (C) répartis en 7 thèmes avec obtention d'un score moyen (SM): tenue professionnelle (4 C, SM 85.7%), politique d'hygiène des mains (8 C, SM 81.3%), politique de prévention (8 C, SM 83.3%), connaissance du référentiel (10 C, SM 68.5%), soins de base (4 C, SM 100%), soins techniques (29 C, SM 81.2%) et entretien des dispositifs médicaux (DM) (6 C, SM 69.4%). Les observations ont concernés 23 professionnels (non port de bijou) et 10 patients (traçabilité de la surveillance des DM invasifs, prescription des précautions complémentaires) et donnent un taux de conformité de 74 à 100%. Aucun dysfonctionnement grave n'a été relevé.

CONCLUSION

Les résultats de la VR sont globalement satisfaisants avec un SM de 81.3% pour les connaissances et de 74% à 100% pour les pratiques. Des actions correctives ont été ciblées à court, moyen ou long terme selon la criticité ou l'importance de l'effort à réaliser pour améliorer la pratique. La VR est un outil d'analyse à priori du risque qui permet une évaluation simple, rapide et reproductible dans le temps, particulièrement adapté à l'évaluation du risque infectieux en réanimation et dans les services de soins en général. Cette méthode favorise l'implication active des différents professionnels et l'engagement de toutes les catégories professionnelles du service clinique et de l'EOHH. Elle permet d'introduire une culture de sécurité sanitaire et de développer la démarche de gestion du risque infectieux dans ces services.

SP 12 - Session SPILF

ACTUALITÉS EN HYGIÈNE HOSPITALIÈRE

CP13

ACTUALITÉS DU RAISIN : PRINCIPAUX RÉSULTATS DE SURVEILLANCE, FLORILÈGE DES SIGNALEMENTS ET ÉTUDES EN COURS.

BRUNO COIGNARD, PASCAL ASTAGNEAU, pour le comité de coordination du Raisin*

Le Réseau d'Alerte, d'Investigation et de Surveillance des Infections Nosocomiales (Raisin), partenariat entre les cinq centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CClin) et l'Institut de veille sanitaire (InVS), a fêté ses 10 ans en 2011. Nous faisons ici le point sur les derniers résultats des réseaux de surveillance, les signalements qui ont marqué l'année 2011 et les études en cours. Ce bilan souligne la forte contribution des professionnels en hygiène au recueil de ces données, qui font de la FRANCE l'un des pays les plus actifs en matière de surveillance et de prévention des infections nosocomiales (IN).

Cinq réseaux nationaux de surveillance sont proposés aux établissements de santé (ES) : (1) infections du site opératoire (ISO-Raisin, coordonné par le CClin Ouest) ; (2) bactéries multirésistantes (BMR-Raisin, coordonné par le CClin Nord) ; (3) infections en réanimation (REA-Raisin, coordonné par le CClin Sud-Est) ; (4) consommations antibiotiques (ATB-Raisin, coordonné par le CClin Sud-Ouest) ; (5) accidents exposant au sang (AES-Raisin, coordonné par le CClin Est). Leurs rapports sont accessibles sur le site de l'InVS (<http://www.invs.sante.fr/raisin>). Parmi les résultats marquants en 2010 figurent : (1) une diminution significative (-18%) de l'incidence des ISO chez les patients à faible risque (NNIS-0) entre 2006 et 2010, qui a toutefois ralenti ces deux dernières années et varie selon le type d'interventions ; (2) une évolution constante à la baisse de l'incidence des SARM et à la hausse de celle des EBLSE, cette dernière étant pour la première fois en 2010 la plus élevée (0,44 cas EBLSE vs. 0,42 cas SARM pour 1000 JH) ; (3) une diminution de l'incidence des infections liées aux dispositifs invasifs en réanimation, en particulier de 52% pour les bactériémies liées aux cathéter entre 2007 et 2010 (0,99 vs. 0,48 BLC pour 1000 journées CVC), probablement

liée à une amélioration des pratiques ; (4) une progression des consommations hospitalières de céphalosporines de 3^{ème} génération (+19%) ou des carbapénèmes (+31%) entre 2008 et 2010, cohérente avec la progression des EBLSE ; (5) une diminution de 12,7% du taux d'AES pour 100 lits de 2006 à 2010, avec une progression de l'utilisation des matériels de sécurité, du respect des précautions standard et une diminution de la part des AES évitables.

Concernant le signalement, l'année 2011 a d'abord été marquée par la réussite du déploiement national de l'outil e-SIN de télésignalement des IN. Au 19/03/2012, 2 650 ES et 5 114 utilisateurs étaient inscrits à son annuaire ; 39% de ces derniers s'étaient connectés au moins une fois et 378 signalements électroniques avaient été émis (1 800 signalements attendus en projection annuelle pour 2012 ; +15% par rapport à 2011). Même si ces chiffres sont en progression constante, les utilisateurs sont encouragés à se connecter au moins une fois pour se familiariser avec e-SIN avant d'en avoir besoin. Les équipes CClin et InVS sont à leur disposition pour les accompagner dans cet apprentissage (esin-support@invs.sante.fr). En termes de tendances ou d'événements marquants, l'année 2011 a une nouvelle fois été marquée par la progression du nombre de signalements d'entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC, 109 épisodes en 2011 vs. 28 en 2010). La progression du nombre de signalements à *Acinetobacter baumannii* résistant à l'imipénème (ABRI) est aussi à souligner (161 signalements en 2011 vs. 80 en 2010). Le nombre de signalements à entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG) se stabilise par contre (111 en 2011, après un pic à 233 en 2008), confirmant la maîtrise progressive de cette émergence, attestée par les données du réseau européen EARS-Net (1% des souches de *E. faecium* résistantes aux glycopeptides en 2010) ; pour les détails, se référer à la session plénière du 7 juin (présentation de S. Vaux) et aux bilans disponibles en ligne sur le site de l'InVS (<http://www.invs.sante.fr/epc,/abri,/erg>). Enfin, en dehors du suivi de ces tendances, le signalement permet aussi des retours d'expérience à partir de certains signalements : depuis 2009, les CClin produisent des fiches REX qui permettent à tous les ES de tirer les leçons de tels événements (http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/Signalement/REX/REX_interCCLIN.pdf).

L'année 2012 est enfin marquée par deux enquêtes importantes. La première (étude EPC-Raisin) a pour objectif d'évaluer l'impact des mesures de contrôle recommandées pour la gestion d'un épisode d'EPC ; un questionnaire est proposé, avec le soutien des CClin et de l'InVS, aux ES qui signalent de tels épisodes. Ses résultats contribueront à la mise à jour des recommandations pour la gestion de ces épisodes, qui fait actuellement l'objet d'un travail sous l'égide du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP). La seconde est la réédition de l'enquête nationale de prévalence (ENP) des infections nosocomiales (IN) et des traitements anti-infectieux dans les ES. En cours du 14 mai au 29 juin 2012, elle constitue un temps fort en matière de sensibilisation à la lutte contre les IN et au bon usage des antibiotiques. Parmi ses principales nouveautés, citons un volet anti-infectieux renforcé sur le modèle des enquêtes du réseau européen ESAC afin de fournir à chaque ES des indicateurs de bon usage des antibiotiques; l'utilisation d'un outil web de saisie et de rétro-information immédiate ; une compatibilité avec le protocole défini par le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC), qui permettra à ce dernier, à partir des données d'un échantillon d'ES transmis par chaque état membre de l'Union Européenne, de produire fin 2012 un état des lieux de la fréquence des IN et des traitements anti-infectieux en Europe.

* Comité de coordination du Raisin : P. Astagneau, M. Aupée, C. Bernet, H. Blanchard, C. Brun-Buisson, B. Coignard, C. Dumartin, N. Floret, B. Grandbastien, V. Jarlier, P. Jarno, S. Maugat, P. Parneix, C. Rabaud, AM. Rogues, C. Saura, A. Savey, H. Sénéchal, L. Simon, JM. Thiolet, P. Vanhems, S. Vaux.

CP14

INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS EN VILLE

JEAN-MICHEL THIOLET, BRUNO COIGNARD.
Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice.

Dans le cadre de la préparation du programme national de prévention des infections associées aux soins (IAS) en ambulatoire, la Direction générale de l'offre de soins a demandé en 2011 à l'Institut de veille sanitaire (InVS) une description des caractéristiques épidémiologiques des IAS dans ce secteur de soins. En l'absence de système de surveillance spécifique, différentes sources de données ont été analysées : littérature scientifique, signalement des infections nosocomiales, enquêtes nationales et régionales sur les événements indésirables graves, sinistralité assurancielles, et pôle santé du Défenseur des droits. Ces données ne permettent pas d'estimer la fréquence de ces IAS ambulatoires, aussi bien en FRANCE que dans des pays étrangers comparables. Cependant, elles suggèrent que les IAS ambulatoires suffisamment graves pour entraîner une hospitalisation restent rares. Elles soulignent également leur grande diversité, même si la littérature donne du sujet une

image probablement biaisée, dominée par des épisodes sériels plus aisés à détecter. L'évolution du système de santé, qui privilégie aujourd'hui les hospitalisations courtes et un suivi ultérieur en ambulatoire de patients nécessitant parfois des soins complexes, rend également parfois difficile la distinction entre IAS ambulatoire et infection nosocomiale, ce qui justifie d'autant plus le développement des relations ville-hôpital dans le cadre de la prise en charge globale du parcours de soins.

La revue effectuée recense deux types d'IAS. Les premières, liées à l'environnement de soins, concernent l'ensemble des professionnels du secteur ambulatoire et leur prévention repose sur l'application des recommandations relatives aux mesures d'hygiène à appliquer au cabinet. La plupart de ces infections sont à transmission communautaire et font l'objet de recommandations vaccinales pour les professionnels de santé, dont la couverture vaccinale est cependant mal connue en secteur ambulatoire.

Les secondes sont les IAS liées à des actes de soins, le plus souvent invasifs, qui constituent la majorité des IAS ambulatoires rapportées dans la littérature. Parmi ces dernières et même s'ils restent rares, les accidents sériels retrouvés témoignent des conséquences parfois importantes que peuvent avoir des défaillances dans l'application des recommandations de bonnes pratiques. L'emploi de flacons multi-doses est une pratique régulièrement retrouvée à l'origine de ces accidents. La médecine esthétique est une des disciplines particulièrement concernées.

Compte tenu de ces éléments, la mise en œuvre d'une surveillance systématique des IAS en ambulatoire serait peu efficace. Par contre, la détection des IAS ambulatoires graves ou sérielles semble une priorité pour pouvoir mettre en œuvre de manière réactive des mesures de contrôle adaptées. En la matière, une piste de réflexion pourrait être d'élargir le système de signalement des IN actuel en ajoutant un critère relatif aux IAS ambulatoires prises en charge lors d'une hospitalisation. L'adhésion des professionnels de santé libéraux aux recommandations en matière d'hygiène ou de vaccination reste enfin insuffisamment connue. Pour apporter des éléments utiles à la priorisation des actions du futur programme de lutte contre les IAS en ville, trois types d'études pourraient aussi être promues en lien avec les sociétés savantes concernées : des enquêtes de type KABP (« connaissance, attitudes, croyances et pratiques ») sur les bonnes pratiques en hygiène des soins, des enquêtes de couverture vaccinale, et enfin des études ciblées sur certaines IAS ambulatoires liées à des actes de soins fréquents et spécifiques de certaines spécialités.

CP15

RECOMMANDATIONS POUR LA PRÉVENTION DES INFECTIONS ASSOCIÉES AUX CHAMBRES À CATHÉTER IMPLANTABLES POUR ACCÈS VEINEUX.

ANNE MARIE ROGUES, Bordeaux

Depuis leur commercialisation au début des années 80, l'utilisation des Chambres à Cathéter Implantables (CCI) s'est élargie à la prise en charge de diverses pathologies dans des situations de soins hospitaliers et extrahospitaliers. Dans ce contexte, le référentiel de l'ANAES de 2000 « Evaluation de la qualité de l'utilisation et de la surveillance des chambres à cathéter implantables » a été décliné dans de nombreux protocoles locaux, soulignant l'intérêt d'une actualisation consensuelle pluri professionnelle des recommandations existantes. De plus, bien que rare, l'infection reste une des complications les plus fréquentes et la principale cause de retrait de ces dispositifs intra vasculaires.

La SF2H a été le promoteur de ces recommandations et de nombreuses sociétés partenaires ont été associées dans le cadre d'un consensus formalisé d'experts. Elles concernent la prévention des infections associées aux systèmes implantables pour accès intraveineux et n'abordent pas les indications médicales des CCI ni la définition de l'infection. La méthode du consensus formalisé d'experts retenue pour leur élaboration a été justifiée par la rareté des travaux scientifiques portant spécifiquement sur le risque infectieux, l'hétérogénéité des pratiques et des protocoles existants ainsi que la nécessité d'une continuité des pratiques tout au long de la prise en charge du patient.

Les questions posées par le groupe de pilotage ont concernées : l'intérêt des CCI en termes de risque infectieux par rapport aux autres accès vasculaires centraux, les mesures de prévention du risque infectieux à la pose, au retrait et lors de l'utilisation de la CCI ainsi que les mesures de politique générale. Plus de 280 propositions écrites et argumentées par le groupe de pilotage ont été soumises à cotation. A l'issue de deux tours de cotation, la grande majorité des propositions (n = 229) a obtenu un accord fort de la part des professionnels (cotation en 7, 8, 9 pour 90 % des experts), 51 un accord simple (médiane > 6 ou <4) ; aucune n'a été jugée « non consensuelle ». Les propositions retenues ont ensuite été regroupées et soumises à relecture. Au total, c'est plus de 80 professionnels désignés par les sociétés partenaires et organismes sollicités qui ont travaillé à l'élaboration de l'argumentaire et des 98 recommandations finales.

Tout au long du travail, le groupe de pilotage a eu pour souci d'essayer de répondre précisément aux questions qui se posent en argumentant le plus clairement possible afin de faciliter la compréhension et l'appropriation des recommandations par tous les professionnels concernés. La principale difficulté a

été de se limiter aux seuls éléments qui pouvaient avoir une conséquence en termes de risque infectieux ; en particulier sous l'angle des aspects techniques et du fait des intrications entre thrombose et infection. Enfin, certains éléments comme la gestion des lignes veineuses ne sont pas spécifiques aux CCI mais ont été maintenus pour une approche plus complète de la prévention.

Ces recommandations ciblées sur la prévention du risque infectieux s'adressent à l'ensemble des professionnels impliqués dans la pose, l'utilisation, l'entretien et la surveillance des CCI pour accès veineux et sont accessibles sur le site de la SF2H depuis mars 2012.

CP16

RECOMMANDATIONS « PREVENTION DE LA TRANSMISSION CROISEE PAR VOIE RESPIRATOIRE : GOUTTELETTES OU AIR » : RAPPORT D'ETAPE

BÉATRICE CROZE ET ANNE BERGER-CARBONNE POUR LE GROUPE DE TRAVAIL.

GROUPE DE TRAVAIL :

DOMINIQUE ABITBOUL, ISABELLE BALTU, MARIE-CÉCILE BAYEUX, PHILIPPE BERTHELOT, HERVÉ BLANCHARD, ELISABETH BOUVET, SANDRA FOURNIER, VINCENT JARLIER, BRUNO JARRIGE, MARIE-JEANNE KOSMANN, DANIÈLE LANDRIU, KARIN LEBASCLE, CHRISTIAN RABAUD, LOIC SIMON

En 2004, le CTINILS a confié à la SFHH la révision des recommandations pour la prévention de la transmission croisée. Un premier volet de ces recommandations concernant les précautions standard et les précautions complémentaires de type « Contact » a été publié en avril 2009. Le second volet de ces recommandations est en cours d'élaboration. Ce document a pour objectif de réactualiser les recommandations spécifiques pour les modes de transmission par voie respiratoire : « Air » et « Gouttelettes ».

La stratégie de prévention de la transmission des infections par voie respiratoire a beaucoup évolué ces dernières années en raison :

- des épisodes successifs d'épidémies virales : SARS (2002), grippe aviaire H5N1 (2008) et dernièrement grippe mexicaine, porcine H1N1 en 2009. Les mesures prises pour la maîtrise de ces épidémies, extrêmement médiatisées, ont reposé sur des recommandations nationales et internationales véhiculées par différents réseaux d'acteurs complémentaires mais parfois en désaccord (ministère de la défense, de la santé, militaires, urgentistes, hygiénistes, infectiologues...).
- de la recrudescence communautaire de la coqueluche et

plus récemment de la rougeole ont également amené les professionnels à des questionnements sur les spécificités de la prise en charge de ces infections dans nos établissements.

- de la recrudescence de la tuberculose dans certaines régions. Ces recommandations ont été élaborées en respectant la méthode décrite dans le guide des

« Recommandations pour la pratique clinique » publié par l'HAS. Elles s'appuieront sur les recommandations existantes et sur l'analyse critique de la littérature. Les recommandations en cours de relecture concernent, en premier lieu, les précautions « standard » à respecter devant un patient présentant des signes respiratoires supposés d'origine infectieuse. Elles définissent et décrivent ensuite les précautions complémentaires de type « Air » et « Gouttelettes ». Certaines particularités des recommandations pour la prise en charge d'un patient atteint de tuberculose pulmonaire puis de grippe sont ensuite précisées. Puis, un tableau comprenant les principaux micro-organismes transmissibles par voie respiratoire (rougeole, coqueluche, méningite, varicelle, bronchiolite...) résume les recommandations spécifiques à chacun d'eux.

Comme dans le premier volet, les secteurs interventionnels ont été exclus puisque des recommandations spécifiques leur ont été consacrées.

Le groupe de travail pluri disciplinaire d'univers professionnels variés (infectiologues, hygiénistes, praticiens, INRS...) souhaite l'élaboration d'un guide facile à consulter, simple (nombre limité de recommandations), pragmatique (tableaux, fiches illustratifs) pour les professionnels. L'objectif n'est pas de ré-inventer des recommandations déjà bien connues mais de faire la synthèse de l'existant, étayée par la littérature et l'avis des experts relecteurs. La diffusion du guide est prévue pour fin 2012.

CP18

RÉSULTATS DE L'AUDIT NATIONAL 2011 SUR LES PRÉCAUTIONS STANDARD

MARINE GIARD, ELISABETH LAPRUGNE-GARCIA, EMMANUELLE CAILLAT-VALLET, IAN RUSSELL, DELPHINE VERJAT-TRANNOY, NATHALIE VERNIER, MARIE-ALIX ERTZSCHEID, CATHERINE LALAND POUR LE GREPHH

INTRODUCTION

Le programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013 demande aux établissements de santé de promouvoir et d'évaluer l'observance des précautions standard (PS) afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins. Le groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière (GREPHH) des CCLIN a proposé aux établissements un outil d'évaluation des PS. La circulaire N°DGOS/PF2/ 2011/41 du 2 février 2011 relative à la stratégie nationale d'audit des

pratiques en hygiène hospitalière a incité les établissements de santé à la réalisation d'un audit national sur cette thématique. Les objectifs étaient d'évaluer la politique institutionnelle, les ressources disponibles pour l'application des PS ainsi que la formation et les attitudes du personnel tant au niveau de l'établissement qu'au niveau national. La présentation des résultats nationaux donne la possibilité aux établissements de même catégorie de se comparer entre eux.

MÉTHODE

Les critères d'inclusion étaient tout établissement de santé (ES) ou établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), tout service de soins ou médico-technique et tout personnel soignant travaillant dans ces services. L'audit était un audit mixte de ressources (matériel, consommables) et de procédures (formations, attitudes). L'évaluation a été réalisée à l'aide d'auto-questionnaires à trois niveaux : un par établissement, un par service et un par personnel évalués. La période d'audit s'étendait du 1^{er} février au 31 décembre 2011. Les résultats des données établissements et services étaient rendus sous forme de pourcentages d'objectif atteint. Des points étaient attribués à chaque question. Ils permettaient le calcul d'un score obtenu et d'un score attendu. Pour l'analyse des données nationales, les scores ont été additionnés à chaque question puis le score attendu a été divisé par le nombre d'établissements. Les attitudes des professionnels étaient rapportées en pourcentages de « jamais », « parfois », « souvent », « toujours » répondus à chaque question.

RÉSULTATS

Un total de 1 599 ES et 49 EHPAD a participé à l'audit, regroupant respectivement 14 968 et 117 services, et 203 840 et 1 706 professionnels. Parmi ces derniers, on relevait 38,8% d'infirmiers, 30,3% d'aides-soignants ou auxiliaires de puériculture, 8,8% d'agents hospitaliers et 6,2% de médecins, chirurgiens ou internes. Les résultats présentés par la suite ne concernent que les ES, les EHPAD étant analysés à part.

Au niveau établissement, le score global d'objectif atteint était de 88% et se décomposait ainsi : promotion des PS = 91%, procédures = 99%, évaluation des PS = 63%.

Au niveau service, hors HAD, le score global était de 94% et se décomposait ainsi : procédures = 95%, ressources = 93%.

Au niveau professionnel, 81,3% des personnes ont déjà été formées aux PS, dont 69,6% dans les 5 dernières années. Un total de 88,1% savait où trouver une procédure de conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au sang. Le critère le mieux respecté était le changement de gants à usage unique (UU) entre deux patients (94,5% de « toujours »). Les critères les moins bien respectés étaient le port de gants à UU pour la réalisation d'une injection intra-musculaire ou sous-cutanée et le port de masque à visière en cas de risque de projection ou d'aérosolisation de sang ou de tout autre produit d'origine humaine (respectivement 34,5% et 24,4% de « toujours »).

DISCUSSION

La principale limite de ce travail est liée au type d'évaluation : les réponses à certaines questions ont été faites selon les connaissances du personnel et non selon leurs attitudes (pratiques déclarées). Par ailleurs, l'audit étant initialement conçu dans le cadre de la campagne Stoprisk du CCLIN Sud-Est pour être mis à disposition des établissements sans analyse globale des données, la spécialité du service n'est pas connue. Mais cela ne limitera pas l'analyse des données et la mise en œuvre d'actions d'amélioration par type d'établissement et/ou par catégorie professionnelle.

Des pratiques efficaces sont notées aux niveaux établissement et service pour la promotion des PS, la mise en place de procédures et les ressources disponibles. Les professionnels déclarent de bonnes pratiques concernant le risque de contact avec du matériel souillé ou des liquides biologiques et la conduite à tenir en cas de contact de liquide biologique avec les muqueuses. A l'opposé, les pratiques à améliorer concernent en priorité le port d'équipements de protection individuelle, le changement de gants ou l'hygiène de mains entre 2 activités, le port de gants pour les risques de contacts avec le sang et le recapuchonnage et la désadaptation à la main d'aiguilles souillées.

Cet audit a connu une participation sans précédent. Les résultats complets seront présentés prochainement dans un rapport national. Il devrait aboutir à la mise en place d'actions d'amélioration dans chaque structure avant une nouvelle évaluation des PS ou la poursuite par un audit des précautions complémentaires.

RÉFÉRENCES

Circulaire interministérielle N°DGS/R12/DHOS/DGT/DSS/2008/91 du 13 mars 2008 relative aux recommandations de prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH). 17 pages.

Circulaire DGS/DU n° 98-249 du 20 avril 1998 relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé. Non parue au Journal Officiel, 15 pages.

Résumés
des sessions
de l'innovation

I02

PVC ANTIMICROBIEN : RÉSULTAT DE L'ÉTUDE COMPARATIVE NATIONAL ET L'IMPACT SUR LES MALADIES NOSOCOMIALES

ANDRÉAS LEHR, MONTPELLIER ; THOMAS BLESSING, Montpellier

Le nouveau film PVC antimicrobien HEXIS Health, est un film adhésif transparent destiné dans les lieux où l'hygiène est capitale (services de santé, blocs opératoires, industrie alimentaire, crèche, etc.).

Ce film contrôle et neutralise la propagation des microbes sans interruption. Sa fonction protectrice est garantie sur toute la durabilité du film (5 ans), réduisant ainsi la nécessité de désinfection pour le nettoyage des surfaces.

Il a une activité antibactérienne vis-à-vis des souches de Staphylocoque doré, SARM et *Escherichia coli* à plus de 90% d'après les tests effectués à l'Institut Pasteur. Ainsi, il renforce la stratégie de lutte contre les infections nosocomiales, conformément aux bonnes pratiques définies par les autorités de santé.

Le film est très facile à poser et à enlever et peut être installé sur des surfaces planes et courbes (portes, sols, murs, meubles et appareils électriques).

I03

PICC ... UNE NOUVELLE APPROCHE

JACKY CHARASSE, *Le Faget*

Le choix de l'abord vasculaire et du cathéter répondant aux besoins du patient et des équipes de soin, fait l'objet depuis plusieurs années de nombreuses discussions.

Le Picc permet un accès central par une veine périphérique. Une mise en place sous échographie lors de la ponction de la veine, permet de réduire les hématomes et de réduire ainsi le risque infectieux.

Inspirés par une exigence de sécurité et de respect des directives et recommandations, plusieurs critères permettent de préserver le système vasculaire et d'améliorer le confort du patient :

- Kit complet garantissant une totale asepsie et la prévention du risque d'AES
- Embout BlueFlexTip atraumatique réduisant d'une manière significative les risques mécaniques pour l'endothélium veineux
- Gaine de protection intégrée au cathéter pour éviter toute

contamination manu-portée

- Véritables multi-lumières, les lumières décalées permettent de limiter le risque pharmaco-cinétique lors d'administration de drogues non miscibles entre elles.

Le Picc permet un traitement à long terme aussi bien en service hospitalier qu'à domicile.

Il convient néanmoins de rester vigilant quant au suivi et à la formation des équipes soignantes dans la gestion des soins infirmiers afin d'assurer la prise en compte des différents éléments indispensables au respect de la lutte contre les infections et des AES.

I04

JEAN-PIERRE GUIGNARD, *Paris*

La transmissibilité d'agents pathogènes comme les spores *C. difficile* via l'équipement médical dans l'environnement du patient a soulevé des inquiétudes s'agissant de l'efficacité des méthodes actuelles de nettoyage et de désinfection des bassins de lit réutilisables et des chaises garde-robe. Cette conférence se propose de s'interroger sur «ce qui reste après» et de considérer la possibilité que le bassin de lit ou la chaise garde-robe constituent un réservoir potentiel pour des agents pathogènes. Les lave-bassins et lave-urinaux ne les stérilisent pas. Par conséquent, les spores formées par les bactéries restent viables dans les bassins de lit. Les études ont montré que les débris subsistant postnettoyage créent un réservoir potentiel d'agents pathogènes. Une alternative à usage unique et d'utilisation simple existe : les sacs hygiéniques avec tampon absorbant.

La conférence a pour but d'évaluer la sécurité apportée, en regard des coûts pour l'établissement.

Résumés des posters

P-001

FACTEURS DE RISQUE ASSOCIES AUX INFECTIONS NOSOCOMIALES A BACTERIES MULTI-RESISTANTES EN REANIMATION

BARATIN D.⁽¹⁾, **BÉNET T.**⁽¹⁾, **VANHEMS P.**⁽¹⁾, **EQUIPES OPÉRATIONNELLES D'HYGIÈNE**..⁽²⁾, **SERVICES DE RÉANIMATION**..⁽²⁾

⁽¹⁾ Hôpital Edouard Herriot, Lyon, FRANCE ; ⁽²⁾ Hospices Civils de Lyon, LYON, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'acquisition d'infections nosocomiales (IN) dues à des bactéries multirésistantes (BMR) peut être associée à des facteurs de risque différents selon le germe. L'objectif était de décrire les facteurs de risque liés aux IN à BMR en réanimation en fonction du germe.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une surveillance prospective et longitudinale a été conduite dans 7 services de réanimation d'un groupement hospitalier universitaire de 2003 à 2010. Les données ont été collectées selon un protocole standardisé (REA-RAISIN). Les germes les plus fréquents des premières IN ont été retenus quelque soit le site (pneumopathie, infection urinaire, bactériémie): il s'agissait du *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM), *Escherichia coli* résistant aux C3G (ERC3G) et *Pseudomonas aeruginosa* résistant aux C3G (PAR). Une régression logistique multivariée a permis d'identifier les facteurs indépendamment associés à la survenue d'une IN à germe résistant par rapport à une IN du même germe sensible aux antibiotiques.

RÉSULTATS

Sur une période de 8 ans, le taux d'attaque des patients infectés était de 16,3% (2982/18921) tout germe confondu et de 9,3% (1693/18921) pour une IN à au moins un des 3 germes. Certains malades pouvaient présenter plusieurs IN à ces 3 germes sur divers sites. La résistance dans l'espèce représentait respectivement 35,1% (195/555), 10,7% (72/669) et 23,1% (158/686) pour les SARM, ERC3G et les PAR. Les facteurs associés à la survenue d'une infection à germe résistant ont été: pour les SARM, l'antibiothérapie à l'entrée (OR=2,49 IC 95% 1,68-3,69), la chirurgie programmée (OR=0,33 IC 95% 0,12-0,86), le traumatisme (OR=0,41 IC 95% 0,23-0,72), l'âge de plus de 80 ans (OR=1,9 IC 95% 1,07-3,68) ; pour les ERC3G, la mutation en interne du patient (OR=2,87 IC 95% 1,66-4,95), les IGS de 30-39 (OR=3,61 IC 95% 1,14-11,4) et de plus de 50 (OR=3,61 IC 95% 1,21-10,7), la chirurgie urgente (OR=0,30 IC 95% 0,14-0,61), la chirurgie programmée (OR=0,25 IC 95% 0,07-0,87) et les années 2009-2010 (OR=2,09 IC 95% 1,01-4,34) ; pour les PAR, le traumatisme (OR=0,40 IC 95%

0,19-0,84), la provenance du patient (OR=1,78 IC 95% 1,20-2,65) et les années 2009-2010 (OR=0,32 IC 95% 0,17-0,60). L'exposition aux dispositifs invasifs et le sexe n'étaient pas des facteurs de risque identifiés pour les 3 germes.

CONCLUSION

L'émergence de bactéries hautement résistantes est à craindre pour les années à venir. Les actions de prévention doivent porter, entre autre, sur les pratiques de prescription des anti-infectieux et sur les facteurs de risque clairement identifiés.

P-002

RETOUR D'EXPERIENCE DE LA PRISE EN CHARGE DE PATIENTS TRACHEOTOMISES PORTEURS DE SOUCHES D'ACINETOBACTER BAUMANNII PRODUCTRICES DE CARBAPENEMASES DE TYPE OXA 23.

DENIS C.⁽¹⁾, **BESSON C.**⁽²⁾, **AOUFFEN M.**⁽³⁾, **LOUFTI B.**⁽³⁾, **GRATTARD F.**⁽¹⁾, **GAY P.**⁽³⁾, **LUCHT F.**⁽¹⁾, **BERTHELOT P.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU de Saint-Etienne, SAINT-ETIENNE, FRANCE ; ⁽²⁾ Centre Hospitalier Claudinon, CHAMBON FEUGEROLLES, FRANCE ; ⁽³⁾ Centre Hospitalier de Firminy, FIRMINY, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En mars 2011, une souche d'*Acinetobacter baumannii* productrice de carbapénémase de type oxacillinase 23 a été isolée dans les sécrétions trachéales d'une patiente (cas 1) hospitalisée dans un service de maladies infectieuses et hébergée habituellement dans un service de post coma. Deux souches similaires ont été isolées chez 2 autres patients (cas 2 et 3) du service post-coma.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

analyse du parcours du cas 1 et enquête épidémiologique (listings bactériologiques, analyse des points communs entre les cas) ; mise en place de précautions complémentaires (PCH) gouttelettes et contact et analyse des pratiques du service de post coma; enquête de portage rectal, gorge ou prélèvement trachéal réalisée chez 21 patients du service de post coma avec typage moléculaire des souches par AP-PCR

RÉSULTATS

L'enquête de dépistage réalisée dans le service de post coma a révélé 2 autres cas, l'un chez une patiente dans la chambre voisine partageant la même salle de bain que la patiente 1 et l'autre chez un patient ayant des liens familiaux avec la patiente 1. Des PCH gouttelettes et contact ont été mises

en place et une information aux familles a été faite sur les mesures à réaliser. Le typage moléculaire a montré la similitude des souches d'*A. baumannii* isolées chez les 3 cas. L'analyse des pratiques a retrouvé l'utilisation de surblouse en tissu réutilisées, des écouvillons servant à nettoyer les trachéotomies ayant pu être partagés entre les cas 1 et 2 et une insuffisance de matériels de protection (EPI) : masques, lunettes, surblouse ou tablier usage unique. Dans un premier temps, un personnel habituellement partagé avec les autres secteurs de l'établissement a été dédié au service puis dans un second temps, une sectorisation des 3 patients a été réalisée avec lit douche dédié. Un achat d'EPI et une réorganisation du ménage ont été réalisés. Le dépistage des patients réalisé depuis mars 2011 (478 prélèvements), d'abord hebdomadaire, puis par quinzaine, mois puis tous les 2 mois n'a pas mis en évidence de nouveau cas de transmission croisée. Un des patients est décédé, mais les 2 autres sont toujours porteurs de la bactérie 10 mois après.

CONCLUSION

La source de contamination de ces patients est restée inconnue. Cette transmission croisée montre qu'il est nécessaire d'appliquer pour tout patient des règles d'hygiène par le personnel soignant et par la famille qui participe aux soins. Malgré les difficultés de mise en place des mesures d'hygiène dans un établissement aux ressources modestes, aucun autre cas n'a été détecté depuis.

P-003

POSTER ANNULE PAR L'AUTEUR

P-004

POSTER ANNULE PAR L'AUTEUR

P-005

DE L'INTERET DU DOSSIER PATIENT INFORMATISE POUR LE DEPISTAGE DES EPC

MERCIER C., MONIEZ F., HUART C., **CRACCO-MOREL A.A.**, CATTOEN C.
CH Valenciennes, VALENCIENNES, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Suite à la circulaire DGS/DHOS n°2010-413 du 6 décembre 2010 portant sur le contrôle des cas importés d'Entérobactéries Productrices de Carbapénémases EPC et au vu de l'importance du nombre d'entrées de patients effectuées au niveau des Services d'Accueil des Urgences SAU adultes et pédiatriques de notre établissement (environ 70000 en 2010), il a été décidé de mettre à profit l'implantation du Dossier Patient Informatisé DPI dans les SAU pour aider au dépistage des patients porteurs d'EPC. Cela devant ensuite être évalué à six mois en termes de vigilance et d'efficacité.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le DPI a d'abord été implanté aux SAU en mai 2011. Un groupe de travail associant les directions de la qualité et des soins, les services des Urgences, l'EOH et le Président de CLIN a ainsi sollicité le service informatique pour créer une alerte informatique apparaissant systématiquement sous forme de « pop-up » lorsque l'Infirmier d'Accueil et d'Orientation IAO répond positivement à la question portant sur une hospitalisation dans l'année précédente dans l'un des pays cités dans la circulaire. Cette alerte rappelle le type de prélèvement à effectuer et les précautions complémentaires à prescrire dans ce cas. Le SAU et le laboratoire contactent chacun l'EOH par téléphone et/ou courriel en cas de dépistage : le professionnel recevant l'information consulte alors le dossier du patient au SAU afin de déterminer le parcours de soins antérieur du patient avec plus de précisions. Il s'assure par ailleurs du respect des précautions complémentaires et, en cas de transfert prévu, contacte le service recevant le patient. Pour les services non équipés du DPI, une note d'information a été diffusée.

RÉSULTATS

Depuis le mois de juillet 2011 à partir duquel ce système a été effectif, trois patients ont été suspectés et dépistés. L'alerte a systématiquement bien été transmise à l'EOH par le laboratoire et le SAU, et les mesures respectées. Deux patients étaient non porteurs, le résultat du troisième est exploité actuellement. Par ailleurs, le service de Neurologie a, lors d'un transfert de patient provenant du Maroc, lui aussi respecté la demande de dépistage malgré l'absence d'alerte informatique puisque non encore équipé.

CONCLUSION

Le DPI est donc un outil permettant de mieux prévenir le risque infectieux en systématisant les alertes et aidant l'EOH à assurer sa mission de formation permanente des équipes. Son déploiement devrait accroître encore l'efficacité de la LIN, qui sera à évaluer. Une information sur la vigilance maintenue des équipes va de plus être diffusée au prochain CLIN afin de maintenir la dynamique.

P-006

UNE REGION ENGAGEE DANS LA LUTTE CONTRE LA DIFFUSION DES BMR

MECHKOUR S.⁽¹⁾, **OLLIVIER Y.**⁽¹⁾, **BECLIN E.**⁽²⁾, **DESCAMPS D.**⁽²⁾, **CATTOEN C.**⁽³⁾, **VACHEE A.**⁽⁴⁾, **ALFANDARI S.**⁽⁵⁾, **BLANCKAERT K.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ ARLIN Nord Pas de Calais, LILLE CEDEX, FRANCE ; ⁽²⁾ CH Germon et Gauthier, BETHUNE, FRANCE ; ⁽³⁾ CH Valenciennes, VALENCIENNES, FRANCE ; ⁽⁴⁾ CH Roubaix, ROUBAIX, FRANCE ; ⁽⁵⁾ CH Tourcoing, TOURCOING, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La maîtrise de la résistance bactérienne aux antibiotiques est un objectif prioritaire du PROPIN 2009-2013. Dans la région l'incidence des BMR reste élevée et nous avons connu plusieurs épidémies de grande ampleur. L'amélioration de la détection de pathogènes à potentiel épidémique et la maîtrise de la diffusion des BMR sont inscrites dans le programme régional de prévention des IAS. L'objectif de ce travail est de rapporter les actions engagées dans la lutte contre la diffusion des BMR.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous avons réalisé une enquête auprès des EOH de la région pour évaluer leur politique de maîtrise de la diffusion des BMR et dégager des axes d'amélioration. Un groupe de travail multidisciplinaire a été constitué pour rédiger des fiches techniques d'aide à la mise en place d'une politique de dépistage et discuter des possibilités régionales de détection des EPC. Un outil informatique d'évaluation des PCC a également été élaboré et transmis à tous les établissements de la région. Par ailleurs un document d'aide à l'élaboration d'un plan local de gestion d'une épidémie a été diffusé à l'ensemble des établissements de santé de la région. Tous les plans envoyés à l'ARS ont été analysés.

RÉSULTATS

Ce travail collaboratif a permis d'homogénéiser les pratiques en établissant une liste de BMR cibles pour la région et des fiches techniques précisant les profils de résistance recherchés et les modalités pratiques de réalisation du dépistage. En cas d'épidémie, aucun centre hospitalier n'est en mesure de mettre en place les techniques de biologie moléculaire permettant la caractérisation des carbapénémases à l'échelle régionale. Sur les 41 établissements qui ont déclaré avoir téléchargé l'outil d'évaluation des PCC, 93% ont l'intention de l'utiliser. Seulement la moitié des établissements de santé de la région ont adressé leurs plans locaux de gestion d'une épidémie à l'ARS. Parmi les répondants, 17% (14/80) ont écrit une conduite à tenir en cas d'épidémie, défini la composition et les missions d'une cellule de crise et identifié un secteur de cohorting en réfléchissant à son fonctionnement.

CONCLUSION

Les actions que nous avons engagées contre la lutte contre la diffusion des BMR sont à poursuivre. Une évaluation de l'utilisation des fiches de dépistages des BMR ciblées est prévue. Un protocole régional d'identification des EPC est en cours de rédaction. Pour améliorer la rédaction des plans locaux de gestion d'une épidémie, une aide spécifique par établissement est organisée en partenariat avec l'ARS. Des actions concernant le bon usage des antibiotiques seront également développées.

P-007

OPTIMISATION DE L'INFORMATION POUR LE SUIVI ET LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS PORTEURS DE BMR.

VAUTRIN S.⁽¹⁾, **VEDY S.**⁽¹⁾, **MATTON T.**⁽¹⁾, **PIERROT C.**⁽¹⁾, **LLORENS M.**⁽²⁾, **PEREZ J.P.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Hôpital d'instruction des armées Legouest, METZ, FRANCE ; ⁽²⁾ CHR Metz-Thionville, METZ, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans le cadre de la maîtrise de la diffusion des BMR telle que demandée par les autorités sanitaires (1,2), la transmission de l'information «patient porteur de BMR» entre les équipes soignantes est fondamentale. Dans notre établissement, plusieurs Revues des Infections Associées aux Soins (RIAS) et Morbi-Mortalité (RMM) ont fait ressortir une tendance à la perte d'information parmi la masse de documents contenus dans le dossier patient. Une réflexion a été menée sur l'utilisation des moyens informatiques pour améliorer la traçabilité de l'information.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

La concertation de l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH), du laboratoire de microbiologie (LM), du service d'information médicale (SIM) de l'établissement et du réseau d'hygiène inter hospitalier local a permis la création d'éléments dans le système d'information hospitalier (SIH) :

- un formulaire renseigné par le LM et l'EOH (date, site de prélèvement, BMR acquise ou importée, provenance du patient, bactérie en cause, mécanisme de résistance, traitement antibiotique préalable). Ceci génère un logo d'identification BMR sur les plannings d'hébergement des services,
- un logo de mise en place de précautions complémentaires (PC), dès validation par l'équipe soignante dans le SIH.
- un cartouche infectio/hémovigilance à renseignement obligatoire dans tout courrier médical de sortie.

RÉSULTATS

Sans désactivation par le LM, l'identification BMR reste présente dans le dossier informatique du patient, quelle que soit son unité médicale d'hébergement et persiste après transfert. À leur réadmission, les patients BMR sont d'emblée identifiés, permettant une prise en charge adaptée immédiate.

L'EOH peut réaliser chaque jour en temps réel une cartographie des patients BMR hospitalisés, évaluer la mise en place des PC, formuler des hypothèses en cas d'épidémie.

Le SIM peut extraire les données saisies pour analyse statistique.

En outre, ce procédé nous a incité à intégrer un logigramme interactif d'identification/dépistage des patients à risque, afin d'adapter la prise en charge dès l'admission.

CONCLUSION

L'action menée est un exemple de l'apport d'un SIH à la disponibilité et la visibilité d'une information essentielle au contrôle des BMR.

L'information visualisée par un graphisme explicite est une aide à la gestion au quotidien des patients hospitalisés, permet aux services cliniques de ne pas perdre la notion de portage BMR et la surveillance continue de l'EOH.

Le circuit d'information entre LM, services cliniques et EOH est fiabilisé et plus réactif.

Enfin, ces paramétrages informatiques sont le fruit d'actions correctrices élaborées au cours de RIAS et RMM.

P-008

BACTERIES HAUTEMENT RESISTANTES (BHR) DANS UN CHU: 13 CAS EN 3 ANS

LOLOM I., BIRGAND G., RUPPE E., ARMAND-LEFEVRE L., ANDREMONTE A., LUCET J.C.

Hôpital Bichat - Claude Bernard, PARIS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les BHR (entérobactéries productrices de carbapénèmase [EPC] et entérocoques résistants aux glycopeptides [ERG]) font l'objet d'une surveillance et d'un contrôle renforcés en FRANCE. Nous rapportons notre expérience depuis 2009.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

De 01/2009 à 07/2011, 13 cas de BHR (7 ERG, 6 EPC) ont été importés, dont 8 de l'étranger. Les caractéristiques épidémiologiques et microbiologiques, les mesures de contrôle et suivi sont rapportées. Une analyse de risque a été menée pour chaque cas index : délai de positivité (DP), applications des précautions standard/contact (PS/PC), charge en soins (cas index,

service), effectifs en personnels. Les mesures ont été adaptées à l'évaluation du risque. Une technique d'enrichissement des dépistages a été utilisée (ERG : tous, EPC depuis 09/2010).

RÉSULTATS

Les 7 ERG étaient des *E. faecium*, et les 6 EPC étaient 4 OXA-48 et 2 KPC. Les patients (Pts) étaient hospitalisés en réanimation (n=4), médecine (n=6) ou chirurgie (n=3). Leur durée de séjour variait de 8 jrs à 4,7 mois. Le DP était < 72h pour 4 Pts, de 4 à 24 jrs pour 8 Pts et > à 1 mois pour 1 Pt. La BHR était retrouvée par dépistage rectal pour 6 Pts et dans des prélèvements cliniques pour 7 autres. Des PC type ERG ont été appliquées à l'admission pour 7 Pts (6 rapatriés, 1 transfert inter-hospitalier), et lors de l'identification du portage pour les restants. L'arrêt des transferts et admissions a été décidé dans 4 cas découverts à distance de l'admission dont 1 associé à un renforcement en personnel. La survenue dans 3 épisodes de cas secondaires (12 ERG au total et 2 OXA-48) a conduit à la fermeture de lits et la sectorisation avec personnel dédié. La notion de « Pt contact » a été définie à chaque épisode en fonction du DP et du service, et variait de 0 (3 cas) à 160. Sur les 731 Pts contact, 279 ont été classés négatifs (2 dépistages après fin de l'exposition à un porteur) et 123 ont eu au moins un dépistage négatif post-exposition. Le suivi des Pts à la réadmission est facilité par un système d'alerte informatisé.

CONCLUSION

Cette étude suggère la possibilité de graduer la stratégie de maîtrise des BHR lorsque tous les prérequis sont disponibles : EOH et laboratoire de bactériologie experts et actifs, sensibilisation et suivi quotidien de toutes les équipes soignantes et direction partie-prenante de la stratégie de maîtrise. Dans le cas contraire, l'application stricte des recommandations doit rester la règle.

P-009

CONSTITUTION D'UNE EQUIPE MOBILE DEDIEE A LA PRISE EN CHARGE DE PATIENTS EN SITUATION EPIDEMIQUE OU PORTEURS DE BACTERIES HAUTEMENT RESISTANTES (BHR).

LOTHE A., GEOFFROY M., BURGEL L., CHAIZE P., BLASCO A., PARER S.

CHRU Montpellier, MONTPELLIER, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans le cadre de l'élaboration du Plan Local de Maîtrise d'une Epidémie (PLME) de notre CHRU, il a été décidé de constituer

une équipe soignante mobile pouvant être dédiée à la prise en charge de patients nécessitant une hospitalisation en secteur spécifique en raison d'un risque épidémique ou émergent.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le champ d'intervention de cette équipe mobile dédiée (EMD) a été défini. Son dimensionnement a été modélisé pour répondre à des situations variables en fonction du nombre de patients. Les modalités de recrutement et de mobilisation des soignants volontaires ont été validées par les instances médico-techniques et administratives du CHRU. Une formation spécifique des membres de l'EMD a été élaborée.

RÉSULTATS

Un total de 10 aides-soignants et 10 IDE est jugé nécessaire pour couvrir la prise en charge d'un maximum de 16 patients. Le recrutement des volontaires a été rapidement effectué par le cadre de santé (CDS) référent du PLME. La mobilisation des volontaires est assurée par ce même CDS, sous décision de la cellule de crise en cas de déclenchement du PLME. Il informe aussi les cadres des pôles et des pools du déclenchement du PLME afin d'organiser le remplacement des volontaires sur leurs unités de soins respectives. Les situations pouvant déclencher ce plan sont: au moins 2 cas liés de colonisation ou d'infection par une bactérie hautement résistante (BHR); au moins 2 cas liés nosocomiaux d'infection par un microorganisme particulier du fait de sa virulence, de sa résistance ou de son origine environnementale; cas groupés de détresse respiratoire aiguë; cas groupés de gastro-entérites aiguës en pédiatrie ou en gériatrie; au moins 3 cas de gale dans une même unité; toute autre situation épidémique à la demande de l'équipe opérationnelle d'hygiène ou du CLIN; activation du plan régional de maîtrise d'une épidémie par l'ARS. La formation organisée par le Service d'Hygiène doit donner aux soignants les outils théoriques et pratiques les préparant à cette activité inédite.

CONCLUSION

Pour répondre aux exigences réglementaires et logistiques de préparation à une situation épidémique ou de maîtrise de la transmission de BHR, nous avons créé une équipe soignante dédiée et spécifiquement formée, mobilisable sur le mode des brigades de pompiers volontaires. Les nombreux volontaires témoignent du succès de cette idée novatrice. Sa mise en œuvre pratique mettra à l'épreuve l'engagement institutionnel à assurer la continuité des soins en cas de mobilisation de l'EMD.

P-010

ACINETOBACTER BAUMANNII MULTI RESISTANT (ABMR) EN REANIMATION POLYVALENTE : LECONS D'UNE FERMETURE ANNONCEE

LLORENS M., BOUKARA F., POULAIN S., ROBERT N., HASSELWANDER C., VANSON M.L., TOMASSINI C., CITRO V., TOMASSINI E., GETTE S., SCHNITZLER B., POUSSEL J.F., SELLIES J., RIO Y.
CHR Metz Thionville, METZ, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

AbMR est une bactérie saprophyte pathogène opportuniste responsable d'épidémies en réanimation¹. Le service de réanimation polyvalente de notre établissement a connu 2 bouffées épidémiques à AbMR en 2010 et 2011, la seconde ayant conduit à sa fermeture. L'objectif est de présenter les leçons tirées de cette expérience.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'ensemble des résultats des investigations a fait l'objet d'une analyse des causes selon la méthode ALARM2 et a été discuté lors d'une RMM réalisée à distance de la fermeture du service.

RÉSULTATS

Entre avril 2010 et février 2011 :

- un AbMR a été mis en évidence chez 41 patients.
- le service a connu 2 bouffées épidémiques à 6 mois d'intervalle (16 patients infectés, 14 colonisés) avec persistance d'un fond endémique.
- 7 phénotypes d'AbMR ont été identifiés : 2 épidémiques, 5 sporadiques.

La 2^{ème} bouffée épidémique a conduit à arrêter les admissions pendant 21 jours, cohorte les patients puis à fermer le service pour désinfection et remise en état. Depuis mars 2011, aucun nouveau cas n'est apparu.

Les causes immédiates notées ont été :

- retard de prise en compte de la 2^{de} bouffée épidémique par l'hygiène, le laboratoire et la réanimation
- observance insuffisante des 5 indications de l'hygiène des mains liée à un mésusage des gants,
- méconnaissance des précautions standard (PS) et mauvaise application des précautions complémentaires (PC). Les prélèvements d'environnement ont tous été négatifs.
- Les principales causes latentes avancées ont été :
- gestion d'une alerte épidémique entre hygiène et laboratoire mal définie (pas de seuils d'alerte, mauvaise communication, système d'information hospitalière perfectible)
- problème de communication entre encadrements médicaux et para médicaux des services

- architecture ne permettant pas une sectorisation efficace,
- protocole institutionnel PC en cours de révision.

Les mesures correctives ont porté principalement sur la détection (intégration d'un biohygiéniste), la prévention (formalisation de la formation des personnels) et l'atténuation (mise en œuvre précoce de formations-action).

CONCLUSION

La survenue de deux bouffées épidémiques à AbMR dans le service de réanimation polyvalente nous a conduit à réaliser une analyse approfondie des causes afin de tirer profit de l'expérience accumulée et limiter ainsi le risque de réapparition d'un tel phénomène. Les conclusions de cette analyse, de portée institutionnelle, ont ainsi été intégrées au plan local de maîtrise d'une épidémie de notre établissement.

RÉFÉRENCES :

- 1 : SF2H, HCSP. Surveiller et prévenir les infections associées aux soins. Septembre 2010
 2 : Vincent C. Ann Fr Anesth Reanim 2002; 21 (6): 509-516.

- cohorte de contacts : ensemble des patients hospitalisés entre la date d'admission d'un cas et son isolement
- patient naïf : patient non contact ou patient contact ayant eu 2 dépistages successifs négatifs
- sites de dépistage: anus, aisselles, nez/gorge
- fréquences de dépistage des contacts: 2 dépistages successifs à une semaine d'intervalle

RÉSULTATS

L'incidence des cas d'ABRI est de 4,3% (n=32 dont 5 cas index) sur une cohorte de 742 patients contacts. 53% des cas (n=17) ont été identifiés par dépistage. Au 1er tour, le taux de dépistage moyen par service est de 55%. Il est de 31% au deuxième tour.

Les cas identifiés par dépistage l'ont été sur leur premier dépistage à 40%, leur second dépistage à 60%. Les trois sites ont été contributifs en permettant chacun l'identification de nouveau cas: anus (60%), nez /gorge (20%), aisselles (20%). Il apparaît que plus les taux de dépistage des services étaient élevés [97% ; 33%] et plus la durée de l'épidémie était courte [1 semaine ; > 4 mois]

P-011

ÉPIDÉMIE A *A. BAUMANII* RESISTANT A L'IMPENEM (ABRI): QUELLE POLITIQUE DE DÉPISTAGE ADOPTER ? EXPERIENCE RECENTE D'UN CHU

GALAS M., LENGELLE F., THEODOSE R., HOCHEDÉZ P., OLIVE C.

CHU De Fort de France, FORT DE FRANCE, Martinique

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Une première épidémie à ABRI débute en 2010 au CHU et implique 5 services distincts. Faute de recommandation nationale précise, des modalités de dépistage ont été définies par le CLIN. L'objectif est d'évaluer la pertinence de cette politique.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Etude descriptive et rétrospective (octobre 2010 à juillet 2011) s'appuyant sur les définitions suivantes :

- cas index : parmi les porteurs ou infectés à ABRI dans un secteur, patient chronologiquement admis le premier
- patients contacts : patient ayant partagé avec un cas le même personnel, matériel ou lieu avant la mise en place des précautions contacts autour du cas. Ce statut provisoire est maintenu jusqu'au retour de 2 dépistages successifs négatifs et s'accompagne de la mise en place de précautions contacts.

CONCLUSION

L'incidence des cas d'ABRI est vraisemblablement sous évaluée du fait des taux de dépistages atteints. Ces derniers constituent une des principales limites de cette politique. En effet, dans un des services (hématologie-oncologie) où la cohorte a été bien circonscrite et éduquée, et pour laquelle un dépistage par rappel des patients contacts a été conduit, seuls 70 % des patients ont été dépistés au moins une fois et 33% l'ont été à deux reprises. Par contre, on note que plus ce taux de dépistage est élevé et plus les équipes semblent rapidement s'être approprié les mesures de contrôle.

La seconde limite de cette politique est son coût.

Au vue de ces résultats le CLIN a maintenu sa politique de dépistage : trois sites (anus, aisselles, nez/gorge) dépistés à deux reprises à une semaine d'intervalle.

P-012

ÉPIDÉMIES REGIONALES D'INFECTIONS ET COLONISATIONS A *ACINETOBACTER BAUMANII* RESISTANT A L'IMPENEME

MECHKOUR S.⁽¹⁾, DUBRULLE C.⁽²⁾, OLLIVIER Y.⁽¹⁾, JEANNOT K.⁽³⁾, BLANCKAERT K.⁽¹⁾

(¹) Arlin Nord Pas de Calais, Lille Cedex, FRANCE ; (²) CH Douai, DOUAI, FRANCE ; (³) CNR Résistance aux Antibiotiques, PARIS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Acinetobacter baumannii (AB) est une bactérie environnementale pouvant être responsable d'infections sévères chez des patients fragilisés. Pour cette bactérie naturellement résistante à de nombreux antibiotiques, la résistance à l'imipénème rend plus difficile le traitement de ces infections. Les AB résistants à l'imipénème (ABRI) sont signalés à l'ARS et au CCLIN dans le cadre du signalement des infections nosocomiales au titre du critère 1a. Entre 2010 et 2011 le nombre de signalements pour ABRI est en augmentation dans la région. L'objectif de cette étude est de décrire les caractéristiques des événements infectieux signalés et les mesures de contrôle instituées pour limiter de la diffusion de cette BMR.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

La prise en charge des signalements à ABRI a conduit à la réalisation :

- d'enquêtes épidémiologiques
- de mise en place d'unité de cohorting avec une équipe de soignants paramédicaux dédiée
- d'un dépistage systématique (pharyngé et rectal) dans les services à haut risque tels que la réanimation
- de visites sur site
- d'audit de pratiques
- d'organisation de réunion de concertation multidisciplinaire.
- de caractérisation de la résistance et d'analyse comparative de souches au CNR

RÉSULTATS

Entre 2010 et 2011, nous avons investigué 42 signalements émis par 9 établissements de la région soit 147 cas d'infection ou de colonisation à ABRI. Ces signalements concernaient principalement des services de réanimation. Des AB producteurs d'une carbapénémase de type OXA-23 ont été identifiés dans cinq établissements. Un même clone épidémique a circulé dans trois établissements alors qu'il n'a été objectivé aucun transfert inter établissement permettant d'expliquer la circulation de cette souche. Le regroupement géographique des patients et la mise en place d'une équipe soignante paramédicale dédiée ont permis de mettre fin aux épidémies. Les évaluations de pratiques réalisées dans 5 établissements ont conduit à l'amélioration de l'observance des précautions standard et du bionettoyage des surfaces proches du patient et du matériel médical partagé. La formalisation des politiques de dépistages sur 2 sites pharyngé et rectal a permis d'augmenter la sensibilité de détection des ABRI.

CONCLUSION

La mise en place réactive des mesures de contrôle ont permis de limiter les épidémies rencontrées dans notre région. Des efforts devront être réalisés pour un meilleur et moindre usage des antibiotiques dont la région qui est une forte consommatrice. Cet objectif a été défini comme une priorité par l'Agence régionale de santé dans le plan régional de gestion des risques.

P-013

FORMATION DE BIOFILMS ET RESISTANCE LIES AUX INFECTIONS FONGIQUES HOSPITALIERES

BEKKAL BRIKCI-BENHABIB O.

Université de Tlemcen, TLEMCCEN, ALGÉRIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les infections fongiques ont considérablement augmenté ces dernières années et sont devenues aujourd'hui une préoccupation importante pour les établissements de soins.

Bien que *Candida albicans* soit le pathogène majoritairement identifié lors de ces infections, d'autres espèces non albicans peuvent être impliquées notamment dans de nombreuses pathologies nosocomiales.

En effet, ces levures se développent en adhérant à des implants médicaux, tels que les cathéters formant ainsi des biofilms. Ces derniers leur confèrent des propriétés de résistances aux antifongiques.

Dans une tentative d'intégrer cette réalité clinique, nous avons entrepris une étude au sein de la néonatalogie d'EHS de Tlemcen, visant à isoler des levures fongiques à partir de cathéters veineux directement après leur retrait des patients hospitalisés et vérifier, d'une part leur capacité à former des biofilms et d'autre part tester leur résistance vis-à-vis de l'amphotéricine B.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

281 patients hospitalisés plus de 72H dans le service ont fait l'objet des prélèvements au sein de la néonatalogie de l'EHS de Tlemcen.

L'identification des souches isolées à partir des cathéters a été effectué par la galerie *Api Candida* (Biomerieux®, FRANCE)

la formation de biofilms ainsi que leur résistance vis-à-vis de l'amphotéricine B, ont été évalué par la méthode de microdilution NCCLS M-27A pour les levures à l'état libre .

A l'état sessile, nous avons adapté le protocole de Ramage et coll., (2001), un model standardisé en microplaque.

RÉSULTATS

Nous avons colligé 281 prélèvements, 8 levures pathogènes ont été isolées, dont 3 *Candida albicans*, 1 *Candida parapsilosis* et 4 souches *Cryptococcus neoformans*.

Toutes ces souches isolées ont la capacité de former un biofilm. Leur spectre de sensibilité vis-à-vis de l'amphotéricine B a été déterminé et révèle que ces levures sessiles(biofilm), sont beaucoup plus résistantes à l'amphotéricine B que leurs homologues planctoniques.

CONCLUSION

Une surveillance épidémiologique de l'unité de néonatalogie à EHS de Tlemcen vis-à-vis des cathéters est d'importance majeure. Elle doit s'accompagner d'une formation du personnel sur les règles d'hygiène lors de la pose du cathéter afin de réduire les risques d'infections fongiques systémiques.

P-014

METHODOLOGIE DE SUIVI DES INFECTIONS DU SITE OPERATOIRE UTILISANT LES DONNEES DE BACTERIOLOGIE ET D'ANTIBIOTHERAPIE DES PATIENTS.

JEAN-BART E., GOURBIL M., HAOND C., PARISET C., POMMIER C., BAUME M.O.

Centre Hospitalier Saint Joseph Saint Luc, LYON, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'établissement, impliqué dans la surveillance des infections du site opératoire (ISO), a expérimenté une nouvelle méthode de recueil des ISO pour améliorer l'exhaustivité du taux et optimiser la qualité des soins.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Deux périodes ont été retenues pour cette expérience: les mois de juin et octobre 2010. Un fichier traçant les interventions chirurgicales a été transmis par le département d'information médicale (DIM). La bactériologie et les prescriptions d'antibiotiques jusqu'à un mois après la chirurgie ont été croisées avec le fichier du DIM. L'infectiologue, le médecin hygiéniste, le président du CLIN (médecin réanimateur) et le pharmacien ont retenu les ISO probables, lesquelles ont été soumises aux chirurgiens concernés pour validation de leur part sous 15 jours. En cas de désaccord, l'avis de l'infectiologue était requis.

RÉSULTATS

En juin, un prélèvement bactériologique positif était trouvé pour 8.5% des 388 dossiers. Ceux-ci concernaient 33 patients, 87.9% d'entre eux ont reçu une antibiothérapie. En octobre, un prélèvement bactériologique positif était trouvé pour 6.9% des 405 dossiers. Ceux-ci concernaient 17 patients, 61.1% d'entre eux ont reçu une antibiothérapie. Les taux d'ISO étaient: 1.3% en juin, 1.0% en octobre. La fiabilité du taux d'ISO a été discutée au regard des difficultés rencontrées: recueil d'informations dans les dossiers, suivi clinico-biologique des patients sortis et délai parfois long d'apparition des signes d'infection, notamment pour les infections sur prothèse dont le suivi doit être prolongé durant l'année complète après la pose.

CONCLUSION

Les résultats ont été présentés au pôle chirurgical pour recueillir leur avis. Le 1^{er} trimestre 2011 a été retenu comme période test de surveillance continue sur 3 mois suivant cette méthodologie. Un suivi des patients à un an d'une chirurgie prothétique totale de la hanche ou du genou est en cours.

P-015

POSTER ANNULÉ PAR L'AUTEUR

P-016

GESTION D'UNE AUGMENTATION DU NOMBRE D'INFECTIONS DU SITE OPERATOIRE (ISO) EN CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE PROTHÉTIQUE

FOURNERET-VIVIER A., ACIERNOL., DEMANGE M.G., VUILLERMET C., MONTBARBON E., LE BREDONCHEL T., BEAUDOUIN E., PARIGI H., VASILE C., GAMBIER A., MUZEAU S., SOCQUET-JUGLARD F., MALLAVAL F.-O.
Centre Hospitalier Chambéry, CHAMBERY CEDEX, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'augmentation du nombre d'ISO en chirurgie prothétique (5 en 3 semaines) en juillet 2010 a alerté un chirurgien orthopédiste. Il a réalisé un signalement à l'EOH qui s'est aussitôt mobilisée pour rechercher les causes et des solutions pour l'enrayer au plus vite.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'EOH a tout d'abord informé les équipes chirurgicales de la situation pour augmenter leur vigilance. L'investigation des cas a montré que les 5 ISO, dont 4 en NNISO, 3 profondes et concernant 3 chirurgiens, étaient toutes dues à des souches différentes de *S. aureus* (typage moléculaire). Une recherche des événements nouveaux pouvant expliquer les ISO, a retrouvé le passage à la désinfection chirurgicale des mains, 1 mois avant. Un rappel sur sa technique et la mise à disposition au bloc opératoire du caisson pédagogique pour que les opérateurs puissent vérifier la qualité de sa réalisation, ont immédiatement été mis en place. Après un nouveau cas en août, une réunion de crise regroupant les acteurs principaux s'est tenue et a débouché sur la réalisation d'un audit des pratiques reprenant l'ensemble du parcours d'un patient. Les principaux dysfonctionnements retrouvés ont été :

- un délai trop important entre la prise de douche et le passage au bloc opératoire et un manque d'encadrement de celle-ci, faute de temps aide-soignant et de douche disponible
- la réalisation du champ opératoire de façon non standardisée

entre les différents agents et un temps de séchage insuffisant de l'antiseptique

- l'utilisation de garrots pneumatiques non entretenables
- les comportements du personnel pendant les interventions : tenue non conforme, allées et venues, entrée d'objets parasites, ouverture intempestives des portes
- une taille insuffisante du flux unidirectionnel pour couvrir les tables d'instrumentation

RÉSULTATS

Des groupes de travail ont été constitués avec les équipes soignantes et ont donné lieu à la rédaction de protocoles spécifiques sur la réalisation du champ opératoire hanche et genou. Une recherche de garrots pneumatiques entretenables est en cours. Un rappel sur les comportements à adopter aux équipes a été effectué. Du temps d'aide soignant supplémentaire a été affecté spécifiquement pour encadrer les patients dans la prise de douche et des douches supplémentaires ont été créées. Le nombre total d'ISO de 15 en 2010 a baissé à 4 en 2011 pour une activité comparable.

CONCLUSION

Le signalement de l'augmentation du nombre d'ISO en chirurgie orthopédique prothétique a permis à l'EOH de rechercher rapidement des dysfonctionnements et d'apporter des améliorations objectivées par la diminution des cas.

P-017

EVALUATION DES PRATIQUES DE BIONETTOYAGE AU BLOC OPERATOIRE

COLLIER A., GUILLE DES BUTTES A.C., BOURIGAULT C., LEPELLETIER D.

CHU Nantes, NANTES, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le bloc opératoire (BO) est un lieu à très haut risque infectieux et la diminution du taux d'incidence des ISO est un des objectifs quantifiés du projet du programme national de prévention des infections nosocomiales, intégrant l'amélioration des pratiques de bionettoyage (BN) dans les salles d'opération. L'objectif de l'étude était d'évaluer la conformité du BN par une double approche d'évaluation des pratiques professionnelles et des connaissances des professionnels en charge du BN.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les 10 blocs opératoires de l'établissement ont été inclus dans l'étude (46 salles). L'évaluation, réalisée entre le 1^{er} Mars et le

15 Juillet 2011, analysait les différents moments de réalisation du BN : ouverture et fermeture de salle, et entre deux patients opérés. L'évaluation des connaissances par questionnaire a été réalisée auprès de 200 professionnels. Les modes opératoires institutionnels constituaient le référentiel pour l'évaluation des conformités.

RÉSULTATS

145 observations ont été réalisées par deux hygiénistes (75 heures d'observation). A l'ouverture des salles, le taux de conformité de réalisation du BN était de 38% pour le sol et les surfaces dans la zone opératoire. Il variait de 0% à 80% selon les BO. Il était de 5% pour les surfaces hors de la zone opératoire. Entre deux interventions, le taux conformité du BN du sol était de 39%, le sol étant détergé/désinfecté dans 61% des cas alors qu'un balayage humide était recommandé. Le BN des surfaces était réalisé à l'aide de chiffonnettes à usage unique dont l'utilisation était non-conforme dans 70% des cas. 91 questionnaires ont été analysés (taux de participation de 45,5%). L'action des détergents/désinfectants était connue par 59% du personnel et 22% connaissait la procédure spécifique *Clostridium difficile*. La bonne utilisation des chiffonnettes à usage unique était conforme pour 98% des professionnels.

CONCLUSION

Cette évaluation des pratiques professionnelles a montré une insuffisance de connaissances des référentiels institutionnels et d'importantes non-conformités, liées essentiellement aux indications du balayage humide et à l'utilisation des chiffonnettes à UU. Ce travail a conduit à la réalisation d'un plan d'action pour corriger les non-conformités et harmoniser les pratiques, intégrant notamment la rédaction d'un mémo de poche destiné à chacun des professionnels audités et l'immersion à temps plein d'un hygiéniste pendant deux jours dans chacun des blocs opératoire pour réajuster les pratiques, en collaboration avec les conseillères en hôtellerie.

P-018

SURVEILLANCE DES INFECTIONS DU SITE OPERATOIRE : INTERETS ET LIMITES

BROUARD B.

CHI Montreuil, MONTREUIL, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La surveillance des infections du site opératoire (ISO) est une des priorités de la politique nationale de prévention des infections nosocomiales. En 2000, le CHI s'est doté d'une filière patient opéré informatisée. Depuis 2009 après concertation avec les

chirurgiens, l'E.O.H.H et les informaticiens, un développement spécifique du logiciel AMI a permis la mise en place du suivi continu des ISO. Deux ans après la création de ce mode de recueil, un bilan est fait sur l'appropriation de l'outil par les chirurgiens.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une liste d'actes traceurs par spécialités chirurgicales a été définie. L'ouverture du dossier patient en consultation post-opératoire entraîne d'emblée l'apparition d'une fenêtre proposant deux choix de réponses « OUI » ou « NON », pour signaler l'absence ou la présence d'une ISO. Dans ce dernier cas, le chirurgien renseignera les items : date de diagnostic, site de l'infection etc... Une réponse négative clos le dossier. La synthèse des résultats est présentée par l'E.O.H.H aux équipes chirurgicales concernées. Pour tout dossier non renseigné, une relance via email est envoyée aux chirurgiens.

RÉSULTATS

En 2011, le pourcentage de dossiers renseignés, toutes opérations confondues est de 28%, soit 178, actes traceurs pour 628 interventions concernées. Après relance, le pourcentage est de 36%, soit 185/509 (dernier trimestre non pris en compte).

CONCLUSION

Malgré un système dont le fonctionnement est le résultat d'une concertation multidisciplinaire et d'un accompagnement constant par l'E.O.H.H, l'exhaustivité des réponses reste très faible. Des disparités notables existent entre les différents services : 80% de réponses spontanées pour l'urologie contre 35% après relance pour l'orthopédie. Le système est donc performant mais repose sur l'intérêt du chirurgien pour l'outil informatique. Les présentations successives du suivi des ISO au Conseil de pôle de chirurgie ont entraîné une prise de conscience de l'ensemble des acteurs de la faiblesse de ces résultats. De nouvelles modalités d'accompagnement, plus contraignantes vont être mises en place dès 2012. L'enregistrement des données manquantes sera réalisé au cours des staffs de chirurgie. Cette étude montre que l'informatique ne reste qu'un outil, utilisé ou non à bon escient par les professionnels, et que l'intérêt d'un accompagnement par l'E.O.H.H dans cette démarche déclarative destinée à être rendue publique est primordial.

P-019

SURVEILLANCE DES INFECTIONS DE SITE OPÉRATOIRE EN NEUROCHIRURGIE

CAUCHY L., MAERTEN C., REYNS N., BOYER-BESSEYRE M., FERLA P., SAINT WRIL F., DAENEN P., ASSAKER R., LEJEUNE J.P., QUERY B., GRANDBASTIEN B.
CHRU de Lille, LILLE CEDEX, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La surveillance des infections de site opératoire (ISO) fait partie des priorités nationales. C'est un des outils proposé pour maîtriser ce risque. Notre établissement s'est engagé dans une politique de surveillance. L'objectif de ce travail est de décrire cette surveillance dans le secteur de neurochirurgie.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Cette surveillance s'est appliquée à l'ensemble de la clinique, avec ses 177 lits dont 36 de réanimation spécifique et de soins intensifs post-opératoires. Cette surveillance ciblait tous les opérés, hors chirurgie stéréotaxique radiothérapique et biopsies robotisées. Ainsi, l'activité de la chirurgie crânienne, de chirurgie du rachis, de neurochirurgie pédiatrique et de chirurgie fonctionnelle et stéréotaxique a été incluse. Le protocole était basé sur celui du réseau RAISIN. Une infirmière de consultation, initiait et remplissait les fiches de surveillance à partir du programme opératoire hebdomadaire et assurait le suivi à J30 en contactant les patients ou leur médecin traitant. La saisie informatique était réalisée par l'EOH. Un tableau de bord était présenté lors d'une réunion de RMM de façon annuelle.

RÉSULTATS

Pour l'année 2010, 2478 patients ont été opérés et surveillés jusqu'à 30 jours pour 41.8% d'entre eux (médiane de suivi : 23 jours). Ils étaient pour 47,3% à faible risque d'ISO (score NNIS égal à zéro). La chirurgie du rachis (38,5%) et les craniotomies pour tumeur (29,7%) étaient les interventions les plus fréquentes. Globalement, le taux d'ISO était égal à 1,2 pour 100 patients opérés, avec des taux variant de 0% (chirurgie du rachis sans ostéosynthèse) à 3,5% (laminectomie). Le score NNIS discriminait modestement ce risque infectieux (NNIS-0 : 0,9% ; NNIS-1 : 1,6% et NNIS-2&3 : 0%), 39% des ISO étaient superficielles. Neuf patients ont été ré-opérés du fait de leur ISO (3 en cours d'hospitalisation et 6 réadmis pour cette reprise). Le délai médian d'identification d'une ISO était de 14 jours.

CONCLUSION

Une telle surveillance continue et exhaustive, visant un suivi jusqu'à J30, est particulièrement lourde et doit être discutée dans le contexte de moyens restreints dans nos établissements ; elle permet cependant la mesure et le suivi de taux d'incidence avec une précision acceptable pour des interventions moins fréquentes, à l'instar de la neurochirurgie stéréotaxique ou la mise en place d'une stimulation médullaire. Elle permet également de construire un référentiel de durées d'interventions pour ces gestes plus spécifiques afin de disposer d'un score NNIS le plus adapté possible.

P-020**LES «EXPERTS» ENTRENT AU BLOC POUR EVALUER LA QUALITE DU BIONETTOYAGE.**

*MEUNIER O., BURGER S., SALLES F., PARVY C.
Centre Hospitalier Haguenau, HAGUENAU, FRANCE*

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le bionettoyage des salles du bloc opératoire doit être soigneux et réalisé selon les consignes décrites dans une procédure validée. Il est effectué après chaque intervention chirurgicale et doit permettre d'offrir une salle susceptible d'accueillir sans risque un nouveau patient, quelles que soient les pathologies traitées. La validation de l'efficacité et de la qualité de ce bionettoyage est en général visuelle, complétée par des audits des pratiques et éventuellement des prélèvements microbiologiques. Sur la base des méthodes employées par la police judiciaire pour la mise en évidence de traces résiduelles de sang, nous avons employé le réactif *Bluestar*[®]. Une solution préparée extemporanément réagit en émettant une luminescence bleue en présence de résidus de sang. La méthode est très sensible et permet de visualiser des traces de sang non visibles à l'œil nu comme les traces de sang laissées par un nettoyage incomplet.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Dans une salle d'opération après une intervention, la méthode *Bluestar*[®] a été utilisée après différentes méthodes de bionettoyage : 1 - bionettoyage classique en un seul passage avec le détergent/désinfectant ; 2 - bionettoyage en un passage avec le détergent/désinfectant mais après avoir éliminé les taches de sang visibles avec de la cellulose imbibée d'eau de Javel ; 3 - bionettoyage en un passage avec l'appareil nettoyeur vapeur *Sanivap*[®]. Des photographies révélant les résidus de sang sont prises à chaque fois.

RÉSULTATS

Avec la première méthode, la solution permet de visualiser de nombreuses traces de sang qui paraissent avoir été étalées par les bandeaux de lavage. Dans le deuxième cas, la luminescence reste visible, diffuse de faible intensité sur l'ensemble de la surface nettoyée (faux positif probable par le pouvoir oxydant de l'eau de Javel). Dans le troisième cas, aucune trace de luminescence n'est détectée aux endroits où le bandeau utilisé avec l'appareil générant de la vapeur est passé.

CONCLUSION

Le réactif *Bluestar*[®] utilisé au bloc opératoire notamment montre d'éventuelles traces de sang laissées par le bionettoyage. La méthode permet de valider d'une part la procédure (en

l'occurrence : élimination des traces de sang, usage de la vapeur comme nettoyant) et d'autre part la qualité du nettoyage. La méthode n'est pas libératoire car elle nécessite un nouveau passage pour éliminer la solution révélatrice pulvérisée mais elle permet de valider une procédure et remplace les audits des pratiques en mesurant, plutôt que le respect de la méthode, le résultat obtenu par cette méthode.

P-021**MISE EN PLACE DE DEMARCHES D'AMELIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES EN ORTHO-TRAUMATOLOGIQUE ET CHIRURGIE PLASTIQUE, COUPLEES A LA SUEVEILLANCE DES INFECTIONS DU SITE OPERATOIRE (ISO).**

*PETEL T., LENOBLE E., AUQUIT-AUCKBUR I., MARINI H., MERLE V., TAVOLACCI M.P., DUJARDIN F., MILLIEZ P.Y., CZERNICHOW P.
CHU-Hôpitaux de Rouen, ROUEN, FRANCE*

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Une surveillance continue des ISO est en place depuis 1998 en chirurgie orthopédique, traumatologique et plastique dans notre établissement, mais elle n'a donné lieu jusqu'alors qu'à peu d'échanges entre équipes cliniques et équipe opérationnelle d'hygiène (EOH). Les obligations en matière d'EPP en chirurgie peuvent constituer une occasion de lier les deux démarches : ce travail visait à évaluer la faisabilité et l'intérêt de coupler surveillance et démarche d'amélioration des pratiques professionnelles.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Après accord des instances coordonnant l'activité d'EPP dans l'établissement l'EOH a rencontré les référents qualité des services cliniques afin de choisir les méthodes jugées les plus pertinentes parmi les analyses a posteriori proposées par la HAS. Les méthodes mises en œuvre par chaque équipe, et les mesures éventuelles qui en ont résulté ont été recueillies.

RÉSULTATS

L'équipe de chirurgie plastique a opté pour une revue de morbi-mortalité (RMM), utilisant la méthode de l'Association of litigation and risk management (ALARM), sur le thème des ISO après dermolipectomies et abdominoplasties. Quatre dossiers ont été analysés au cours de cette RMM. L'équipe de chirurgie ortho-traumatologique a choisi d'organiser un staff EPP sur le thème «Procédures d'hygiène et mesures anti-infectieuses dans les blocs d'Orthopédie et de Traumatologie». Ces démarches, auxquelles ont participé les équipes

chirurgicales, médicales et paramédicales, ont permis de discuter des pratiques en matière d'antibioprophylaxie et de préparation cutanée, les tenues et comportements du personnel au bloc, de s'interroger sur le mode de drainage post opératoire, sur les circuits et la stérilisation du matériel, sur le suivi des ISO sur prothèses intermédiaires, et de proposer des mesures d'amélioration.

Les mesures d'amélioration proposées ont concerné la révision du protocole de préparation cutané et d'antibioprophylaxie, le changement du matériel de drainage, l'information des équipes soignantes sur les tenues et comportements aux blocs ainsi que la stérilisation du matériel et sur la préparation cutanée, l'alerte plus rapide des chirurgiens en cas d'ISO.

CONCLUSION

Coupler surveillance et EPP a permis de développer une démarche d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles répondant aux recommandations de la HAS. Cela a permis également de renforcer le dialogue EOH/équipe soignante tout en répondant au programme national de prévention des infections nosocomiales.

P-022

JERSEY NON STERILE : UNE POSSIBLE SOURCE D'INFECTION BACTERIENNE ?

KACZMAREK A.S., NEYRON DE MÉONS C., GRATTARD F., FARIZON F., MIETTON C., GAGNAIRE J., BAYLE B., GAUTHERON V., NUIRY O., DIETEMANN J., BERTHELOT P.
CHU de Saint-Etienne, SAINT-ETIENNE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En juin 2010, 3 cas d'infection du site opératoire à *Pseudomonas aeruginosa* d'antibiogrammes similaires sont détectés en chirurgie orthopédique. Un an plus tard, une vingtaine de cas d'infections cutanées sous plâtre compatibles avec des infections à *P. aeruginosa* sont décrits chez des enfants du service de MPR.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une enquête épidémiologique descriptive des cas a été réalisée ainsi que des prélèvements d'environnement (eau, siphons) au bloc opératoire, dans les services de soins concernés (jersey et accessoires, point d'eaux, congélateurs, poches de glace, bac à plâtre) et à la pharmacie DMS (jersey stocké dans l'emballage d'origine). Un typage moléculaire visant à analyser les souches de *P. aeruginosa* isolées chez les patients et dans les prélèvements environnementaux a été réalisé.

RÉSULTATS

En 2010, des souches de *P. aeruginosa* ont été isolées dans les siphons d'un point d'eau au bloc opératoire, des 2 salles de soins d'orthopédie et sur les jerseys coton stockés à la pharmacie (2 lots différents), dans les services de soins (3 prélèvements sur 3 positifs) et au bloc opératoire. Les jerseys coton étaient utilisés dans le service d'orthopédie pour entourer les pains de glace utilisés sur les plaies opératoires. Aucun nouveau cas d'infection à *P. aeruginosa* n'a été documenté en orthopédie depuis l'emballage des pains de glace dans un tissu propre. Le typage moléculaire des souches isolées en orthopédie n'a pas mis en évidence de lien épidémiologique entre les souches des 3 patients et celles retrouvées sur les jerseys. En 2011, l'aspect clinique des plaies sous plâtre en rééducation, évocateur d'une possible infection à *P. aeruginosa*, a justifié la réalisation de prélèvements de jerseys coton dans le service et à la pharmacie (sur plusieurs lots et références); ces prélèvements ont mis en évidence une contamination par *P. aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter asburiae* et différentes moisissures. Le remplacement du jersey coton non stérile par du jersey décontaminé a permis l'arrêt des cas d'infections cutanées sous plâtre en rééducation. Par ailleurs, aucun nouveau cas d'infection à *P. aeruginosa* n'a été documenté en orthopédie depuis l'emballage des pains de glace dans un tissu propre.

CONCLUSION

Ces 2 épisodes illustrent la possibilité d'infections cliniques en lien avec du jersey coton non stérile, retrouvé contaminé par des bacilles à Gram négatif. En complément du jersey stérile utilisé au bloc opératoire, notre établissement a décidé d'utiliser du jersey coton décontaminé pour éliminer une source potentielle de contamination des patients porteurs de lésions cutanées

P-023

FAUT-IL MODIFIER LA PROPHYLAXIE DES BIOPSIES DE PROSTATE (BP) DEVANT L'AUGMENTATION DE LA RESISTANCE DES ENTEROBACTERIES (EB) AUX FLUOROQUINOLONES (FQ)?

JOLIVET S., BENCHIKH A., DUMORTIER C., ARMAND-LEFEVRE L., BOUAITA M., RAVERY V., LUCET J.C.
Hôpital BICHAT - Claude-Bernard, PARIS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les FQ sont des antibiotiques de choix pour l'antibioprophylaxie des BP en raison de leur bonne diffusion tissulaire, de leur spectre d'activité et de leur administration per os. Leur utilisation a permis une diminution significative des infections

post BP. Cependant, la proportion d'Eb résistantes aux FQ est croissante. Le taux d'E. coli résistant à la ciprofloxacine est passé de 14% à 23% entre 2005 et 2010 dans notre établissement et de 14% à 20% en France sur la même période (données EARSS). Le but de l'étude était d'observer l'impact de cette augmentation de la résistance bactérienne sur l'incidence des prostatites aiguës post BP.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Analyse descriptive rétrospective de toutes les BP en 6 ans (2005-2010) dans un CHU de 950 lits. Les patients (pts) recevaient 500 mg de ciprofloxacine le matin avant la réalisation de la BP. Ont été examinés les dossiers de tous les pts ré-hospitalisés dans le mois suivant la BP ou ayant eu une durée d'hospitalisation \geq 3 jours après la BP, et pour lesquels un ECBU et/ou une hémoculture ont été réalisés. Ont été secondairement exclus : les pts sans infection/colonisation, les colonisations de l'arbre urinaire et les infections tardives possiblement liées à la présence d'une sonde urinaire (SU). L'incidence des infections ainsi que la proportion de souches résistantes aux FQ (hémocultures et/ou ECBU positifs) ont été évaluées.

RÉSULTATS

Sur 2144 BP réalisées, les dossiers de 72 pts ont été examinés : 50 pts ont été exclus (36 sans infection, 9 colonisations et 5 infections liées à une SU) et 22 ont eu une infection post BP (1%), dont un sepsis grave et un choc septique. L'âge médian des pts était de 64 ans. Le délai médian entre l'intervention et l'infection était de 2 jours (intervalle 0-13 jours ; IIQ 1-4 jours). L'incidence des infections était stable, de 0.8% (9/1094) en 2005-2007 et 1.2% (13/1050) en 2008-2010. 17 bactéries ont été isolées (78%) dont 16 Eb (15 E. coli et 1 M. morganii) et un *P. aeruginosa*. Parmi les 16 Eb, 7 (44%) étaient résistantes à la ciprofloxacine, 2/5 en 2005-2007 et 5/11 en 2008-2010.

CONCLUSION

L'incidence des infections post BP n'a pas augmenté entre 2005 et 2010, ni la résistance des Eb aux FQ. Au vu de ces résultats, il n'y a pas lieu pour le moment de changer la prophylaxie des BP.

P-024

INFECTIONS A MYCOBACTERIUM ABSESSUS CHEZ DES PATIENTS APRES CHIRURGIE CARDIAQUE

BERNET C.⁽¹⁾, **LAPRUGNE-GARCIA E.**⁽¹⁾, **MCKENZIE A.M.**⁽²⁾, **POULET J.P.**⁽³⁾, **KHOUIDER N.**⁽⁴⁾, **CHAPUIS C.**⁽⁵⁾, **SAVEY A.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CCLIN Sud Est, SAINT GENIS LAVAL, FRANCE ; ⁽²⁾ ARS Rhône-Alpes, LYON, FRANCE ; ⁽³⁾ ARS, Rhône-Alpes, LYON, FRANCE ; ⁽⁴⁾ ARLIN Rhône-Alpes, SAINT GENIS LAVAL, FRANCE ; ⁽⁵⁾ ESPRI Lyon-Rhône, SAINT GENIS LAVAL, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Deux cas d'infection nosocomiale à Mycobacterium abscessus chez des patients opérés dans 2 établissements différents par le même chirurgien cardiovasculaire avec des bioprothèses du même fabricant, ont fait l'objet de signalement externe conjointement à l'ARS et au CCLIN. Mycobacterium abscessus est un germe à tropisme hydrique. Les examens biologiques pratiqués n'ont pas permis de conclure à l'identité des 2 souches retrouvées par biologie moléculaire mais excluent une contamination inter-échantillons. L'incident a fait l'objet d'une prise en charge multidisciplinaire au sein de ces établissements de santé.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Ces événements ont enclenché :

- un signalement au département des urgences sanitaires par l'ARS,
- une inspection dans les établissements réalisée conjointement par l'ARS, le CCLIN/ARLIN avec étude des dossiers des patients,
- des demandes d'analyses microbiologiques, comprenant notamment la recherche de mycobactéries, de l'eau stockée dans la circulation extracorporelle (CEC) et autres milieux hydriques utilisés en peropératoire,
- une quarantaine imposée par l'AFSSAPS sur les valves cardiaques, levée après investigation (contrôle fabricant, absence de nouveaux cas).

RÉSULTATS

Les 2 patients ont eu une chirurgie cardiaque très lourde sous CEC, pour l'un à un triple acte : remplacement valvulaire aortique et mitral et pontage, et pour l'autre un remplacement valvulaire aortique.

Les prélèvements demandés aux établissements ont révélé la présence de mycobactérie appartenant à d'autres espèces.

Les visites sur site ont permis d'ajuster les pratiques concernant notamment :

- le respect des bonnes pratiques d'asepsie d'anesthésie et de CEC,
- la formalisation par l'établissement du lavage des valves,
- le suivi et la périodicité des contrôles d'environnement,
- la maîtrise de l'aérobiocontamination,
- la maintenance du matériel (générateur thermique de CEC, machine à glaçons),

Les visites ont donné lieu à l'élaboration de rapport réalisé sous forme contradictoire avec l'établissement reprenant des préconisations assorties d'échéanciers.

CONCLUSION

Les pistes d'exposition au risque d'infection à Mycobacterium s'orientent vers une possible origine environnementale. Une des hypothèses serait que le système d'échange hydrique de l'échangeur thermique de CEC peut produire un jet d'eau via une soupape de protection de la pompe et un réservoir de trop-plein restant ouvert. Les fabricants ont proposé des ajustements techniques (valve anti retour, bouchon de réservoir).

P-025

LES INFECTIONS DU SITE OPERATOIRE EN ORTHOPEDIE PROTHETIQUE DANS L'INTER-REGION OUEST DE 2008 A 2011: INCIDENCE, DELAI DIAGNOSTIQUE ET SUIVI DES PATIENTS AVANT ET APRES EXCLUSION DES ISO SURVENUES A PLUS DE J30

PERENNEC M., JARNO P.

CHU Rennes, RENNES, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La chirurgie orthopédique prothétique représente 12% des interventions recueillies dans le cadre de la surveillance nationale des infections de site opératoire (ISO) en 2010. Pour le calcul de l'incidence nationale, ne sont incluses que les ISO survenues dans les 30 jours (J30) suivant l'intervention (qu'il y ait ou non implant ou prothèse), malgré les définitions fixant ce délai à 1 an.

De ce fait, les professionnels déplorent une sous-estimation des taux d'ISO pour cette spécialité.

Les objectifs de ce travail sont d'évaluer la sous-estimation de l'incidence en orthopédie prothétique en comparant l'incidence des ISO avant et après exclusion des ISO survenues à plus de J30, de décrire le délai diagnostique des ISO et le suivi de ces patients.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les prothèses de hanche (totale (PTTH), partielle, reprise et de genou (PTGE)) des services de la surveillance de l'inter région Ouest (données avant exclusion des ISO survenues à plus de J30 non disponibles dans ISO-RAISIN) effectuées entre 2008 et 2011 ont été incluses.

Les incidences avant et après exclusion des ISO survenues à plus de J30 ont été comparées (chi2) et leurs évolutions ont été analysées (chi2 de tendance).

RÉSULTATS

Ont été incluses 29 514 interventions avec une majorité de PTTH (57%) et de PTGE (28%). La durée médiane du suivi des patients était en 2011 de 36 jours (14 pour les interventions non orthopédiques).

En 2011, 94 services ont participé à cette surveillance : 54 n'ont pas diagnostiqué d'ISO, 22 au moins 1 ISO mais exclusivement avant J30 et 18 au moins 1 ISO après J30. Le délai diagnostic médian avant exclusion était de 24 jours (PTGE : 31) contre 19 jours après (PTGE : 21) ($p < 0,05$).

La proportion d'ISO diagnostiquées plus de 30 jours après l'intervention était de 31,7% (57,7% pour les services avec au moins 1 ISO après J30).

Les incidences calculées avant et après exclusion étaient de 0,96% et 0,65% ($p < 0,05$) ; 1,64% et 0,95% parmi les services ayant diagnostiqués 1 ISO après J30.

Entre 2008 et 2011, la baisse du taux d'ISO était significative ($p < 0,05$) après exclusion des ISO survenues après J30 (2008 : 1,01% ; 2011 : 0,65%) et non significative avant (2008 : 1,24% ; 2011 : 0,96%).

CONCLUSION

La proportion d'ISO non incluses dans le calcul de l'incidence selon le protocole ISO-RAISIN est de près d'un tiers (60% pour les services avec au moins 1 ISO après J30). Ceci explique en partie le manque d'adhésion des chirurgiens à la surveillance. D'autant qu'au niveau européen, il est préconisé d'inclure les ISO en cas de chirurgie prothétique jusqu'à 1 an après l'intervention.

P-026

EVOLUTION DE L'INCIDENCE DES ISO EN FRANCE ENTRE 2006 ET 2010

PERENNEC-OLIVIER M.⁽¹⁾, JARNO P.⁽¹⁾, SIMON L.⁽²⁾, L'HERITEAU F.⁽³⁾, GIARD M.⁽⁴⁾, VENIER A.G.⁽⁵⁾, THIOLET J.M.⁽⁶⁾

(1) CHU Rennes, RENNES, FRANCE ; (2) CCLIN Est, NANCY, FRANCE ; (3) CCLIN PN, PARIS, FRANCE ; (4) CCLIN Sud Est, LYON, FRANCE ; (5) CCLIn Sud Ouest, BORDEAUX, FRANCE ; (6) InVS, PARIS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La surveillance des infections du site opératoire (ISO) est nationale depuis 1999 et coordonnée par un CCLIN depuis 2001 dans le cadre du réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (RAISIN). Dans le programme national de lutte contre les infections nosocomiales

(PROPIN) 2009-2013, la réduction d'incidence des ISO est l'un des objectifs quantifiés national : «En 2012, le taux d'incidence des ISO pour 100 actes, pour des interventions ciblées à faible risque d'infection, a diminué globalement d'un quart, y compris pour les infections profondes ; [données de référence : ISO RAISIN 2008]».

L'objectif de ce travail est de présenter l'évolution de l'incidence des ISO et des indicateurs du PROPIN (P75 de l'incidence d'interventions à faible risque).

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les services de chirurgie volontaires ont recueilli des données concernant le patient et l'intervention, dont les composants de l'index de risque NNIS. Tous les patients inclus devaient être suivis jusqu'au 30^{ème} jour postopératoire. Les ISO étaient définies selon les critères standard usuels.

L'évolution de l'incidence entre 2006 et 2010 a été analysée avec un chi2 de tendance et par régression logistique (RL) multivariée (2006 = référence).

Le P75 de l'incidence de 2010 a été comparé à celui de 2006.

RÉSULTATS

En 2010, 2 270 services ont inclus 304 007 interventions chirurgicales : orthopédie (28,9%), chirurgie digestive (19,2%) et gynécologie-obstétrique (15,2%). Au total, 2 931 patients (0,96%) ont contracté une ISO. L'incidence variait de 0,60% pour les patients NNIS-0 à 9,20% pour les patients NNIS-3.

De 2006 à 2010, l'incidence globale des ISO est passée de 1,27 à 0,96% ($p < 0,05$) et pour les NNIS-0 de 0,73% à 0,60%. En analyse multivariée, elle a diminué de 24% ($p < 10^{-4}$).

Pour la chirurgie du côlon, elle a diminué de 27%, pour les césariennes de 30%, pour la chirurgie des veines périphériques de 34% et pour la chirurgie du sein de 5%.

Concernant les indicateurs du PROPIN : le P75 des hernies de paroi est nul en 2010 comme en 2006 (le P90 a diminué de 20%) ; celui des cholécystectomies est nul (1,1% en 2006 ; 88% des services ayant un taux inférieur au P75 de 2006) ; celui de l'orthopédie prothétique est identique ; celui des césariennes a diminué de 21% (2,9% à 2,3%) et celui de la chirurgie du sein de 20% (2,2% à 2,0%).

CONCLUSION

La surveillance des ISO est bien implantée en France et la réduction de l'incidence se poursuit. Les objectifs quantifiés du PROPIN sont partiellement atteints sur la période 2006-2010. Ils sont à ré-évaluer sur la période 2008-2012.

P-027

EPIDEMIOLOGIE DES INFECTIONS DE SITE OPERATOIRE (ISO) SUR PROTHESE TOTALE DE HANCHE (PTH) OU DE GENOU (PTG) PROGRAMMEES : ETUDE CAS-TEMOINS

DEBREUVE A., DIALLO S., VERNET-GARNIER V., DEHOUX E., BAJOLET O.
CHU de Reims, REIMS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La prévention des infections ostéo-articulaires secondaires à une chirurgie prothétique réglée est une pré-occupation majeure dans les services d'orthopédie en raison de la morbidité et des coûts liés à ces complications. Un programme de prévention des ISO a été ainsi développé dans le service de chirurgie orthopédique, avec une évaluation pluriannuelle de la préparation cutanée de l'opéré, une revue trimestrielle de morbidité infectieuse, un audit annuel de l'antibioprophylaxie. L'objectif de notre étude était de comparer la prise en charge péri-opératoire et d'identifier les facteurs de risque endogènes des patients ayant présenté une ISO.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Toutes les infections bactériologiquement documentées sur PTH ou PTG posées entre janvier 2007 et juin 2011 ont été incluses. Les infections d'origine hématogène ont été exclues. Pour chaque cas, 2 témoins étaient appariés sur le type et la période d'intervention. Les caractéristiques épidémiologiques de chaque ISO et les facteurs de risque identifiés dans la littérature [1] ont été recensés.

RÉSULTATS

Au cours de la période d'étude, 569 PTH et 443 PTG ont été implantées. Trente cas d'ISO ont été recensés (16 PTH, 14 PTG). Le taux d'incidence était de 2,29% (1,61% pour les prothèses de 1^{ère} intention ; 5,06% pour les reprises). Aucune ISO bactériologiquement documentée n'a été observée chez des patients sans facteurs de risque endogène connu. Le sex ratio était de 21/9 chez les cas ; 25/35 chez les témoins. Le score ASA était supérieur ou égal à 3 chez 58,3% des cas et 33,3% des témoins (NS). L'âge moyen était comparable entre les 2 groupes. Tous les cas présentaient au moins un facteur de risque identifié comme tel avant l'intervention : diabète, obésité, dénutrition, immunodépression. Parmi les facteurs de risque, on retrouve : le tabagisme (OR=2,93 ; IC95% [1,02-8,43]), l'absence de traçage de la préparation cutanée (OR=3,15 ; IC95% [1,25-7,92]) et le délai entre l'hospitalisation et l'intervention (2,07 chez les cas vs 1,03 ; $p=0,003$). L'existence d'un rhumatisme inflammatoire (13,3% vs 1,7% ; $p=0,094$) ou d'un antécédent de sepsis sur l'articulation concernée (1,3% vs 0% ; $p=0,089$) tendent à être associée à la survenue d'infections.

CONCLUSION

L'optimisation de la prise en charge pré-opératoire, en collaboration avec le médecin traitant, des facteurs d'ISO endogène comme le tabagisme, la dénutrition, l'équilibre du diabète, constitue un axe majeur de prévention des ISO.

[1] Strategies to prevent surgical site infections in acute care hospitals. ICHS 2008 ; 29(1):S51-S61.

P-028**REDUCTION DES INFECTIONS DU SITE OPERATOIRE DANS UN SERVICE DE CHIRURGIE**

BENMAMI S., TALEB HACINE F., HACHED N., SMAÏL N., HABET R., LAHDIRI R., KEZZAR M., KHETTAL H., DJOUDI A., SAI N., BENHABYLES B.

CHU Mustapha, ALGER, ALGÉRIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans le cadre de l'amélioration de la qualité des soins dans un service de chirurgie générale du CHU, une surveillance des infections du site opératoire (ISO) est réalisée périodiquement. L'enquête d'incidence réalisée en 2005 retrouve un taux d'incidence de 14.6% (taux de suivi à j30 de 65%).

Après des travaux de rénovation effectués dans ce service, et afin d'évaluer la situation en matière d'infections nosocomiales, différentes études ont été menées, parmi elles une enquête d'incidence des ISO.

OBJECTIFS

- Estimer l'incidence des ISO
- Déterminer leurs principales caractéristiques.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une surveillance active des ISO a été réalisée au niveau du service de chirurgie générale durant 14 semaines (01 aout -15 novembre 2011).

Les patients inclus étaient tout patient hospitalisé et opéré pendant la période d'étude et ayant subi une intervention au niveau d'un des organes suivants : foie, vésicule biliaire, pancréas, colon, œsophage, estomac, duodénum, grêle, rate, hernie.

Pour chaque patient étaient recueillies les facteurs de risque d'ISO (âge, score NNIS, type d'intervention, intervention en urgence...) à partir des dossiers des patients, des registres des blocs opératoires, des consultations, du laboratoire de microbiologie et de l'interview du personnel soignant et du patient.

Les ISO étaient définies selon les critères standard internationaux (CDC).

Les données étaient reportées sur une fiche standardisée par les médecins résidentes en épidémiologie.

Chaque patient inclus était suivi du jour de l'hospitalisation au 30^{ème} jour post opératoire.

Les données étaient saisies et traitées avec le logiciel Epi Data.

RÉSULTATS

182 patients ont été suivis, le taux d'incidence est de 3.8% avec un suivi à j 30 de 45.6% . L'âge moyen est de 43 ans. Le sex ratio est de 1.

L'incidence des ISO varie selon le score NNIS 0,1,2 et est respectivement de 0.8%, 7.7% et 33.3% .

CONCLUSION

Ces résultats retrouvent une réduction du taux d'incidence des ISO par rapport aux enquêtes antérieures mais reste élevé. Les efforts doivent être poursuivis dans ce service, d'autres études sont en cours pour évaluer les pratiques professionnelles.

P-029**INJECTION INTRA VITRENNNE (IVT) HORS BLOC OPERATOIRE : PRECAUTIONS INCONTOURNABLES**

GENGLER M.E.⁽¹⁾, DELATTE I.⁽²⁾, DROUIN S.⁽²⁾, SAVEY A.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Hôpital Henry Gabrielle, SAINT-GENIS LAVAL, FRANCE ;

⁽²⁾ Centre hospitalier, VIENNE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'endophtalmie, principale complication infectieuse liée à l'Injection Intravitréenne (IVT) peut amener à une perte totale de la vision, voire du globe oculaire. Même s'il reste faible, ce risque a été étudié précisément dans la littérature. L'essor de la prise en charge des pathologies rétinienues par IVT et le développement du traitement en ambulatoire des patients, ont conduit l'AFSSAPS à faire une mise au point en janvier 2011 des « Bonnes pratiques d'Injection Intra Vitréenne ». Suite au signalement d'une endophtalmie post-IVT, un établissement a sollicité l'aide de l'ARLIN pour la réalisation d'un audit des pratiques. Simultanément à l'actualisation des mesures de prévention, il paraît important de rendre compte ici des pratiques du terrain.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Dans ce Centre Hospitalier (CH) de 630 lits, le service des consultations spécialisées en ophtalmologie réalise 20 IVT hebdomadaires dans le cadre du traitement de la Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age. Une première investigation du cas d'endophtalmie a été réalisée par l'équipe

d'hygiène du CH. Dans un second temps, un audit des pratiques par observation, se basant sur les dernières recommandations de l'AFSSAPS, sera réalisé.

RÉSULTATS

La première investigation a pu mettre en évidence la non-conformité d'une gaine technique dans le local de préparation des patients, adjacent à la salle dédiée aux IVT. Elle a été corrigée de suite. Par ailleurs, la réflexion en équipe sur le parcours du patient a révélé quelques axes d'amélioration, tels que la mise en place d'une horloge avec trotteuse pour le respect des temps de désinfection chirurgicale des mains par friction et des temps de préparation cutanée, ainsi que l'implication du patient par la réalisation d'une friction hydro alcoolique et le port d'un masque lors de la préparation cutanée. Ces données seront approfondies et détaillées grâce à l'audit des pratiques, dont les résultats seront présentés dans le poster.

CONCLUSION

La survenue d'une endophtalmie dans un service marque une équipe. La réalisation d'un audit des pratiques autour de ce geste, qui peut avoir tendance à être banalisé, permet d'insister sur les risques infectieux inhérents aux IVT. L'équipe d'hygiène pourra s'appuyer sur les résultats de cette étude, afin de définir un cadre précis et incontournable, pour la réalisation des IVT hors bloc opératoire.

P-030

REVUES MORBI-MORTALITE EN CHIRURGIE : INTERET DE LA PARTICIPATION DU PRATICIEN HYGIENISTE

TEQUI B., MALVAUX S., GOULARD C., JAFFRE I., THEARD J.L., PAINEAU J.

Institut de cancérologie de l'ouest, NANTES-SAINT HERBLAIN, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En chirurgie les complications anesthésiques et chirurgicales dont les IAS peuvent mettre en jeu le pronostic vital de l'opéré. Ce travail a pour objet d'étudier la part respective des ISO parmi les autres événements indésirables graves (EIG) liés à l'acte chirurgical.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'établissement réalise plus de 3000 actes de chirurgie carcinologique par an : sein, gynéco et chirurgie digestive de

recours. La tenue de revues morbi-mortalité (RMM) fait partie des obligations réglementaires en chirurgie, celles-ci sont organisées dans l'établissement depuis 2009. Les EIG identifiés lors du staff quotidien alimentent le registre par un portail unique d'une application informatique. Chaque signalement d'IAS est automatiquement redirigé à l'EOH. Le responsable de l'EOH, membre de la RMM, formé à l'outil de gestion des risques « ALARM », sélectionne les IAS relevant d'une analyse des causes.

RÉSULTATS

Entre le 1/1/2009 et le 31/12/2011, 236 EIG ont été enregistrés dans le registre de la RMM. Les complications se répartissant en 26 survenant en peropératoire, 153 au cours de l'hospitalisation, 47 nécessitant réhospitalisations et 10 ne nécessitant pas réhospitalisations. Parmi les complications postopératoires 87 sont des IAS (56.9%) : 57 ISO, 33 infections liées au cathéter veineux central, 8 infections urinaires et 12 autres. Aucun des 9 décès ne survient chez un patient présentant une IAS. Au total la répartition des EIG est de 63.1% pour les complications chirurgicales et anesthésiques (11.0% en peropératoires et 52.1 en postopératoire) et 36.9% pour les IAS. 10 IAS ont fait l'objet d'une analyse systémique par la méthode ALARM. Les facteurs contributifs les plus fréquemment identifiés pour les IAS sont : hétérogénéité des pratiques toute profession confondue, défaut de connaissances en risques infectieux, transmissions insuffisantes entre professionnels, manque de précision des protocoles. Afin de prévenir les IAS, 8 programmes d'amélioration ont été collectivement identifiés : formation, création de check listes, de supports de traçabilité, amélioration des transmissions, actualisations de protocoles.

CONCLUSION

La principale limite de ce travail est l'absence d'exhaustivité pour les ISO superficielles diagnostiquées en consultation postopératoires ne donnant pas lieu à réhospitalisation. Les ISO représentent une part importante des EIG survenant en chirurgie justifiant la participation du responsable de l'EOH à la RMM. Formé à la gestion des risques, il contribue à l'amélioration de la qualité des soins et au développement de la culture de sécurité.

P-031

ANTIBIOPROPHYLAXIE EN CHIRURGIE : VALIDATION DE KITS D'ANTIBIOPROPHYLAXIE

SAID LATIRI H.⁽¹⁾, **BANNOUR W.**⁽²⁾, **NAIJA W.**⁽¹⁾, **MAHJOUB T.**⁽¹⁾, **NAKHLI M.S.**⁽¹⁾, **KHEFACHA AISSA S.**⁽¹⁾, **BOUALLEGUE O.**⁽¹⁾, **RIBA M.**⁽¹⁾, **SAID R.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU Sahloul, SOUSSE, TUNISIE ; ⁽²⁾ CHU Farhat Hached, SOUSSE, TUNISIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les infections liées au geste chirurgical, (un quart des infections nosocomiales), sont une cause importante de morbidité, et augmentent la mortalité postopératoire. Intégrée dans le respect des mesures élémentaires d'hygiène et les bonnes pratiques chirurgicales, l'Antibioprophylaxie est un des outils essentiels de la réduction de ce risque infectieux. L'Antibioprophylaxie chirurgicale représente environ un tiers des prescriptions d'antibiotiques à l'hôpital. Ses modalités (choix des molécules, administration...) font l'objet de recommandations validées, mais sa réalisation reste imparfaite.

Notre travail a pour objectif de vérifier l'efficacité de la mise à disposition des kits d'Antibioprophylaxie sur l'adhésion des prescriptions aux référentiels.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Étude prospective de type: « exposés aux kits vs non exposés aux kits ». Patients recevant une Antibioprophylaxie par l'intermédiaire d'un kit d'Antibioprophylaxie, vs patient bénéficiant d'une Antibioprophylaxie librement prescrite au service de chirurgie orthopédique.

RÉSULTATS

Les kits d'Antibioprophylaxie ont permis une meilleure conformité des pratiques par rapport aux recommandations. Les modalités de réalisation de l'Antibioprophylaxie se sont avérées conformes en tous points par rapport au référentiel pour 83,3 % des patients exposés, vs 41,8 % des non exposés.

	Exposé N=130	Non exposé N=110	P
ATBP faite et indiquée	108/130	61/110	<0,001
Molécule	107/108	59/61	0,26
Posologie	108/108	60/61	0,18
Heure injection	92/108	44/61	0,039
Durée	107/108	44/61	<0,001
Conformité globale	90/108	33/79	<0,001

CONCLUSION

La mise en place de kit d'Antibioprophylaxie a conduit à une amélioration des pratiques de l'Antibioprophylaxie. La maîtrise des prescriptions d'antibiotiques étant un objectif impératif en termes de santé individuelle pour le patient et de santé publique pour la collectivité, ce changement des habitudes des équipes s'inscrit dans une politique d'amélioration de la prescription (meilleure efficacité au moindre coût).

P-032

EPISODE DE GASTROENTERITE A NOROVIRUS EN DERMATOLOGIE ET ETUDE DE SURCÔUT

BUFFET-BATAILLON S., **MARGOT V.**, **CHA-MINJOLLE S.**, **VIALARD C.**, **LE CANN P.**, **DONNIO P.Y.**

CHU Pontchaillou, RENNES, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Ce travail a pour but de décrire l'investigation de cas groupés de gastroentérite à *Norovirus* dans un service de dermatologie, le contrôle de cette épidémie, et l'évaluation de son surcoût.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Etude prospective de cas de gastroentérites. Analyse de la courbe épidémique, des tableaux synoptiques et de la répartition spatiale des cas. Evaluation des pratiques d'hygiène et étude du surcoût de l'épidémie.

RÉSULTATS

Quinze personnes (7 patients et 8 soignants) ont présentés une gastroentérite. Sur 10 prélèvements, 3 examens virologiques étaient positifs à *Norovirus* par dosage immuno-enzymatique sur support solide. L'épidémie a touché tout d'abord les patients puis les soignants. Les patients et soignants se sont contaminés sur une période très restreinte dans des chambres contiguës. Les mesures d'hygiène portant sur l'hygiène des mains et la gestion de l'environnement ont permis d'enrayer l'épidémie. Le surcoût total par malade a été estimé à 1940 euros.

CONCLUSION

Une stricte adhérence aux mesures d'hygiène a permis d'éradiquer cet épisode épidémique de gastroentérite. Ce travail est en faveur d'une recherche systématique de *Norovirus* dans les selles de patients atteints de gastroentérite par biologie moléculaire.

P-033**ORGANISATION DE LA CAMPAGNE DE VACCINATION CONTRE LA GRIPPE SAISONNIERE DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE**

CAMERLYNCK A., *GRANDBASTIEN B.*, *BLANCKAERT K.*
CHRU Lille, LILLE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Malgré les multiples recommandations des autorités de santé en faveur de la vaccination antigrippale des professionnels de santé, le taux de couverture vaccinale antigrippale dans cette population reste faible. L'enquête menée auprès des établissements de santé de la région avait pour but d'étudier l'organisation des campagnes de vaccination antigrippale au sein de ces structures et de tenter d'identifier des moyens permettant l'amélioration de la couverture vaccinale antigrippale des professionnels de santé.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une enquête déclarative a été envoyée par mail aux équipes d'hygiène et médecins du travail des 149 établissements de santé que compte la région. Les modalités d'information et de réalisation de la campagne de vaccination étaient explorées. La base de données réalisée à partir des réponses aux questionnaires a été analysée à l'aide d'Epi info Version 6.

RÉSULTATS

Le taux de participation à notre étude a été de 55,7%. La majorité des établissements de santé de la région ont organisé une campagne de vaccination antigrippale gratuite pour les professionnels de santé et 75,9% d'entre eux ont organisé également une campagne d'information sur la grippe et son vaccin. Les outils d'information standardisés étaient peu utilisés. Malgré les moyens mis en œuvre par certains établissements, 43,5% des taux de vaccination déclarés étaient compris entre 10 et 20%. Peu d'établissements communiquaient le taux de couverture vaccinale antigrippale à la Commission médicale (41,9%). Les établissements qui utilisaient les moyens décrits dans la bibliographie pour améliorer la couverture antigrippale des professionnels de santé n'ont pas vu leur taux de vaccination antigrippale augmenter. Les difficultés les plus souvent exprimées étaient la présence de la valence H1N1 dans le vaccin et la crainte des effets secondaires.

CONCLUSION

Il est nécessaire d'accentuer les efforts visant à améliorer le taux de couverture vaccinale antigrippale en augmentant l'éducation du personnel sur la grippe et le vaccin antigrippal, mais aussi l'accessibilité des séances de vaccination. L'implication de la direction et de la Commission Médicales des établissements est également à accroître.

P-034**LES PROFESSIONNELS DE SANTE DES SERVICES DE PEDIATRIE SONT-ILS PROTEGES CONTRE LES MALADIES VIRALES INFANTILES ?**

MEUNIER O., *BEURIOT K.*, *BOLENDER C.*, *SALLES F.*, *KLEE E.*, *HITTER C.*, *SIMON F.*, *GERAUDEL A.*
Centre Hospitalier Haguenau, HAGUENAU, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les professionnels de santé en charge des enfants dans les services de Pédiatrie de l'hôpital sont-ils protégés contre les maladies infantiles virales ou pourraient-ils constituer un maillon de la diffusion épidémique ?

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Pour répondre à cette question, nous avons proposé un questionnaire à tous les professionnels de Pédiatrie de l'hôpital, les interrogeant sur leurs antécédents, le contenu de leur carnet de vaccination et les résultats d'éventuelles sérologies pour les maladies suivantes : rougeole, rubéole, oreillons, varicelle et hépatite A. Une étude identique avait été réalisée en 2009, nous pouvons ainsi comparer les résultats.

RÉSULTATS

En 2011, nous avons recueilli 27 questionnaires complétés, soit une participation de 22 % des professionnels du service (1/3 des médecins ont participé à l'enquête, 20 % des IDE et puéricultrices, 1/3 des AS et 10 % des ASH). Au total, seuls 4 % des participants à l'enquête pourraient être réceptifs à la rougeole (40 % sont vaccinés, 56 % déclarent avoir fait la maladie), 11 % à la rubéole (59 % sont vaccinés, 30 % auraient fait la maladie), aux oreillons (41 % sont vaccinés, 48 % auraient fait la maladie) et à la varicelle (4 % sont vaccinés, 85 % auraient fait la maladie). 63 % ne sont ni vaccinés contre l'hépatite A et n'ont pas fait la maladie. Enfin, 41 % des professionnels interrogés se déclarent vaccinés contre la grippe saisonnière et avoir bénéficié de la vaccination contre la grippe H1N1.

CONCLUSION

L'enquête de cette année montre des taux de protection bien meilleurs que ceux observés dans l'enquête de 2009, même si les deux populations étudiées ne sont pas les mêmes dans la mesure où la proportion de professionnels déclarant avoir fait l'une ou l'autre maladie est très différente. Le turn over des équipes est important. La récente épidémie de rougeole a permis une sensibilisation importante des professionnels qui sont en 2011 mieux protégés qu'en 2009. Certaines de ces maladies sont potentiellement graves chez l'adulte qui, malade ou en

période d'incubation, pourrait être vecteur pour les enfants dont ils s'occupent. Tous les professionnels réceptifs pourraient donc participer à la diffusion virale au sein des services. Une nouvelle sensibilisation de chacun reste nécessaire.

P-035

Y A T'IL UN RISQUE DE CONTAMINATION VIRALE AEROPORTEE CHEZ DES PATIENTS SOUS ASSISTANCE RESPIRATOIRE ?

VALDEYRON M.L., DEPAIX F., BRUCHON C., BERGUE E., GOUILLON D., DENIS M.A., GRANDO J.
Groupement Hospitalier Est des HCL, BRON, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans le contexte de recrudescence de la rougeole, le CLIN de l'établissement a demandé à l'unité d'hygiène et d'épidémiologie de faire le point sur le risque de transmission d'un patient à l'autre ou à l'environnement, par le biais du respirateur.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le service biomédical a communiqué la liste des respirateurs de tous les services (blocs opératoires, salles de réveil, réanimations et transport). Le matériel a été observé et le personnel ayant en charge la gestion des respirateurs interviewé. Une fiche a été remplie par modèle de respirateur et par service. Les analyses ont été faites avec EpiInfo 3.2.3.

RÉSULTATS

40 fiches ont été remplies correspondant à un parc de 218 respirateurs. Sur la pièce en Y, il y a un filtre anti-bactérien et anti viral dans 72,5% des cas. Tous les filtres sont changés tous les jours et après chaque patient. Dans un tiers des cas, c'est un filtre échangeur de chaleur et d'humidité.

En réanimation, il n'y a pas de filtre en néonatalogie, pédiatrie ou quand il y a un système d'humidification. Dans deux tiers des cas, le circuit patient est changé après une durée de ventilation supérieure à 15 jours. La SFHH en 2010, indique « l'inutilité de changement programmé des circuits ».

En anesthésie, le circuit des respirateurs est changé dans 10 cas sur 14 tous les 8 jours, délai recommandé par la SFAR en 1998. Les fréquences de traitement du bloc expiratoire sont variables, de « après chaque patient » à tous les 6 mois, ainsi que les modalités de traitement. Dans 10 cas sur 26, il y a traitement avec un détergent-désinfectant puis stérilisation. Dans les cas où le bloc expiratoire n'est pas traité, ou que les modalités ne sont pas bien définies, il y a toujours un filtre sur la pièce en Y. Globalement, dans 11 cas sur 40, il n'y a pas de filtre sur la pièce en Y et le respirateur peut relarguer des micro-organismes dans

l'environnement. Il y a possibilité de mettre un filtre en aval du respirateur pour 3 types de respirateurs.

CONCLUSION

Quand il n'y a pas de filtre sur la pièce en Y et impossibilité de mettre un filtre en aval (8 cas sur 40), il y a risque de contamination de l'air environnant, donc des soignants, ou risque de transmission inter patient par les soignants, même si le patient est en chambre seule. La vaccination des soignants est donc importante, surtout dans les services de néonatalogie et pédiatrie, d'où l'importance d'un suivi par la médecine du personnel.

Il n'y a pas de risque de contamination patient-patient par le respirateur. Un travail sera à poursuivre concernant le traitement des blocs expiratoires en anesthésie.

P-036

SURVEILLANCE DES BACTERIES MULTI RESISTANTES ET AUTRES GERMES PRIORITAIRES

NARBEY D., MATHON A., DEBRITO A., AMIRAUT S.
CH Blois, BLOIS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les SARM ont une place importante dans les infections nosocomiales, cependant d'autres bactéries et germes sont à prendre en compte.

L'objectif de ce travail est de présenter l'organisation de la surveillance des germes dits « prioritaires » dans notre établissement afin d'éviter la survenue de phénomènes épidémiques et maîtriser la diffusion de bactéries multi résistantes.

2 priorités ont été établies :

Priorité 1 : ERG, EPC, *p aeruginosa* BLSE, toxines de *Clostridium difficile* ou toutes épidémies.

Priorité 2 : SARM, *p aeruginosa* résistant à l'imipénème associé à d'autres résistances, EBLSE, EBCASE en néonatalogie, *acinetobacter baumannii* résistant à l'imipénème ou ne restant sensible qu'à l'imipénème, *aspergillus fumigatus*.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Alerte précoce de l'EOH par le laboratoire :

- Mail généré par le laboratoire
- Alerte téléphonique en cas de priorité 1 sauf *Clostridium*.
- Alerte du service concerné:
 - Information notée sur le serveur de résultat pendant 1 an.
 - Lors des temps de présence de l'EOH :

*Recueil des données (antibiogramme, dates d'hospi-

talisation...) et information au service concerné. Après analyse, l'EOH préconise des mesures de précautions complémentaires et se déplace dans le service en cas de priorité 1 et téléphone en cas de priorité 2.

*Si toxines positives de *Clostridium difficile*, évaluation systématique des mesures d'isolement et investigation.

*Réalisation d'un signalement interne par le praticien hygiéniste en cas de priorité 1 et investigation (déclaration externe si besoin).

*Si *Aspergillus fumigatus*, pas d'isolement, l'EOH réalise une enquête environnementale en cas d'aspergillose invasive.

- Week-end et fériés: service concerné alerté par le laboratoire, en fonction des cas puis relais par l'EOH.

L'EOH se déplace dans le service afin d'évaluer et réajuster, si nécessaire, les mesures mises en œuvre en cas de priorité 1 et lors des épidémies en cas de priorité 2.

RÉSULTATS

Cette stratégie démarrée en Janvier 2011 a permis de traiter, pour l'année, 134 dossiers (13 priorité 1 et 121 priorité 2) dont 104 précautions contact, 13 précautions contact spécifiques (*Clostridium difficile*), 4 précautions gouttelettes, 13 n'ont pas nécessité de mesures complémentaires. 103 isolements ont été mis en place après intervention de l'EOH, 18 isolements l'étaient déjà. 13 mesures ont été évaluées par l'EOH (infections à *Clostridium difficile*).

CONCLUSION

Les programmes de surveillance des bactéries multi résistantes et de maîtrise de leur diffusion nécessite une collaboration étroite entre le laboratoire et l'EOH et une communication permanente avec les équipes soignantes.

P-037

CREATION D'UN TABLEAU DE BORD DE SUIVI DES CONSOMMATIONS DE SOLUTIONS HYDRO-ALCOOLIQUES (SHA) PAR SERVICE DANS UN CENTRE HOSPITALIER (CH) GENERAL

DAENEN P.⁽¹⁾, **BECLIN E.**⁽²⁾, **GRANDBASTIEN B.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHRU de Lille, LILLE, FRANCE ; ⁽²⁾ CH Béthune, BÉTHUNE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le retour des consommations de Solutions Hydro-Alcooliques (SHA) sous forme d'un indicateur personnalisé par service est un outil de communication motivant pour les professionnels et incontournable pour renforcer la politique d'hygiène des

maines. La deuxième version de l'indicateur SHA ministériel (ICSHA2) fournit des objectifs de consommation plus précis par spécialité, mais reste un indicateur macroscopique à l'échelle d'un établissement. Il est par ailleurs demandé dans le nouvel indicateur ICALIN que les données de consommation de SHA soient transmises aux services au moins une fois par an.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'absence de compétences relative à l'exploitation de base de données était un frein à la création d'un tableau de bord pour l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) du Centre Hospitalier (CH) de référence. La mutualisation avec le DataManager de l'EOH d'un deuxième CH a permis l'élaboration d'indicateurs de suivi des consommations de SHA par service.

La ligne directrice de ce travail a été de créer un indicateur simple et visuel pour les équipes soignantes, et facilement exploitable par l'EOH. Une description détaillée de la structure (unité fonctionnelle (UF) à rattacher à un service et à un lieu de stockage des SHA) puis des objectifs personnalisés de consommation en fonction des secteurs d'activité ont permis de créer l'outil d'analyse.

RÉSULTATS

Les services financiers du CH fournissent tous les trimestres les données exploitées par UF: commandes de SHA à la pharmacie (numérateur) et données d'activité (dénominateur). Ces dernières sont intégrées dans l'outil créé sous Excel qui effectue automatiquement tous les calculs intermédiaires nécessaires à la création des tableaux de bord finaux trimestriels: un pour chaque service et un global pour le CH. Sur chacun figurent :

- l'objectif du service défini par le Ministère
- l'objectif personnalisé du service et le pourcentage d'atteinte de cet objectif
- la répartition de l'ensemble des services selon le pourcentage d'atteinte de l'objectif (stratégie de benchmarking)
- l'évolution de la consommation en frictions par journée patient depuis 2010

Les niveaux de consommations ont été exprimés en nombre de frictions/journée patient pour plus de lisibilité de l'ensemble des soignants. Au 3^{ème} trimestre 2011, le CH avait atteint 53,3% de son objectif avec 13 frictions par journée patient.

CONCLUSION

A l'aide de cet outil d'analyse automatisé, l'EOH peut mettre à jour et diffuser facilement ces tableaux de bord, et créer ainsi une dynamique d'amélioration de la consommation des SHA.

P-038

MISE EN PLACE D'UNE ALERTE BMR POUR LES RE HOSPITALISATIONS : COLLABORATION EOH, LABORATOIRE DE MICROBIOLOGIE ET DIM

DURAND-JOLY I., GHEYSSENS A., VERHAEGHE A., VERVOORT C., WILLEMS V., MESSEMAECKER P., NICASTRO C., DENIMAL C., DEHECQ C., HOUYENGAH F. CH de Dunkerque, DUNKERQUE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Un des axes stratégiques du plan national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins (A3, paragraphe 3.2) recommande aux établissements de santé d'améliorer la prise en charge des bactéries multi résistantes (BMR). Nous avons donc choisi de développer, dans notre établissement, via l'outil informatique, un repérage des patients porteurs de BMR afin d'améliorer l'isolement septique en court séjour lors des ré-hospitalisations.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Dans un premier temps, nous avons optimisé la cotation T2A, en vérifiant et complétant, le cas échant, le type de BMR sur les séjours des patients. Ceci est réalisé au quotidien par le praticien hygiéniste, en collaboration avec le laboratoire, et transmis au département d'information médicale. Ce service a développé ensuite un programme informatique permettant de générer des « Alertes BMR » par mail sur les patients ré hospitalisés pour lesquels un marquage BMR dans la T2A avait été antérieurement coté. Le mail parvient à l'ensemble des membres de l'EOH deux fois par jour le matin et l'après midi. Les services de long et moyen séjour ainsi que le service d'hémodialyse sont exclus de l'alerte. Les membres de l'EOH, dès réception de l'alerte, vérifient dans les services de court séjour si le portage est connu et rectifient l'isolement si nécessaire.

RÉSULTATS

Ce dispositif a été mis en place en février 2011 est effectif depuis mai. Entre mai et décembre 2011, 145 alertes ont été gérées par l'EOH. Dans 30% des cas les patients étaient isolés dès l'entrée, dans 49% des cas les patients n'étaient pas isolés et le portage BMR non connu par le service, enfin dans 21% des cas, l'isolement septique n'a pas été jugé utile. L'EOH a procédé dans 77% des cas à des réajustements d'isolement pour les patients non isolés. Les causes de non réajustement ont été analysées.

CONCLUSION

Un bilan fin 2011 de ce dispositif a été présenté et discuté en réunion du comité de lutte contre les infections nosocomiales et a été reconduit pour 2012. Des améliorations sont cependant à

prévoir, notamment le non traitement des alertes le week-end et la gestion de l'alerte concernant les patients ambulatoires en chirurgie programmée. Une saisie des BMR dans le dossier patient informatisé en cours de déploiement dans notre hôpital est également prévue pour 2012.

P-039

L'HYGIENE HOSPITALIERE EN EQUIPE INTER-ETABLISSEMENTS

MONGARDON B., MONGARDON B., BOUQUET C. Centre Hospitalier Selestat, SELESTAT, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Aux termes de l'article R 6111-8 du CSP, renforcé par la circulaire DGOS du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé, les établissements de santé peuvent s'appuyer sur une Equipe Opérationnelle d'Hygiène, notamment par une coopération inter-établissements. Une Equipe Opérationnelle d'Hygiène Inter-établissements (EOHI) a été créée. Une convention, signée entre 8 établissements de santé toutes catégories confondues, est venue formaliser les modalités de son fonctionnement. Plus de 1500 lits sanitaires et médico-sociaux sont ainsi couverts par l'EOHI.

L'objectif est d'instaurer une politique inter-hospitalière de prévention des IAS par la mutualisation des moyens et des actions ainsi que par le partage des compétences.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Equipe constituée de 1 ETP praticien hygiéniste, 3,3 ETP IDE dont une IDE coordinatrice et 0,5 ETP secrétaire. Des locaux sont dédiés sur 3 des 8 sites et l'EOHI dispose en plus d'un véhicule (interventions dans un périmètre de 40 km autour de l'établissement de rattachement).

RÉSULTATS

La création de l'EOHI a permis d'intégrer des hôpitaux locaux, jusque là lors sans référent en hygiène, dans une dynamique commune d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Outre l'harmonisation des pratiques, tant dans les soins que dans les fonctions « support », on relève une augmentation globale des scores des indicateurs des tableaux de bord des établissements.

CONCLUSION

Cette coopération proposée par les textes représente finalement un atout pour les établissements de santé, notamment dans un contexte de certification HAS.

Toutefois, celle-ci représente un véritable investissement pour les membres de l'équipe compte tenu du nombre de site d'intervention et de la multitude des interlocuteurs.

A ces difficultés s'ajoute le souci du suivi « hors site » des actions mises en place, auquel contribue aussi le manque de moyens humains face à la transversalité des missions.

P-040

L'APPEL A LA CREATIVITE : UNE AUTRE METHODE DE SENSIBILISATION AU NON PORT DE BIJOUX

PETONNET C., **LATUS J.**, **THÉVENOT S.**, **BOUSSEAU A.**, **CASTEL O.**

CHU La Milétrie, POITIERS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

A l'occasion de la journée mondiale de l'hygiène des mains du 05 mai 2011, afin de sensibiliser les professionnels au non port de bijoux, l'EOH a lancé un appel à la créativité auprès de tous les professionnels et étudiants de l'établissement.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

En fin d'année 2010, le projet a été présenté au Coordonateur Général des Soins. Celui-ci l'a défendu auprès du Directeur Général qui y a apporté son soutien en proposant d'attribuer 3 prix : un 1^{er} prix d'une valeur de 1000 €, un 2^{ème} prix et un 3^{ème} prix d'une valeur de 500 €. Ces prix étaient attribués au service d'affectation du lauréat. En janvier 2011, les professionnels ont été informés de cette opération par le biais d'affiches et d'articles parus dans le journal de l'établissement. Ces supports avaient été élaborés avec l'aide de la Direction de la Communication. L'information a aussi été diffusée par l'intermédiaire des cadres et chefs de service.

Il était demandé la réalisation d'une affiche au format A4 illustrant les recommandations de la SF2H : « Les mains et poignets doivent être débarrassés de tous bijoux, bracelets ou montre, y compris l'alliance » (techniques autorisées : photo, dessin, graphisme, peinture).

Un jury de présélection, composé de membres du CLIN, de l'EOH, de la Direction de la Communication, du Président de la CME et de correspondants en Hygiène s'est réuni le 2 mai afin de valider les projets proposés.

Le 5 mai, les professionnels, les patients, les usagers et le grand public ont été invités à voter dans différents lieux de l'hôpital. Chaque participant pouvait retenir 3 projets.

RÉSULTATS

Dix-huit projets ont été présentés au jury de pré-sélection. Certaines affiches ont été élaborées en équipe. Parmi ces

propositions, 14 ont été retenues et 4 ont été écartées car elles ne répondaient pas aux objectifs.

Lors de la journée du 5 mai, 1386 personnes ont participé au vote.

Les prix ont été remis par le Directeur Général et le Président de la CME le 24 mai et l'affiche qui a remporté le 1er prix a été diffusée en septembre dans tous les services. Les 2 autres projets seront affichés successivement en 2012 puis 2013.

CONCLUSION

Cette méthode participative nous a semblé être un bon outil pour fédérer les professionnels autour d'un message qu'ils ont su s'approprier. Ce concours a démontré leur implication dans une démarche institutionnelle d'amélioration des pratiques, tant par leur investissement dans la création des affiches que par le vote. Une évaluation de l'observance du non-port de bijoux sera prochainement réalisée et permettra de déterminer l'impact de cette action.

P-041

L'ALLIANCE EST-ELLE SI LISSE QU'ON LE PENSE ? DES PHOTOS POUR CONVAINCRE

MEUNIER O.⁽¹⁾, **SALLES F.**⁽¹⁾, **BURGER S.**⁽¹⁾, **BOEHM N.**⁽²⁾, **HEMMERLÉ J.**⁽³⁾

⁽¹⁾ Centre Hospitalier Haguenau, HAGUENAU, FRANCE ;

⁽²⁾ Unité Inserm U666, STRASBOURG, FRANCE ; ⁽³⁾ Unité Inserm UMR 977, STRASBOURG, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Alors que l'hygiène des mains est unanimement reconnue comme l'outil essentiel de la lutte contre les infections associées aux soins, les préalables à une bonne hygiène ne sont pas encore tous respectés. Les soignants ont encore un peu de difficulté à retirer tous leurs bijoux. Même s'il n'est pas démontré que le retrait des bijoux s'accompagne d'une réduction du risque de transmission croisée, il est bien acquis qu'ils constituent des niches microbiennes majeures. Si chaque campagne de sensibilisation menée par l'EOH sur ce sujet voit diminuer le nombre de porteurs en général, le nombre des porteurs d'alliance reste stable sous le prétexte que l'alliance est lisse.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Un bijou en métal semi précieux a été immergé dans une suspension de streptocoques, puis traité selon les procédures habituelles pour l'observation en microscopie électronique à balayage. Les préparations sont observées après grossissement de 5000 fois pour visualiser les bactéries à la surface du métal.

RÉSULTATS

Les photographies montrent les streptocoques parfaitement reconnaissables par leur disposition en chaînettes caractéristiques et de très nombreuses anfractuosités et griffures de la surface du métal.

CONCLUSION

Les habitudes sont tenaces et des arguments convaincants doivent être déployés pour que les habitudes changent. Les EOH multiplient les initiatives et les enquêtes pour motiver les professionnels à retirer leurs bijoux : observation, affiche, expositions, concours, formation, explications, distribution de « montres infirmières »... Si le port des bijoux en général a diminué, ces campagnes n'ont pas eu d'effets sur le port des alliances (23 % de porteurs en 2011). Les photographies (x 5000) d'un bijou aux surfaces lisses apportent, nous semble-t-il, des arguments forts, susceptibles de convaincre. En effet, la visualisation des anfractuosités et leur mise en parallèle avec des bactéries (cocci de 2 à 4 µm de diamètre) montrent que ces microfissures sont tout à fait susceptibles d'accueillir des colonies organisées. Ces photographies inédites et originales vont être largement présentées dans notre Etablissement, une nouvelle évaluation du port des bijoux sera réalisée afin de mesurer leur impact sur les comportements. L'opération « A l'hôpital : tolérance zéro pour le port des bijoux » devrait ainsi pouvoir bénéficier d'un nouvel argument convaincant.

P-042

BONNES PRATIQUES D'HYGIENE EN COLLECTE DE SANG VUES A TRAVERS DES SEANCES D'INFORMATION INTERACTIVES

LE ROUX J.

EFS Nord de France, LILLE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La cellule hygiène, appuyée par la Directrice médicale des prélèvements, a définie un certain nombre de pratique d'hygiène dont la maîtrise est incontournable pour le personnel de collecte donc décision de vérifier le niveau de maîtrise des pratiques d'hygiène sur les sites de prélèvements, à l'aide de séances interactives, intégrées dans la formation continue des salariés.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

1- Questionnaire écrit de 20 questions couvrant les bonnes pratiques d'hygiène générale et de la gestion des déchets à l'EFS Nord de France, établi par le référent hygiène lui-même, à l'aide de la banque de données Hygiène puis validé ensuite par le responsable hygiène de l'établissement

2- Déroulement des séances de sensibilisation, animé en binôme de référents hygiène ou avec le responsable hygiène

- Evaluation initiale des connaissances pratiques à l'aide d'un questionnaire
- Visionnage du film sur « Hygiène en transfusion » réalisée à l'EFS en 2007

3- Explications argumentées des bonnes pratiques d'hygiène générales

4- Correction du questionnaire initial, à noter en fin de séance

5- Evaluation anonyme du niveau d'intégration des connaissances et de la séance en elle-même

RÉSULTATS

Taux de participation des personnes concernées

- Participation des référents hygiène comme animateur des séances

11 référents hygiène volontaires dans leur service ont co-animés 59 séances d'information du personnel de collectes entre le 30 janvier et le 29 avril 2009

- Participation des personnels de collecte de sang

Total : 196 personnes soit 91,50% des personnes prévues, réparties en médecin de collecte : 54 soit 86%, IDE, préleveur : 129 soit 84%, secrétaires de collecte : 5 soit 86%, agents de collation : 6 soit 100% et autres fonctions : 2 soit 100%

Acquisition des thèmes d'hygiène

Les 3 thèmes généraux les MIEUX maîtrisés :

1^{er}- l'hygiène des mains,

2^{ème}- la préparation cutanée du donneur,

3^{ème}- la protection du personnel et la gestion des AES

Les 3 thèmes généraux les MOINS maîtrisés :

1^{er}- la décontamination des surfaces,

2^{ème}- l'hygiène en collation,

3^{ème}- la gestion des déchets

CONCLUSION

Ces séances ont permis, grâce au succès de participation, de consolider la visibilité des référents hygiène dans leur service mais aussi de resserrer les liens au sein du réseau.

La synthèse de cette action est diffusée à tous les responsables des prélèvements ainsi qu'au directeur général, avec les réponses de l'encadrement aux questions posées en réunion. Ainsi, la banque de données hygiène est mise en jour régulièrement, au profil du personnel de l'établissement.

P-043**ELABORATION D'UN REFERENTIEL DE BALNEOTHERAPIE, EN L'ABSENCE DE REGLEMENTATION !**

DUBRULLE C., **LECLERCQ M.C.**, **LEYS P.**, **VAN POUCKE L.**, **VANDENBERGHE K.**, **HENDRIX S.**

CH Douai, DOUAI, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le 15 février 2010, des prélèvements réalisés sur le réseau d'eau alimentant un bassin de balnéothérapie indiquaient la présence de *Legionella* sp à 3500 UFC/L. Une série de mesures ont été mises en place pour protéger les enfants bénéficiant de cette activité (remplacement de robinets, suppression de bras morts, choc chloré). Cet événement a permis de mettre en évidence l'absence de procédures de fonctionnement de la balnéothérapie. Ainsi, il a été décidé d'élaborer un référentiel. Sa rédaction a été confiée au cadre du service de pédopsychiatrie et à l'infirmière hygiéniste.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une recherche bibliographique a permis de mettre en évidence l'absence de réglementation dans le secteur des piscines de rééducation. Par analogie, certaines réglementations appliquées aux eaux de baignade et de piscine peuvent être utilisées. Mais elles doivent être adaptées. Ainsi, le bassin de cette structure a une capacité de 1800 litres (216 cm * 200cm * 90 cm). L'organisation des soins permet un enchaînement de 6 séances de 30 minutes sur une journée au maximum. La piscine est remplie et vidée chaque jour, voire plusieurs fois par jour au cas où l'eau serait souillée.

RÉSULTATS

Le référentiel présente d'abord la situation de la piscine dans l'établissement et décrit les activités proposées par les psychomotriciennes. Une liste de contre-indication aux activités dans l'eau a été établie (plaies non cicatrisées, infections cutanées, mycoses, verrues, conjonctivites, infections ORL et pulmonaires et pédiculoses). Ensuite, une procédure d'utilisation du bassin reprend les étapes du remplissage, de la chloration, les tests à réaliser (pH et chlore) et le mode de chauffage de l'eau. Une fiche présente les règles d'hygiène à respecter dans la salle par les patients et les professionnels. Un triptyque est remis aux parents des enfants bénéficiant de cette activité afin de les sensibiliser à l'hygiène corporelle et aux contre-indications à la balnéothérapie.

Concernant la maintenance du bassin, le pH, la teneur en chlore et la température sont relevées et tracées par l'équipe soignante à chaque utilisation dans un carnet sanitaire. Une

société extérieure réalise un contrôle de la teneur en chlore une fois par mois et le compare aux relevés quotidiens. La ventilation de la pièce est contrôlée deux fois par an (renouvellement d'air de 22m³ par heure). Le filtre est changé et un prélèvement de recherche de *Legionella* est réalisé.

CONCLUSION

La rédaction de ce référentiel a permis de valoriser le travail méconnu de ce service et de sensibiliser le personnel et les parents des patients à l'hygiène.

P-044**EVALUATION DE L'ANTIBIOTHERAPIE A 48-72H ; COMPARAISON DE 2 ETUDES A 1 AN D'INTERVALLE**

BICART-SÉE A., **BLANC M.**, **GAUTIÉ L.**, **TEISSEYRE A.C.**
Hôpital Joseph-Ducuing, TOULOUSE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans le cadre de la maîtrise de l'antibiothérapie, nous avons défini dans notre programme d'actions du CLIN de 2010, l'évaluation des prescriptions antibiotiques dans les dossiers médicaux. Les résultats ont été suivis de mesures correctives, mises en place avec les prescripteurs. En 2011, afin de mesurer l'impact de ces mesures, la même étude était réalisée.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude prospective sur une période de 1 mois. Elle concernait toutes les unités de soin. Les patients inclus étaient hospitalisés et avaient reçu plus de 48 heures d'antibiothérapie à visée curative. Nous avons utilisé la grille de recueil proposée par le groupe évaluation des pratiques professionnelles de la société de pathologie infectieuse de langue française. Sept critères étaient recherchés dans le dossier patient (DP), de la justification initiale à la réévaluation du traitement.

Nous avons utilisé la même méthodologie en 2010 et 2011.

RÉSULTATS

Quarante dossiers ont été analysés chaque année. Il s'agissait de patients des services de médecine, chirurgie, soins continus et maternité. Les fiches étaient complétées par un membre du CLIN à partir des données du DP. Les résultats de ces 2 années sont présentés sur le tableau :

Critère	2010 (n = 40)	2011 (n = 40)
Justification antibiothérapie initiale	90%	92,5%
Évaluation tracée dans le DP	75%	92,5%
48-72H	57,5%	67,5%
> 72H (jusqu'à 10 jours selon infection ou germe)	17,5%	25%
Critères cliniques ou para cliniques d'évolution	92,5%	92,5%
Interprétation des résultats microbiologiques	50%	96,5%
Décision tracée sur la poursuite du traitement :	62,5%	72,5%
Pas de changement	0	25%
Changement de molécules	57,5%	37,5%
Arrêt	5%	10%

CONCLUSION

En 2010, la prescription antibiotique initiale était le plus souvent justifiée dans le dossier patient. Par contre son argumentation à 48-72H n'était retrouvée qu'une fois sur deux et la décision de la poursuite de l'antibiothérapie n'était tracée que dans 60% des cas.

La large diffusion de ces résultats et les réunions dans les services ont permis de sensibiliser les prescripteurs, d'améliorer et d'harmoniser les dossiers médicaux et les règles de prescription.

L'évaluation de 2011 a montré un impact positif de ces mesures. Ces améliorations sont à poursuivre, notamment dans certains services. Nous avons le projet de poursuivre ces évaluations dont la standardisation permet également une comparaison inter établissements.

Ces évaluations successives sont un outil efficace d'amélioration des bonnes pratiques. Elles participent, associées aux autres mesures, à la maîtrise de l'antibiothérapie.

P-045

BILAN DE FONCTIONNEMENT D'UNE ÉQUIPE INTER-ÉTABLISSEMENTS DE PRÉVENTION DU RISQUE INFECTIEUX

CHAPUIS C., **BATTAGLIOTTI P.**, **LARROUMES N.**, **DUBOURGET S.**

Hospices Civils de Lyon, SAINT GENIS LAVAL, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans le cadre du corpus réglementaire incitant les établissements de santé à se doter d'une équipe d'hygiène, le concept d'équipe interétablissements apparaît dès 1995. Il est réaffirmé dans la circulaire du 18 novembre 2011. Une telle équipe, rattachée à un Centre Hospitalier Universitaire, a maintenant plus de 15 ans de fonctionnement.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Initialement l'équipe intervenait dans 4 établissements et était financé totalement par les tutelles. Du fait de demandes de nouveaux établissements et du passage au financement par la T2A, l'équipe a été renforcée et la convention initiale a été revue avec rémunération de l'activité sous la forme d'un forfait annuel comprenant un soutien à distance et un nombre de déplacements fixés selon la taille, les besoins et l'investissement financier de chaque structure.

RÉSULTATS

A ce jour, l'équipe est constituée de 1,6 ETP de praticiens, de 1,8 ETP d'infirmiers et d'1 ETP de secrétariat, tous salariés de l'établissement de rattachement. Elle intervient de manière conventionnelle, soit en complément d'une équipe d'hygiène interne soit comme équipe opérationnelle, dans 22 établissements de santé (MCO, SSR, HAD, psychiatrie) et dans 2 EHPAD. Elle apporte une assistance et une expertise technique et méthodologique à la mise en place des recommandations nationales et d'une politique de prévention du risque infectieux adaptée.

CONCLUSION

Les interventions de l'équipe se font en tenant compte des spécificités locales. En raison de la présence ponctuelle dans les établissements, un relais local est désigné dans chaque structure afin d'assurer un lien entre la structure et les membres de l'équipe. Les principaux facteurs limitant d'un tel fonctionnement sont, outre la dispersion géographique, un temps d'intervention souvent perçu comme insuffisant par les professionnels. Pour autant, les compétences de cette équipe transversale sont en permanence enrichies par la diversité des établissements dans lesquels elle intervient. Ce type de modèle permet une réelle mutualisation des ressources. Les établissements bénéficient directement de ce partage d'expériences et d'outils et des projets communs à plusieurs structures sont mis en place. L'équipe apporte un soutien aux équipes d'hygiène internes existantes en particulier pour la réalisation d'audit et de formation. Enfin, c'est à ce jour la seule organisation permettant aux établissements de petite taille de bénéficier d'une équipe spécialisée et de répondre aux obligations réglementaires.

P-046

INFLUENCE DES CONDITIONS ENVIRONNEMENTALES SUR LA MAÎTRISE DU RISQUE INFECTIEUX ENDOSCOPIQUES EN GASTROENTEROLOGIE ET EN PNEUMOLOGIE

AUBIN N., **MAHY A.**, **TRIVIER D.**

Centre Hospitalier de Lens, LENS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Suite à la mise en œuvre des contrôles microbiologiques des endoscopes thermosensibles en 2009, nous dressons le bilan des conformités dans le service de gastroentérologie et de pneumologie afin de proposer des axes d'amélioration dans la sécurité des soins.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le service de gastroentérologie compte 18 endoscopes et 3 LDE et en pneumologie 14 endoscopes et 2 LDE.

Selon le guide du ministère "Élément d'assurance qualité en hygiène relatifs au contrôle microbiologique des endoscopes et à la traçabilité en endoscopie" (mars 2007) nous recherchons les germes indicateurs mais aussi en complément les moisissures de culture facile. Au plan qualitatif dès la première moisissure le résultat est une alerte. Au delà d'une moisissure le niveau action est atteint. Nous exprimons les résultats en niveaux (cible, alerte, action). Nous validons la conformité d'utilisation des endoscopes pour des résultats en niveau cible et/ou alerte sous condition de mise en place d'actions préventives immédiates. Plusieurs types de prélèvements sont réalisés : surveillance planifiée, retour de maintenance, alerte AFSSAPS, mise en circulation d'un nouvel endoscope.

RÉSULTATS

Nous avons ainsi obtenu en niveau cible une conformité en gastroentérologie de 44% en 2009 de 68% en 2010 puis 80% en 2011. La conformité obtenue pour la pneumologie est de 67% en 2010 puis 63% en 2011.

Après actions correctives et contrôles nous obtenons une conformité en gastroentérologie de 17% en 2009 de 50% en 2010 et 2011. La conformité après contrôles obtenue pour la pneumologie est de 57% en 2010 puis 75% en 2011.

CONCLUSION

En gastroentérologie l'augmentation du nombre de résultats cible et la baisse progressive du nombre de résultats alerte et action est due aux modifications des procédures adaptées (utilisation d'écouvillon adapté, renforcement des cycles de désinfection après résultats alerte ou action, séchage à l'air médicale après passage en LDE).

En pneumologie l'évolution est variable. Le niveau cible a légèrement diminué alors que les procédures sont similaires. D'autres facteurs (rénovation, prolongation des travaux, absence d'armoires de stockage adaptées) ont influencés défavorablement ces résultats et soulignent l'impact de l'environnement en endoscopie.

Ce bilan démontre qu'il y a une différence de conformité des deux services malgré des procédures équivalentes.

Ce suivi des prélèvements d'endoscopes en niveau cible contribue à la gestion du risque infectieux. L'augmentation progressive de cet indicateur qualité traduit ainsi une politique de maîtrise adaptée.

P-047

EQUIPE OPERATIONNELLE D'HYGIENE ET D'INFECTIOLOGIE: BILAN DE 4 ANNEES DE MULTIDISCIPLINARITE SUR LE BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES

LAURANS C.⁽¹⁾, **LEGOUT L.**⁽²⁾, **MEYBECK A.**⁽²⁾, **DELETTE C.**⁽¹⁾, **GRESSIER J.**⁽¹⁾, **LEDEZ R.**⁽¹⁾, **NOTTEBAERT S.**⁽¹⁾, **WAES S.**⁽¹⁾, **VACHEE A.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Centre Hospitalier, ROUBAIX, FRANCE ; ⁽²⁾ Centre Hospitalier, TOURCOING, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le centre hospitalier est un CH général, situé à 10 km de Lille, ayant une capacité d'accueil de 1232 lits (MCO, SSR, USLD, EHPAD). Une équipe opérationnelle d'hygiène est présente au sein de l'établissement depuis 2000. Cette EOH était précédemment rattachée à la Pharmacie, puis est devenue une unité indépendante en 2007, au sein du pôle médico-technique (avec Pharmacie, Laboratoire, Radiologie)

Cette même année, l'EOH devient EOH (Equipe Opérationnelle d'Hygiène et d'Infectiologie) en intégrant 2 praticiens infectiologues vacataires, exerçants par ailleurs dans un hôpital du même territoire de santé, dans un service universitaire d'infectiologie et dans un service de réanimation. La création de cette EOH, appuyée par les actions du président du CLIN et microbiologiste, avait pour but d'associer dans une même unité opérationnelle prévention des infections nosocomiales, bon usage des antibiotiques et prise en charge des infections graves et/ou compliquées.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les actions de cette EOH s'articule autour de visites multidisciplinaires (infectiologue, médecin hygiéniste et/ou microbiologiste) hebdomadaires soit dans des secteurs à risque (réanimation, hématologie), soit dans des secteurs prenant en charge des pathologies infectieuses lourdes (traumatologie orthopédie, chirurgie vasculaire, médecine interne). En l'absence des infectiologues, la poursuite des avis et la promotion du bon usage des antibiotiques sont relayés par le médecin hygiéniste et le microbiologiste (suivi des dossiers importants, conseil en antibiothérapie, indication d'avis infectiologique). Avec la Pharmacie, sont réalisés le suivi des consommations et la dispensation contrôlée de certains antibiotiques. Avec la Commission des Anti-Infectieux, sont rédigés les référentiels en antibiothérapie et antibioprophylaxie, et discutés les indications de certaines molécules. Ces actions sont complétées par la mise en place de RMM multidisciplinaires.

RÉSULTATS

La sollicitation des avis infectieux est importante (537 en 2007, 1110 en 2010). Cette organisation a permis la nomination d'un

réfèrent en antibiothérapie en 2010, valorisé par l'ICATB (classe C en 2009 passé en A en 2010). L'impact de cette création a pu être apprécié via la diminution de la consommation des antibiotiques (342,6 DDJ pour 1000 jours d'hospitalisation en 2007 contre 306,4 DDJ/1000 jours au 1^{er} semestre 2011).

CONCLUSION

Le partenariat fort qui unit l'EOHI, la microbiologie, la Pharmacie et la Commission des Anti-Infectieux semble porter ses fruits quant au bon usage des antibiotiques. Des efforts restent cependant à réaliser.

P-048

ROLE DE L'INFIRMIERE HYGIENISTE DANS LA SURVEILLANCE CONTINUE DES BACTERIES MULTI-RESISTANTES (BMR) AUX ANTIBIOTIQUES

*RIGAUDIE M.C., BACHELLERIE H., MOUNIER M., PESTOURIE-PENNAULT N.
CHU De Limoges, LIMOGES CEDEX, FRANCE*

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le programme de maîtrise de la diffusion des BMR mis en place au sein de notre établissement, nous a conduit à créer un outil de suivi des patients porteurs. L'utilisation au quotidien de cet outil permet aux infirmières hygiénistes d'établir une communication privilégiée avec le personnel des unités hébergeant ces patients.

Les objectifs de ce travail sont de surveiller les BMR importées et acquises, de vérifier la connaissance du portage et d'assurer la formation du personnel, d'harmoniser les pratiques de prises en charge grâce à la fiche de liaison.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Cet outil de suivi des patients porteurs de BMR a été mis en place en janvier 2011. Il est réalisé à partir des données du laboratoire de bactériologie.

Chaque BMR fait l'objet de l'édition d'une fiche de recueil de données et d'une fiche de liaison nominative de couleur :

- Jaune : Staphylocoque aureus résistant à la méticilline (SARM) ;
- Rose : Entérobactéries productrices de bêta-lactamase à spectre étendue (EBLSE) ;
- Verte : autres BMR.

Cette fiche de liaison, conservée dans le dossier de soins du patient, rappelle les mesures à prendre auprès de ce patient. Elle permet d'informer les personnels qui prennent en charge le patient et d'harmoniser leurs pratiques.

L'infirmière hygiéniste se déplace dans le service concerné le lendemain du rendu des résultats par le laboratoire. Elle est responsable du recueil de données et de la remise de la fiche de liaison au personnel. Elle assure si besoin une formation des personnels sur la conduite à tenir.

RÉSULTATS

Pour l'année 2011, 569 BMR ont été dénombrées, ce qui représente autant de déplacements pour les infirmières hygiénistes. La répartition des BMR était la suivante : 44 % de SARM (37 % importés), 33 % d'EBLSE (41 % importés) et 23 % d'autres BMR.

Le personnel rencontré avait connaissance du portage dans 27 % des cas seulement et pour ces patients connus les précautions complémentaires n'étaient effectives que dans 4 cas sur 5. La visite des infirmières a permis la mise en place des mesures dans plus de 78 % des cas.

CONCLUSION

La fiche de liaison permet d'associer à l'alerte BMR un code couleur définissant le type de BMR et la conduite à tenir. Elle permet d'assurer l'information du personnel et d'interpeller visuellement celui qui n'est pas informé grâce à sa couleur « flashy ».

L'implication des infirmières hygiénistes sur le terrain permet la réactivité des personnels en charge de ces patients, atout important pour limiter la transmission croisée de ces souches au sein de l'établissement.

P-049

L'APPRENTISSAGE DES PRECAUTIONS STANDARD DANS LES INSTITUTS DE FORMATION

KHOUIDER N.⁽¹⁾, LAPRUGNE GARCIA E.⁽²⁾, GRANDO J.⁽³⁾, MONIER S.⁽²⁾, SAVEY A.⁽²⁾

⁽¹⁾ ARLIN Rhône-Alpes, SAINT GENIS LAVAL, FRANCE ;

⁽²⁾ CCLIN Sud Est, SAINT GENIS LAVAL, FRANCE ; ⁽³⁾ Groupement Est des Hospices Civils de Lyon, LYON, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Si les personnels sont très souvent convaincus et comprennent l'importance du respect des précautions standard (circulaire d'avril 1998 et de mars 2008) dans la prévention des infections associées aux soins, leur application n'est pas toujours observée sur le terrain. Les freins à l'observance des recommandations s'installent précocement dans le parcours de formation des soignants. C'est pourquoi une action de sensibilisation des futurs professionnels à l'application des précautions standard a été mise en place depuis un an auprès des instituts de formation.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Pour soutenir l'enseignement des précautions standard, un programme d'actions, comprenant des supports de communication (affiche d'information, affichettes techniques et tracts), des outils pédagogiques ludiques et interactifs, ainsi que des outils d'évaluation (programme StopRisk[®]), a été présenté aux directeurs des instituts de formation des soins infirmiers (IFSI) de la région lyonnaise ainsi qu'aux formateurs référents. Des réunions d'information ont permis l'accompagnement des formateurs référents, en utilisant les différents outils et en réfléchissant sur l'organisation la plus adaptée pour la formation des étudiants (ateliers, stand...) dans leurs instituts.

RÉSULTATS

Dans un premier temps, cette démarche a été conduite auprès des huit IFSI de la région lyonnaise. Quarante neuf formateurs ont suivi les sessions d'information.

A ce jour, six IFSI se sont inscrits dans ce projet. Deux IFSI ont déjà réalisé cette action de formation auprès de 170 étudiants, les autres se sont engagés pour 2012.

Les premières évaluations, réalisées à l'aide du questionnaire élaboré pour les établissements de santé, montrent déjà un grand intérêt des outils proposés.

CONCLUSION

Le projet StopRisk[®], déjà proposé aux établissements de santé sous forme de campagne de promotion, doit s'inscrire dans le cursus de formation initiale des futurs soignants. Cette démarche permettra de répondre notamment à la culture partagée de la qualité et sécurité des soins ainsi que la professionnalisation du parcours des étudiants.

Dans les mois à venir, cette expérience pilote sera étendue dans les autres départements de la région Rhône-Alpes et dans les régions du Sud-Est, non seulement auprès des IFSI, mais aussi auprès d'autres instituts et écoles (ambulanciers, aide-soignants...).

P-050

MOTIVATION AU BIONETTOYAGE PAR LES RESULTATS D'ENVIRONNEMENT : UNE PRISE DE CONSCIENCE INDISPENSABLE

MERCIER C., HAVERBEQUE E., HUART C., MONIEZ F., CRACCO-MOREL A.A.

CH Valenciennes, VALENCIENNES, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En raison d'une épidémie de portage à *Acinetobacter baumannii* AcB en Réanimation, un audit de pratiques portant

sur le bionettoyage a été réalisé en mai 2010, dont les résultats non satisfaisants ont été confirmés par des prélèvements d'environnement positifs à AcB et quinze nouveaux cas de portage pour vingt-trois lits chez les patients. Un ensemble d'actions correctives ont été proposées et mises en place, avec réévaluation par un nouvel audit en juin 2011 et suivi des résultats d'environnement.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les actions correctives ont consisté en :

- Une révision du protocole de bionettoyage avec un groupe de travail incluant les Aides Soignantes AS qui l'effectuent
- Six sessions de formation théorique par les IDE Hygiénistes couplées à quatre demi-journées d'accompagnement pour s'assurer de l'acquisition pratique des techniques de bionettoyage
- L'intégration d'Agents de Service Hospitalier ASH dans les formations puis dans l'équipe d'AS assurant le bionettoyage
- L'emploi d'un biocide prêt-à-l'emploi facilitant l'entretien des locaux

L'acquisition d'un matériel de désinfection des surfaces par voie aérienne utilisé en complément du bionettoyage pour les chambres de patients sortants porteurs de BMR.

RÉSULTATS

L'audit de réévaluation des pratiques a été effectué en juin 2011 : les résultats étaient très satisfaisants, confirmés par les prélèvements de surfaces conformes ne relevant pas d'AcB, associés malgré tout à dix nouveaux cas de portage. Ce portage ne cesse de diminuer, en décembre 2011 le nombre de nouveaux cas était de cinq.

CONCLUSION

La restitution de ces résultats a été faite aux équipes, en présence de la technicienne biohygiéniste TBH qui a rejoint l'EOH en cours d'année. Ces actions ont permis d'assurer l'appropriation des procédures par les équipes, de les remotiver car les épidémies sont décourageantes. Cela montre également l'importance de la formation et de l'accompagnement par l'EOH dans les services, ainsi que la nécessaire coopération entre laboratoire, service et EOH, cristallisée avec les TBH, pour que les équipes maintiennent leurs efforts dans la gestion du risque infectieux.

P-051

GESTION DE L'ENVIRONNEMENT AU SEIN D'UN SERVICE DE REANIMATION NEONATALE DANS UN CONTEXTE D'EPIDEMIE

MINCHACA-PERROCHAUD C., LINORDE E., THERESINE N., VERDAN G., LENGELLE F., HOCHEDÉZ P., OLIVE C., GALAS M.

CHU Fort-de-France, FORT-DE-FRANCE, MARTINIQUE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans un contexte d'épidémie à *Acinetobacter baumannii* résistant à l'Imipénem dans un autre service, un foyer apparaît en février 2011 dans le service de Réanimation Néonatale.

Plusieurs hypothèses de diffusion sont émises :

- gestion des abords respiratoires
- gestion des abords veineux
- maîtrise de l'environnement

L'hypothèse en faveur du bio-nettoyage a été particulièrement investiguée du fait de la survie prolongée du germe dans l'environnement.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Des prélèvements de surface ont été conduits.

Une évaluation des pratiques a été menée.

Différentes non-conformités ont été identifiées :

- Absence de traçabilité (entretien de l'environnement, mouvements et occupation des incubateurs)
- Absence de protocoles d'entretien des Dispositifs Médicaux
- Absence de rotation des incubateurs (désinfection des incubateurs pendant l'hospitalisation de l'enfant insuffisante, mésusage du bac à eau du système d'humidification de l'incubateur)
- Mésusage des chiffonnettes (réutilisation sans identification)
- Détergent-désinfectant non conforme
- Désinfection finale insuffisante (durées d'immersion non respectées, zones non accessibles)

Après confirmation de l'hypothèse par la présence de bacilles gram négatifs dans les incubateurs, une revue de la littérature est menée.

Face à l'expérience d'autres établissements ayant décrit l'utilisation de la méthode vapeur pour la désinfection des incubateurs et la présence de nettoyeurs-vapeur dans l'établissement, la technique vapeur est rapidement introduite dans le service pour l'entretien systématique des incubateurs hors présence de l'enfant.

RÉSULTATS

Une fois le bionettoyage renforcé à la vapeur pour l'ensemble des incubateurs et l'environnement des nouveaux-nés, des

protocoles sont élaborés en collaboration avec l'équipe :

- entretien de l'incubateur en trois phases (au quotidien en présence de l'enfant, rotation des incubateurs en systématique pendant l'hospitalisation, à la sortie de l'enfant)
- changement du détergent-désinfectant compatible en présence de l'enfant
- mise en place de la traçabilité des mouvements,
- utilisation de chiffonnettes, désinfection des bacs à eau.

CONCLUSION

Malgré les capacités de survie dans l'environnement de l'*Acinetobacter baumannii*, l'ensemble des mesures mises en place a été efficace. Un travail en collaboration avec le personnel de l'unité, le bio-médical et le soutien de la Direction économique a permis l'amaîtrise de l'épidémie. Onze mois plus tard, aucun nouveau cas n'est survenu dans le service.

P-052

USAGE DE L'ANTIBIOTHERAPIE EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS

MIKOLAJCZYK D., BARJAUD R., HAUW-VAN DE VELDE S., POTIER T., CORBINAU J.P., CHEVILLARD F., VANDEVENNE-BREMENT G.

Maison Médicale Jean XXIII, LOMME CEDEX, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les patients admis en Unité de Soins Palliatifs (USP) sont porteurs de pathologies évolutives exposant à de fréquentes complications infectieuses. La prescription d'antibiotiques se fait dans un contexte nosocomial. Une réflexion médico-économique et éthique conduit à une limitation des traitements alors que la HAS recommande plus de rigueur sur l'adéquation et la surveillance des antibiothérapies.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Etude prospective dans une USP de 15 lits, sur la période janvier 2010. Toutes les antibiothérapies par voie générale ont été incluses. Nous avons recueilli les données démographiques, la pathologie principale, le site infectieux, le délai admission-diagnostic, les prélèvements, l'orientation bactériologique, la conduite de l'antibiothérapie, les résultats cliniques et le devenir du patient. Sur la même période, nous avons suivi l'épidémiologie bactérienne.

RÉSULTATS

17 traitements antibiotiques ont été prescrits durant la période étudiée, concernant 15 patients (sur 113 admissions). 13 patients

étaient porteurs de néoplasies évolutives. Les sites infectieux prédominants étaient pulmonaires, urinaires ou des parties molles. Le délai médian entre l'admission et le diagnostic était de 16 jours. Dans 9 cas le diagnostic était exclusivement clinique, seuls 4 prélèvements bactériologiques étaient réalisés. L'antibiothérapie choisie était principalement une monothérapie (82%), par voie veineuse ou entérale (82%), ou par voie sous cutanée (18%). Les molécules choisies par ordre de fréquence étaient la ceftriaxone, l'amoxicilline-ac clavulanique, l'oxacilline, la furadantine, le métronidazole, la ciprofloxacine, le cefepime. On observait une évolution clinique favorable dans 14 cas. 9 patients sont décédés, mais un seul décès était directement lié à l'évolution de l'épisode infectieux. La prévalence des bactéries multirésistantes est proche des données régionales.

CONCLUSION

L'antibiothérapie par voie générale est peu fréquente dans notre USP, elle concerne des patients présentant une infection nosocomiale dont le pronostic vital est engagé à court terme. Les traitements choisis sont empiriques, ne correspondant pas aux recommandations d'antibiothérapie hospitalière. Cependant ils permettent d'obtenir un bénéfice clinique, restent peu coûteux et exercent peu de pression de sélection. Ces résultats indiquent que l'antibiothérapie en USP ne peut pas uniquement se baser sur les recommandations hospitalières. La responsabilité du prescripteur est majeure quant à l'indication, la nature et la réévaluation de l'antibiothérapie, pour en limiter les conséquences économiques et écologiques.

P-053

EVALUATION DE LA QUALITE DE LA DESINFECTIION DES ENDOSCOPES DIGESTIFS

NARBEY D., LOIRET L., MATHON A., GARGOT D.
CH Blois, BLOIS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'entretien des endoscopes est bien cadré mais n'en reste pas moins complexe. Les contrôles microbiologiques sont les seuls moyens de contrôle de l'efficacité des procédures de nettoyage et de désinfection, leur mise en place en 2009 dans notre établissement a permis d'identifier 4 endoscopes contaminés. Ces résultats ont amené à réfléchir sur les facteurs responsables et un audit par observation des pratiques des étapes de traitement de l'endoscope a été réalisé en 2010.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Cinq infirmières (15 observations) ont été auditées sur les étapes de prétraitement, de nettoyage et de séchage de

l'endoscope. L'expérience de l'infirmière (< ou ≥ 2 ans) et le lieu de réalisation de la procédure (endoscopie ou bloc opératoire) ont été pris en compte. Le test exact de Fisher a été utilisé pour la comparaison des résultats.

RÉSULTATS

L'audit a révélé un certain nombre de non-conformité : hygiène des mains non réalisée (7/15) au premier nettoyage, mauvaise dilution du détergent (5/15), non vérification de l'écouvillon (9/15), absence de séchage des canaux (9/15), condition d'acheminement non correcte (6/15). Le lieu, de même que l'ancienneté de l'infirmière, ne semblaient pas influencer sur les résultats ($p < 0,05$).

CONCLUSION

Une organisation rigoureuse et contrôlée du service d'endoscopie en relation avec tous les partenaires impliqués dans l'ensemble du processus de désinfection est indispensable à l'obtention et au maintien d'une qualité et d'une sécurité optimales des soins.

P-054

INFECTIONS SEVERES A BACILLUS CEREUS CHEZ LES GRANDS PREMATURES: ROLE DU LAIT MATERNEL ET DE SES CONDITIONS D'ADMINISTRATION

DECOUSSER J.W.⁽¹⁾, RAMA RAO N.⁽²⁾, ASSOUKPA J.⁽¹⁾, VANHAEREN S.⁽¹⁾, DORVAL M.⁽¹⁾, BOURGEOIS-NICOLAOS N.⁽¹⁾, MAGNENEY M.⁽¹⁾, COADIC D.⁽¹⁾, DUPORT C.⁽¹⁾, DOUCET-POPULAIRE F.⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU ANTOINE BECLERE, CLAMART, FRANCE ; ⁽²⁾ Institut National de la Recherche Agronomique, La Minière, GUYANCOURT, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Bacillus cereus (BC) est un bacille à Gram positif dont les spores sont largement présentes dans l'environnement. Impliquée dans des gastroentérites d'origine alimentaire dans la population générale, cette bactérie se comporte également comme un pathogène opportuniste responsable d'infections invasives chez les immunodéprimés. Un cas groupé d'infections sévères à BC chez deux grands prématurés a été investigué.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Entre le 31/12/2010 et le 03/01/2011 deux grands prématurés (âge gestationnel : 29 et 30 semaines) hospitalisés en réanimation néonatale ont développé à 3 jours de vie

une entéropathie sévère associée à un syndrome septique clinico-biologique et pour l'un d'entre eux une perforation intestinale. L'évolution a été favorable sous antibiothérapie. Pour les 2 patients les seuls micro-organismes retrouvés ont été une souche de BC isolée des liquides gastriques; l'origine alimentaire a donc été suspectée. Une enquête alimentaire, environnementale et une analyse des pratiques ont été réalisées. Les souches ont été comparées par AP-PCR et leur virulence testée sur cultures cellulaires et sur un modèle de larve d'insecte (*Galleria mellonella*).

RÉSULTATS

Ces enfants avaient reçu par sonde gastrique le même lot de lait de mère pasteurisé provenant du lactarium. La pasteurisation ne détruit pas les spores. L'enquête environnementale et l'analyse des pratiques en biberonnerie n'ont pas mis en évidence de dysfonctionnement (pas de contamination environnementale à BC, respect des principes d'hygiène). L'analyse des pratiques dans le service de réanimation néonatale a montré que les sondes gastriques n'étaient pas rincées après l'administration du lait sur 1 heure et que donc du lait stagnait dans la sonde jusqu'à la prochaine administration 4 heures plus tard. L'analyse du lot de lait concerné ne montrait pas de BC en quantité détectable (< 10 UFC/ml) juste après sa décongélation, mais si celui-ci était introduit dans une sonde d'intubation et incubé 4 heures à 37°C, une quantité importante de BC était retrouvée en culture (15 000 UFC/ml). Les lots de lait témoin sont restés stériles. Les souches des 2 enfants étaient identiques entre elles mais différentes de celle retrouvée dans le lait ; cette dernière était néanmoins particulièrement virulente sur les modèles étudiés. La voie de transmission via le lait semble donc établie.

CONCLUSION

La pasteurisation du lait ne permet pas d'éliminer les spores de BC ; un défaut de pratique (absence de rinçage des sondes gastriques) a permis la multiplication bactérienne et l'infection de patients aux défenses immunitaires diminuées.

P-055

CARACTERISATION PHENOTYPIQUES DES MECANISMES DE RESISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES DES BACILLES A GRAM NEGATIF ISOLES EN MEDECINE DE VILLE.

MEZHOUD H.⁽¹⁾, **MEDBOUA C.**⁽¹⁾, **YANAT B.**⁽¹⁾, **AIT BACHIR N.**⁽²⁾, **TOUATI A.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ UNIVERSITE A/MIRA DE BEJAIA, BEJAIA, ALGÉRIE ;

⁽²⁾ Laboratoire d'analyses médicales Akbou, BÉJAIA, ALGÉRIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La résistance aux antibiotiques est un problème majeur de santé publique, un problème écologique et un problème d'ordre budgétaire. Au cours de ces dernières années l'ampleur et la fréquence des infections causées par les bacilles à Gram négatif ont augmenté que ce soit en médecine hospitalière ou en ville. L'objectif de cette étude est la caractérisation des mécanismes de résistance des bacilles à Gram négatif isolés en médecine de ville vis à vis des β -lactamines et des quinolones.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Des souches de bacilles à Gram négatif ont été collectées de deux laboratoires d'analyses médicales privés. Les phénotypes de résistance sont déterminés par la recherche de BLSE, de céphalosporinase et d'oxacillinase pour les β -lactamines et selon la sensibilité ou la résistance vis-à-vis de trois molécules de la famille des quinolones. La détermination des concentrations minimales inhibitrices est effectuée par spots pour la ciprofloxacine, le céfotaxime, la ceftazidime, le céfépime et l'imipénème. Un essai de transfert par conjugaison est effectué pour 18 souches d'entérobactéries et 2 *Acinetobacter baumannii*.

RÉSULTATS

Au total 423 souches de bacilles à Gram négatif ont été isolées dont 401 entérobactéries, 18 *Pseudomonas aeruginosa* et 3 *Acinetobacter baumannii*. Chez les entérobactéries, les taux de résistance à l'acide nalidixique et aux céphalosporines de troisième génération sont respectivement 26.43% et 8.47%.

Sur le nombre total des souches résistantes à l'acide nalidixique nous avons 15.96 % sont probablement du phénotype contribué par la présence de deux mutations gyrA+1 mutation parC plus ou moins des mutations qui affectent la perméabilité membranaire. Le phénotype de résistance le plus dominant aux céphalosporines de troisième génération est la production de BLSE de type céfotaximase chez 30 souches d'entérobactéries, mais une souche d'*E.coli* est productrice d'une BLSE de type céftazidimase avec une CMI de 128 μ g/ml.

Cependant, la production d'une céphalosporinase hyper produite est présente chez trois souches d'entérobactéries et une souche.

CONCLUSION

Le taux de résistance observé aux quinolones au cours de notre étude est significativement supérieur à plusieurs taux rapportés par d'autres études menées que ce soit en communautaire ou en hospitalier. Le caractère plasmidique et l'association de BLSE avec la résistance aux quinolones est démontrée chez nos souches d'entérobactérie. Cette association est probablement responsable des échecs thérapeutiques.

P-056

GESTION DU RISQUE INFECTIEUX ET HYGIENE HOSPITALIERE

NARBEY D., QUERRIEN C.
CH Vendome, VENDOME, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le signalement des infections associées (IAS) est un maillon indispensable de la politique actuelle de maîtrise des risques sanitaires. Il permet de mettre en place un système d'alerte afin de détecter rapidement des IAS et vérifier, si besoin, que les mesures correctives ont été mises en place. L'objectif de ce travail est de présenter l'organisation mise en place depuis janvier 2011 dans notre établissement.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

En présence d'un événement indésirable tout professionnel remplit une fiche de signalement interne. En parallèle tous prélèvements positifs sont envoyés par le laboratoire externe à l'EOH et au service concerné. Ainsi par décision collégiale prise en CLIN, l'EOH, sans réception de signalement interne et lorsqu'elle juge que le cas doit donner lieu à une investigation, procède au signalement. Tous les signalements transitent par le gestionnaire de risque et ceux montrant un risque infectieux sont orientés vers le praticien Hygiéniste/Infectiovigilant. Celui-ci investigate le cas, rencontre cadre et médecin puis réalise un rapport et une note de synthèse. Cette dernière est envoyée au déclarant, au président du CLIN, au chef de service concerné et son cadre. De plus, elle sera envoyée au CCLIN/ARS si le signalement correspond à un critère de déclaration externe.

Tous les signalements sont répertoriés dans un tableau Excel en y indiquant : numéro, référence, date, service concerné, patient, déclarant, description (SARM, *C. difficile* etc.), catégorie (infection, épidémie etc.), codage (germes rares, exposition à un risque infectieux etc.), nosocomialité, motif de déclaration externe... Les dossiers sont archivés (informatique et classeur).

RÉSULTATS

En 2011, nous avons enregistré 24 signalements internes (4 par l'EOH) : infection à SARM (4), bactériémie, exposition à un risque infectieux (3), grippe, non-respect des précautions air, infection à *p. aeruginosa*, rougeole, infection à *serratia*, gale (3), toxines positives *C. difficile* (5), tuberculose (3). 9 de ces signalements étaient d'origine nosocomiales : infection à SARM (4), bactériémie, infection à *p. aeruginosa*, infection à *serratia* multi résistant, toxines positives *C. difficile* (2). Ces signalements n'ont pas donné lieu à de déclarations externes.

CONCLUSION

Depuis la mise en place de cette organisation, nous observons une augmentation significative du signalement interne sans augmentation dans leur gravité mais une très plus grande sensibilisation des professionnels et une forte appréciation par les médecins et cadres du retour d'une note de synthèse leur permettant une implication du début à la fin du signalement.

P-057

PREVENTION DES RISQUES LIES A L'EAU DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE

RAYMOND M.⁽¹⁾, **DENYS J.**⁽²⁾, **DENIAU D.**⁽²⁾
⁽¹⁾ AQUA-TOOLS, AUBERGENVILLE, FRANCE ; ⁽²⁾ Agence de Santé Océan Indien - Délégation de la Réunion, (97408) SAINT-DENIS CEDEX 09, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le maintien de la qualité des eaux de réseaux est une préoccupation sanitaire majeure. La présence de biofilm génère un risque de dégradation de la qualité microbiologique de l'eau, constituant un abri pour des bactéries potentiellement pathogènes comme *Legionella pneumophila* (Lp). C'est dans ce contexte qu'un programme d'inspections-diagnostic dans des établissements de soins a été établi, incluant des prélèvements et la recherche de pathogènes opportunistes.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les méthodes d'inspection se déroulent en trois étapes: (1) un « contrôle administratif » pour vérifier la bonne mise en œuvre de la réglementation ; (2) une « visite technique » de l'ensemble des installations d'eau froide et d'eau chaude sanitaire ECS ; (3) un « contrôle analytique » avec la réalisation de mesures de terrain par ATP-métrie (kit QGA) doublées d'analyses normalisées à des fins de recherche de *Legionella pneumophila* (méthode NFT 90-431) sur les réseaux d'ECS.

RÉSULTATS

Entre 2008 et 2011, 348 prélèvements d'eau ont été effectués dans 31 établissements. 14,9% des prélèvements ont détecté la présence de Lp, l'origine principale de contamination étant la production (températures de chauffage insuffisantes) et la distribution (mauvaises conception des réseaux). Sur les 348 prélèvements réalisés, 296 ont été couplés à une mesure d'ATP-métrie. Les données quantitatives ont permis de conclure à la bonne valeur prédictive des mesures de terrain, pour lesquelles 89,5 % des résultats étaient corrélés aux résultats des dénombrements de *Legionella pneumophila* à J+10.

CONCLUSION

La campagne d'investigation a mis en évidence que la maîtrise du risque légionelles implique des démarches complémentaires à engager au niveau des établissements de soins. La prévention des risques de dégradation microbiologique des réseaux repose sur deux éléments : la maîtrise des températures des réseaux d'ECS et la conception hydraulique des réseaux. L'ATP-métrie quantitative s'est révélée être une technique complémentaire aux outils d'investigation traditionnels. Il s'agit d'un indicateur biologique instantané du taux de microorganismes qui constitue un outil de diagnostic en temps réel du réseau à faible coût par rapport aux techniques analytiques normalisées de laboratoire. Néanmoins une limite majeure est à prendre en compte : bien qu'une corrélation ait été mise en évidence entre l'ATP et les niveaux de dénombrements de *L. pneumophila*, la mesure d'ATP n'a pas vocation à renseigner précisément sur le niveau de concentration en germes pathogènes.

non-conformités par instrument va de 1 à 6. L'âge ($p=0,36$), la marque (75% marque 1 vs 46% marque 2; $p=0,11$) et le nombre de maintenance ($p=0,68$) de l'appareil ne sont pas facteurs de risque de contamination. A contrario, les bronchoscopes ($p=0,02$), le fait que l'appareil revienne de maintenance ($p=0,005$) et le fait qu'il ait subi une intervention au niveau de la gaine ($p=0,03$) apparaissent en analyse univariée comme facteurs de risque de non-conformité.

CONCLUSION

Cette analyse montre qu'il est indispensable d'effectuer une désinfection manuelle de l'endoscope en retour de maintenance. Des mesures correctives telles qu'une seconde désinfection manuelle ou une désinfection précédée d'un double nettoyage en retour de maintenance peuvent être proposées. Par ailleurs, un contrôle plus régulier concernant les bronchoscopes serait justifié.

P-058

ANALYSE DES CONTROLES MICROBIOLOGIQUES D'ENDOSCOPES : FACTEURS PREDICTIFS DES NON-CONFORMITES

GABARD A., BORDERAN G.C., PIOLIN O., PIEDNOIR E.
Centre Hospitalier Avranches Granville, GRANVILLE,
FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans un contexte de réduction du risque infectieux lié à l'endoscopie, un bilan rétrospectif des prélèvements microbiologiques d'endoscopes a été réalisé.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Sur une période de 3 ans, les résultats des prélèvements des endoscopes ont été recueillis et chaque non-conformité analysée. Le parc d'instruments de notre institution comprend: 8 coloscopes, 7 bronchoscopes, 6 gastroscopes, 4 cystoscopes, 3 nasogastrosopes, 1 urétéroscope. Dans l'établissement, au moins un contrôle annuel est réalisé pour chaque endoscope. Nous avons étudié des facteurs potentiels de non-conformité: l'ancienneté, la marque, le type, le nombre et le type de maintenance (au niveau de la gaine ou non) et le retour de maintenance.

RÉSULTATS

La majorité (78,9%) des 147 contrôles effectués sur la période d'étude, est inférieure au niveau cible. Les prélèvements atteignant le niveau d'action représentent 21,1% des cas (31 non-conformités concernant 18 endoscopes). Le nombre de

P-059

UN OUVRAGE COLLECTIF D'HYGIENE HOSPITALIERE EN CINQ VOLUMES - LE POURQUOI ET LE COMMENT

HAMZA R., KAMMOUN H., DHAOUADI M.
Direction Régionale de la Santé de Bizerte, BIZERTE,
TUNISIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La période 2008-2011 a vu l'élaboration dans notre région d'un ouvrage collectif en cinq volumes traitant des concepts, domaines de l'hygiène hospitalière, ainsi que des méthodes d'évaluation et de prévention du risque infectieux en milieu de soins.

Cette entreprise, à l'initiative de notre service, a pu être menée à bon escient grâce à la contribution de spécialistes et experts tunisiens, algériens et européens.

L'idée de l'édition de cet ouvrage est née au sein de l'équipe coordinatrice du Cours du Nord d'Hygiène et de Sécurité des soins (CNHSS).

Dès le cinquième cours il a été jugé utile de mettre à la disposition des participants aux sessions futures de cet enseignement une documentation à consulter en préparation au cours.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'option choisie a été de regrouper dans un même recueil des articles rédigés par les formateurs ayant participé à titre bénévole à la dispensation de l'enseignement lors du CNHSS. Les articles ainsi rédigés ont été soumis à des relecteurs pour

validation. Une équipe s'est chargée de la coordination et a veillé en particulier à la mise en forme définitive des différents volumes de cet ouvrage, l'impression et la diffusion auprès des utilisateurs potentiels.

RÉSULTATS

Au total 69 personnes ont été impliquées dans l'élaboration de cet ouvrage, dont 50 en tant qu'auteurs, 16 en tant que relecteurs et 3 coordinateurs.

L'année 2008 a vu la parution du premier volume ayant traité des concepts et domaines de l'hygiène hospitalière. L'année 2009 a connu l'édition du deuxième volume traitant des risques infectieux en milieu de soins. Les troisième et quatrième volumes intitulés respectivement « Evaluation et gestion des risques liés aux soins » et « L'environnement de soins et sa maîtrise » ont été diffusés en l'an 2010. Enfin le dernier né de la série (le cinquième volume) intitulé « Techniques de soins et hygiène » a vu le jour en 2011.

La diffusion a été effectuée auprès des participants au CNHSS et auprès des participants de la Journée Régionale d'Hygiène et de Sécurité des soins de Bizerte. Une diffusion plus large auprès des professionnels de santé concernés a été également entamée. Désormais les cinq volumes sont aussi téléchargeables à partir du site www.hygienebizerte.org.

CONCLUSION

La mallette de l'hygiéniste hospitalier de notre région semble être actuellement assez garnie. De nouvelles éditions de notre ouvrage sont envisagées tenant compte des remarques des utilisateurs et lecteurs et de l'évolution des connaissances en la matière.

P-060

AUDIT SPECIFIQUE A PROPOS DE LA RESTAURATION HOSPITALIERE DANS DES UNITES DE SOINS D'UN HOPITAL REGIONAL TUNISIEN - ANNEE 2011

MRABET K.

Hôpital Régional de Menzel Bourguiba, MENZEL BOURGUIBA, TUNISIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La restauration hospitalière présente un système de distribution des repas qui lui est spécifique : assemblage des denrées préparées et constitution des plateaux-repas dans un local dédié (dit d'allotissement) ; transport des plateaux-repas vers les unités de soins dans des enceintes mobiles permettant le maintien au froid des denrées consommées froides et la remise en température des aliments à consommer chauds.

La présente étude porte sur l'évaluation de la qualité de distribution des repas dans des unités de soins relevant de notre hôpital en vue d'établir un état des lieux concernant cette étape, de dégager les points faibles et de proposer des mesures correctives et d'amélioration.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

- Champ : Unités de soins relevant de notre hôpital en deux passages (service du matin et service de midi) ; le service du soir ayant été exclu car jugé similaire au service de midi. Ainsi, 20 unités ont été concernées, soit 40 observations au total.
- Période : Mai, Juin et Juillet 2011
- Support de recueil des données : Grille élaborée par l'unité d'hygiène hospitalière comportant 35 critères regroupés en 3 rubriques
- Méthode de recueil des données : Observation et entretiens
- Auditeurs : Hygiénistes relevant de l'unité d'hygiène hospitalière de notre établissement
- Saisie et analyse des données : Logiciel Epi-Info Version 6.04

RÉSULTATS

- Le taux de conformité global moyen est de 54,6% ;
- Le taux partiel de conformité moyen le plus bas a été enregistré pour la rubrique « Ressources » (50%), avec un taux partiel de conformité moyen pour la sous rubrique « Disponibilité d'un local réservé à la distribution des repas » de 56% et un taux partiel de conformité moyen pour la sous rubrique « Disponibilité des matériels, équipements et consommables nécessaires » de 47% ;
- Le taux partiel moyen le plus élevé a été enregistré pour la rubrique « Hygiène du personnel distributeur » (78,5%).

CONCLUSION

Cet audit nous a permis de faire un état des lieux sur la restauration au niveau des unités concernées. Des mesures correctives et d'amélioration devront être prises par les responsables des unités concernées en collaboration avec la société de sous-traitance et la direction de l'hôpital en vue de pallier aux insuffisances relevées.

P-061

BAIGNOIRE D'ACCOUCHEMENT EN SALLE DE NAISSANCE : AUDIT DES PRATIQUES D'UTILISATION ET MISE EN PLACE D'UN PROTOCOLE DE NETTOYAGE ET D'ENTRETIEN.

ALILIJ.M., DROUOT S., LAISNEY F., MOORE R., GRELIER M., RASPAUD S., TABURET A.M.

CHU Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Lors d'un accouchement, l'utilisation d'une baignoire peut être envisagée, notamment comme complément d'analgésie. Malgré les risques de contamination fœtale potentielle, aucune recommandation sur leur utilisation n'existe actuellement. Notre objectif a été d'une part de recenser les pratiques au sein des maternités concernées et d'autre part de mettre en place un protocole de nettoyage et d'entretien dans notre établissement.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Dix-huit questions ont été posées aux cadres sages-femmes sur les indications des baignoires, leur rythme d'utilisation et les modalités de nettoyage et d'entretien. Dans notre hôpital, la rédaction du protocole a fait l'objet de réunions de concertation pluridisciplinaire en présence des sages-femmes, de l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène, de l'équipe technique et de la Pharmacie.

RÉSULTATS

Les baignoires sont toutes utilisées à des fins d'analgésie et leur fréquence d'utilisation est faible (1 à 2 fois par semaine). Ceci représente moins de 10% des accouchements pour 3 maternités, et entre 10% et 25% pour la quatrième. Le faible taux d'utilisation étant dû au recrutement majoritaire par ces maternités de niveau 3 de patientes présentant une grossesse à haut risque (66% des patientes dans notre hôpital). Des contrôles bactériologiques de l'eau utilisée dans les baignoires sont effectués uniquement dans 2 maternités, les 2 autres se basant sur l'absence de contamination de l'eau du réseau. Aucune contamination bactériologique n'a été mise en évidence depuis les ouvertures respectives des maternités concernées à l'exception de l'établissement possédant une baignoire à buses, présentant une contamination chronique par *Pseudomonas aeruginosa*. Ceci étant lié au circuit d'eau interne et aux buses, qui représentent des niches microbiennes avérées. Une seule des 4 maternités disposait d'une procédure d'utilisation et d'entretien. Sur notre site, un protocole de nettoyage, purge, détartrage et désinfection des baignoires a été rédigé. La traçabilité est notifiée et affichée dans la pièce comportant la baignoire.

CONCLUSION

L'absence de recommandations sur le nettoyage et l'entretien des baignoires d'accouchement nous a conduit à réaliser une enquête multi-établissements et à mettre en place un protocole dans notre établissement, s'inscrivant dans le cadre des Bonnes Pratiques d'Hygiène Hospitalière. Ce protocole a été validé par le Comité de Coordination des Soins, permettant sa diffusion sur le site intranet de notre hôpital.

P-062

EVALUATION DE L'APPLICATION DES PRECAUTIONS STANDARD LORS DE LA REALISATION D'UN PANSEMENT

THIRIET L., JEUNESSE K., GIZZI A.
CH De Sedan, SEDAN, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans le cadre du programme annuel 2011 de lutte contre les infections liées aux soins, nous avons mené une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) relative à la réalisation d'un pansement. L'objectif était de mesurer le niveau d'application des précautions standard (PS), et de détecter les écarts par rapport au mode opératoire mis à disposition des professionnels

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Cette EPP a été conduite selon la méthode de l'audit de pratique, au moyen d'un questionnaire élaboré à partir du protocole de l'établissement. Les services concernés étaient les unités de chirurgie, de maternité, et de consultations. Les auditeurs étaient les membres de l'unité d'hygiène. L'analyse des questionnaires a été réalisée à l'aide d'Epi-info 6.04.

RÉSULTATS

50 observations ont été réalisées entre le 1^{er} mars et le 15 avril 2011. 44 pansements concernaient des cicatrices opératoires, 6 des plaies supposées infectées.

L'occurrence de l'acte d'hygiène des mains encadrant le geste technique était de 96%. Le soin a été effectué aussitôt après hygiène des mains dans 86% des audits. L'hygiène des mains a été réalisée immédiatement après la réalisation du pansement dans 43% des cas.

30% des professionnels ont revêtu un tablier plastique à usage unique (UU) avant d'effectuer le geste technique. Lorsqu'il était utilisé, le tablier était retiré immédiatement après le soin dans 93,3% des cas.

Le mode d'utilisation des gants non stériles pour le retrait du pansement sale était conforme aux PS dans 93% des cas.

Un set stérile comportant pince de Kocher et compresses a été utilisé dans 98% des cas pour la réalisation du pansement.

Le protocole d'utilisation des antiseptiques fut inadapté dans 30% des situations auditées.

Dans 12 situations l'utilisation d'un collecteur pour objets piquants, coupants ou tranchants était impérative. Un bon usage de ce dispositif a été observé dans 50% des cas.

Le tri des déchets d'activité de soins a été correctement réalisé dans 30% des audits.

La traçabilité du soin dans le dossier du patient a été réalisée dans 100% des cas.

CONCLUSION

Les résultats de cette EPP sont peu satisfaisants, et imposent la mise en place d'un plan d'action centré sur :

- 1- la communication sur le thème de la réalisation de l'hygiène des mains au plus près de l'acte de soins,
- 2- la promotion du tablier à UU,
- 3- la prévention du risque d'accident d'exposition au sang,
- 4- le bon usage des antiseptiques,
- 5- le tri des déchets d'activité de soins.

La stratégie d'action reposera sur l'inscription d'ateliers portant sur ces thématiques au plan de formation, et sur la production de nouveaux documents pour affichage.

P-063

PRATIQUES DE DESINFECTION DES CYSTOSCOPES SOUPLES PARMIS LES UROLOGUES FRANCAIS

MALAVAUD S.⁽¹⁾, **BRUYÈRE F.**⁽²⁾, **COMITÉ D'INFECTIOLOGIE**⁽³⁾

⁽¹⁾ CHU Toulouse, TOULOUSE, FRANCE ; ⁽²⁾ CHU, TOURS, FRANCE ; ⁽³⁾ Association Française d'Urologie, PARIS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Une enquête par questionnaire a été menée, afin de faire l'état des lieux

- des pratiques de désinfection de ces dispositifs médicaux
- des modalités de surveillance microbiologique

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le questionnaire, testé au préalable dans 3 structures de soins, a été adressé à chaque urologue adhérent à l'Association Française d'Urologie, via le site UroFrance. En cas d'exercice partagé entre plusieurs urologues, un seul questionnaire devait être retourné par structure. Le questionnaire, portant sur l'activité 2010, a été mis en ligne en juin, la date limite de retour des réponses ayant été fixée à la fin septembre.

RÉSULTATS

78 structures de santé ont répondu, représentant 317 urologues, soit 26% des urologues en France.

L'acide per-acétique était utilisé dans 88% des structures ; 4 utilisaient encore la glutaraldéhyde, 4 recouraient à la stérilisation gaz plasma.

Dans 17% des cas, le processus de désinfection était centralisé et mutualisé avec des endoscopes d'autres spécialités ; dans 60% des structures, la désinfection était faite dans un local

dédié, en bloc ou à la consultation ; dans 46% des cas, le personnel assure la désinfection parmi les autres tâches de bloc ou de consultation. La désinfection est exclusivement manuelle ou en paillasse semi-automatisée dans les mêmes proportions (45%), en LDE dans 4 cas. L'eau utilisée pour le rinçage terminal est stérile dans la majorité des cas (EBM : 3 cas) La désinfection après stockage est systématique dans 70% des cas ; ailleurs, elle n'est faite que si le stockage excède 12h.

Les prélèvements microbiologiques sont, à proportions égales, annuels ou trimestriels (35%) ; dans 13 cas, il n'y a pas de surveillance microbiologique. Quand les prélèvements sont faits, il le sont dans près de la moitié des cas après la désinfection. Dans les 2/3 des cas, des contrôles sont faits avant la mise en service (retour de maintenance, achat, prêt). Sur les prélèvements faits en 2010, les non conformités quantitatives étaient comprises entre 5 et 50 UFC (une valeur extrême à 200) ; qualitativement, à l'exception d'une UFC de *C.albicans*, aucun autre germe indicateur n'a été mis en évidence.

CONCLUSION

Certains points méritent d'être précisés et corrigés, mais dans l'ensemble les recommandations sont connues et appliquées. La place de certaines innovations technologiques nécessitera d'être précisée.

P-064

MISE EN PLACE D'UN PROTOCOLE DE DESINFECTION DES BAGUES DOSIMÉTRIQUES EN MÉDECINE ET RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLES

BUREAU-CHALOT F., **TOURNEUX C.**, **VALLET C.**, **MAILLIOT P.**, **OUDET N.**, **BAJOLET O.**
CHU de Reims, REIMS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans le cadre de la radioprotection applicable au personnel de santé le port de bagues dosimétriques est le moyen qui permet d'évaluer la dose reçue au niveau des mains en complément du suivi dosimétrique corps entier classique. Se pose alors le problème de l'entretien de ces dispositifs nominatifs et réutilisables ainsi que les modalités de désinfection des mains en présence des bagues. Nous décrivons la mise en place en radiologie interventionnelle et rythmologie d'un protocole de désinfection des bagues dosimétriques validé par des prélèvements microbiologiques et un audit des pratiques.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une procédure d'entretien simplifiée des bagues dosimétriques a été rédigée par l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) en collaboration avec la personne compétente en radioprotection (PCR) de l'établissement. Elle comportait avant chaque intervention une désinfection des bagues lors de la friction chirurgicale des mains en insistant sur la bague et en la mobilisant et une désinfection au détergent-désinfectant en fin de programme, avant stockage dans une boîte nominative propre. Une information a été réalisée auprès des opérateurs par l'EOH et le PCR, des prélèvements microbiologiques par empreinte sur gélose ont été réalisés après friction chirurgicale des mains et après désinfection au détergent-désinfectant et stockage. En parallèle un audit de la friction chirurgicale des mains avec port de bagues a été réalisé par l'EOH.

RÉSULTATS

La procédure a été mise en place au début du 2^{ème} trimestre 2011. Deux séries de prélèvements microbiologiques ont été réalisées aux mois de mai et de juin. Les prélèvements réalisés après friction chirurgicale des mains montraient une flore pauvre à staphylocoque à coagulase négative et microcoque (2 prélèvements), et après désinfection au détergent-désinfectant et stockage soit une absence d'UFC (2 prélèvements) soit une flore pauvre à SCN et microcoque (2 prélèvements). L'évaluation de la friction chirurgicale des mains en présence de bagues réalisée en juillet était tout à fait satisfaisante.

CONCLUSION

Les modalités d'entretien simplifié des bagues dosimétriques en radiologie et médecine interventionnelles semblent donner satisfaction à la fois aux utilisateurs, au PCR et à l'EOH. Le déploiement systématique de ces dispositifs en chirurgie est prévu pour l'année 2012 et nécessitera probablement la même démarche de la part des acteurs concernés afin d'adapter au mieux les procédures au niveau de risque infectieux sans alourdir la charge de travail au bloc opératoire.

P-065

INTERET D'UN AGENT DES SERVICES HOSPITALIERS DANS UNE EQUIPE OPERATIONNELLE D'HYGIENE

*HILAIRE J.C., DEGORGES E., BRETON N., MERRER J.
Centre hospitalier de Versailles, LE CHESNAY, FRANCE*

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Bien qu'elles soient souvent dévolues aux membres de l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH), de nombreuses tâches ne

requièrent ni les compétences d'une infirmière, ni celles d'une technicienne en bio-hygiène. Par ailleurs, des tâches simples de maintenance en rapport avec le réseau d'eau coutent souvent cher aux établissements, soit en temps de plombier, soit en sous-traitance. Nous avons évalué l'intérêt de doter notre EOH d'un agent des services hospitaliers (ASH) temps plein avec des missions spécifiques.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les missions de l'ASH ont été définies. Il s'agissait de détartrer ou remplacer les brise-jets et pommes de douches des services de soins, de surveiller la température hebdomadaire des points d'eau (selon décret 2010), de purger les robinets des services fermés pour travaux ou période estivale, de réaliser le bionettoyage approfondi (technique vapeur) des locaux (tels que offices), du matériel (chariots de soins), ou de chambres de patients porteurs de germes particuliers, le tout en assurant une traçabilité parfaite de toutes ces interventions.

RÉSULTATS

Arrivé en Février 2010, l'ASH de l'EOH a réalisé en 2010/2011, 3066/3159 détartrages de brise-jets et pommes de douches, relevé 216/333 températures, nettoyé 80/66 chambres et réalisé la purge des points d'eau de 9/15 services après fermeture. Son travail de détartrage a probablement contribué à l'assainissement du réseau d'eau puisque le nombre de prélèvements positifs (flore totale, pyocyanique) est passé de 15/420 en 2008 et 2009 à 3/472 en 2010 et 2011 ($p < 0.003$). Le nombre de point d'eau présentant des legionella (> 103 UFC/L) était de 12/143 en 2008 - 2009 et 9/133 en 2010 - 2011 ($p = 0.7$). Enfin, le contrat de maintenance (entreprise extérieure) du détartrage des points d'eau qui était de 50.000 € par an en 2008-2009, avec une traçabilité médiocre, n'a pas été reconduit en 2010. Un ASH « coute » 30.000 € par an à l'établissement.

CONCLUSION

Le poste d'ASH affecté à l'EOH a permis de contribuer à l'amélioration du réseau d'eau de l'établissement, tout en assurant une excellente traçabilité des opérations de maintenance, de la surveillance de la température des points d'eau et du bionettoyage des chambres de patients particuliers. Des économies substantielles ont également été réalisées. D'autres tâches (essentiellement certains prélèvements d'environnement actuellement réalisés par la technicienne bio-hygiéniste) pouvant être confiées à l'ASH sont à l'étude.

P-066

EPIDEMIE DE GASTRO-ENTERITE A *NOROVIRUS* DANS UN SERVICE DE LONG SEJOUR : INVESTIGATIONS ET MESURES DE CONTROLE

DESBOEUF K.⁽¹⁾, *AMIEL M.*⁽¹⁾, *BLATGE C.*⁽¹⁾, *MARTY J.P.*⁽¹⁾, *D'ALBERTO M.J.*⁽¹⁾, *VANHOMWEGEN J.*⁽²⁾, *MALAVAUD S.*⁽³⁾, *VERDEIL X.*⁽³⁾

⁽¹⁾ Centre Hospitalier de Lavaur, LAVAU, FRANCE ; ⁽²⁾ Institut Pasteur, PARIS, FRANCE ; ⁽³⁾ Centre Hospitalier Universitaire, TOULOUSE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le 25 juin 2011, l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) a été alertée par la survenue de 8 cas de Gastro-Entérite Aiguë (GEA) parmi les résidents et parmi le personnel de l'unité de soins de longue durée (USLD). Une investigation épidémiologique a été initiée avec pour objectifs de recenser les cas et de mettre en œuvre des mesures visant à contrôler l'épidémie.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une enquête épidémiologique a été réalisée: étude spatio-temporelle des cas, enquête médicamenteuse et alimentaire, questionnaires « personnel » et « résident ».

L'enquête microbiologique a consisté en des coprocultures de résidents ayant des signes de GEA, à la recherche de bactéries pathogènes, de rotavirus, et d'adénovirus. Dans un deuxième temps, des coprocultures ainsi que des prélèvements de surface ont été adressés à un laboratoire spécialisé à la recherche de *norovirus*.

RÉSULTATS

Entre le 21 juin et le 13 juillet, 48 cas ont été recensés ; 33 cas parmi les patients hors récidence (33/64, soit une incidence de 52%) et 15 cas parmi le personnel (15/51, soit une incidence de 29%). On constatait un pic épidémique le 25 juin. Le personnel était mobile sur les 2 étages et certains patients déments déambulaient malgré les mesures de confinement. Le 4 juillet, les analyses microbiologiques mettaient en évidence du *norovirus* dans des selles (génotype II4) et dans des prélèvements de surface (génogroupe II). Le cas index probable était un membre de la famille d'un résident, la contamination pouvant avoir eu lieu à l'occasion du rassemblement à l'occasion de la fête de la musique.

Les mesures de contrôle ont été mises en place dès le 25 juin et maintenu jusqu'au 5 août. Sur le plan environnemental, ont été mis en œuvre : renforcement du bionettoyage des surfaces, et à partir du 4 juillet, remplacement du détergent-désinfectant habituel par de l'eau de javel et un détergent-désinfectant d'efficacité revendiquée vis-à-vis de *norovirus*.

Pour le personnel : information afin de renforcer l'hygiène des

mains par l'utilisation des solutions hydro-alcooliques (SHA), diffusion d'un protocole « précautions complémentaires contact ». Pour les résidents : confinement dans leurs chambres et arrêt des activités collectives. Pour les familles : information orale et par affiche, hygiène des mains avec SHA.

CONCLUSION

Epidémie bénigne sur le plan clinique. Mise en place rapide des mesures de contrôle et poursuite de celles-ci 3 semaines après le dernier cas. Présence de *norovirus* sur les surfaces. Analyse des questionnaires en cours.

P-067

LES LIMITES DES PRECAUTIONS COMPLEMENTAIRES EN ETABLISSEMENT DE SANTE MENTALE

ROMOLI C., FABBRI C.

Centre Hospitalier Henri Guerin, PIERREFEU DU VAR, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les recommandations des précautions complémentaires sont identiques pour tous les types d'établissements de santé, y compris les établissements de santé mentale (ESM). Dans notre établissement, malgré la mise en place de procédures, l'EOH a pu constater un non-respect de certaines consignes. Pour en connaître les causes et améliorer nos pratiques, nous avons décidé de nous comparer à d'autres ESM.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Un audit de 13 items a été rédigé, tenant compte des recommandations actuelles sur les précautions complémentaires, concernant l'existence de protocoles, le matériel mis à disposition et les diverses solutions trouvées pour adapter ces précautions à la population d'un ESM. Les établissements contactés ont été les ESM publics et privés de l'inter-région C-CLIN sud-est.

89 questionnaires ont été envoyés par courrier. Deux relances ont été effectuées à 1 et 2 mois. Le traitement des données a été effectué sur Access et Excel.

RÉSULTATS

65 des 89 établissements (73%) ont répondu, soit 84% des ESM publics contactés et 70% des ESM privés.

Points positifs : Il existe des protocoles : précautions standard dans 64 cas (98%), précautions complémentaires dans 55 cas (85%), spécifiques gale (80%), tuberculose (55%), grippe (75%). La politique de gestion des BMR existe (90%), avec système d'alerte et logos. On note peu de difficultés

d'approvisionnement en matériel, gants, tabliers ou surblouses, masques (8%).

Points négatifs : les recommandations peu ou pas appliquées sont les distributeurs de PHA dans les chambres ou les couloirs (1 seul ESM), les unités mobiles devant les chambres dans 1/3 des cas et la difficulté de l'isolement géographique (seulement 69% peuvent disposer d'une chambre individuelle).

Les actions prioritaires, dans notre hôpital, porteront sur le rappel des procédures, la création d'une liaison informatique avec le laboratoire extérieur pour les alertes BMR, une dispensation large de flacons individuels de PHA.

Cependant, nous devons aménager ces précautions en fonction de la pathologie des patients, de leur rapport à l'hygiène, de leur déambulation, de la réticence des soignants à l'isolement des malades, ces pratiques étant, selon eux, discriminatoires et contraires à la « resocialisation ». Enfin, l'architecture non adaptée, avec des dortoirs et sanitaires communs encore présents dans nos structures.

CONCLUSION

L'incidence des infections reste faible en psychiatrie, mais les précautions sont toutes applicables. La nécessité de les adapter, selon les pathologies, est une évidence, avec un ajustement au cas par cas, en rapport avec la problématique du patient et du lieu de soin.

P-068

ESTIMATION PAR DES MODELES DE SURVIE DE L'INCUBATION DE L'ASPERGILLOSE INVASIVE NOSOCOMIALE CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE LEUCEMIE AIGUE MYELOIDE

BÉNET T.⁽¹⁾, **VOIRIN N.**⁽¹⁾, **NICOLLE M.C.**⁽¹⁾, **PICOT S.**⁽²⁾, **MICHALLET M.**⁽¹⁾, **VANHEMS P.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Hôpital Edouard Herriot, LYON, FRANCE ; ⁽²⁾ Groupement Hospitalier Nord, LYON, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'incubation de l'aspergillose invasive (AI) demeure inconnue. L'objectif était d'estimer par des modèles de survie l'intervalle entre aplasie et AI nosocomiale chez les patients atteints de leucémie aiguë myéloïde (LAM).

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une surveillance prospective des cas d'AI a été réalisée entre le 01/01/2004 et le 31/12/2009 dans le service d'hématologie (42 lits) d'un hôpital universitaire. Les cas d'AI étaient validés au cours de réunions mensuelles

multidisciplinaires associant clinicien, mycologue et hygiéniste. Les AI probables ou certaines ont été retenues, elles ont été classifiées selon les critères de l'European Organization for Research and Treatment of Cancer. Seuls les patients présentant une aplasie après l'entrée, qui avaient développé une AI durant leur séjour et après le début de l'aplasie ont été inclus. La période d'incubation analysée était le délai entre le début de l'aplasie et l'apparition de l'AI. Des modèles de survie paramétriques (exponentiel, log-normal, gamma et Weibull) ont été ajustés à la distribution de l'incubation de l'AI, le modèle présentant la meilleure adéquation avec les données observées a été retenu.

RÉSULTATS

Au total, 53 patients atteints de LAM et ayant présenté une AI après le début de l'aplasie et ont été inclus. Vingt-deux (42%) étaient des femmes, l'âge médian était de 56 ans (intervalle interquartile [IIQ]: 49-63 ans) et la mortalité à 3 mois était de 30% (n=16). Le délai médian observé entre le début de l'aplasie et l'apparition de l'AI était de 15 jours (IIQ : 11-20 jours), allant de 4 jours à 46 jours. Ce délai n'était pas différent en fonction du sexe, de l'âge, et de la période (test du log-rank, respectivement : p=0,7, p=0,9 et p=0,7). La fonction de survie distribuée selon une loi log-normale correspondait le mieux aux observations et été retenue pour estimer l'incubation de l'AI. Le délai médian estimé entre le début d'aplasie et l'apparition de l'AI, estimée par le modèle log-normal, était de 14,6 jours (intervalle de confiance à 95%: 12,8-16,5 jours).

CONCLUSION

Le délai entre le début d'aplasie et l'apparition de l'AI chez les patients atteints de LAM serait d'environ 15 jours. En pratique clinique, une AI devrait être évoquée devant une pneumonie survenant entre 14 et 17 jours après le début de l'aplasie chez les patients atteints de LAM.

La distribution log-normale suggère un processus multiplicatif de plusieurs facteurs indépendants conduisant à l'AI.

P-069

LE FILM D ANIMATION : UNE APPROCHE INNOVANTE AU SERVICE DE LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION CROISEE «LES GERMES NE PASSERONT PLUS PAR NOUS

BOUTTE C., **MBONGO TROUILLET L.**, **ADJIDE C.**, **DECAYEUX C.**, **FAVE M.H.**, **HESEQUE C.**, **HIRSCH M.P.**, **LE GALL D.**, **RAMBUR C.**, **TUR B.**, **WEISS R.**, **WOLNY D.**, **BROCHART-MERLIN J.**, **GUEROULT G.**, **GANYO O.**
CHU Amiens, AMIENS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les recommandations de 2009 de la SF2H ont conduit l'Unité d'Hygiène et d'Epidémiologie Hospitalière (UHEH) du CHU à travailler, au sein d'un groupe pluridisciplinaire, à la révision des procédures sur les précautions standard et complémentaires. Ainsi, une procédure unique « prévention de la transmission croisée » a été validée en juin 2011 par le CLIN. L'UHEH a travaillé sur un outil de communication innovant et divertissant pour accompagner la mise en application de cette procédure. Les objectifs étaient d'assurer une diffusion ludique de la procédure à l'ensemble des professionnels soignants du CHU, d'accompagner et de faciliter l'appropriation et l'application des mesures de prévention de la transmission croisée.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Créer une vidéo de courte durée contenant l'essentiel des messages à transmettre de façon ludique aux personnels soignants, grâce à la réalisation d'un film d'animation, en images de synthèse.

Emmener le spectateur, en compagnie d'un petit personnage sympathique, à découvrir l'essentiel des mesures pour limiter la transmission croisée. Développer, ainsi, au décours du film, les précautions standard et complémentaires : l'hygiène des mains, le port de gants et de protections individuelles pour les soignants, le patient et les visiteurs. Capter l'attention du spectateur et l'amener à appréhender pas à pas ces mesures.

Évoquer, au travers de ce film la nouvelle signalétique des différentes précautions complémentaires de type contact y compris spécifique gale et *Clostridium difficile* toxigène et de type gouttelettes et air.

RÉSULTATS

Ce film de courte durée va à l'essentiel. Il est apparu très didactique et captivant. Il a rencontré un vif succès auprès des participants lors de son avant première dans un congrès régional en novembre 2011. Il a permis de sensibiliser les soignants sur les mesures essentielles de prévention du risque infectieux pour lesquelles les précautions standard constituent le socle.

Cette vidéo sera, de ce fait, le support d'ateliers au sein de l'établissement dès le premier trimestre 2012 et nous l'utiliserons sans modération lors des formations et informations diverses.

CONCLUSION

Au vu des difficultés que nous rencontrons tous pour assurer la diffusion des messages de bonnes pratiques, il est indispensable que les hygiénistes innovent en utilisant, entre autres, les nouvelles technologies d'information. L'impact de cette démarche pourra être évalué en comparant les résultats de l'audit « précautions standard » réalisé en novembre 2011 et celui qui est prévu le dernier trimestre 2012.

P-070

SURVEILLANCE DES TENDANCES D'INCIDENCE DES PNEUMOPATHIES, BACTERIEMIES ET INFECTIONS URINAIRES NOSOCOMIALES DANS UN SERVICE D'HEMATOLOGIE ENTRE 2004 ET 2010

HUOIC., VANHEMS P., NICOLLE M.C., MICHALLET M., BÉNET T.

Groupement Hospitalier Edouard Herriot, LYON, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les patients atteints d'hémopathies malignes représentent une population particulièrement à risque de développer des infections nosocomiales (IN). L'objectif de cette étude était de décrire les tendances d'incidences des pneumopathies nosocomiales (PN), des bactériémies nosocomiales (BN) et des infections urinaires nosocomiales (IUN), acquises lors d'un séjour en hématologie entre 2004 et 2010.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une surveillance prospective des IN a été entreprise dans le service d'hématologie d'un hôpital universitaire, composé de 42 chambres seules. Tous les patients hospitalisés au moins 48 heures entre le 1^{er} janvier 2004 et le 31 décembre 2010 ont été inclus. Les définitions des IN sont issues d'un protocole standardisé. Seule la première infection nosocomiale au cours du séjour a été prise en compte dans l'analyse.

Une analyse de Poisson univariée puis multivariée a été réalisée afin d'évaluer les tendances d'incidence sur les 7 années, en ajustant sur l'âge, le sexe, la notion d'aplasie, l'exposition à un cathéter veineux central (CVC), la pathologie hématologique et le traitement reçu durant l'hospitalisation.

RÉSULTATS

Au total, 3 355 patients ont été inclus, comptant pour 58 063 patient-jours à risque. Parmi eux, 1 055 (31,4%) ont développé au moins une IN. Les taux d'incidences globales retrouvés pour les PN, les BN et les IUN étaient respectivement de 3,3 (IC 95% : 2,8-3,8), 12,0 (IC 95% : 11,1-12,9) et 2,9 (IC 95% : 2,5-3,4) pour 1 000 patient-jours à risque. Le taux des BN a augmenté de 11% par an (IC 95%: +6%, +15%, p<0,001), indépendamment de l'aplasie, l'exposition à un CVC et la pathologie hématologique. Les taux des PN et IUN sont restés stables.

Les germes les plus fréquemment retrouvés étaient *Aspergillus spp.* (59,2%) pour les PN, le staphylocoque coagulase négatif (44,2%) pour les BN et les entérobactéries (60%) pour les IUN.

CONCLUSION

Les taux de PN et d'IUN étaient restés stables au fil des ans. L'amélioration des mesures de contrôle des IN a pu limiter l'impact de l'exposition à des chimiothérapies toujours plus agressives. L'incidence des BN a augmenté de 11%, suggérant que d'autres facteurs que l'exposition aux CVC ou l'aplasie ont pu expliquer cette tendance. Des investigations supplémentaires seraient utiles pour explorer plus en avant ces résultats.

P-071

AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES CATHE- TERS VEINEUX PERIPHERIQUES (CVP) AU CHU

RAMBUR C.

CHU Amiens, AMIENS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Décrire la stratégie d'amélioration de la prise en charge des CVP. Janvier 2010, le CHU participe à l'audit national du GREPHH sur les bonnes pratiques relatives à la pose et à la durée de maintien des CVP. Les résultats mettent en évidence qu'il manque un certain nombre de critères dans la procédure de l'établissement. Par ailleurs, la préparation du site de ponction en 4 temps n'était réalisée que pour 54 % des 215 poses évaluées.

La désinfection du site d'injection n'était retrouvée que dans 20 % des 275 manipulations observées. Seuls 4 services sur 18 possédaient un support de traçabilité des CVP.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Septembre 2010, un groupe de travail constitué de membres de l'UHEH, de correspondants paramédicaux en hygiène et des référents du dossier patient informatisé (DPI) révise la procédure, crée dans le DPI un outil de traçabilité de la pose, la surveillance quotidienne et l'ablation du CVP. Afin de diffuser au mieux ces nouvelles recommandations et l'existence de cet outil, le groupe a réalisé 96 ateliers pédagogiques et interactifs de 30 minutes entre mai et septembre 2011. Ces ateliers portaient sur les résultats de l'audit 2010, la surveillance des AES au CHU d'Amiens entre 2007 et 2010, les nouvelles recommandations et l'utilisation du nouvel outil de traçabilité des CVP dans le DPI. Afin d'évaluer immédiatement ces ateliers, un mini quizz de connaissance comprenant 5 questions était rempli en fin de session.

RÉSULTATS

275 participants dont une majorité d'IDE. Au quizz d'évaluation post sensibilisation, 33 % ont correctement répondu sur l'hygiène des mains indispensable pour la pose d'un CVP, 97 % ont cité les différentes étapes de la préparation cutanée

avant l'insertion du CVP, 64 % ont affirmé désinfecter le site d'injection, et 68 % surveiller et tracer quotidiennement le point de ponction. 60 % connaissaient les indications du retrait du CVP. Ces résultats prometteurs nous encourageant à poursuivre dans le temps ces ateliers.

CONCLUSION

Malgré une large communication autour de ces ateliers et l'implication de la direction des soins, la fréquence de participation apparaît décevante.

Cependant, les soignants ont particulièrement apprécié le rappel des bonnes pratiques, la remise à niveau de leurs connaissances, la diffusion de la nouvelle procédure et l'interactivité.

Le deuxième tour d'audit prévu en 2012 nous permettra de vérifier l'efficacité de cette démarche sur le moyen terme.

La banalisation de la prise en charge du CVP a-t-elle fait oublier aux soignants que l'utilisation de ce dispositif est à risque infectieux ? Voilà une perception qui mérite qu'on s'y intéresse.

P-072

AUDIT REGIONAL : CIRCUITS DES BLOCS OPE- RATOIRES

AVRIL C.⁽¹⁾, BERDIN F.⁽²⁾, BROUSSEAU F.⁽³⁾, DELILLE F.⁽⁴⁾, FOUCAULT S.⁽⁵⁾, GUICHARD P.⁽⁶⁾, LACOUR M.P.⁽⁷⁾, HUE R.⁽⁵⁾, MUGARD V.⁽⁸⁾, PROUTEAU M.D.⁽⁷⁾, TOURRES J.⁽⁹⁾, **RAYMOND F.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU, Nantes, FRANCE ; ⁽²⁾ CH, Laval, FRANCE ; ⁽³⁾ CH, Cholet, FRANCE ; ⁽⁴⁾ CH, Le Mans, FRANCE ; ⁽⁵⁾ CH, Loire Vendée Ocean, FRANCE ; ⁽⁶⁾ Aho, Nantes, FRANCE ; ⁽⁷⁾ Chd, La Roche Sur Yon, FRANCE ; ⁽⁸⁾ Clinique Sainte Marie, Chateaubriant, FRANCE ; ⁽⁹⁾ Polyclinique De L'atlantique, Saint Herblain, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En 2008, des établissements de la région des Pays de la Loire devant restructurer leur bloc opératoire ont contacté l'ARLIN pour des conseils sur l'organisation des circuits. Un groupe de travail s'est intéressé à ce sujet, et a choisi d'évaluer les différents circuits des blocs opératoires de la région et les modalités organisationnelles des pratiques d'hygiène qui s'y attachent, au moyen d'un audit.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

A partir de référentiels, suivant la méthode de la HAS (Haute Autorité de la santé), le groupe a élaboré 6 grilles d'audit correspondant aux 6 catégories de circuits identifiés : patient, personnel, matériel, déchet, linge et environnement.

RÉSULTATS

Sur les 42 établissements pratiquant de la chirurgie ont reçu l'ensemble des grilles accompagné d'un guide d'utilisateur, 39 nous ont adressé leurs résultats (soit 93 %).

Des points forts ont été dégagés au niveau régional et concernent essentiellement les items qui font référence soit à une législation soit à des recommandations récentes (la préparation cutanée, la préparation du matériel chirurgical stérile, les collecteurs de piquants tranchants).

Les points à améliorer étaient pour certains dépendants de l'architecture du bloc, pour d'autres des problèmes organisationnels (l'utilisation de salle de détente ou l'entretien de certain matériel). Quelques outils d'aide (affiches, protocoles...) ont été élaborés et adressés aux établissements avec le retour de leurs résultats.

Une fois rendus anonymes, les résultats ont été envoyés à chaque établissement qui pouvait ainsi définir ses propres axes d'amélioration.

CONCLUSION

Un 2^{ème} tour de l'audit portant sur 10 critères jugés facilement améliorables grâce aux outils proposés est prévu en 2012.

Cette enquête a permis d'avoir un état des lieux architectural et organisationnel des blocs opératoires de la région et de proposer certaines actions d'amélioration. Elle a permis par ailleurs de créer une réelle dynamique régionale autour de la gestion du risque infectieux dans le secteur du bloc opératoire.

P-073

POSTER ANNULE PAR L'AUTEUR

P-074

ALIMENTATION PAUVRE EN GERMES DES PATIENTS IMMUNODEPRIMÉS HOSPITALISÉS : BILAN DE SURVEILLANCE ENTRE 2006 ET 2010

KHANAFER N., REVOL A., BOUCHER P., ZOUGAR N., LION C., CASSIER P., VANHEMS P., PERRAUD M.
Gheh, LYON, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Chez les patients immunodéprimés, les aliments peuvent être une source de contamination microbienne particulière. Il est

indispensable de leur fournir une alimentation stérile ou à faible niveau de colonisation bactérienne.

Une analyse microbiologique des aliments destinés aux transplantés en isolement protecteur pour évaluer la qualité hygiénique de cette alimentation pauvre en germes en fonction des critères fixés avec des cliniciens.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'étude a été conduite prospectivement dans un laboratoire d'hygiène d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) comportant 17 établissements de santé. Le laboratoire procédait à des contrôles de validation des nouveaux produits industriels et de routine sur des plats témoins.

Il n'existe pas de critères microbiologiques spécifiques pour l'alimentation des immunodéprimés. Les valeurs cibles et d'action, ainsi que la fréquence des contrôles sont définies en interne. Au niveau du CHU, les critères microbiologiques sont identiques quelque soit la catégorie d'aliment. Les nombres d'UFC/g d'aliments acceptés sont : <100 pour la flore mésophile, <10/g pour *S. aureus*, coliformes fécaux, coliformes totaux, anaérobies sulfite-réducteurs, levures et moisissures et absence de *Salmonella sp* dans 25g.

Type d'étude : Analyse rétrospective des données de surveillance de l'alimentation destinée aux patients immunodéprimés hospitalisés au CHU.

RÉSULTATS

Entre juin 2006 et décembre 2010, 280 aliments ont été analysés. Ces analyses étaient majoritairement réalisées dans le cadre d'une surveillance de routine. (85,7%). Les aliments testés appartenaient aux catégories suivantes : pâtisseries (33,6%), cuisinés (17%) et autres (49,4%). Une flore mésophile dépassant la valeur de la norme fixée a été observée dans 21 aliments (dont 5 produits lactés industriels). Des coliformes totaux ont été trouvés dans 7 échantillons (2,5%) et des coliformes fécaux dans 39 aliments (13,9%). La recherche de la flore fongique a montré une contamination de 34 échantillons dont 12 (35%) contaminés par un *Penicillium*. Au total 40 aliments ont été jugés non acceptables, soit 14,3%. Parmi ces produits 35% étaient des desserts industriels.

CONCLUSION

En France, la restauration hospitalière ne fait l'objet d'aucune réglementation spécifique mais est soumise aux mêmes obligations que la restauration collective. L'alimentation des patients immunodéprimés implique des procédures spécifiques validées, mises en place et régulièrement auditées ; la formation du personnel et l'information des familles, et l'exclusion de certains aliments.

P-075

CONTAMINATION DES LAVETTES PAR *B.CEREUS* : IMPORTANCE DE LA QUALITE DU CYCLE DE LAVAGE/SECHAGE EN BLANCHISSERIE

MALLAVAL F.O.⁽¹⁾, **FOURNERET-VIVIER A.**⁽¹⁾, **VUILLERMET C.**⁽¹⁾, **LEVAST M.**⁽¹⁾, **LECOMTE C.**⁽¹⁾, **FEZZI J.Y.**⁽¹⁾, **ACIERNO L.**⁽¹⁾, **DEMANGE M.G.**⁽¹⁾, **RIFFLART C.**⁽²⁾, **BOUILLOUX M.**⁽²⁾, **PERNOT G.**⁽²⁾

⁽¹⁾ CH de Chambéry, CHAMBÉRY, FRANCE ; ⁽²⁾ Blanchisserie Inter Hospitalière, CHAMBÉRY, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Lors d'une précédente étude, nous avons montré que les lavettes réutilisables représentaient une source de contamination de l'environnement et des patients à *B.Cereus*. Ne parvenant pas à éradiquer rapidement cette contamination, en modifiant le process de lavage en blanchisserie (désinfection thermique et chimique des tunnels, modification des produits lessiviels), il avait été décidé de les remplacer transitoirement, dans les secteurs à empoussièremement contrôlé, par des lavettes micro fibre à usage unique. Même si cette solution était satisfaisante du point de vue microbiologique elle ne l'était pas d'un point de vue écologique et économique. Le groupe de travail chargé de cette thématique a décidé de poursuivre ses recherches pour améliorer le process de la blanchisserie.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

La blanchisserie a mis en place 3 actions correctives au niveau du traitement des lavettes :

- Echange avec le lessivier pour augmenter la détergence pendant le cycle de lavage à 7ml/litre d'eau)
- Recherche des points critiques au niveau des cycles de traitement des différents types de textiles, pour expliquer la présence d'une contamination par *B. cereus* seulement sur les lavettes et les bandeaux et pas sur d'autres textiles. Cette recherche a donné lieu à une maintenance des séchoirs. Celle-ci a montré que les grilles d'aération des séchoirs, utilisés pour les bandeaux et les lavettes, étaient obstruées par des résidus de dosettes plastiques de détergent-désinfectants. Ces dosettes étaient en effet laissées dans les bacs de désinfection au moment de la réalisation des solutions dans les unités de soin et se retrouvaient dans le circuit de lavage avec les lavettes, en se collant sur celles-ci. Cette découverte a permis d'expliquer le séchage non complet des lavettes en fin de cycle.
- Augmentation de la température de séchage à 180° en entrée et de 120° en sortie de séchoir

RÉSULTATS

Après ces modifications, on constate une disparition de la contamination par *B.Cereus* sur les lavettes réutilisables. La maintenance des séchoirs est maintenant programmée tous les 2 mois.

CONCLUSION

Ces résultats prometteurs doivent être confirmés par d'autres prélèvements et l'on pourra peut-être envisager la réutilisation des lavettes ré-utilisable dans les secteurs à empoussièremement contrôlé. Ils montrent l'importance de la qualité du process en blanchisserie.

P-076

COMPLICATIONS INFECTIEUSES LIEES AUX CHAMBRES A CATHETER IMPLANTABLES (CCI) : RESULTATS D'UN OBSERVATOIRE MENE DANS UN CENTRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER SUR 815 PATIENTS.

FOURNIER C.⁽¹⁾, **DEBERLES M.F.**⁽¹⁾, **AFANDARI S.**⁽²⁾, **HABBAS S.**⁽¹⁾, **LEGRAND M.R.**⁽¹⁾, **PARSYR.**⁽¹⁾, **NARDUCCI F.**⁽¹⁾
⁽¹⁾ Centre Oscar Lambret, LILLE, FRANCE ; ⁽²⁾ CH Tourcoing, TOURCOING, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les CCI, apparues il y a une vingtaine d'années, se sont rapidement imposées comme un outil essentiel de prise en charge des patients nécessitant des traitements répétitifs et/ou prolongés. Dans un centre anticancéreux, la pose de CCI constitue un préalable à la chimiothérapie, et représente une activité importante du bloc opératoire en terme de nombre d'actes.

L'implantation de tels dispositifs n'est pas sans effet secondaire ou complication. La présente étude a donc été menée dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles, avec pour objectifs d'évaluer la morbidité et de rechercher d'éventuels facteurs de risque prédictifs des complications. Nous ne présenterons ici que les résultats concernant les complications infectieuses.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude observationnelle, d'une durée d'inclusion de 1 an, ayant abouti à 815 patients évaluables avec un suivi d'un an après la pose. Le data management des cahiers d'observation a été pris en charge de manière prospective par l'équipe de recherche clinique de l'établissement, et l'analyse statistique réalisée avec le logiciel SPSS.

RÉSULTATS

Après relecture par un infectiologue, le taux d'infection initialement évalué à 5.4% s'établit à 3.9% (IC95%=2.7 à 5.5%). L'infection a conduit au retrait prématuré de la CCI dans 59% des cas (19/32).

La densité d'incidence des infections est de 0.14 pour 1000 jours-catheter. Le délai médian de survenue de l'infection est de 47 jours (7 à 362).

La recherche de facteurs prédictifs d'infection a porté sur des paramètres concernant le patient, le geste chirurgical, et les modalités d'utilisation.

En analyse univariée, le délai entre la pose et la première utilisation de la CCI se révèle un élément déterminant de la survenue d'une infection : 7.5% d'infection si ce délai est <4j, 4.1% s'il est de 4 à 7j, et 2.0% s'il est >7j (p = 0.007). L'existence d'antécédents de chimiothérapie favorise la survenue d'infection (p = 0.05). L'analyse multivariée confirme ces résultats.

CONCLUSION

La mise en évidence du délai d'utilisation comme élément prédictif d'une augmentation du risque infectieux a conduit à des recommandations auprès des oncologues. Des indicateurs simples évaluant l'adhésion à ces recommandations ont été mis en place, et les premiers résultats mettent en évidence une diminution significative du nombre d'utilisations dans des délais très courts.

P-077

AUDIT SUR LES CONNAISSANCES EN HYGIENE HOSPITALIERE

*LESERVOISIER R., BORDERAN G.C., CHEVRIE N., BINET M., PIEDNOIR E.
CH Avranches - GRANVILLE, AVRANCHES, FRANCE*

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans le souci d'améliorer la communication en matière de prévention du risque infectieux, nous avons réalisé un audit pour évaluer la connaissance du dispositif de la LIN (Lutte contre les Infections Nosocomiales) par les professionnels de santé. Il a pour objet de dégager des axes d'amélioration en matière de communication, de pertinence des contenus de nos référentiels et de cohésion entre l'équipe d'hygiène (EOH), les correspondants et les soignants.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Après avoir effectué un échantillonnage en fonction des catégories professionnelles, l'EOH a réalisé cet audit. Ainsi une grille a été élaborée, testée puis validée. Cette démarche fut

effectuée sur trois ans. L'EOH réalisa la saisie et l'analyse des données.

Les résultats ont été envoyés aux services et présentés aux instances.

RÉSULTATS

Ce sont 194 entretiens qui ont été réalisés auprès de 26 médecins, 25 cadres de santé, 37 infirmiers (IDE), 41 aide-soignants (AS), 27 agents de service hospitalier (ASH), 24 étudiants infirmiers (EIDE) et 14 autres professionnels.

Les résultats montrent que la signification du sigle et la définition du CLIN sont peu intégrées sauf pour les médecins et les cadres (92%). La présidente du CLIN est peu connue (14%). Les missions les plus connues du CLIN sont la prévention (79%), la surveillance (76%) et la formation (61%) ; l'évaluation des pratiques (36%) et l'élaboration d'un programme de LIN (15%) sont les moins citées.

Les membres de l'EOH les plus connus sont les IDE (75%). Les médecins sont plus cités par les médecins et les cadres. Les IDE, AS, ASH connaissent plus les infirmiers.

Les médecins connaissent peu l'existence des correspondants ainsi que leurs missions (54%) ; la diffusion des informations est la plus connue (85%). La participation aux enquêtes et audits est peu abordée (10%).

Le classeur d'hygiène est connu ; intranet est en pleine expansion mais les ASH et les EIDE connaissent moins cet outil informatique. Les protocoles sont peu consultés (moins d'une fois par mois). Les plus consultés sont la réduction du risque de transmission et l'hygiène des mains.

CONCLUSION

Cet audit nous a permis de mettre en évidence la progression des connaissances en hygiène hospitalière des professionnels sur les 3 ans. Certains objectifs ont été atteints. Il est nécessaire de poursuivre sur le terrain les actions de communication avec les correspondants et les équipes.

P-078

ANALYSE DES SITUATIONS A RISQUES EN MATIERE DE TRANSMISSION DES INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS (IAS) EN RADIOTHERAPIE

*FOURNERET-VIVIER A., ACIERNO L., SIMONETTI J., PISANO N., FOURNERET P., BENMATI Y., FORESTIER-JOUBE C., DEMANGE M.G., VUILLERMET C., MALLAVAL F.O.
Centre Hospitalier Chambéry, CHAMBERY CEDEX, FRANCE*

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Une patiente présentant un cancer des voies aérodigestives supérieures a contracté en cours de traitement une IAS, sous forme d'une surinfection cutanée à *S. Aureus*. Après un signalement à l'EOH, l'analyse du circuit de cette patiente au sein du service de radiothérapie a permis d'identifier les masques de contention comme facteur causal : absence d'entretien entre les séances et stockage inapproprié. Ces masques permettent de repositionner le patient toujours dans les mêmes conditions pour les séances successives. Suite à cette IAS une collaboration entre l'EOH et le service de radiothérapie s'est instaurée pour identifier les situations à risque au cours du parcours du patient et élaborer des recommandations de bonnes pratiques.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le suivi par l'EOH des différentes étapes qui amènent le patient de la simulation jusqu'au traitement et plusieurs réunions avec le service de Radiothérapie, ont permis d'identifier les situations à risque d'IAS suivantes :

- utilisation, sur des patients potentiellement porteurs de plaies, pour plusieurs séances, des masques de contention ou de bolus (silicone permettant de ramener la dose délivrée au plus près de la peau), fabrication des masques dans un bain marie, stockage entre 2 séances
- marquage de la peau à la fuschine ou par tatouage (pour représenter la zone à traiter)
- pose de cathéter veineux périphérique avant scanner injecté
- contacts entre les manipulateurs en radiologie (MER) et les patients

Pour chacune de ces situations, des mesures de prévention ont été proposées et testées.

RÉSULTATS

Des protocoles ont été rédigés pour les masques de contention et les bolus : entretien entre 2 séances, bonnes pratiques de stockage (casier à patient unique), entretien des cuves de réalisation des masques.

Des formations ont été dispensées par l'EOH aux MER, précautions standard, ateliers pratiques sur la pose de cathéters veineux périphériques.

Une réflexion sur les techniques de marquage de la peau est en cours. Pour remplacer la fuschine appliquée au pinceau sur la peau et le tatouage réalisé avec de l'encre de chine non stérile, des essais d'autres techniques ont été menés (marqueurs dermatographiques ou autocollants à patient unique) mais n'ont pas abouti. A défaut le service travaille sur la réduction du risque de contamination lié aux 2 techniques.

CONCLUSION

Suite à la survenue d'un cas d'IAS, le service de radiothérapie déjà très impliqué dans une politique de gestion des risques en matière de rayonnement, a intégré dans celle-ci la prévention des IAS.

P-079

IMPACT MICROBIOLOGIQUE ET CLINIQUE DE CONCENTRATIONS MINIMALES INHIBITRICES ÉLEVÉES D'ESCHERICHIA COLI ISOLES DE BACTÉRIEMIE VIS A VIS D'AMMONIUMS QUATÉRNAIRES

BUFFET-BATAILLON S.⁽¹⁾, BRANGER B.⁽²⁾, DAVID-LEGALL S.⁽¹⁾, LEJEUNE A.⁽¹⁾, JOLIVET-GOUGEON A.⁽¹⁾, DONNIO P.Y.⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU Pontchaillou, RENNES, FRANCE ; ⁽²⁾ Réseau de Périnatalité des Pays de la Loire «Sécurité Naissance-Naître ensemble», NANTES, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les Ammoniums Quaternaires (AQs) sont des tensioactifs cationiques utilisés pour leur propriété détergente et désinfectante. Ils sont largement utilisés comme conservateurs dans les produits cosmétiques, pharmaceutiques et comme détergents-désinfectants en industrie agroalimentaire, en établissements de soins.

L'objectif de ce travail a été d'évaluer l'impact clinique et bactériologique de concentrations minimales inhibitrices élevées d'AQs.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

De février à septembre 2008, 153 patients atteints de bactériémie à *Escherichia coli* ont été inclus. Deux AQs ont été étudiés : le chlorure d'alkyldiméthylbenzylammonium (ADBAC) et le chlorure de didécylidiméthylammonium (DDAC). Les concentrations minimales inhibitrices (CMI) aux antibiotiques et vis-à-vis des AQs ont été déterminées par la méthode de dilution en gélose. La capacité de production de biofilm des souches d'*E. coli* a été étudiée en utilisant la méthode du cristal violet. Le phénotype hypermutateur des souches d'*E. coli* a été estimé en mesurant les taux de mutation sur gélose contenant de la rifampicine.

RÉSULTATS

En analyse multivariée, des valeurs de CMI élevées pour l'ADBAC (>16 mg/L) et le DDAC (>8 mg/L) étaient étroitement associées à la résistance au Cotrimoxazole (OR: 3,72, IC 95%: 1.22-11.24; P = 0,02 et OR: 3,61, IC 95%: 1.56-7.56; P <0,01, respectivement). La résistance au Cotrimoxazole était également fortement associée à la résistance à l'Amoxicilline et à l'Acide Nalidixique (P <0,01). La nature nosocomiale ou communautaire, la gravité de la bactériémie et le devenir du patient étaient indépendants des valeurs de CMI aux AQs.

CONCLUSION

Cette étude est la première montrant un lien statistiquement significatif entre des valeurs de CMI élevées vis-à-vis d'AQs et la résistance aux antibiotiques de souches cliniques d' *E.coli* isolées de patients atteints de bactériémie.

P-080

CONSOMMATIONS ANTIBIOTIQUES EN VILLE

MOURLAN C.

ARLIN Réunion-Mayotte, SAINT-DENIS, RÉUNION

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'antenne régionale a mis en place depuis 2006 une analyse des consommations antibiotiques et des résistances bactériennes hospitalières. Nous avons souhaité étendre cette surveillance aux consommations antibiotiques du secteur ambulatoire selon la méthodologie du guide du ministère de la santé de 2006, exprimé en DDJ pour 1000 habitants et par jour.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

La Direction Régional du Service Médical a répondu à notre demande et nous a transmis les statistiques de remboursement d'antibiotiques de 2007 à 2009. Nous avons comparé ces données et leur évolution à celles du réseau européen ESAC concernant la France métropolitaine et les autres pays européens.

RÉSULTATS

Nos consommations par famille montrent une nette prédominance du recours aux pénicillines qui représente près de 60% des antibiotiques délivrés. Ce sont ensuite les macrolides et les tétracyclines qui suivent. Ces 3 familles couvrent plus de 75 % des traitements ambulatoires. Les quinolones arrivent en 5^{ème} position et ne représentent que 6% doses délivrées. Ce moindre usage des quinolones est retrouvé dans nos consommations antibiotiques hospitalières.

Entre 2007 et 2009, nos consommations en ville ont augmenté avec une progression cumulée de 7 %. Cette augmentation de la consommation globale est concentrée sur la principale famille prescrite, les pénicillines, avec une progression de 16% entre 2007 et 2009, qui accentue encore sa nette prédominance.

En comparaison avec la France métropolitaine notre niveau de consommation de 2009 reste inférieur de moins 26% et nous classe au 5^{ème} rang des consommations européennes.

CONCLUSION

Toutefois il est difficile d'extrapoler à partir de ces données un moindre recours aux prescriptions antibiotiques en raison

des différences démographiques de notre région, avec une sur représentation des jeunes tranches d'âge qui peut venir fausser la comparaison de ses résultats car la consommation antibiotique croît par classe d'âge. De même l'augmentation des consommations entre 2007 et 2009 pourrait provenir pour une part du vieillissement de notre population qui évolue très vite ces dernières années. Il est nécessaire de pouvoir obtenir les données de consommation par classe d'âge pour calculer un taux standardisé sur l'âge, cette demande a été adressée aux services de l'assurance maladie pour les années 2010 et 2011.

P-081

HYGIENE BUCCODENTAIRE DES RESIDENTS D'EHPAD : ENQUETE REGIONALE DE PREVALENCE

GERMAIN J.M., THILLARD D.

ARLIN Haute Normandie, ROUEN, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'hygiène bucco-dentaire et les soins de bouche sont essentiels au confort des personnes âgées. Un mauvais état bucco-dentaire peut entraîner des difficultés de mastication, de digestion, des infections, des douleurs et des difficultés à s'exprimer.

L'objectif de cette enquête était de faire un état des lieux régional de l'état bucco-dentaire des résidents d'EHPAD permettant d'évaluer la qualité des soins. Les objectifs secondaires étaient de sensibiliser soignants et résidents à l'importance de l'hygiène bucco-dentaire et d'identifier les difficultés rencontrées pour sa mise en œuvre.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une enquête régionale un jour donné. Le questionnaire (un par patient) a été élaboré à partir de la grille extraite du guide d'évaluation bucco-dentaire du Centre Médical de l'Université du Nebraska. Il a été décidé de n'évaluer que 6 critères sur les 8 proposés dans la grille initiale : les lèvres, les dents ou prothèses, les gencives, la langue, la salive, les muqueuses. La voix, la déglutition, demandant la participation du résident, ont été supprimées pour des raisons de faisabilité. Chaque critère devait être coté de 1 (pas d'altération) à 3 (altération importante). Un score global était enfin calculé par addition des scores de chaque critère. Plus le score global était élevé, plus l'état bucco-dentaire était altéré. L'analyse des données a été assurée à l'aide du logiciel Epi-Info.

RÉSULTATS

L'enquête a été proposée sur la période du 15/09/11 au 15/02/12. Un total de 17 EHPAD a réalisé l'enquête auprès de

1 426 résidents (âge moyen de 85 ans, 76% de femmes, 56% des patients très dépendants). Parmi les résidents enquêtés, 4% bénéficiaient de soins bucco-dentaires médicamenteux et 12% ne réalisaient aucune hygiène buccodentaire. Pour 9%, le dernier examen chez le dentiste datait de moins de 1 an et dans 85% des cas la date n'a pas pu être précisée. Près de la moitié des résidents portaient au moins une prothèse dentaire. Parmi les 1 262 prothèses recensées, 18% n'étaient pas portées régulièrement (prothèses non adaptées ou entraînant des douleurs). Le score global variait de 6 à 18 avec une médiane à 7. Le critère le plus mal coté était celui concernant les dents et les prothèses (55% des résidents présentaient une altération moyenne ou importante).

CONCLUSION

Près de 70% des résidents enquêtés présentaient un score satisfaisant (6 à 8) et moins de 5% des altérations importantes de l'état buccodentaire (score de 12 à 18). Les actions d'amélioration devront concerner en particulier l'hygiène des dents et l'entretien des prothèses.

P-082

OUTIL DE PROMOTION DE LA VACCINATION EN ETABLISSEMENT DE SANTE ET ETABLISSEMENT MEDICO-SOCIAL

BAUDU A.⁽¹⁾, **LEROY J.**⁽¹⁾, **BERJAMY F.**⁽¹⁾, **FREMIOT A.**⁽¹⁾, **BLAISE S.**⁽²⁾, **TISSOT E.**⁽¹⁾, **FLORET N.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU, BESANÇON, FRANCE ; ⁽²⁾ Centre hospitalier de Belfort Montbéliard, MONTBÉLIARD, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La maîtrise des maladies à prévention vaccinale par une politique vaccinale volontariste représente un enjeu majeur de santé publique. Différents textes encadrent cette politique (note du 13 juillet 2009 aux directeurs d'établissements de santé et d'établissements médico-sociaux, circulaire interministérielle N°DGS/DHOS/DGAS/2009/264 du 19 août 2009 relative à la mise en oeuvre du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des IAS, circulaire N°DHOS/E2/DGS/RI/2009/272 du 26 août 2009 relative à la mise en oeuvre du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009/2013, circulaire interministérielle n° DGCS/DGS n° 2011-377 du 30 septembre 2011 relative à la mise en oeuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médicosocial) suivant les recommandations du Comité Technique des Vaccinations.

L'objectif principal du projet est de construire un outil dynamique destiné à promouvoir la vaccination des professionnels de santé des établissements de santé et établissements

médico-sociaux et de la personne âgée institutionnalisée. Les objectifs secondaires sont d'augmenter la couverture vaccinale des professionnels de santé et de la personne âgée institutionnalisée dans les établissements de santé et médico-sociaux et d'optimiser le suivi de la vaccination.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Un groupe pluridisciplinaire, coordonné par l'ARLIN de Franche-Comté, a élaboré un outil pédagogique de promotion de la vaccination. Une compilation de différents documents (réglementation, recommandations, revue de la littérature...) a permis de construire cet outil.

RÉSULTATS

Le résultat est la mise à disposition d'un outil didactique qui est volontairement simple d'utilisation. Il se veut pratique, synthétique mais complet. A l'aide d'un jeu de boutons, il permet à l'utilisateur d'accéder aux informations qu'il recherche. L'outil s'articule autour de 4 grands chapitres accessibles à partir du menu général :

- Objectifs de l'outil
- Politique vaccinale en France
- Maladies à prévention vaccinale
- Pistes et outils pour promouvoir la vaccination et le suivi de la vaccination.

CONCLUSION

Ce travail répond à la forte incitation nationale de promotion de la vaccination et du suivi de la couverture vaccinale dans les établissements de santé et médico-sociaux. Le projet est soutenu financièrement par l'Agence régionale de Santé de Franche-Comté.

P-083

EVALUATION DE L'ANTIBIOPROPHYLAXIE CHIRURGICALE EN CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE

MAERTEN C., **THIOLET M.**, **ROBIN E.**, **DE MENDONCA J.P.**, **BORMS S.**, **FAURE K.**, **GRANDBASTIEN B.**
CHRU de Lille, LILLE CEDEX, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans le cadre du bon usage des antibiotiques, notre établissement a mis en place une stratégie d'évaluation de l'antibioprophylaxie chirurgicale (ATBpro). L'objectif de cette étude était de mesurer la conformité de cette ATBpro en chirurgie cardio-vasculaire en 2011.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Toutes les interventions chirurgicales consécutives pendant 2 semaines ont été examinées rétrospectivement, en s'appuyant sur le dossier informatisé d'anesthésie. La conformité de l'ATBpro a été jugée sur l'indication, le choix de la molécule, la posologie, le délai d'administration, les éventuelles réadministrations et la durée (avec comme critère, la notion de prescription en sortie de SSPI). Le référentiel était le protocole local d'ATBpro, basé essentiellement sur le consensus national SFAR dans sa version 2010. Les résultats ont pu être comparés à ceux du module optionnel « antibioprofylaxie » du réseau InClSO.

RÉSULTATS

94 interventions ont été analysées, soit 97% des interventions ciblées. 5% des patients bénéficiaient d'une antibiothérapie curative au moment du geste. 82 patients (87%) ont reçu une ATBpro ; une C2G était alors prescrite dans 90% des cas. Le critère « indication » était conforme pour 94% des interventions, le choix de molécule pour 98%, sa posologie pour 94%. Le critère « délai » était conforme pour 65% des ATBpro, avec un délai trop long pour 12 prescriptions et un délai trop court pour 11. Le critère « durée » était conforme pour 84% des ATBpro. Les réinjections, lorsqu'elles étaient indiquées, étaient conformes pour 44%. Au total, une conformité globale était retrouvée pour 26% des ATBpro, avec un défaut essentiellement sur les réinjections. Sans prendre en compte ce critère, la cohérence s'élevait à 53%.

CONCLUSION

Cette évaluation a permis 1) de chiffrer la cohérence de l'ATBpro dans ce secteur, de la comparer aux 68% mesurés toute chirurgie confondue dans le réseau InClSO et 2) d'identifier les points de progrès. La non-conformité sur la durée était jugée sévèrement, car nous ne cherchions pas la poursuite d'une prescription à 24, voire 48 heures. Des actions ciblant le moment de l'administration (au bloc sauf pour la vancomycine) et une meilleure gestion des réinjections ont été mises en place ; elles seront réévaluées lors d'un prochain audit. Cette évaluation a permis également de poser les conditions d'une automatisation de la mesure d'un tel indicateur de conformité basée sur le logiciel d'anesthésie.

P-084

MANAGEMENT DU RISQUE INFECTIEUX PAR SUIVI D'INDICATEURS

DAENEN P., CAUCHY L., D'HALLUIN F., TRONCHON I., BAGHDADI N., MAERTEN C., FARDEL D., LOUKILI N., QUERY B., FAURE K., GRANDBASTIEN B.
CHRU de Lille, LILLE CEDEX, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Notre établissement a mis en place une batterie d'indicateurs relatifs au risque infectieux depuis 2003. L'objectif de ce travail est de relater l'utilisation de ces indicateurs comme outil de management de la maîtrise du risque infectieux.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les indicateurs relatifs à i) la consommation de solutés hydro-alcooliques (SHA), ii) la consommation des anti-infectieux (ATI) et iii) l'incidence des bactéries multi-résistantes aux antibiotiques (BMR) sont construits en routine par l'équipe d'hygiène, avec diffusion de tableaux de bord (TdB) trimestriels (SHA) ou semestriels (ATI et BMR) à tous les secteurs d'activité. Tous ces indicateurs sont rapportés à l'activité en patients, jours pour l'hospitalisation, en venues pour les consultations et les plateaux d'imagerie. Ces indicateurs sont confrontés à des objectifs personnalisés par secteurs (médecine, chirurgie, réanimation, ...). Un palmarès des secteurs est également rendu public en interne dans l'établissement.

RÉSULTATS

Chaque trimestre, plus de 110 TdB-SHA, et chaque semestre une centaine de TdB-BMR et ATI sont diffusés aux médecins, cadres, correspondants hygiènes, directeurs délégués de chaque pôle ou secteur d'activité avec mise en perspective du niveau de performance des autres secteurs comparables. Ces indicateurs sont rendus personnellement aux secteurs « en difficulté » (mails personnalisés) avec des propositions d'actions d'amélioration et sont discutés au décours de réunions de service ou de pôle. Ces 3 indicateurs sont intégrés comme des objectifs dans le cadre de contractualisation interne des pôles, avec des rapports annuels et un suivi bimestriel en direction générale. La CME est également informée de ce suivi. Ce suivi continu a montré une amélioration de ces indicateurs (baisse de 40% de l'incidence de SARM, multiplication par 5 de la consommation de SHA, baisse de 20% des fluoroquinolones par exemple).

CONCLUSION

Les actions de promotion de l'hygiène des mains et du bon usage des anti-infectieux ont assurément contribué à l'amélioration des 3 indicateurs, mais également la rétro-information vers les secteurs et l'intégration dans la contractualisation interne et le suivi, à l'échelle de l'établissement, de la performance des pôles.

P-085

EVALUATION DES RISQUES D'INFECTIONS A CLOSTRIDIUM DIFFICILE O27 AU CHU DE RENNES

BUFFET-BATAILLON S.⁽¹⁾, **TATTEVIN P.**⁽¹⁾, **SENECHAL H.**⁽²⁾, **VINCENT P.**⁽¹⁾, **DONNIO P.Y.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU Pontchaillou, RENNES, FRANCE ; ⁽²⁾ CCLIN Ouest, RENNES, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les épidémies d'infections liées à *Clostridium difficile* (CD) ont été rapportées en Amérique du Nord et puis en Europe. Ces épidémies sont liées à l'émergence d'une souche hyper productrices de toxines A et B et dénommée O27 en référence à son profil par PCR-ribotypage (CDO27). Cette souche est caractérisée par une forte virulence. Après un premier cas identifié en 2009, nous avons réalisé une évaluation des risques d'infection à CDO27 au sein de notre hôpital.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Tout cas d'infection à CDO27 a été défini selon les critères du RAISIN. Pour chaque cas ont été relevés : l'âge, le sexe, le lieu de vie, la date d'admission, le parcours dans les 12 semaines précédentes, la date des premiers symptômes cliniques, les facteurs de co-morbidité et l'utilisation d'antibiotiques dans les 6 semaines précédents les symptômes. Un audit d'hygiène portant sur l'hygiène des mains, le port des gants, le bionettoyage de l'environnement et des dispositifs médicaux a été effectué pour chaque cas. La consommation hospitalière d'antibiotiques comme les fluoroquinolones et les bêta-lactamines a été évaluée selon la dose définie journalière pour 1000 patients-jour. La consommation communautaire a été calculée selon le nombre de boîtes délivrées par les pharmaciens de ville.

RÉSULTATS

De février 2009 à janvier 2010, nous avons identifié 31 cas d'infections à CDO27: Dans les antécédents, 27 patients (97,1%) avaient bénéficié d'antibiotiques à large spectre large. Dans les 12 semaines précédents l'admission et au sein du CHU de Rennes, aucun contact n'a été identifié entre les cas. Les cas ont été traités dans des unités et par des équipes médicales ou paramédicales différentes. Les audits de contrôle des infections ont montré 100% de conformité avec les référentiels en vigueur dans l'établissement. La pression antibiotique hospitalière a été similaire entre 2008 et 2009. En revanche, la consommation communautaire en bêta-lactamines a augmenté de 8,7%.

CONCLUSION

Ces résultats suggèrent que les infections à CDO27 ont été acquises sous la pression antibiotique en communautaire et émergent pendant l'hospitalisation.

P-086

COMPLICATIONS SUR VOIES VEINEUSES PERIPHERIQUES : ENQUETE PROSPECTIVE

SALLES F., **WENDLING N.**, **DORIATH M.F.**, **KOHLBECKER C.**, **BLOISE A.**, **KESSLER B.**, **MEUNIER O.**

Centre Hospitalier Haguenau, HAGUENAU, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La pose d'une voie veineuse (CVP) reste un acte à risque infectieux par la mise en place de matériel étranger pour une durée prolongée. Or c'est un geste de soin extrêmement fréquent et banal dans le parcours de soins d'un patient hospitalisé. La fréquence du geste nécessite de vérifier que les éléments de la procédure de pose et d'entretien sont bien respectés. Les manipulations successives de la ligne de perfusion constituent ensuite un nouveau risque et des mesures d'hygiène s'imposent à chaque fois. Le risque est de voir se banaliser ce soin invasif au détriment des règles d'hygiène.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'EOH a mis en place une enquête prospective de surveillance des cathéters dans quelques services volontaires en utilisant l'échelle de surveillance des cathéters de Maddox. Sur une période donnée dans un service de soins, l'EOH s'est déplacée tous les jours pour vérifier l'état cutané des sites d'insertion des cathéters en place. On note ainsi la durée moyenne d'utilisation, les complications, leurs délais d'apparition et leur importance clinique.

RÉSULTATS

104 CVP ont été suivis dans 4 services pour des durées de 1 à 6 j, soit 246 j de cathétérisme. La durée moyenne de pose est de 2.3 jours et 84 % des CVP ont été maintenus pour des durées inférieures ou égales à 72 h, 4,5 % pour des durées supérieures à 96 heures.

Dans 26 cas (25 %) de CVP, des complications essentiellement mineures ont été observées :

indice 1 : 16 (62 %),

indice 2 : 7 (27 %),

indice 3 : 1 (4 %),

indice 4 : 1 (4 %),

indice 7 : 1 (4 %).

On ne déplore aucune complication régionale ou générale. Toutes les complications surviennent dans les premières heures d'utilisation du CVP et jamais lorsque le cathéter est en place pour des durées de plus de 96 h.

Dans 56 cas, le CVP est posé du côté controlatéral au côté dominant du patient. Les complications surviennent préférentiellement lorsque le patient est perfusé du côté homolatéral à son côté dominant (33 % versus 21 %, p = 0.09).

CONCLUSION

L'enquête est facile à mettre en place, elle permet de généraliser l'usage d'une grille de surveillance standardisée des CVP qui sera intégrée dans le dossier patient informatisé pour une utilisation quotidienne. L'enquête en elle-même, la présence de l'EOH dans les services et les résultats sont des nouvelles occasions de sensibiliser les professionnels au respect des consignes d'hygiène et des procédures pour ces soins fréquents. Dans notre étude, si les complications ne sont pas rares, elles sont précoces et sans gravité.

P-087

EPIDEMIE A PSEUDOMONAS AERUGINOSA BLSE SUITE A UNE GASTROSCOPIE

*VALLET C., BAJOLET O., LASSAULX A., CADIOT G., THIEFIN G., BUREAU-CHALOT F.
CHU, REIMS, FRANCE*

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les actes endoscopiques digestifs, de plus en plus pratiqués de nos jours, ne sont pas dénués de risques infectieux, risques liés notamment à l'utilisation de dispositifs médicaux réutilisables et non stérilisables. 4 cas d'infections/colonisations à *Pseudomonas aeruginosa* BLSE (PA BLSE) post gastroscopie ont été observés entre mai et juillet 2011 dans notre CHU. Les gastroscopies de ces 4 patients ont été réalisées avec le même gastroscopie qui a été retrouvé contaminé à cette même souche de PA BLSE.

L'objectif de notre travail était de maîtriser une épidémie à PA BLSE post gastroscopie.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Dès les 2 premiers cas signalés par le laboratoire de bactériologie, une enquête épidémiologique a été réalisée par analyse rétrospective des dossiers médicaux des patients. Des prélèvements microbiologiques de surface et d'eau en endoscopie ainsi que des prélèvements microbiologiques des endoscopes ont été réalisés par l'équipe opérationnelle d'hygiène. Un audit des pratiques en endoscopie digestive a été réalisé par la suite.

RÉSULTATS

Au cours de l'enquête épidémiologique, 2 nouveaux cas, ayant bénéficié d'une endoscopie digestive avec le même gastroscopie, ont été identifiés. Les prélèvements microbiologiques du gastroscopie en cause ont été immédiatement réalisés et sont revenus positifs à PA BLSE. Ce gastroscopie a été aussitôt envoyé en maintenance. Tous les gastroscopes ont été contrôlés

et les prélèvements sont revenus négatifs. Les prélèvements de surface et d'eau sont également revenus négatifs. L'audit des pratiques a montré notamment que les temps de nettoyage, rinçage et séchage des endoscopes étaient trop courts, que les canaux n'étaient pas irrigués après le premier nettoyage et que les écouvillons étaient de diamètre non adapté à tous les canaux. Les mesures suivantes ont été prises : resensibilisation des équipes à l'hygiène des mains et au respect scrupuleux des étapes du protocole d'entretien des endoscopes, changement de marché des écouvillons, stérilisation du matériel annexe de désinfection, acquisition d'une armoire de stockage des endoscopes, augmentation du parc endoscopique, passage à un détergent enzymatique et surveillance microbiologique des gastroscopes tous les 3 mois et tous les mois s'ils sont positifs.

CONCLUSION

Depuis juillet 2011, aucun autre cas n'a été identifié après la mise en place de ces mesures. Un nouvel audit des pratiques est en cours en endoscopie digestive ainsi que la rédaction et la mise en place d'un manuel d'assurance qualité commun à tous les secteurs d'endoscopie du CHU.

P-088

LA PREVENTION DES ONYCHOMYCOSES EN BALNEOTHERAPIE JUSTIFIE-T-ELLE UNE LIMITATION DES SOINS DE REEDUCATION ?

*ABBAS R., LEFEBVRE A., ASTRUC K., AHO-GLELE L.S.
CHU le Bocage - Dijon, DIJON, FRANCE*

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Afin de réduire l'introduction de germes pathogènes dans les piscines, les établissements de soins et les comités de lutte contre les infections nosocomiales recommandent de contre-indiquer les soins de balnéothérapie aux patients présentant une onychomycose. Les onychomycoses restent relativement longues à traiter si bien qu'à la fin du traitement la rééducation a dépassé la phase aiguë, phase au cours de laquelle la balnéothérapie a montré le plus d'efficacité. Nous avons réalisé une revue de la littérature pour évaluer le risque lié aux patients porteurs d'onychomycose en rééducation dans un service de balnéothérapie.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

La stratégie de recherche bibliographique comportait une première phase de recherche systématique sur base de données électroniques (Medline et ScienceDirect). Une seconde phase de recherche manuelle a été menée à partir de publications de sociétés savantes et des références d'une sélection d'articles issus de la recherche systématique.

RÉSULTATS

En population générale, la prévalence des onychomycoses variait de 3 à 10%. Les principales co-morbidités associées aux onychomycoses étaient le diabète, l'âge et l'immunodépression. Plusieurs facteurs de risques environnementaux sont retrouvés : la fréquentation des piscines, le port prolongé de chaussures fermées et la forte exposition à l'humidité. Cela conforte l'idée que le sol des piscines constitue un des facteurs majeurs de dissémination des agents responsables d'onychomycoses. Les agents étiologiques les plus fréquemment retrouvés, les dermatophytes, subsistent sur les surfaces humides et ils sont sensibles à de nombreux désinfectants.

CONCLUSION

Les soins de balnéothérapie exposent les patients de rééducation au risque de développer des onychomycoses. Il semble important d'étudier la contamination fongique des sols dans les services de balnéothérapie pour évaluer le niveau de ce risque. Il est à mettre en balance avec le bénéfice du traitement de rééducation en phase aiguë par la balnéothérapie. Il semble raisonnable de proposer l'accès aux soins de balnéothérapie aux patients porteurs d'onychomycose et aux autres patients à condition de maintenir un bon niveau de désinfection des surfaces et de proposer le port de chaussures de piscine. Il serait également intéressant de tester l'efficacité des mesures barrières en mesurant le taux de contamination fongique des sols avec le port de chaussures de piscines.

P-089

L'ALERTE SANITAIRE EN EHPAD

ARMAND N.⁽¹⁾, **FAURE C.**⁽¹⁾, **ROCHE M.**⁽¹⁾, **BURLAT P.**⁽²⁾, **HAJJAR J.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Centre Hospitalier de Valence, VALENCE, FRANCE ;

⁽²⁾ Délégation Territoriale ARS 26, VALENCE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les EHPAD sont tenus réglementairement d'inclure dans leur projet d'établissement, un volet concernant la gestion d'une crise sanitaire ou climatique (plan bleu). Fin 2008, un bilan des établissements en convention avec un service d'hygiène a montré que seuls 4 EHPAD sur 29 avaient rédigé ce document. Les établissements se mobilisent autour des recommandations issues de la pandémie grippale. «Un guide d'élaboration du volet infectieux du Plan Bleu » est rédigé par une équipe pluridisciplinaire.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le groupe de travail est composé des professionnels de deux équipes d'hygiène en convention avec des EHPAD non

rattachés à un établissement de santé et d'un médecin de la délégation territoriale de l'ARS. La rédaction s'appuie sur des documents déjà existants, des réflexions menées par les EHPAD ou le groupe de travail.

Un groupe de relecture a été défini.

RÉSULTATS

En 2009, 12 EHPAD sollicitent l'équipe d'hygiène pour la rédaction de leur volet infectieux.

Entre 2009 et 2011, 25 réunions de travail ont permis la rédaction du guide.

Le document s'organise autour d'un socle commun : la gestion de crise autour duquel pourront s'imbriquer les autres volets risques.

Le volet infectieux définit l'alerte par rapport à la crise et organise en conséquence la gestion de l'évènement. Il définit la communication auprès des différents acteurs tant internes qu'externes. Il s'articule en trois chapitres : les mesures préventives pour le soin, les mesures préventives organisationnelles et la survenue d'un évènement infectieux. Il fournit les outils nécessaires à la gestion d'une alerte ou d'une crise et présente trois particularités :

- la nomination et déclinaison des missions du référent épidémie;
- la définition de la cellule d'alerte ou de crise modulable selon la configuration de la crise;
- un plan de continuité des activités à adapter à la structure. Il permet la continuité des prises en charge en mode dégradé en cas d'absentéisme de 30% et limite la propagation de l'épidémie et l'afflux des personnes âgées à l'hôpital.

CONCLUSION

Ce guide répond aux attentes du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social qui prévoit que les établissements ont élaboré un plan de gestion d'une épidémie. Sa présentation lui permet d'être complété en prévision de la mise en place de la gestion des risques en secteur médico-social. Validé par l'ARS, il est diffusé aux établissements médico-sociaux de la région.

P-090

ETAT DE SANTE BUCCO-DENTAIRE ET ORGANISATION DES SOINS

LARGOT M.⁽¹⁾, **GHENO C.**⁽²⁾, **OVANESSIAN N.**⁽²⁾, **GRAIN A.**⁽¹⁾, **HAJJAR J.**⁽²⁾

⁽¹⁾ CH Saint-Marcellin, SAINT-MARCELLIN, FRANCE ; ⁽²⁾ Centre Hospitalier, VALENCE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans le cadre du programme de lutte contre les IAS (2009-2013) et du programme PRIAM (Juin 2009), une évaluation de la santé et de la prise en charge bucco-dentaire des résidents a été menée à l'initiative des correspondants en hygiène. Elle a été réalisée sur un ensemble de quatre EHPAD rattachés à un groupement d'établissements sanitaires et médico-sociaux représentant 537 lits d'hébergement.

Les objectifs sont au nombre de 4 : réaliser un état des lieux de la santé bucco-dentaire de l'ensemble des résidents, analyser la prise en charge, évaluer les besoins en soins, proposer un programme d'amélioration commun.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude prospective avec 3 questionnaires concernant la politique d'établissement, le « résident » et le « soignant ». Elle a été conduite par les correspondants en hygiène avec l'appui de l'EOHH d'avril à Mai 2011. Les questionnaires ont été validés par l'UFSBD (Union Française pour la Santé Bucco-dentaire).

RÉSULTATS

L'analyse porte sur 85 questionnaires « soignant » et 315 questionnaires « résident ».

Les points essentiels concernent l'autonomie de l'hygiène bucco-dentaire des résidents (35 % des cas), le brossage dentaire et les soins de bouche : réalisés respectivement pour 68% et 18% des résidents, la planification du soin : 35 % des cas avec une forte hétérogénéité entre établissement, mais des doléances des résidents et une insatisfaction des soignants beaucoup plus faibles lorsque le soin est planifié, une consultation dentaire depuis moins d'un an (16 % des résidents) à mettre en rapport avec le besoin d'un acte de thérapeutique bucco-dentaire (50 % des cas), la sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire déclarée par 82 % du personnel soignant à mettre en parallèle avec l'hétérogénéité constatée des pratiques.

Les propositions d'actions sont l'intégration d'une politique d'hygiène bucco-dentaire dans le projet de soins, l'instauration d'un bilan et d'un suivi bucco-dentaire, la réactualisation du protocole sur le soin de bouche, la formation du personnel et une sensibilisation des familles, l'organisation d'un réseau de prise en charge avec les chirurgiens dentistes libéraux.

CONCLUSION

L'étude met en évidence un besoin en soin important. Globalement l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées institutionnalisées semble perfectible. L'accès aux soins doit faire l'objet d'une réflexion et d'une prise en charge globale pour que l'hygiène bucco-dentaire contribue (prévention et traitement) à la qualité de vie de la personne âgée.

P-091

LA RMM APPLIQUEE A LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS : A PROPOS D'UNE EPIDEMIE D'INFECTIONS A CLOSTRIDIUM DIFFICILE 027 DANS UN SECTEUR DE SOINS DE SUITE ET DE REEDUCATION D'UN HOPITAL GERIATRIQUE

BAGHDADI N., DELABRIERE I., PERRIN A., PUISIEUX F., GUERY B., GRANDBASTIEN B.
CHRU de Lille, LILLE CEDEX, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

De novembre 2010 à février 2011, un secteur de soins de suite, réadaptation gériatrique a vécu une épidémie d'infections à *Clostridium difficile* (ICD) PCR-ribotype 027. Les mesures complémentaires ICD ont été instaurées mais l'épidémie n'a été maîtrisée qu'avec la mise en place d'un secteur dédié. Une revue de morbi-mortalité (RMM) a été organisée pour identifier les facteurs favorisant et les causes profondes de la survenue de l'épidémie.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Quatre dossiers ont été analysés selon la méthode ALARM lors d'une analyse collective et pluridisciplinaire, après une reconstitution chronologique des faits.

RÉSULTATS

Lors de la RMM, la discussion collective a permis d'identifier 2 défauts de soins : le mésusage de l'antibiothérapie et le non-respect des mesures de prévention. Ces 2 défauts se sont avérés corrélés à des facteurs

- 1) institutionnels (contrainte temporelle sur l'activité de soins et une pression à la production),
- 2) organisationnels (vulnérabilité de l'équipe avec absentéisme et notamment la nuit avec une mutualisation des équipes sur plusieurs étages)
- 3) environnementaux (turnover important de l'équipe aggravé par une épidémie concomitante de gastroentérite virale et un ratio important de nouveaux soignants en période de vacances de fin d'année),
- 4) liés à la difficulté d'accessibilité des procédures d'hygiène (procédure « traitement antibiotique des diarrhées » non actualisée),
- 5) liés aux individus (demande de supervision par l'infectiologue jugée parfois insuffisante ou formation au bionettoyage non généralisée à tous les ASH),
- 6) liés aux patients (défaut d'information des familles et impossibilité de faire appliquer les consignes par les patients déments).

Le plan d'actions correctives a proposé

- 1) de sensibiliser et d'évaluer les pratiques d'hygiène des professionnels avec un audit formatif sur les précautions standard,
- 2) de diffuser un triptyque d'information sur les ICD à destination des familles et
- 3) de réviser les protocoles d'antibiothérapie curative des ICD en gériatrie.

CONCLUSION

La prise de conscience collective de l'impact d'une épidémie a permis d'optimiser la réactivité de l'alerte et l'instauration des mesures de prévention lors d'une ICD, de prioriser les précautions standard dans le projet de service en 2011 avec la création d'un groupe de travail suite à l'audit formatif, de souligner la problématique des effectifs de ce secteur (un renforcement des ASH a été obtenu en 2012) et de déculpabiliser l'équipe soignante.

P-092

EVALUATION DES CONNAISSANCES DE L'INDICATEUR DE CONSOMMATION DE SOLUTIONS HYDRO-ALCOOLIQUES (SHA)

DAENEN P., CHEVREUIL F., CAUCHY L., TRONCHON I., D'HALLUIN F., LOUKILIN., FAURE K., GRANDBASTIEN B.
CHRU de Lille, LILLE CEDEX, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Depuis 2003, nous diffusons trimestriellement des tableaux de bord (TdB) rendant compte du niveau de consommation de solutés hydro-alcooliques (SHA). Ces TdB sont destinés aux médecins, aux cadres de santé et aux directeurs délégués des différents services et pôles. Ces indicateurs sont également présentés aux référents en hygiène. Il leur est demandé d'afficher les tableaux dans les services pour les diffuser largement. Afin de créer une nouvelle dynamique d'hygiène des mains, l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène a souhaité mesurer la connaissance et la perception des indicateurs auprès du personnel soignant.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Un quizz a été proposé aux équipes au cours des réunions « hygiène », visant i) les connaissances des professionnels concernant construction et la communication de l'indicateur (objectif fixé pour leur secteur, répartition des services en 4 classes – A à D - selon l'atteinte de l'objectif fixé, perception de cet objectif, quantité de SHA nécessaire pour une friction efficace), ii) la transmission des indicateurs (moyens de

transmission et de consultation) et iii) la perception de ces TdB (forme et contenu, fréquence d'envoi et affichage des indicateurs).

RÉSULTATS

Au total, 65 personnes, dont 75% du personnel paramédical, ont participé à cette évaluation. Les soignants identifiaient mal le secteur d'activité auquel ils appartiennent et seuls 43% ont su définir leur objectif de consommation exact. 40% des soignants sous-estimaient la quantité de SHA nécessaire pour une friction efficace. Ainsi, cet indicateur de consommation de SHA est mal compris des services. Il était cependant bien connu des soignants ; plus de 90% d'entre eux déclaraient que la transmission des tableaux de bord à l'équipe soignante était assurée et seuls 3% ne savaient pas où les consulter.

CONCLUSION

Des présentations détaillées de l'indicateur ont été refaites aux soignants en insistant sur les points négatifs de ces résultats. Le TdB lui-même a été revu, plus visuel. Un thésaurus a été distribué aux soignants, stipulant leur secteur d'activité et leur objectif selon leur service. Ce quizz, à l'instar des audits hygiènes des mains, a montré qu'il nous fallait insister sur la quantité de SHA nécessaire afin d'améliorer la qualité de la friction.

P-093

CONSOMMATION DE SOLUTES HYDRO-ALCOOLIQUES ET INCIDENCE DE S. AUREUS RESISTANT A LA METICILLINE

DAENEN P., TRONCHON I., D'HALLUIN F., ERB M., LOUKILI N., GUERY B., FAURE K., COURCOL R., GRANDBASTIEN B.
CHRU de Lille, LILLE CEDEX, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les programmes nationaux 2005-2008 et 2009-2013 font de l'utilisation des solutés hydro-alcooliques (SHA) une mesure princeps dans la prévention des infections nosocomiales, notamment contre la transmission de *S. aureus* résistant à la méticilline (SARM). Cette maîtrise de la transmission repose le plus souvent sur un bouquet de mesures de prévention. L'objectif de cette étude est de corréler l'évolution de la consommation des SHA à l'incidence de SARM dans un établissement de santé de grande taille.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Depuis 2003, l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) diffuse un indicateur trimestriel de consommation de SHA ainsi qu'un indicateur semestriel de l'incidence des bactéries multi-résistantes, dont le SARM. Ces deux indicateurs sont rapportés à l'activité de l'établissement mesurée en patients.jours (p-j). Un indicateur global est également calculé annuellement sur l'ensemble de l'établissement, reprenant, pour l'incidence de SARM, la méthodologie proposée par le ministère de la santé (SARM acquis ou importés, dédoublement macroscopique). La corrélation entre ces deux indicateurs a reposé sur le coefficient de Spearman (avec son IC95%).

RÉSULTATS

Entre 2003 et 2009, la consommation de SHA augmentée de 8,41 à 68,37 L/1000 p-j, puis à diminué à 62,67 L / 1000 p-j en 2010. En même temps, l'incidence de SARM baissait de 43%, passant de 0,97 à 0,52 / 1000 p-j en 2009, avant de remonter légèrement à 0,54 en 2010. La superposition de ces résultats annuels signait une évolution croisée. Cette corrélation inverse était parfaite, objectivée avec un coefficient de corrélation rho égal à - 1.

CONCLUSION

La baisse de l'incidence de SARM, concomitante à une hygiène des mains renforcée (montrée par une augmentation de la consommation de SHA, mais aussi par une plus grande observance), peut trouver des explications dans la mise en place également d'autres mesures de prévention (dont un renforcement de toutes les mesures d'hygiène, une diffusion du bon usage des antibiotiques, ... Cependant, l'inversion de la tendance, totalement symétrique à une moindre adhésion à la friction hydro-alcoolique entre 2009 et 2010, milite en faveur d'une relation causale entre hygiène des mains et incidence de SARM. Cette situation « quasi-expérimentale » est un argument fort pour d'avantage convaincre de l'importance d'une hygiène des mains irréprochable pour maîtriser la diffusion de SARM.

P-094

ACCIDENTS EXPOSANT AU SANG CHEZ LE PERSONNEL D'UN ETABLISSEMENT HOSPITALIER UNIVERSITAIRE: EVALUATION DES CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES.

DALI-ALI A., CHOUGRANI S., ZINA M., ZEMOUR L., AMIR-AID Z., BENAMAR H., BOUMANSOUR N., BENMAHAMED S., BENALLA L., AGAG F., MIDOUN N.
Etablissement Hospitalier Universitaire d'Oran: 1^{er} Novembre 1954, ORAN, ALGÉRIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Une étude a été réalisée, auprès du personnel d'un établissement hospitalier universitaire, ayant pour but d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques de ce dernier vis-à-vis des accidents exposant au sang (AES) et d'identifier un certain nombre de comportements à risque.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude descriptive, transversale, réalisée en 2009, au niveau d'un établissement hospitalier universitaire, après tirage au sort d'un échantillon aléatoire simple, ayant concerné 10% de son effectif, soit 57 personnels appartenant aux différentes catégories professionnelles. Le personnel cible a été soumis à un questionnaire uniformisé comportant différents items ayant traits aux AES.

RÉSULTATS

La définition exacte de l'accident exposant au sang n'était connue que par 7% du personnel enquêté dont 78% avaient une expérience professionnelle inférieure à 4 ans. Presque les deux tiers du personnel (61.4%) déclarent avoir été exposé à, au moins, un AES dont l'aiguille creuse en est la cause dans 88% des cas. Les notions de chimio-prophylaxie ou de séro-prophylaxie post-exposition étaient absentes chez tout le personnel. Il est à souligner, également, que la moitié du personnel n'était pas vaccinée contre l'hépatite B.

La déclaration de l'accident au service de médecine du travail n'a été faite que par 8.6% du personnel uniquement. Parmi les raisons de non-déclaration figurent, la méconnaissance et la négligence, chez 59% et 34.4% des cas respectivement.

Les principaux facteurs de risque identifiés par l'étude sont : le manque de connaissances, absence de vaccination contre l'hépatite B, non respect des précautions standard et une ancienneté supérieure à 2 ans dans le poste ($p < 0.01$).

CONCLUSION

Cette étude nous a permis de cibler les priorités d'action en matière de sensibilisation du personnel de cet établissement sur le respect des précautions standard ainsi que sur les risques encourus après un AES. Elle a également mis en exergue l'intérêt de mettre en place un système de surveillance continue des AES afin de connaître l'ampleur réelle du problème et de proposer les mesures de prévention adéquates.

P-095

VALIDATION MICROBIOLOGIQUE DE L'UTILISATION D'UNE ENCEINTE DE STOCKAGE D'ENDOSCOPES THERMOSENSIBLES

BRUNET V., BOUSSEAU A., PROUST S., THÉVENOT S., LATUS J., PETONNET C., LALAND C., CASTEL O.
CHU de Poitiers, POITIERS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les armoires de stockage des endoscopes thermosensibles (ESET), validées par les fabricants suivant la norme NFS98-030, rendent possible l'utilisation des endoscopes qui y sont stockés jusqu'à 72h après la dernière désinfection. Les recommandations SF2H-SFED de 2011 proposent un plan de qualification en condition d'utilisation de ces équipements. Lors de l'acquisition d'une armoire Soluscope® SC8000 par le service d'endoscopie digestive, ces recommandations n'étaient pas encore publiées. Notre travail a consisté à élaborer un plan de qualification des performances de l'armoire et à valider microbiologiquement son utilisation.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Qualification en 4 étapes :

- 1) Vérification de la qualité microbiologique des surfaces des tiroirs de l'ESET avant utilisation.
- 2) Contrôles microbiologiques des endoscopes avant leur mise en place dans l'ESET (1 endoscope attribué à chacun des 8 tiroirs).
- 3) Validation des performances de l'ESET
 - J0 : prélèvements de surfaces des connectiques et contrôle des 8 endoscopes.
 - J3 : prélèvements de surfaces des connectiques et des tiroirs et contrôle des 8 endoscopes.
- 4) Suivi à 6 mois : après 72h de stockage, prélèvements de surfaces des tiroirs et contrôle des 8 endoscopes.
 - Prélèvements de surfaces : écouvillons imbibés de neutralisant universel (AES) ensemencés sur Mueller Hinton (incubés à 37°C) et sur Sabouraud-Chloramphénicol (incubés à 22°C).
 - Contrôle des endoscopes : suivant le guide relatif au contrôle microbiologique des endoscopes (DGS/DHOS/CTINILS - mars 2007).

Etude de coût : application de la facturation des actes hors nomenclature du groupe de travail national piloté par le CHU de Montpellier.

RÉSULTATS

L'ensemble des prélèvements de surfaces s'est révélé satisfaisant (connectiques et tiroirs). Au cours de la validation, tous les endoscopes suivis se sont révélés conformes après 72h de stockage. Au cours du suivi à 6 mois, les résultats ont

été également satisfaisants. Le niveau d'alerte a été atteint seulement pour 1 endoscope. La facturation totale de cette qualification s'est élevée à 12752€. Le suivi annuel des tiroirs de l'ESET tel que demandé par la SF2H-SFED et le fabricant s'élève à 2134€.

CONCLUSION

L'utilisation de l'ESET a été validée dans nos conditions d'utilisation. Notre protocole s'est révélé conforme aux recommandations. L'ESET permet d'écourter le temps d'indisponibilité des endoscopes le matin et les retours de week-end, de réduire la consommation de détergent et de désinfectant (impact sur l'environnement) et d'améliorer la traçabilité.

P-096

IMPACT DU SUIVI DES DOSES DEFINIES JOURNALIERES (DDJ) SUR LA POLITIQUE DE BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES.

GOURBIL M., JEAN-BART E., CLEVE M., PARISET C., POMMIER C., BAUME M.O., MISSLIN P.
Centre Hospitalier Saint Joseph et Saint Luc, LYON, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En 2008, notre établissement avait adhéré au réseau national de surveillance de la consommation antibiotique (CA) dans la catégorie MCO (établissements privés de court séjour). En 2009, les moyens étaient réunis pour un bon usage des antibiotiques avec une classe A pour les deux indices ICALIN et ICATB. Cependant, la CA restait élevée. L'objectif était de faire une analyse longitudinale et transversale de la CA pour dégager des éléments d'explication et des axes d'amélioration.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

La CA à visée systémique était exprimée en DDJ pour 1000 jours d'hospitalisation. La CA globale, par secteur d'activité et par famille d'antibiotiques a été analysée de 2007 à 2010 puis comparée aux chiffres nationaux 2009.

RÉSULTATS

La répartition des lits par secteur d'activité était : 171 en médecine, 100 en chirurgie, 21 en obstétrique, 12 en réanimation, 15 en grands brûlés et 36507 passages aux urgences en 2009. En analyse longitudinale, la CA globale de 2007 à 2010 était respectivement de 755, 724, 758 et 639. La réanimation et les grands brûlés montraient les CA les plus importantes. Les trois familles d'antibiotiques les plus consommées étaient, comme au

niveau national, les pénicillines A, puis les céphalosporines de 3^{ème} génération et les fluoroquinolones. En 2010, la diminution de la CA concernait tous les secteurs d'activité et toutes les familles d'antibiotiques. En analyse transversale sur 2009, la CA était supérieure au 75^{ème} percentile national MCO (519) et se rapprochait plus de la médiane des hôpitaux militaires (676), les secteurs médecine et chirurgie montrant les plus grands écarts.

CONCLUSION

La CA élevée n'était pas due aux secteurs les plus consommateurs et s'inscrivait dans de bonnes pratiques, notamment pour l'amoxicilline en regard de la DDJ (1g) bien inférieure à la posologie usuelle (soit 12g/jour pour l'endocardite). La surveillance en réseau présente des limites. La catégorie MCO n'est pas représentative de notre établissement car elle est constituée en majorité de petits établissements de moins de 100 lits n'accueillant ni urgences, ni réanimation. Nous sommes donc pénalisés par le profil des patients pris en charge : chirurgie infectée non programmée, ostéite, endocardite. La comparaison par secteur d'activité est plus juste, mais elle est impossible pour le secteur des grands brûlés, qui n'est pas étudié dans le réseau. En 2010, suite à une évaluation des pratiques professionnelles et la création d'un comité anti-infectieux distinct du comité médicament, des mesures ciblées ont été prises (durée de traitement, réévaluation à 72h tracée, limitation des bithérapies).

P-097

EVALUATION DES PRATIQUES DE TRI DES DECHETS DE SOINS DANS UN ETABLISSEMENT HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

MIDOUN N., DALI-ALI A., BACHIRI S.M.

Etablissement Hospitalier Universitaire d'Oran: 1^{er} Novembre 1954, ORAN, ALGÉRIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le tri des déchets hospitaliers à la source n'est pas pratiqué systématiquement, faute de moyens et de formation des agents hospitaliers. En effet, on assiste à une absence totale de la prise en charge de la problématique DASRI. Le Ministère de la Santé dénonce l'insouciance qui règne dans nos hôpitaux, d'où le décret de 2007 qui devrait contribuer à une réorganisation et une prise en charge de la filière DASRI. L'objectif de notre étude est de faire un «état des lieux» de la gestion des DASRI au niveau de notre établissement hospitalier universitaire pour avoir une meilleure connaissance des pratiques, en décrivant, les types de collecte utilisés, les conditions d'emballages, les délais de collecte et les volumes de déchets produits.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Tous les services producteurs de DASRI ont fait l'objet d'une synthèse des informations recueillies à partir d'une fiche de gestion des déchets. Une analyse ponctuelle des pratiques de tri et d'acheminement des déchets en regard de la réglementation, a été réalisée.

RÉSULTATS

Parmi les 39 services visités, 11% d'entre eux effectuent un tri à la source. Seuls 66,7% disposent de sacs de couleur jaune et noir. L'affichage de la réglementation des couleurs a été observé dans 85,4% ; 56,1% disposent de collecteurs pour OPCT et dans 26,8% des cas, ils ont été retrouvés dans des sacs pour déchets mous. Les personnels semblent ne pas disposer d'informations suffisantes concernant les procédures de collecte. L'entreposage intermédiaire n'a été observé que dans 13,2% des cas. Ils jugent ne pas bien être suffisamment informé de la réglementation relative à l'élimination des DASRI.

CONCLUSION

L'évaluation des pratiques de tri a permis de mesurer la qualité de l'élimination des DASRI et d'analyser les problèmes organisationnels qui ont engendré la non application de la réglementation ; un programme de communication permettant d'optimiser la gestion des DASRI a été préconisé.

P-098

ETUDE CONNAISSANCE ATTITUDE ET PRATIQUE DES ACCIDENTS EXPOSANTS AU SANG

BERKANE A., TOUDEFT F.

CHU Tizi Ouzou, ALGER, ALGÉRIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La pratique d'un soin sur un patient s'établit en faisant appel aux connaissances théoriques qui définissent le déroulement de ce dernier.

Dans les pratiques courantes, les accidents liés à l'exposition du personnel hospitalier, de façon directe ou indirecte, au sang et/ou aux liquides biologiques contaminés par des micro-organismes pathogènes sont très fréquents.

D'après des études réalisées à l'échelle nationale qui ont déclarés un nombre de 42 hépatites virales dans l'année 2000 et un nombre de 75 dans l'année 2006 établie par la CNAS, permet de confirmer la prévalence de ces maladies professionnelles.

Objectifs :

- Evaluer le degré de connaissances, attitudes et pratiques (CAP) vis-à-vis des accidents exposant au sang.

- Evaluer la connaissance de la conduite à tenir lors d'un accident exposant au sang.
- Sensibiliser le personnel hospitalier, sur les précautions standards d'hygiène et de prévention

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude transversale portant sur deux volets :

- Etude des connaissances, attitudes, et pratiques (CAP) vis-à-vis des AES au niveau du service de chirurgie générale, du laboratoire central, et de l'unité 1 d'hémodialyse .
- un audit d'observation des pratiques liées aux actes invasifs du personnel paramédical au niveau du service de chirurgie générale

RÉSULTATS

Le taux de réponse globale était de 50% (n=105), mais ça nous permet d'analyser les connaissances du personnel vis-à-vis d'un AES.

La majorité des répondants ne connaissait pas, d'une manière exacte la définition d'un cas d'AES.

Les sources de contamination ainsi que les maladies transmissibles étaient connues par un tiers du personnel mais le risque de contamination par le HIV était connu par la totalité du personnel.

En effet, d'après nos résultats il existe une discordance entre le niveau de connaissance et les attitudes, pratiques du personnel d'où la nécessité d'une mise à jour par sensibilisation et formation.

CONCLUSION

Les AES sont fréquents et graves par leurs complications mais peuvent être réduits par un comportement sans risque pour cette raison le personnel doit maîtriser les connaissances vis-à-vis d'un AES.

La formation continue et régulière s'avère nécessaire pour atteindre un niveau optimum de connaissances afin de protéger le personnel soignant contre ce risque biologique et le cas échéant, lui assurer, avec sa participation, une conduite efficace sur le plan de soins, de suivi et d'indemnisation.

P-099

INVESTIGATION D'UNE EPIDEMIE DE TOXI-INFECTIION ALIMENTAIRE COLLECTIVE CHEZ LE PERSONNEL D'UN ETABLISSEMENT HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

DALI-ALI A., CHOUGRANI S., ZINA M., BACHIRI S.M., MIDOUN N.

Etablissement Hospitalier Universitaire d'Oran: 1^{er} Novembre 1954, ORAN, ALGÉRIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Depuis le 30 juin 2006, une circulaire ministérielle a interdit l'introduction dans les hôpitaux de nourriture provenant de l'extérieur mais cette mesure n'a en aucun cas prévenue la survenue de Toxi-infections Alimentaires Collectives (TIAC) au sein de certains hôpitaux de notre pays.

En effet, le 24 Juillet 2011, notre Etablissement Hospitalier Universitaire (EHU) a connu la survenue d'une TIAC, chez le personnel exerçant en son sein, une année après l'ouverture de la cuisine centrale.

L'objectif de notre étude était de décrire l'épidémie de TIAC et d'identifier l'aliment responsable.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit de l'investigation d'un épisode épidémique de Toxi-Infection Alimentaire Collective. Cette dernière s'est déroulée en deux phases : la première, descriptive, dont le but était de décrire l'épidémie selon ses différentes caractéristiques de temps, de lieu et de personnes. La seconde phase, analytique, s'est basée sur deux approches (cohorte et cas-témoins), et ce, dans le but d'identifier l'aliment responsable et de proposer les mesures de luttés adéquates.

RÉSULTATS

Le repas mis en cause était composé des aliments suivants, à savoir : purée, viande hachée, salade verte, carottes, olives, cornichons, mayonnaise, banane et jus. Le taux d'attaque était égal à 28.6 % (10/35) parmi l'ensemble du personnel ayant consommé ce repas. L'approche analytique de type cohorte a permis d'identifier la mayonnaise comme étant l'aliment responsable de la TIAC avec un OR = 9.02 [1.1 – 45.5]. Cependant, l'analyse microbiologique de l'aliment suspect était impossible, en raison de l'absence du plat témoin du 24 Juillet 2011.

CONCLUSION

L'investigation de cet épisode nous a permis d'identifier un certain nombre de points critiques relevés tout au long du processus de la chaîne de préparation culinaire. Ainsi, la prévention des TIAC doit constituer l'un des objectifs prioritaires de la sécurité alimentaire au sein de notre établissement, et doit s'inscrire dans le cadre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins.

P-100

SURVEILLANCE DE LA QUALITE BACTERIOLOGIQUE EN RESTAURATION HOSPITALIERE

ABOUDA Y.⁽¹⁾, ABOUDA Y.⁽¹⁾, MAHJOUR M.⁽¹⁾, BOUAFIA N.⁽¹⁾, MZOUGHRI R.⁽²⁾, NJAH M.⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU F Hached Sousse, SOUSSE, TUNISIE ; ⁽²⁾ Laboratoire régionale de santé publique, SOUSSE, TUNISIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'hygiène dans le secteur alimentaire est d'une importance capitale en milieu hospitalier. En fait, les micro-organismes peuvent proliférer et atteindre un seuil dangereux dans les cuisines où règnent des conditions de croissance optimale, c'est à dire une humidité relative importante et une température élevée. D'où le rôle que pourra jouer la surveillance bactériologique de la restauration hospitalière.

Dans cette optique s'inscrit notre travail qui va nous permettre d'évaluer le taux de contamination des denrées alimentaires et de l'environnement dans lequel sont produites (surfaces et locaux) et d'identifier les différents germes en cause (Flore aérobie mésophile, Coliformes totaux et fécaux, Anaérobies sulfite-réducteurs, Staphylocoques aureus et Salmonella). Il s'agit de surveiller de même le risque infectieux d'origine alimentaire en milieu hospitalier.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Entre 2005 et 2010, nous avons expertisé 502 échantillons qui ont été prélevés tout le long de la chaîne alimentaire du CHU (207 prélèvements de denrées alimentaires et 134 de surfaces, 102 équipements et matériels et 59 des mains). Les analyses ont été effectuées au laboratoire régional de santé publique. Les résultats sont interprétés suivant les normes et les critères légaux européenne et tunisienne.

RÉSULTATS

Les résultats obtenus pour les analyses bactériologiques ont bien montré une dégradation du taux moyen de contamination entre les trois mesures et pour les trois années d'études (2005, 2007 et 2010) qui est respectivement 34%, 24% et 14%.

CONCLUSION

D'après cette étude le risque de toxi-infection alimentaire collectif semble important, mais la dégradation du taux globale de non-conformité est rassurante, d'où le rôle d'une telle surveillance bactériologique des aliments qui présente un triple intérêt : s'assurer de l'absence de contamination bactérienne des aliments dispensés aux hospitalisés, avoir une valeur éducative pour le personnel de cuisine ; enfin contrôler de façon globale, la qualité du travail tout au long de la chaîne de préparation des aliments.

P-101

PREVENTION DU RISQUE INFECTIEUX EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES : LES FICHES TECHNIQUES DES CCLIN/ARLIN SUR INTERNET

BERNET C.⁽¹⁾, BAUD O.⁽²⁾, BERTIN HUGAULT F.⁽³⁾, BESSON M.⁽²⁾, P.⁽⁴⁾, ERTZSCHEID M.A.⁽⁵⁾, FAURE C.⁽⁶⁾, GRISI B.⁽⁷⁾, LANDRIU D.⁽⁸⁾, LARROUMES N.⁽⁹⁾, LEJEUNE B.⁽⁵⁾, LORY A.⁽¹⁰⁾, VERNIER N.⁽¹¹⁾, ZARO-GONI D.⁽¹²⁾, ARMAND N.⁽⁶⁾, SAVEY A.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Cclin Sud Est, Saint Genis Laval, FRANCE ; ⁽²⁾ Arlin, Auvergne, Clermont-Ferrand, FRANCE ; ⁽³⁾ Korian, Lyon, FRANCE ; ⁽⁴⁾ Ars, Rhône Alpes, Lyon, FRANCE ; ⁽⁵⁾ Cclin Ouest, Rennes, FRANCE ; ⁽⁶⁾ Ch De Valence, Valence, FRANCE ; ⁽⁷⁾ Ch De Villefranche, Villefranche, FRANCE ; ⁽⁸⁾ Cclin Paris Nord, Paris, FRANCE ; ⁽⁹⁾ Espri Lyon Rhône, Lyon, FRANCE ; ⁽¹⁰⁾ Arlin, Paca, Marseille, FRANCE ; ⁽¹¹⁾ Cclin Est, Nancy, FRANCE ; ⁽¹²⁾ Cclin Ouest, Bordeaux, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans le cadre du Programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social (MS) 2011-2013, chaque structure concernée notamment des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) est amenée à évaluer le risque infectieux et à en apprécier le niveau de maîtrise. Nombre de ces établissements ont déjà pris en compte ce risque auquel sont confrontés des résidents très dépendants et fragiles et ont mis en place les mesures. Tous n'ont pu encore se mobiliser.

Les EHPAD ont à leur disposition un outil d'auto-appréciation de leur niveau de maîtrise du risque infectieux élaboré par le Groupe d'Evaluation des Pratiques en Hygiène Hospitalières (GREPHH) réunissant les 5 CCLIN. L'objectif a été de proposer aux professionnels un recueil de fiches techniques et de protocoles permettant d'améliorer les situations identifiées lors de l'évaluation.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

A partir d'avril 2011, un CCLIN a coordonné un groupe de travail regroupant les 5 CCLIN et des intervenants dans les EHPAD (hygiénistes, infirmières, praticiens et qualitatifs).

Le groupe a retenu parmi les nombreux travaux existants, les documents les plus pertinents en fixant comme critères : la spécificité EHPAD, les documents synthétiques, une publication récente pour répondre aux réglementations, une rédaction par des professionnels avec une validation des CCLIN et/ou de l'ARLINauteur de la fiche.

Il a donc été exclu du document tout texte réglementaire. Il n'a été repris que les données pouvant être utiles et répondant aux critères de l'auto-appréciation.

Afin d'identifier facilement les thèmes, le classement reprend les chapitres thématiques du sommaire du manuel du GREPHH.

RÉSULTATS

Au mois de décembre 2011, cette organisation a permis de proposer 38 documents techniques consultables à partir du site du ministère et/ou des CCLIN. Tout document sélectionné est personnalisable par l'EHPAD par une cartouche disponible.

CONCLUSION

Des recommandations pratiques sont maintenant accessibles à tout professionnel des établissements MS qu'ils devront apprendre à faire vivre dans leur structure, avec un recours possible à l'expertise des équipes opérationnelles d'hygiène et du réseau des CCLIN-ARLIN. Toutes les thématiques ne sont pas accompagnées d'outil pratique. Aussi, le groupe de travail, se propose d'y répondre en 2012. Un questionnaire de satisfaction est proposé afin de pouvoir réajuster l'outil si besoin.

P-102

STERILISATION DES DISPOSITIFS MEDICAUX REUTILISABLES: RESULTATS D'UN AUDIT REALISE DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE EN 2009

BRAHIMI G., BELKAID R., LARINOUNA A., SOUKEHAL A.
CHU Béni-Messous, ALGER, ALGÉRIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

la stérilisation en milieu hospitalier est une activité fondamentale dans la lutte contre les infections associées aux soins

La sécurité des procédures de désinfection est difficile à garantir dans nos hôpitaux en raison du manque de référentiels normatifs et de la multiplicité des personnes impliquées.

L'objectif de l'audit :

Évaluer la disponibilité des ressources matérielles liées au processus de traitement et de stérilisation des DM (Dispositifs Médicaux) réutilisables dans les établissements de santé publique.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'un audit externe réalisé par des praticiens inspecteurs de la santé dans l'ensemble des établissements de santé de la wilaya (CHU, EHS, EPH, EPSP) durant la période du 7 au 9 février 2009. Pour chaque catégorie d'établissements, un minimum de services à auditer a été établi, et des canevas ont été documentés. L'analyse des données a été réalisée sur le logiciel Epi-info6

RÉSULTATS

35 établissements totalisant 124 services ont été audités dont 29 (23.2%) services des 4 CHU de la Wilaya, 44 (35.2 %) services

des 13 EHS, 15(12%) services des 8 EPH et 37(29.6%) des 10 EPSP. Le Poupinel[®] existe dans 65.6% des services inspectés et l'autoclave dans 1 service sur 3 (36.8% des cas. Parmi les 125 services inspectés, 80 (64%) stérilisent le matériel médico-chirurgical dans un Poupinel[®], 29.6% (37/125) stérilisent le matériel médico-chirurgical dans un autoclave. Le nettoyage et la désinfection du matériel médico-chirurgical ne sont pas toujours réalisés avant la stérilisation au Poupinel[®] (53.6% au niveau EPSP, 55.5% au niveau EHS, et 84.6% au niveau des EPH) et avant la stérilisation à l'autoclave dans 71.7% des cas. Le conditionnement du matériel s'effectue dans 15.2% des cas. Le test à vide (le test de Bowie et Dick) est effectué avant la première stérilisation dans seulement 15.2% des cas. Les témoins physico-chimiques ne sont jamais effectués avant la stérilisation dans les CHU et les EPSP, ils sont utilisés dans 8.3% des EHS et dans 12.5% des EPH.

CONCLUSION

Cet audit a mis en évidence le non respect des normes de stérilisation des dispositifs médicaux et chirurgicaux dans nos établissements de soins. L'efficacité de la stérilisation nécessite la mise en place d'une organisation fiable basée sur un système d'assurance de la qualité et des bonnes pratiques de pharmacie hospitalière.

C'est pourquoi, notre CHU a choisi comme thématique de ses Journées de 2012: « La stérilisation ».

P-103

CONNAISSANCE DES PRECAUTIONS STANDARD PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE : RELATION ENTRE DECLARATIONS ET RESULTATS DE L'EVALUATION

ATIF M.L.⁽¹⁾, **BRENET A.**⁽¹⁾, **WOLNY D.**⁽²⁾, **BATICLE E.**⁽³⁾, **DELAMARE N.**⁽³⁾, **HAUET M.**⁽⁴⁾, **JOLIBOIS B.**⁽⁵⁾, **HAGEAUX S.**⁽⁶⁾, **ASTAGNEAU P.**⁽⁷⁾, **KADI Z.**⁽¹⁾, **POUR LE GROUPE DE TRAVAIL RÉGIONAL PS.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Cclin Paris-Nord, Amiens, FRANCE ; ⁽²⁾ CHU, Amiens, FRANCE ; ⁽³⁾ CH, Beauvais, FRANCE ; ⁽⁴⁾ CH, Chauny, FRANCE ; ⁽⁵⁾ CH, Compiègne, FRANCE ; ⁽⁶⁾ CH, Saint Quentin, FRANCE ; ⁽⁷⁾ Cclin Paris Nord, Paris, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Afin d'évaluer le niveau de connaissance des précautions standard des professionnels de santé d'une région, une enquête a été proposée aux établissements de santé (ES) publics et privés durant le premier semestre 2010. L'objectif de ce travail était d'étudier la relation entre la déclaration de connaissance des participants et les résultats de l'évaluation de leurs connaissances.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les données ont été recueillies sur la base d'un questionnaire auto administré et anonyme comprenant une question de déclaration de connaissance et 10 questions d'évaluation des connaissances. La réponse correcte à au moins 8 questions de connaissance sur 10 définissait un « bon niveau » de connaissance. L'enquête a été coordonnée au sein des ES par les professionnels en hygiène. Afin d'assurer l'anonymat, des urnes ont été utilisées.

RÉSULTATS

Au total, 34 ES ont participé à cette enquête au sein desquels 4439 professionnels ont rempli un questionnaire. A la question de déclaration de connaissance des précautions standard, 884 (20,7%) ont déclaré ne pas connaître les mesures à prendre ; 2452 (57,4%) connaître à peu près les mesures et 938 (21,9%) connaître tout à fait les mesures des PS. Un « bon niveau » de connaissance des PS était retrouvé chez 23,2% des participants qui ont déclaré ne pas connaître les mesures ; 41,2% des participants qui ont déclaré connaître à peu près les mesures et 51,9% des participants qui ont déclaré connaître tout à fait les mesures ($p < 0,001$). Selon la catégorie professionnelle, le pourcentage de « bon niveau » de connaissance parmi les participants qui ont déclaré connaître tout à fait les mesures était de 68,5% pour les infirmiers ; 37,5% pour les médecins ; 36,3% pour les aides soignants et 13,6% pour le personnel technique.

CONCLUSION

Il apparait que la déclaration de connaissance a nettement surestimé le niveau de connaissance réel des précautions standard par les professionnels de santé. Au vu de ces résultats, les programmes de formation devraient prendre en considération avec prudence les déclarations de connaissance préalables des participants.

P-104

GUIDE DE PREVENTION DES INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS EN HOSPITALISATION A DOMICILE

CHAPUIS C.⁽¹⁾, **MONIER S.**⁽²⁾, **SAVEY A.**⁽²⁾

⁽¹⁾ Hospices Civils de Lyon, SAINT GENIS LAVAL, FRANCE ;

⁽²⁾ Cclin Sud Est, SAINT GENIS LAVAL, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'hospitalisation à domicile (HAD) est une alternative à l'hospitalisation en établissement de santé avec hébergement, qui permet d'assurer au domicile du malade des soins médicaux

et para médicaux continus et coordonnés. Elle concerne des malades de tous âges. La lourdeur des pathologies et des soins pratiqués exposent tout particulièrement les patients d'HAD au risque d'infections associées aux soins. Les structures d'HAD sont soumises aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers conventionnels en matière de certification, sécurité, qualité des soins et lutte contre les infections associées aux soins. Néanmoins, le patient évolue dans son environnement habituel et certains paramètres apportent, par rapport à l'hospitalisation conventionnelle, une problématique supplémentaire dans l'application de certaines mesures de prévention du risque infectieux: L'objectif de la démarche est de mettre à disposition des HAD un document de référence, leur permettant l'appropriation et la mise en place des référentiels de prévention du risque infectieux dans le contexte propre des soins à domicile.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le comité de pilotage regroupant des représentants de la FNEHAD et des CCLIN, des professionnels d'HAD et des hygiénistes a défini la méthodologie, les objectifs et les thèmes. Les experts, médecins et infirmiers coordonnateurs d'HAD, médecins et infirmiers hygiénistes ont ensuite rédigé les recommandations en se basant sur l'analyse de la littérature et sur leur propre expérience dans ce domaine. Une relecture du guide est réalisée par des professionnels de l'HAD, des hygiénistes et des libéraux.

RÉSULTATS

Le guide a été subdivisé en 7 chapitres : risque infectieux en hospitalisation à domicile, organisation de la prévention du risque infectieux, hygiène et organisation des soins, logistique, prévention du risque infectieux chez les professionnels, gestion des déchets d'activité de soins, éducation des patients et des aidants. Le guide sera disponible sous format informatique téléchargeable.

CONCLUSION

Le choix a été fait de ne pas reprendre les référentiels techniques de réalisation des soins applicables à tous les établissements de santé mais de fournir un outil permettant l'adaptation et la mise en œuvre de ces recommandations (tenue professionnelle, précautions standard, soins respiratoires, gestion du matériel, interface avec les prestataires...) au domicile. Ce guide, issu d'une collaboration multidisciplinaire, sera mis à disposition en juin 2012.

P-105**QUELLES SOLUTIONS POUR DES MAINS SANS BIJOUX ?**

MINCHELLA A., MOMBERTAND N., PIERRE C., THEZENAS S., SAMALIN E.
CRLC Val d'Aurelle, MONTPELLIER, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les bijoux aux mains et aux poignets sont bien connus pour être des vecteurs de micro-organismes.

Ils sont pourtant encore nombreux parmi les professionnels de santé. Depuis 2010, nous menons une campagne soutenue pour modifier ces habitudes dans notre établissement (Centre de lutte contre le cancer 210 lits) : informations intra-service, boîte à coucou, audits, rétro-information à l'aide de posters individualisés par service, mise en place d'un indicateur de consommation des solutions hydro-alcooliques, organisation de journées d'information avec tombola...

Nous mesurons l'impact de nos actions sur les pratiques après deux ans et demi de campagne.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous évaluons les prérequis pour une bonne hygiène des mains (présence de bijoux, de vernis, longueur des ongles et des manches) sous forme d'un quick audit, un jour donné, auprès de l'ensemble des personnels soignants dans tous les services de soins. Trois audits ont été réalisés :

Un premier audit en mai 2010 (A); un 2^{ème} audit en juillet 2011 après la mise en place de la campagne (B) ; un 3^{ème} audit en septembre 2011 réalisé lors de la visite de certification pour laquelle la consigne de l'absence de bijoux avait été reprise par la direction des soins infirmiers (C).

RÉSULTATS

586 personnels ont été audités (A : 227 ; B : 168 ; C : 191). On observait respectivement pour les évaluations A, B et C : Bagues : 41%, 33%, 10% (pB-C<0,0001) ; montre : 25%, 20%, 8% (pB-C=0,0006) ; bracelets : 23%, 19%, 4% (pB-C<0,0001) ; ongles longs : 16%, 8%, 2% (pB-C=0,0047) ; vernis : 4%, 0%, 1% (pA-B=0,0155 ; pB-C=0,0055) ; French manucure : 1%, 0%, 1% ; ni montre ni bijoux, ni manches ongles, ongles courts en sans vernis (tout OK) : 38%, 49%, 78% (pA-B=0,0299 ; pB-C<0,0001).

CONCLUSION

On observe globalement une amélioration des prérequis pour l'hygiène des mains entre l'évaluation A et l'évaluation B suite au travail d'information mené par l'Equipe d'hygiène. Cependant, on note un net changement de comportement lors

de la visite de certification avec une diminution significative du port de bagues, montre, bracelet, ongles longs, vernis.

Nous concluons donc que si les efforts de l'EOHH portent leurs fruits, l'engagement de la direction dans cette campagne est fondamental.

P-106**BON USAGE DES ANTISEPTIQUES**

MINCHELLA A., MOMBERTAND N., POUJOL S., SAMALIN E.
CRLC Val d'Aurelle, MONTPELLIER, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'antisepsie sur peau saine est un acte de soin fondamental dans la prévention des infections, très fréquent, simple d'application et pourtant souvent mal réalisé par les acteurs de santé.

Il nous semblait donc important de travailler sur ces pratiques dans notre établissement (Centre de lutte contre le cancer - 210 lits).

Avant d'actualiser la procédure, de référencer un antiseptique alcoolique et de mettre en place des formations dans chaque service, nous avons réalisé un état des lieux des pratiques d'antisepsie.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'étude a été réalisée sur une journée en juillet 2011 dans toutes les unités de soins et médico-techniques : 4 unités de médecine, 3 de chirurgie, 1 d'hospitalisation de jour.

Elle a été conduite par l'Equipe d'hygiène selon un questionnaire évaluant la réalisation d'une déterision, le choix de l'antiseptique et le temps de séchage de l'antiseptique.

RÉSULTATS

99 gestes impliquant une antisepsie ont été décrits : 14 poses de cathéter veineux périphérique (CVP) et 1 central (CVC), 13 poses d'aiguille de Huber, 23 prélèvements pour hémoculture, 2 sondages urinaire, 31 injections-prélèvements, 1 petite chirurgie, 14 ponctions (pleurale, lombaire, d'ascite).

Les personnels interrogés étaient des IDE (76%), des médecins (10%), des internes (8%), des cadres (2%) et des manipulateurs radio (4%). 65% ne vérifiaient pas la date d'ouverture de l'antiseptique avant de l'utiliser.

La déterision avant acte à risque était réalisée dans 82% des cas. Les antiseptiques utilisés étaient : la PVP iodée dermique (67%), l'alcool modifié (24%), la chlorhexidine aqueuse (3%), la PVP gynécologique (1%), l'alcool iodé (3%).

Le séchage spontané de l'antiseptique était respecté dans 62% des cas.

Globalement, l'antisepsie était conforme dans 56% des cas : 42% des poses de CVP, 100% des poses de CVC, 92% des poses d'aiguille de Huber, 48% des prélèvements pour hémoculture, 100% des sondages urinaires, 48% des prélèvements et des injections, 100% des gestes de petite chirurgie, 50% des ponctions.

CONCLUSION

On constate un réel désintérêt des soignants vis-à-vis des antiseptiques et un mésusage important : pas de déterision, pas de temps de contact, pas de date d'ouverture...

Les principales raisons évoquées étaient la méconnaissance de ces médicaments.

Suite à cette étude, un antiseptique alcoolique a été référencé, une rétro-information et une formation sur le bon usage des antiseptiques a été réalisée dans l'ensemble des services.

Nous réaliserons une évaluation au deuxième trimestre 2012 afin d'évaluer la portée de cet investissement.

P-107

MAINS SANS BIJOUX POUR LES SOIGNANTS : UN DEFI RELEVÉ EN SECTEUR DE GERIATRIE

BATTAGLIOTTI P.⁽¹⁾, **BOISSON L.**⁽²⁾, **MANIN F.**⁽²⁾, **CHAPUIS C.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Hôpital Henry Gabrielle, Saint Genis Laval, FRANCE ; ⁽²⁾ Hôpital de Fourvière, LYON, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Un établissement gériatrique s'est engagé depuis plusieurs années dans une politique active d'amélioration des pratiques d'hygiène des mains. Une ou plusieurs actions annuelles sont définies par le CLIN : formations, réactualisation des protocoles si nécessaire, sensibilisation du personnel par la mise en œuvre d'audits par observations, campagne de communication par affichage, participation à la journée mondiale des mains.

Dans la continuité de cette démarche globale, une campagne « mains sans bijoux » est débutée en 2011.

L'objectif est d'obtenir une amélioration durable de l'observance du non port de bijoux durant l'activité professionnelle par l'ensemble des soignants et intervenants sur la structure.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Plusieurs moyens sont mis en œuvre pour cette démarche : une méthode participative pour laquelle il a été proposé aux professionnels volontaires de chaque secteur d'activités de réaliser un support illustrant le non port de bijoux. Ils sont ensuite exposés lors de la Journée mondiale des mains du 5 mai dans le hall du bâtiment principal. Les professionnels sont

invités à venir voter pour leur support préféré.

Un quick-audit bijoux précède cette démarche puis est renouvelé tous les 6 mois de façon à soutenir la motivation des professionnels.

L'incitation au non port de bijoux est renforcée par la remise d'une épingle à bijoux lors de l'exposition pré citée et à l'embauche des nouveaux professionnels.

RÉSULTATS

Les professionnels médicaux et para-médicaux de 7 unités de soins / 8, du service d'animation, de consultations et de la pharmacie ont créé 10 supports originaux (affiches, vidéo, dessin).

123 personnes ont visité l'exposition, représentant les 2/3 des soignants présents ce jour-là. C'est une vidéo qui remporte les suffrages, illustrant de façon ludique la motivation d'un service de soins au non port de bijoux.

Les résultats des deux quick-audits menés en 2011 mettent en évidence avant et après la formation une stabilité des résultats pour l'absence de bijoux sur les mains à 75% (l'alliance restant très présente) et une légère amélioration pour ceux concernant les poignets, passant de 83% à 85%.

CONCLUSION

Cette démarche a permis de sensibiliser l'ensemble des professionnels dès la présentation du projet, de renforcer la cohésion d'équipe pour les services participants et de favoriser la lisibilité d'un engagement institutionnel fort dans le domaine de l'hygiène.

Le non port de bijoux représente encore un changement de pratique pour de nombreux soignants. La poursuite de la démarche devra s'appuyer sur un engagement individuel plus marqué.

P-108

QUAT'PATTES EN MILIEU DE SOINS : UNE PRESENCE ENCADRÉE

BATTAGLIOTTI P.⁽¹⁾, **FOSSIER-VARNAY N.**⁽²⁾, **LARROUMES N.**⁽¹⁾, **FOUCHER C.**⁽²⁾, **CHAPUIS C.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Hôpital Henry Gabrielle, SAINT GENIS LAVAL, FRANCE ; ⁽²⁾ Centre Iris, MARCY L'ETOILE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les contacts entre l'homme et l'animal peuvent engendrer un risque infectieux chez l'humain : en particulier en cas de morsures, griffures ou par les déjections. Néanmoins, de nombreuses études ont montré des bénéfices pour les patients en présence de l'animal dans des activités de rééducation

ou d'animation. Parallèlement, on note le développement de la zoothérapie et cynothérapie en secteur médico-social et structures de soins.

Une équipe inter-établissements a souhaité faire un état des lieux concernant les moyens mis en place pour la prévention du risque infectieux dans les structures de son secteur accueillant des animaux.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une rencontre avec les infirmières hygiénistes et les référents encadrant l'animal a permis d'évoquer les thèmes suivants, retenus après une revue de la littérature :

- Suivi sanitaire / hygiène de vie
- Protocoles et procédures concernant l'entretien des locaux, zone de déjection, hygiène des mains
- Consignes et informations données aux patients et familles

RÉSULTATS

La présence d'un chat est relevée dans trois EHPAD : ils font en général l'objet d'un suivi vétérinaire en terme de vaccinations et vermifugation. Les chiens sont présents dans deux établissements dont un seul propose un projet de soin formalisé incluant de possibles interventions du chien auprès des patients. Pour ce faire, de nombreuses mesures sont mises en place dans le cadre de la prévention du risque infectieux : suivi sanitaire protocolisé (consultation vétérinaire, vermifugation, traitement anti-parasitaire), hygiène de vie contrôlée (alimentation, hygiène des dents, brossage), entretien de la zone de repos du chien mais aussi consignes aux patients en terme d'hygiène des mains après contact avec l'animal, circuit interdisant l'accès au chien des zones de restauration et de soins, y compris les chambres. Celui-ci ne doit pas avoir de contact avec un patient sous perfusion (voie veineuse périphérique ou centrale) ou porteur de fixateurs externes.

CONCLUSION

La présence d'un animal auprès des patients ou des résidents en EHPAD est le plus souvent plébiscitée. Pour qu'elle puisse être pérennisée, l'hygiène des mains après tout contact est une mesure d'hygiène incontournable ; de plus, il est indispensable que ce risque infectieux soit pris en compte sous la forme de protocoles concernant l'entretien de l'environnement et de procédures comme la définition d'un exact circuit de déambulation pour le chien.

P-109

EXPOSITION MECONNUE A UN RISQUE ENVIRONNEMENTAL : A PROPOS D'UNE ALERTE LIEE A L'EAU D'UN UNIT DENTAIRE

DEBOSCKER S., FOEGLÉ J., BELOTTIL., FREYMAN M., ENNAHAR-VUILLEMIN M., MÉNARD C., SCHMITTBUHL M., LAVIGNE T.

Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, STRASBOURG, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'activité bucco-dentaire est un bon exemple de situation où l'eau entre dans le champ du soin de manière directe. La gestion du risque infectieux lié à cette eau est une thématique peu connue. La littérature rapporte quelques cas d'infections mais il est difficile de faire la relation avec une exposition à de l'eau contaminée d'unités dentaires.

Cette communication décrit la gestion d'une alerte consécutive à la découverte d'une contamination d'un unit dans un de nos centres de soins dentaires.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une analyse systématique des points de défaillance a été effectuée en s'appuyant sur une démarche progressive de prélèvements d'eau (réseau et unit) après étude du réseau d'eau, de l'anatomie et du fonctionnement d'un unit dentaire. Une revue de la littérature a été réalisée pour préciser les seuils d'alerte et d'action en matière de gestion de l'eau des unités.

RÉSULTATS

Début 2010, le centre de soins dentaires concerné a alerté l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) de la présence d'eau brunâtre à la sortie d'un instrument. Des prélèvements d'eau ont été demandés et objectivaient la présence de micro-organismes (*P. aeruginosa* notamment). Des mesures immédiates ont été prises par l'EOH (blocage de l'unit, alerte du service biomédical, prélèvements) et les services biomédicaux (désinfections des circuits internes, changements de circuits) afin de maîtriser ce problème.

Des prélèvements ont également été réalisés sur les autres unités de ce site. Ceux-ci montraient des anomalies amenant à la mise en place de mesures supplémentaires.

Suite à l'impact insuffisant des premières mesures, un système de désinfection chimique continue des circuits internes des unités a été installé afin de pouvoir réutiliser les unités bloquées. Des investigations complémentaires ont été effectuées dans le même temps par les services techniques pour trouver l'origine de la contamination. Celle-ci était liée à la configuration du réseau d'eau et à la contamination de l'adoucisseur.

CONCLUSION

Depuis cet incident, le risque infectieux lié à l'eau des unités dentaires est pris en compte dans la gestion du risque infectieux en odontologie. Après une revue détaillée de la littérature, des échanges avec les odontologues et une réflexion avec le laboratoire d'hygiène, cette alerte a conduit à la mise en place, par l'EOH, d'un plan de maintenance préventive des unités et d'un guide d'interprétation des analyses microbiologiques. La gestion du risque infectieux lié à l'eau des unités dentaires est un bon exemple de travail collaboratif entre les soignants, les services biomédicaux, techniques et d'hygiène.

P-110

SURVEILLANCE DES ACCIDENTS D'EXPOSITION AU SANG : ETUDE DE LA SOUS-POPULATION DES ELEVES SUR LES DONNEES CUMULEES DE 2004 A 2010

*INGELS A., JARNO P., PERENNEC M., VIALARD C., NEVEU C., COURGEON M.
CHU Rennes, RENNES, FRANCE*

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La surveillance des Accidents d'Exposition au Sang (AES) est menée depuis 1999 sur l'ensemble des établissements de santé (ES) français volontaires. Pour l'inter région Ouest, elle fait l'objet d'une analyse complémentaire portant sur la population des élèves.

L'objectif est d'évaluer l'évolution du nombre d'AES chez les élèves au cours du temps, estimer le taux d'incidence et le comparer à celui des autres professionnels, afin d'identifier des comportements et/ou des risques d'exposition différents.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une enquête longitudinale utilisant les données AES région Ouest de 2004 à 2010. Seuls les ES ayant déclaré un nombre d'ETP élèves ont été gardés. Les étudiants/internes sont considérés comme non élèves. Les tests utilisés sont le test du χ^2 pour la comparaison de 2 proportions, le test du χ^2 de tendance linéaire pour comparer des proportions sur plusieurs années et le test de Student pour comparaison de moyennes de 2 échantillons indépendants.

RÉSULTATS

8940 AES ont été retenus pour l'analyse de 2004 à 2010. En 2010, un AES sur 10 concerne les élèves. Le taux d'incidence est significativement plus faible chez les élèves : 2,6 [2,5-2,8] versus 3,9 [3,8-4,0]. Dans les 2 groupes, la baisse des taux d'incidence est significative au cours du temps.

Certaines caractéristiques des AES sont plus fréquentes chez les élèves : il s'agit le plus souvent de piqûres (83% des AES chez les élèves), lors de manipulation d'aiguilles (injections) et lors de prélèvements. Ces AES chez les élèves surviennent davantage en juillet et dans les services de médecine principalement, et de chirurgie. L'élève se blesse plus souvent seul. Le respect des pratiques de prévention (gants, conteneur) est plus fréquent. De plus, certaines pratiques de soins immédiats sont aussi plus souvent appliquées chez les élèves (lavage des mains, suivi sérologique, utilisation d'un antiseptique). En revanche, un traitement prophylactique est moins souvent initié.

CONCLUSION

Cette étude confirme un taux d'incidence d'AES plus faible chez les élèves et diminuant au cours du temps. Elle permet de caractériser ces événements dans la population particulière des élèves, notamment le respect des pratiques de prévention et de soins immédiats.

P-111

ATELIERS PCH. UNE FORMATION INTERACTIVE POUR UNE APPLICATION EFFICACE.

LARROUMES N.⁽¹⁾, BATTAGLIOTTI P.⁽¹⁾, CARROT C.⁽²⁾, GIROUD P.⁽³⁾, PARIS Y.⁽⁴⁾, CHAPUIS C.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Hôpital Henry Gabrielle, ST GENIS LAVAL, FRANCE ; ⁽²⁾ Centre hospitalier de GIVORS, GIVORS, FRANCE ; ⁽³⁾ Hôpital privé Jean Mermoz, LYON, FRANCE ; ⁽⁴⁾ Clinique de la sauvegarde, LYON, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'application des Précautions Complémentaires d'Hygiène (PCH) est parfois nécessaire en complément des précautions standard pour certains pathogènes ou symptomatologies. Ces mesures sont basées sur le ou les modes de transmission des micro-organismes. Ces mesures sont souvent mal connues des professionnels qui reconnaissent s'interroger et avoir des difficultés à les appliquer. L'information et la communication autour de ce thème sont alors un défi pour les équipes opérationnelles d'hygiène afin que ces bonnes pratiques puissent être mises en œuvre par les soignants. Le développement de ce programme s'appuie sur la mutualisation des compétences et des moyens : la collaboration de cinq infirmiers hygiénistes d'établissement de santé publics et privés a permis l'élaboration et l'organisation du projet.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le groupe de travail a construit un modèle de formation interactive et reproductible ayant comme objectif principal la réactualisation des connaissances des soignants sur les PCH, le

deuxième objectif étant de permettre une application adaptée de ces mesures.

Chaque professionnel est invité à parcourir des stands qui sont en libre accès pendant une période de 3h. La formation est assurée par les infirmiers hygiénistes, aidés dans certaines structures par les correspondants en hygiène.

RÉSULTATS

Les axes du programme sont : la transmission croisée, l'hygiène des mains, les types de mesures à prendre et les équipements de protection à utiliser.

Des mises en situation sont également proposées aux soignants afin de prendre en compte les difficultés rencontrées dans leurs activités professionnelles et les mesures à mettre en œuvre pour les précautions contacts, gouttelettes ou air.

A ce jour, ont été formés sur une année plus de 600 professionnels dans 9 établissements. Cette formation est programmée en 2012 dans plusieurs autres structures.

CONCLUSION

Cette collaboration entre différents acteurs de l'hygiène hospitalière optimise la mise en commun des moyens humains et matériels.

L'organisation par stand permet une interaction entre les équipes d'hygiène et les soignants, de répondre à leurs questionnements, et d'enrichir les échanges y compris entre les professionnels.

P-112

PRESENTATION DE L'APPLICATION WEB-AES

PAULET L.⁽¹⁾, GUINOT I.⁽²⁾, TOUCHE S.⁽³⁾, LOLOM I.⁽⁴⁾, JARNO P.⁽⁵⁾, POJJOL I.⁽⁶⁾, NEVEU C.⁽⁷⁾, COURGEON M.⁽⁸⁾, EMMANUELLE R.⁽⁹⁾, RABAUD C.⁽¹⁰⁾, **FLORET N.**⁽¹⁾, AU NOM DE L'ENSEMBLE DES MEMBRES DU COPIL A.E.S.⁽¹¹⁾

⁽¹⁾ Arlin Franche-Comté, Besançon, FRANCE ; ⁽²⁾ CH, Chambery, FRANCE ; ⁽³⁾ CHU, Reims, FRANCE ; ⁽⁴⁾ Aphp, Hôpital Bichat, Paris, FRANCE ; ⁽⁵⁾ Cclin Ouest, Rennes, FRANCE ; ⁽⁶⁾ Invs, Saint-Maurice, FRANCE ; ⁽⁷⁾ CH, Dreux, FRANCE ; ⁽⁸⁾ CHU, Rennes, FRANCE ; ⁽⁹⁾ Cclin Sud-Ouest, Bordeaux, FRANCE ; ⁽¹⁰⁾ Cclin Est, Nancy, FRANCE ; ⁽¹¹⁾ ., ., FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La circulaire N°DHOS/E2/DGS/RI/2009/272 du 26 août 2009 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections nosocomiales (PROPIN) 2009/2013 s'articule autour de 6 grandes orientations dont l'une est l'optimisation du recueil des données de surveillance. Pour ce faire, des actions sont attendues pour généraliser et renforcer

la qualité des méthodes de surveillance comme notamment le développement et la mise en œuvre d'outils informatisés de déclaration en ligne pour la surveillance des infections nosocomiales dans le cadre des réseaux nationaux de manière à faciliter la participation des établissements de santé français aux réseaux de surveillance.

Le comité national de pilotage (COPIL) de la surveillance des accidents d'exposition au sang (AES) a légitimement accès son programme d'action pour répondre aux attentes du PROPIN, cette initiative permettant de répondre de manière contemporaine aux avis exprimés par les utilisateurs de la surveillance des AES et recueillis dans le cadre d'une enquête de satisfaction réalisée début 2011 quant à l'évolution attendue des outils de la surveillance.

L'objectif est la mise à disposition au 1er janvier 2012 de l'application de saisie en ligne pour la surveillance des AES.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Un sous-groupe ad hoc du COPIL national a été constitué pour rédiger le cahier des charges. Le développement de l'application a été réalisé au sein de l'ARLIN de Franche-Comté, dans le cadre d'une convention avec le Cclin Est.

RÉSULTATS

Le résultat est une application multi-poste, multi-site ne nécessitant ni installation de logiciel, ni téléchargement de mise à jour et mettant fin à l'envoi annuel des fichiers .rec au Cclin de rattachement à l'issue de la période de surveillance. Cette application est hébergée sur un serveur sécurisé (https) avec un accès réglementé aux seuls utilisateurs identifiés grâce à un login / mot de passe. Cette application a fait l'objet d'une déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

CONCLUSION

Le COPIL a pour responsabilité d'optimiser les outils de la surveillance et le service rendu aux participants. Gageons que cet outil apporte la satisfaction attendue, recueille l'adhésion des participants du réseau et amène d'autres établissements à rejoindre le réseau.

P-113**DE L'INTERET DE LA MISE EN PLACE DE FORMATIONS POUR LES TATOUEURS PERCEURS**

CHAIXV.⁽¹⁾, **POSPISILF.**⁽²⁾, **CARRIERE.**⁽²⁾, **JACQUEMOUD E.**⁽³⁾, **TRACOL J.**⁽⁴⁾, **DE RANCE H.**⁽⁵⁾, **ACHARD A.M.**⁽²⁾

⁽¹⁾ Centre Hospitalier, CARPENTRAS, FRANCE ; ⁽²⁾ Centre Hospitalier AVIGNON, AVIGNON, FRANCE ; ⁽³⁾ Centre Hospitalier, AIX EN PROVENCE, FRANCE ; ⁽⁴⁾ Centre Chirurgical Saint Roch, CAVAILLON, FRANCE ; ⁽⁵⁾ Centre Hospitalier, ISLE SUR SORGUE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'arrêté du 12/12/2008 modifié par l'arrêté du 20/01/2010 met en place une obligation de formation de 21 H pour toute personne mettant en œuvre des techniques de tatouage par effraction cutanée et de perçage corporel sur du long terme et lors de manifestations occasionnelles.

L'objectif est de répondre à la demande de cette population nombreuse, peu ou pas formée, venant d'horizons très divers, de sensibilité artistique et peu sensibilisé aux techniques de soins, installée ou en demande d'installation et occasionnelle lors de festival comme celui d'avignon.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Mise en place d'un groupe de travail pluridisciplinaire.

Répartition des thèmes.

Visite d'installations de tatoueurs et perceurs.

Instauration d'un programme sur 21 H.

Demande d'habilitation ARS.

Réalisation de plaquettes de formation.

Informations, communication de cette formation par mail à tous les tatoueurs perceurs du département et départements limitrophes.

RÉSULTATS

Trois sessions de formation.

24 personnes formées.

Evolution de la formation en fonction de la demande

- évaluation du matériel amené par les personnes en formation
- évaluation des produits utilisés
- demande d'ateliers pratiques
- mise en situation
- propositions de tatoueurs de participer aux formations

CONCLUSION

- découverte d'un milieu professionnel méconnu pour les professionnels de l'hygiène

- s'adapter à un milieu professionnel non médical (artistes non habitués à des comportements de procédures)
- s'adapter à un langage et techniques non médicales mais respect des bonnes pratiques, procédures bien définies.

P-114**LA VISITE DE RISQUE EN ODONTOLOGIE : UN OUTIL POUR INITIER UNE DEMARCHE D'AMELIORATION DES PRATIQUES**

BOYER F., **LEROYER C.**, **THEBAUT P.**, **LARRÈDE M.**, **NUNES J.**, **LASHERASA.**, **AUFFRETA.**, **MARIE V.**, **DUPUIS V.**, **ROGUES A.M.**

CHU Bordeaux, BORDEAUX CEDEX, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Notre objectif est de présenter un outil innovant adapté à la spécificité de l'odontologie utilisé dans le cadre d'une démarche d'amélioration des pratiques.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

La « visite de risque » a été réalisée dans 3 unités d'odontologie (totalisant 44 fauteuils) sur deux-demi journées par unité. L'outil créé combine une évaluation des connaissances et des pratiques par interviews et par observations. L'interview a concerné un enseignant, le cadre, une IDE, une AS et un étudiant de chaque promotion. Elle a été conduite à l'aide d'une grille adaptée à chaque catégorie professionnelle et comportant de onze à dix-neuf items ciblés sur les précautions standard (dont risque AES) et la maîtrise de l'environnement en référence aux instructions du classeur d'hygiène et aux recommandations en odontologie. Un score a été calculé à partir des bonnes réponses obtenues. Les observations ont concerné la tenue vestimentaire dans les zones de circulation et les pratiques d'hygiène des mains et du port de gants lors des soins en cabinet. Après une restitution immédiate au cadre de santé, un rapport synthétique a été présenté en équipe pour « contractualiser » les actions d'amélioration.

RÉSULTATS

L'évaluation a porté sur l'interview de 21 professionnels et sur les observations de 73 personnes en zone de circulation et de 89 situations de soins en cabinet. Les instructions du classeur n'étaient connues que par 55% des personnes interrogées. Les items portant sur le risque AES ont obtenu un score de 50 sur 75 attendu (points à améliorer : utilisation de matériel de sécurité et de lunettes de protection) et un score de 54 sur 78 attendu a été obtenu pour la gestion de l'environnement (point à améliorer : purge des cordons des instruments porte-rotatifs).

Le « zéro » bijou n'était observé que dans une unité (64 % et 77% de conformité dans les deux autres unités). Dans les zones de circulation, 29% des 73 professionnels observés portaient un masque autour du cou et 9 % portaient des gants. En début et en fin de soins, l'hygiène des mains était respectée dans 70% des cas mais dans seulement 40% des cas lors d'une interruption de soins et 34% à la reprise d'un soin.

CONCLUSION

L'outil d'évaluation de type « visite de risque » que nous avons élaboré a été bien accepté par les unités d'odontologie. Il est simple et rapide apportant une photographie du niveau d'application des précautions standard et autorisant des réajustements immédiats des pratiques. De plus, il permet d'impliquer les professionnels et de contractualiser un programme d'amélioration.

P-115

LA STÉRILISATION ENTRE LES RECOMMANDATIONS ET LA PRATIQUE.

MERZOUGUI L.⁽¹⁾, **BARHOUMI T.**⁽²⁾, **JEBENIANI I.**⁽¹⁾, **HOSNI H.**⁽¹⁾, **RHIMI H.**⁽¹⁾, **KALFAOUI B.**⁽¹⁾, **MIRAOUI F.**⁽¹⁾, **DHIDAH L.**⁽³⁾

⁽¹⁾ Hôpital ibn el jassar, KAIROUAN, TUNISIE ; ⁽²⁾ Direction Régionale de la Santé Publique de Kairouan, KAIROUAN, TUNISIE ; ⁽³⁾ CHU Sahloul Sousse, SOUSSE, TUNISIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La stérilisation à la vapeur d'eau (autoclave) est la méthode de référence pour la stérilisation des dispositifs médicaux thermo-résistants. L'autoclave est recommandée en remplacement du Poupinel qui doit être abandonné (inefficace contre les prions). La circulaire Tunisienne 75/2006 a incité les établissements à remplacer progressivement les Poupinel par les autoclaves et à la création des unités centrales de stérilisation.

Cinq ans après l'apparition de cette circulaire on a réalisé une AUDIT interne en ayant recours à l'avis d'un Expert National. Notre travail rentre dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles, il a comme objectif ultime la mise en place d'un projet de promotion de la stérilisation.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude descriptive des ressources matérielles, des ressources humaines et de la procédure de travail. On a utilisé comme cadre référentiel des recommandations Nationales et Internationales. On a utilisé deux grilles conçues dans le cadre du réseau Euro – Méditerranéen sur les infections nosocomiales Noso Med. L'enquête a été conduite en avril 2011.

RÉSULTATS

L'analyse des résultats relève plusieurs contraintes :

- Contraintes organisationnelles et variabilité des procédures:

La stérilisation est décentralisée, en effet on dispose de 17 unités: 2 rattachées aux blocs opératoires ; 15 dispersées dans les services hospitaliers. L'architecture des locaux était non conforme.

Les produits utilisés pour la décontamination, le temps de contact et les paramètres de stérilisation étaient variables. Les Poupinel étaient parfois utilisés pour la stérilisation du textile (compresse)

- Contraintes Humaines :

Le nombre des personnels impliqués était assez important 73 personnels : 80 % prennent en charge la stérilisation en plus de leurs activités quotidiennes

- Contraintes Matérielles :

Les équipements disponibles étaient : 4 autoclaves (ancienneté de 3 à 20 ans) ; un autoclave de payace ; 17 Poupinel dont 64 % ont une ancienneté supérieure à 15 ans, l'état de fonctionnement était jugé moyen à médiocre dans 9 cas.

Manque des équipements de protection individuel.

CONCLUSION

Les résultats de notre Audit ont montré les écarts entre la réalité et les recommandations et ont été présentés aux instances concernées (Comité médicale; CLIN ; Direction de l'hôpital; Direction régionale..) pour documenter et appuyer la mise en place d'un projet de promotion de la stérilisation qui comprend : la formation des personnels (théoriques et pratiques) ; abandon des Poupinel et acquisition des autoclaves et la Création d'une unité centrale de stérilisation.

P-116

PRODUITS HYDRO-ALCOOLIQUES (PHA) : CONNAISSANCES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ INTERVENANTS EN ÉTABLISSEMENTS D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES (EHPAD)

GERMAIN J.M., **THILLARD D.**

ARLIN Haute Normandie, ROUEN CEDEX, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'objectif de cette enquête était de recueillir les avis et connaissances des professionnels de santé intervenant en EHPAD sur les PHA.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

La méthode proposée consistait à faire remplir de façon anonyme un court questionnaire par les professionnels de santé intervenant dans les EHPAD. L'enquête s'est déroulée dans la semaine du 2 au 8 mai 2011 afin de coïncider avec la journée mondiale de l'hygiène des mains. L'analyse des questionnaires a été assurée par l'ARLIN à l'aide du logiciel Epi-Info. La synthèse régionale des résultats a été adressée à l'ensemble des EHPAD de la région.

RÉSULTATS

Au total, 273 professionnels de santé (dont 121 professionnels libéraux soit 44%) intervenants dans 22 EHPAD différents ont accepté de participer à cette enquête. Globalement, l'intérêt des PHA pour limiter la transmission croisée et en cas d'épidémie était bien connu (88% de bonnes réponses) ainsi que la supériorité des PHA sur les savons doux (85%). Par contre, les professionnels étaient moins sûrs de l'efficacité des PHA sur les BMR (60%) et connaissaient moins la supériorité des PHA par rapport aux savons antiseptiques (51%). La meilleure tolérance des PHA par rapport aux savons antiseptiques (38%) ainsi que l'inefficacité des PHA sur l'agent de la gale (40%) et sur le *Clostridium difficile* (36%) étaient mal connues. Plus de 74% des professionnels interrogés déclaraient préférer se laver les mains avec de l'eau et du savon plutôt que de réaliser une friction avec un produit hydro-alcoolique.

Au total, il a semblé nécessaire de rappeler aux professionnels de santé intervenant en EHPAD que :

- La friction des mains avec un PHA était la méthode de référence pour l'hygiène des mains (en remplacement du lavage par savon doux ou antiseptique).
- Les PHA avaient une meilleure tolérance cutanée que les savons antiseptiques et étaient efficaces sur les bactéries multi résistantes.
- En cas de gale ou d'infection avec *Clostridium difficile*, les PHA n'étaient pas efficaces. Dans ces situations, un lavage des mains avec un savon doux devait être réalisé avant la friction avec un PHA.

CONCLUSION

Pour répondre à la demande de plus de 30% des professionnels interrogés lors de cette enquête, une affiche reprenant les principales caractéristiques des PHA ainsi que les étapes de la friction a été élaborée par l'ARLIN et envoyée à l'ensemble des EHPAD à l'occasion de la diffusion régionale des résultats de l'enquête.

P-117

UTILISATION DES PRODUITS HYDRO-ALCOOLIQUES (PHA) POUR L'HYGIÈNE DES MAINS : UNE AFFICHE DESTINÉE AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ INTERVENANTS EN ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

GERMAIN J.M., THILLARD D.

ARLIN Haute Normandie, ROUEN CEDEX, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans le cadre de la journée mondiale de l'hygiène des mains du 5 mai 2011, l'antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales a proposé une action de sensibilisation des professionnels de santé intervenant en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) à l'utilisation des produits hydro-alcooliques (PHA) pour l'hygiène des mains. Une de ces actions avait pour objectif de rappeler ou d'apporter à ces professionnels les principales caractéristiques des PHA ainsi que les étapes de la friction des mains.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il a été choisi de présenter l'ensemble de ces notions (principales caractéristiques et étapes de la friction) sur un document unique en couleur à type d'une affiche de format A3.

RÉSULTATS

Le poster s'intitule « Les PHA et vous ? ». Sous le titre, un court texte interpelle les professionnels intervenant en EHPAD et rappelle les risques de transmission croisée des microorganismes entre résidents. L'affiche s'articule ensuite autour de la mascotte nationale de la journée de l'hygiène des mains avec 5 bulles rappelant quelques notions de base : le temps minimal de friction / la meilleure efficacité des PHA par rapport aux savons doux et antiseptiques / l'efficacité des PHA sur les bactéries multi résistantes / la meilleure tolérance des PHA par rapport aux savons / l'inefficacité des PHA sur l'agent de la gale ou le *Clostridium difficile*.

L'affiche est complétée par la fiche technique de la SF2H illustrant les étapes de la friction.

Enfin, en plus du titre, 2 slogans apparaissent en caractères plus gros : « Protégez vous et protégez les ! » et « Je suis responsable, je les utilise ! ».

CONCLUSION

Ce document a été réalisé pour répondre à la demande de plus de 30% des professionnels intervenant en EHPAD interrogés lors d'une enquête préalable. Il a été diffusé à l'ensemble des EHPAD de Haute Normandie. Des commandes supplémentaires témoignent de l'intérêt des EHPAD pour cette affiche.

P-118**EVALUATION DES PRATIQUES D'HYGIENE LORS DE L'UTILISATION DE DISPOSITIFS MEDICAUX POUR LA NEBULISATION DE MEDICAMENTS**

THIRIET L., JEUNESSE K., GIZZI A.
CH de Sedan, SEDAN, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le risque de transmission croisée manuportée relié à certains dispositifs médicaux (DM) utilisés pour l'abord respiratoire est souvent mésestimé, alors qu'ils peuvent être colonisés, entre autres, par *Staphylococcus aureus* (résistant ou non à la méthicilline) ou par des bactéries saprophytes à gram négatif portés par les patients. Afin d'établir un état des lieux, nous avons mené une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) relative à l'utilisation des DM de nébulisation de médicaments.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Cette EPP a été conduite selon la méthode de l'audit de pratiques, au moyen d'un questionnaire élaboré à partir du protocole de l'établissement. Les services concernés étaient les unités de pneumologie, médecine interne, cardiologie, soins de longue durée, soins de suite et réadaptation (SSR). Les auditeurs étaient les membres de l'unité d'hygiène. L'analyse des questionnaires a été réalisée à l'aide d'Epi-info 6.04.

RÉSULTATS

30 observations ont été réalisées entre le 1^{er} avril et le 31 mai 2010.

Un acte d'hygiène des mains préalable à la préparation de la nébulisation a été réalisé dans 66,7% des situations.

Après l'administration des médicaments : le reliquat de soluté a été éliminé dans 73,1% des cas, le DM a été rincé à l'eau courante dans 56,7%, le DM a été nettoyé avec un détergent dans 13% des cas, le DM a été essuyé dans 53,3% des cas. Le DM a été rangé dans un sac plastique laissé dans la chambre du patient dans 30% des situations auditées.

Un acte d'hygiène des mains a été réalisé dans 76,7% des cas après la fin de l'acte technique.

CONCLUSION

Les résultats de cette EPP sont très mauvais, mettant en évidence des écarts majeurs par rapport au protocole mis à la disposition des professionnels. Dans 43% des situations auditées le DM ne subit aucun nettoyage après nébulisation de médicaments. La fréquence de nettoyage est totalement inadaptée, et le rangement entre deux séances d'aérosols n'est pas maîtrisé. La somme de ces dysfonctionnements concourt à la promotion de la contamination du DM. Et la fréquence de réalisation d'un

acte d'hygiène des mains en fin d'acte technique n'est pas suffisante pour garantir la prévention de la transmission croisée manuportée.

Le plan d'amélioration décidé par le groupe EPP comporte deux volets :

- 1 - renforcement des formations sur les précautions standard au moyen d'ateliers de mise en situation,
- 2 - diffusion d'un document pour affichage sur les bonnes pratiques de nébulisation, complétant le protocole en place, méconnu par les personnels soignants.

Une EPP est programmée en 2012 afin de mesurer l'impact des mesures déployées.

P-119**VERS L'EVOLUTION DU SONDAGE VESICAL EVACUATEUR POUR LES ACCOUCHEES PAR VOIE BASSE A LA MATERNITE**

RAMIER M.F., POSPISIL F., ACHARD A.M.
Centre Hospitalier, AVIGNON, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Lors de différentes enquêtes au bloc obstétrical, constatation d'un pourcentage conséquent de sondage évacuateur lors de l'accouchement par voie basse :

- Enquête d'incidence Maternité 2009 : 60 %
- Enquête de prévalence 2010 : 51,28%
- Enquête d'incidence Maternité 2011 : 51,3 %

Application des bonnes pratiques du sondage vésical évacuateur à la maternité d'après les recommandations de la SF2H et du HCSP.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Audit des pratiques : lors du sondage évacuateur utilisation de sonde sèche sans sac collecteur (pas de sondage en système clos). Le matériel utilisé est peu adapté et non conforme aux bonnes pratiques.

Essai de matériel : sonde pré lubrifiée et pré connectée avec le sac collecteur avec formation à l'utilisation de ce nouveau matériel.

Etude de satisfaction des sages-femmes avec la nouvelle méthode et le nouveau matériel : gain de temps, répercussion sur le confort de la patiente, confort de l'utilisatrice, conditions d'asepsie.

Rappel des recommandations de bonnes pratiques.

Evaluation : une enquête de prévalence 2012 et une enquête d'incidence Maternité 2012

RÉSULTATS

Changement du matériel mis à disposition et élaboration d'un protocole

CONCLUSION

Application des recommandations de bonnes pratiques et évaluation par enquêtes de prévalence et d'incidence des infections urinaires post sondage chez les accouchées par voie basse.

P-120

EIPA : ENQUETE DE PREVALENCE DES INFECTIONS URINAIRES, PULMONAIRES ET CUTANÉES EN EHPAD

VINCENT A.⁽¹⁾, **BAUD O.**⁽²⁾, **ARMAND N.**⁽³⁾, **ATTALI I.**⁽⁴⁾, **BERNET C.**⁽¹⁾, **BERTIN-HUGAULT F.**⁽⁵⁾, **BESSON M.**⁽²⁾, **BONNAND M.**⁽⁴⁾, **BOUDOT E.**⁽⁶⁾, **DELAROZIERE J.C.**⁽⁷⁾, **GAVAZZI G.**⁽⁸⁾, **KHOUIDER N.**⁽¹⁾, **LORY A.**⁽⁷⁾, **PATISSIER M.**⁽⁹⁾, **RICHAUD-MOREL B.**⁽⁶⁾, **SAVEY A.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Hôpital Henry Gabrielle, SAINT GENIS LAVAL, FRANCE ;

⁽²⁾ Centre Hospitalo-Universitaire, CLERMONT FERRAND, FRANCE ;

⁽³⁾ Centre Hospitalier, VALENCE, FRANCE ; ⁽⁴⁾ Groupe ACPPA, FRANCHEVILLE, FRANCE ;

⁽⁵⁾ Groupe KORIAN, LYON, FRANCE ;

⁽⁶⁾ Centre Hospitalo-Universitaire, MONTPELLIER, FRANCE ;

⁽⁷⁾ Centre Hospitalo-Universitaire, MARSEILLE, FRANCE ;

⁽⁸⁾ Centre Hospitalo-Universitaire, GRENOBLE, FRANCE ;

⁽⁹⁾ EHPAD Michel Lamy, ANSE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La prévalence des infections dans les EHPAD français est peu connue. La récente enquête de prévalence européenne en EHPAD (HALT) retrouvait en 2010 une prévalence des infections de 4,0% pour les 65 EHPAD inclus en France. Seuls 14 EHPAD de l'inter-région ont participé à HALT. A l'annonce du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social, il était important de proposer aux EHPAD une enquête réalisable par le plus grand nombre d'établissements.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Coordonnée par une ARLIN, une enquête de prévalence des infections a été proposée aux 1860 EHPAD de l'inter-région (un jour donné entre le 3 octobre et le 30 novembre 2011). EIPA a recensé les infections urinaires, cutanées, pulmonaires et bronchiques. Les définitions des infections (sauf pour l'érysipèle et l'intertrigo) sont celles de l'enquête nationale de prévalence (2006) et du guide Surveiller et Prévenir les Infections Associées aux Soins (2010). Chaque infection a été validée par un médecin. Les résidents sous anti-infectieux prescrits pour une autre indication ont été recensés. Les données ont été recueillies et saisies en ligne par les EHPAD elles-mêmes, un rapport automatisé et un poster synthétisant les résultats de chaque EHPAD pouvant être imprimés. Une évaluation de la qualité des données est prévue ainsi qu'un questionnaire sur l'utilisation des résultats.

RÉSULTATS

Le 15/12/2011, 332 EHPAD (30014 lits) soit 17,8%(332/1860) des EHPAD de l'inter-région ont participé. Parmi ces établissements, 35,8% sont privés et 38,6% sont rattachés à un établissement de soins. La majorité (53,3%) des EHPAD bénéficie d'un infirmier hygiéniste et 38,6 % disposent d'un praticien hygiéniste. La prévalence des trois infections ciblées est de 4,9% (1382/28050). La prévalence des patients sous antibiotiques est de 4,6% (1305/28050). Parmi les infections ciblées 65,8% (909/1382) sont traitées par un antibiotique. Les infections les plus fréquemment traitées par antibiotiques sont les érysipèles 96,6% (29/30), les pneumonies 95,3% (81/85) et les infections bronchiques 89,8% (310/345).

CONCLUSION

La participation à cette enquête a suscité l'engouement de plus de 300 EHPAD témoignant d'une méthodologie accessible sans aide extérieure. Les résultats sont comparables à ceux des enquêtes nationales et internationales. Ces 332 EHPAD sont-elles représentatives de l'ensemble des établissements médico-sociaux accueillants des personnes âgées? La réalisation de cette même enquête à une large échelle permettra d'en améliorer la sensibilité.

P-121

ENQUETE DE PREVALENCE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES AU CHU DE BAB EL OUED OCTOBRE 2011

LYAZIDI A., **MAKHLOUF F.**, **ZENAD R.**, **BENSERSA H.**, **AMMAR-KHOUDJA H.**, **BOUKHATEM F.**, **LEMDANI F.**, **BOUKHEMKHEM F.**, **BOURAS S.**, **NOURAOUT K.**, **DJOUJDI F.**, **DEKKARN.**

Centre hospitalo-universitaire de Bab El Oued ALGER, ALGER, ALGÉRIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les infections nosocomiales (IN) représentent un problème majeur de santé publique, elles sont responsables d'une lourde morbi-létalité, en Algérie 14% des patients hospitalisés seraient infectés (ENP 2005). La surveillance des IN est un élément essentiel dans la lutte contre ces infections, l'unité d'hygiène hospitalière réalise périodiquement des enquêtes de prévalence. Nous présentons les résultats de la 8^e enquête qui avait pour objectifs ; de déterminer la prévalence globale des IN au niveau du CHU et son évolution, d'étudier les différents facteurs de risque liés à leur survenue et de décrire ces IN selon le site et les germes en cause.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

C'est une étude transversale, descriptive et analytique réalisée par passage unique dans tous les services d'hospitalisation du CHU. L'information a été recueillie dans un service en une seule journée, sans dépasser la semaine pour l'ensemble des services. L'étude s'est déroulée du 18 au 24 octobre 2011. Tous les malades hospitalisés ayant séjournés au moins 48 heures ont été enquêtés à la recherche de signes d'IN actives. Les définitions des IN étaient basées sur celles du CDC. On a pris en considération que les IN actives le jour de l'enquête. Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Epi info version 6.04.

RÉSULTATS

Sur les 21 services d'hospitalisations du CHU ; 20 ont participé à l'enquête. Au total 324 patients ont été inclus dans l'étude ; l'âge moyen était de 38.56 ans (\pm 22.23), le sexe ratio était de 0.96. La durée moyenne de séjours était de 14,31 jours (\pm 15.97 jours), 35,5 % des patients inclus étaient sous antibiotique au moment de l'étude. La prévalence des patients infectés était de 10.5 % (IC à 95% : 7,2- 13,8). Le nombre total d'IN était de 40 infections, soit un taux de prévalence des IN de 12,34 % (IC à 95% : 8,8- 15,8). le ratio infections sur infectés était de 1,17. Les infections du site opératoire étaient les plus fréquentes (27.5%), suivies des infections pulmonaire (25%) et urinaires (15%)...

La majorité des germes isolés (76.9%) est représentée par les BGN ; parmi eux le *Pseudomonas aerogenosa* occupait la première place (30 % des BGN isolés), suivi du *Proteus mirabilis* (20 %)...

CONCLUSION

Avec un taux de 10.5%, les IN demeurent fréquentes au niveau de notre CHU au delà des taux souhaitables, Leur prévention est au cœur du concept de qualité de soins, leur aspect multifactoriel nécessite une coopération multidisciplinaire tant au niveau préventif que thérapeutique

P-122

RETOUR D'EXPERIENCE AUTOUR DE LA GESTION D'UNE INFESTATION PAR DES PUNAISES DE LIT DANS UNE CHAMBRE D'UN CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE

RIGOTTI R., MALLAVAL F.O., BIAVAT S., GIRARD-REY-DET F., GEKIERE C., CRASSOUS A.
CHS de La Savoie, CHAMBERY, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'EOH est alertée de la présence de lésions cutanées prurigineuses chez 4 patients évoluant dans un service

depuis plusieurs semaines, dont le point commun essentiel est l'hébergement successif dans la même chambre. Les consultations dermatologiques chez 2 patients posent le diagnostic de piqûres d'insectes, après exclusion d'autres pathologies infectieuses (ex : gale...)

Lors de la réfection matinale des lits par l'équipe du service, des insectes sont retrouvés.

L'objectif est de décrire l'investigation et les mesures correctives entreprises pour éradiquer ces insectes, suite à leur découverte.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

- Capture d'insectes et de mues trouvés dans les cordons de poussière sous les lattes d'un lit et identification de punaises de lit (*Cimex lectularius*) par le laboratoire de parasitologie du Centre Hospitalier.
- Condamnation et isolement hermétique de la chambre.
- Recensement des patients ayant occupés la chambre un mois avant le premier cas et enquête rétrospective à l'aide d'un questionnaire.
- Surveillance accrue des autres patients du service et envoi d'un courrier aux médecins et cadres de l'établissement pour sensibilisation à cette problématique.
- Recherche d'autres niches dans la chambre, les pièces adjacentes et la bagagerie.
- Evacuation et incinération des lits et mobiliers en bois, démontage du matériel de la chambre et désinfection par un traitement insecticide par une société spécialisée.

RÉSULTATS

Après condamnation de la chambre, les patients ayant présentés des lésions cutanées prurigineuses n'ont plus été symptomatiques et aucun autre patient hospitalisé dans le service n'a présenté de lésions.

Aucun des patients interrogés n'était symptomatique les jours précédents leur hospitalisation. Aucune hypothèse n'a pu être formulée quand à l'origine de l'importation de ces insectes.

Lors du démontage du matériel de la chambre, des punaises ont été retrouvées derrière les plinthes et au niveau du faux-plafond. L'inspection des autres pièces s'est révélée infructueuse.

Suite à la désinfection de la chambre, des pièges à punaises ont été installés afin de s'assurer de l'efficacité du traitement : aucune punaise n'a été retrouvée.

CONCLUSION

2 mois après la désinfection de la chambre, l'EOH et l'équipe soignante restent vigilantes ; l'éradication des punaises de lit étant difficile compte tenu de leur mode de vie (elles peuvent vivre sans repas jusqu'à 2 ans) et les infestations par ces insectes des logements collectifs mais aussi chez les particuliers étant en recrudescence au niveau local et national.

P-123

AUTOEVALUATION DES PRATIQUES A PROPOS DE LA PERFUSION SOUS-CUTANEE.**SALLES F.**⁽¹⁾, **BETTINGER A.**⁽²⁾, **MEUNIER O.**⁽¹⁾⁽¹⁾ Centre Hospitalier Haguenau, HAGUENAU, FRANCE ;⁽²⁾ ARLIN Alsace, STRASBOURG, FRANCE**INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL**

La perfusion sous-cutanée ou hypodermoclyse permet l'administration de solutés en volume important dans l'espace sous-cutané. La technique est particulièrement intéressante pour la prévention de la déshydratation et le traitement de la déshydratation légère, surtout en gériatrie. C'est une technique séduisante par sa simplicité de mise en œuvre mais il ne faut pas négliger le risque infectieux lié à la pose et au maintien en place d'un dispositif médical pendant plusieurs heures.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Après avoir distribué dans les services de soins le document de synthèse édité par le C.CLIN-Est sur ce sujet, nous avons adressé aux soignants un questionnaire d'autoévaluation de leurs pratiques sur la pose et l'entretien des perfusions sous-cutanées.

RÉSULTATS

47 questionnaires d'autoévaluation provenant de 6 services de médecine utilisant régulièrement cette technique (3 à 30 patients par mois selon les services) ont été récupérés.

- Protection et respect des précautions standard : 36 % et 43 % portent systématiquement des gants pour la pose et la dépose du cathéter (17 % et 8 % n'en portent jamais). Le collecteur à aiguilles n'est pas systématiquement à proximité des soins (57 % déclarent l'avoir toujours à portée de main, 21 % « souvent » et 17 % « rarement »). L'hygiène des mains avant la pose est quasi systématique.
- Préparation cutanée du site d'insertion : Si la désinfection est systématique, la détergence n'est réalisée que dans la moitié des cas et le temps de séchage n'est respecté que dans 57 % des situations.
- Choix du dispositif, surveillance et fréquence de changement de site : le cathéter court est privilégié (98 %), le pansement est stérile (88 %) et transparent (98 %), la surveillance préconisée toutes les 8 h n'est effective que pour la moitié des répondants.

Les perfusions sont en place dans la grande majorité des cas pour 12 ou 24 h (20 % et 64 %).

CONCLUSION

L'enquête par autoévaluation permet une première sensibilisation des professionnels aux impératifs de l'hygiène hospitalière pour un soin qui se généralise et se banalise dans les services. Les résultats ont été commentés et des rappels sur les bonnes pratiques donnés aux services. Une nouvelle enquête sera réalisée prochainement pour mesurer les progrès dans ce domaine.

P-124

LIEN ENTRE INCIDENCE DES BACTERIES MULTI-RESISTANTES (SAMR, BLSE) ET BACTERIEMIE NOSOCOMIALE A BMR**PIEDNOIR E.**, **G.C.**, **GABARD A.**, **BINET M.**, **CHEVRIE N.**, **LESERVOISIER R.**, **MIGNOT L.**

CH Avranches Granville, GRANVILLE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les infections à BMR ont vu leur écologie se modifier ces dernières années avec l'émergence d'infections à entérobactérie BLSE. Le but de ce travail est de quantifier, s'il existe, le lien entre l'incidence des infections à BMR acquise dans notre établissement et la survenue de bactériémies nosocomiales (BN) à ces mêmes germes.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les données ont été collectées suivant les méthodologies nationales RAISIN (surveillance des BMR, surveillance des BN) que nous réalisons à l'année longue. Les années 2007 à 2011 ont été incluses dans l'étude. Les incidences sont exprimées en nombre de cas/1000 JH. Les BN ont été ôtées des données de surveillance des BMR. Une régression linéaire simple a été utilisée pour étudier le lien entre les incidences à BMR (totale, SAMR, BLSE) et celles des BN (totale, à SAMR, à BLSE). De plus, nous avons étudié le lien entre le taux de BMR global (ie acquises ET importées/communautaires) et le taux de BN. L'analyse statistique a été réalisée sur le logiciel Stata.

RÉSULTATS

Depuis 2007, le taux de SAMR acquis est passé de 0,46 à 0,26 ($p=0,001$) Parallèlement, les taux de BLSE (0,09 à 0,32; $p<10^{-3}$) et de BN (0,32 vs 0,48; $p=0,07$) se sont accrus. Il n'y a pas de corrélation significative entre l'incidence des SAMR et celle des BN à ce même germe ($p=0,74$). Nous retrouvons les mêmes résultats pour les BLSE ($p=0,34$). Il n'y a pas de lien significatif entre le taux de BMR global et l'incidence des BN tous germes confondus ($p=0,31$). De la même façon, nous ne retrouvons aucune corrélation entre le taux de SAMR global et les BN

($p=0,38$). Par contre, nous avons un coefficient de corrélation significatif et positif entre le taux de BN et l'incidence des cas acquis de BLSE ($p=0,05$); idem avec le taux global de BLSE ($p=0,03$).

CONCLUSION

Cette étude montre qu'il existe un lien entre incidence des infections à BLSE et survenue des BN quelque soit le germe en cause. Nous pouvons expliquer ce résultat par le fait que nous avons dans le même temps observé un accroissement des BN à point de départ urinaire (tropisme urinaire des BLSE). Enfin, notre ICSHA ayant baissé en 2010, nous pouvons penser qu'il y a peut être eu une baisse de la compliance aux précautions standards.

P-125

APPORT DE LA BIOLOGIE MOLECULAIRE POUR LA GESTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES A S. PYOGENES EN MATERNITE

BORDERAN G.C.⁽¹⁾, **GABARD A.**⁽¹⁾, **MERCIER P.Y.**⁽¹⁾, **MIGNOT L.**⁽¹⁾, **BORGEY F.**⁽²⁾, **PIEDNOIR E.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Ch Avranches-Granville, GRANVILLE, FRANCE ; ⁽²⁾ Reseau Regional Hygiene, CAEN, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Depuis 2008 nous avons été confrontés à la gestion de trois cas d'infection nosocomiale à *S. pyogenes* dans notre service de maternité ayant fait l'objet de signalement externe aux autorités sanitaires. Deux patientes présentaient une endométrite post-partum, respectivement en avril 2008 (I) et en juin 2009 (II). Le dernier cas correspondait à une bactériémie post-partum sans critère de gravité en juillet 2011 (III). Par ailleurs, nous avons observé 3 autres infections à *S. pyogenes* qui après investigation ont été classées comme des infections communautaires.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les référentiels, le CTINILS (novembre 2006), la SFHH (2005) ainsi que les recommandations du CCLIN Sud-Est de janvier 2004, préconisent la mise en place des mesures barrière et une investigation de chaque cas. De plus, en cas d'épidémie d'infection nosocomiale, soit 2 infections dans une période de 6 mois dans le même service, il est recommandé d'envoyer les souches des 6 derniers mois. Devant le nombre d'infections (dont certaines nosocomiales) à *S. pyogenes* dans le service de maternité et l'effet psycho-émotionnel engendré par les différents épisodes, nous avons décidé d'envoyer pour typage l'ensemble de nos souches au CNR.

RÉSULTATS

Seules 5 souches ont pu être envoyées au CNR pour typage dont 2 souches d'infections nosocomiales (II et III). L'analyse montre que les deux souches isolées au cours d'une infection du post-partum sont différentes. Le génotype du cas II représente 3% des souches invasives expertisées au CNR depuis 2008, tandis que celui du cas III représente 6% des souches invasives en 2010. Par ailleurs les 3 autres souches isolées lors d'infections communautaires dans le service de maternité sont toutes de génotypes différents.

CONCLUSION

L'infection post-partum à *S. pyogenes* en maternité est une infection rare ayant une mortalité imputable importante. La gestion des différents cas survenus dans le service de maternité, même s'ils ne répondaient pas à la définition d'une épidémie nosocomiale laissait un fort sentiment de suspicion. En effet, les difficultés d'ordre psycho-émotionnel déjà observées lors des premiers cas se sont amplifiées au fur et à mesure des cas investigués, même pour ceux qui ont été définis comme communautaires. La gestion de la dernière infection nosocomiale, étant un cas isolé ne devait pas aboutir à l'envoi des souches pour typage. Toutefois il nous apparaît que d'autres critères que l'épidémiologie doivent être prises en compte. Enfin, nos résultats sont en accord avec les recommandations notamment sur la définition de ces épidémies d'infection nosocomiale post-partum.

P-126

AMELIORATION DES PRATIQUES DE SOINS LIEES AU CATHETER VEINEUX PERIPHERIQUE A L'AIDE D'UNE FORMATION PAR LES PAIRS.

BRIFAULT C., **PETEL T.**, **COULON A.M.**, **DELAIRE F.**, **TAVOLACCI M.P.**, **MERLE V.**, **CZERNICHOW P.**, **GROUPE C.V.P.A.**

CHU Hôpitaux de Rouen, ROUEN, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le cathétérisme veineux périphérique (CVP) est le geste invasif le plus fréquemment réalisé dans les établissements de santé avec 25 millions de CVP mis en place en France par an. Dans notre établissement, l'audit de la pose et la maintenance des lignes veineuses réalisé en 2010 montrait des écarts sur la pose de CVP (préparation cutanée en particulier), la protection vis à vis des accidents exposant au sang, les manipulations des lignes veineuses et la traçabilité, ce qui incitait former les soignants sur ces thèmes. Toutefois, les professionnels sont souvent peu enclins à se déplacer pour assister à des formations sur un acte banalisé, surtout en période de sous-effectif soignant. Notre

objectif était de mettre en place une méthode de formation innovante sur la pose des CVP et la maintenance des lignes veineuses.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Un groupe de travail pluri disciplinaire coordonné par l'EOH et la direction des soins, et comprenant la médecine du travail, l'IFSI, le comité des protocoles, la pharmacie, la formation permanent, la cellule de communication et 2 IDE par pôle d'activité médicale ou médico-technique (soit 14 IDE). Les bonnes pratiques ont été illustrées sous forme de « romans-photo » élaborés par le groupe. Les formations (d'une durée d'1 heure) ont été assurées dans les pôles de l'établissement, de façon à limiter les déplacements des professionnels formés, par des soignants ayant au préalable reçu une « formation de formateurs ». L'intérêt de ce dispositif a été évalué par la participation aux formations, et la satisfaction des formés et des formateurs. Un audit des pratiques sera ensuite réalisé.

RÉSULTATS

Quatre roman-photos ont été élaborés, illustrant la pose, la maintenance, la prévention des AES, la traçabilité. 12 soignants ont reçu la « formation de formateurs ». 14 formations ont été réalisées, pour les 10 services les plus utilisateurs de CVP. 137 professionnels ont participé aux formations. La note de satisfaction moyenne sur 10 des formés était de 8,7. Le support de formation était jugé ludique et innovant. Les formateurs étaient également satisfaits.

CONCLUSION

Cette méthode de formation interactive par les pairs à l'aide de romans photos a permis de former un nombre important de professionnels, malgré un contexte défavorable. Le support utilisé rend plus attrayante une formation sur un acte banalisé. La nécessité de former au préalable les formateurs est une contrainte, mais aussi un investissement pour l'avenir et permet de valoriser ces professionnels.

P-127

IMPUTABILITE DES SOINS ET EVITABILITE DES BACTERIEMIES NOSOCOMIALES

BORDERAN G.C.⁽¹⁾, **GABARD A.**⁽¹⁾, **SIMON C.**⁽¹⁾, **MIGNOT L.**⁽¹⁾, **BUIRE A.C.**⁽¹⁾, **BORGEY F.**⁽²⁾, **PIEDNOIR E.**⁽¹⁾
⁽¹⁾ CH Avranches-Granville, GRANVILLE, FRANCE ; ⁽²⁾ Réseau Régional Hygiène, CAEN, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Depuis 2007, nous réalisons la surveillance des bactériémies à l'année longue selon la méthodologie du C-CLIN ouest. L'incidence des bactériémies nosocomiales (BN) dans notre centre est en augmentation passant de 0,27/1000 journées d'hospitalisation (JH) en 2007 à 0,44/1000 JH en 2010. Afin de réduire le taux de bactériémies nosocomiales, nous avons voulu déterminer quelle était la part des bactériémies associées aux soins (BAS), autrement dit quelles sont les bactériémies évitables.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les inclusions ont été réalisées à partir de la surveillance des bactériémies. Sur les 2 premiers quadrimestres 2011, les bactériémies nosocomiales ont été auditées à l'aide d'une grille de recueil des données. Cette grille permet la recherche simple de facteurs de risque infectieux pour les soins liés aux dispositifs intra-vasculaires (DIV) (chambre implantable,...), urinaires, liés à la ventilation mécanique et aux infections du site opératoire (ISO). Une bactériémie est imputée aux soins lorsqu'un acte ou un soin technique était en lien avec la porte d'entrée. Une bactériémie est évitable si au moins un des critères recherchés était non conforme.

RÉSULTATS

Ce sont 31 bactériémies nosocomiales qui ont été incluses dans l'étude. 55 % (n=17) des bactériémies nosocomiales sont des BAS dont 41% sont liées à un sondage urinaire, 29% à un DIV, 18% à une ISO et 12% à une ventilation mécanique. L'évitabilité des bactériémies nosocomiales est de 42% (13/31) et celle des BAS est évaluée à 76,5% (13/17). Concernant les dispositifs invasifs urinaires, 1/4 denon-conformité était en lien avec la pose et 3/4 avec la rupture du système. Pour les DIV, la moitié était liée à la voie d'abord et l'autre moitié au changement des lignes. Les non-conformités associées à la ventilation mécanique étaient exclusivement liées à la position couchée des patients. Enfin concernant les ISO, 1/3 était liée à la préparation cutanée et 2/3 à la durée d'intervention.

CONCLUSION

Les bactériémies nosocomiales sont des infections potentiellement graves et ayant une mortalité plus élevée. La surveillance des bactériémies nous permet de définir la nosocomialité mais pas l'imputabilité des soins. Il était donc important pour nous, afin de cibler les moyens de prévention, de déterminer la proportion des BAS. Notre évaluation se base sur le respect des moyens de prévention connus des infections nosocomiales. Nous observons que nos chiffres sont en accord avec les données de la littérature estimant à un tiers la part évitable des infections nosocomiales. Enfin, il nous semble important de valider nos critères par un groupe pluridisciplinaire.

P-128

EVALUATION DU NIVEAU DE GESTION DES COMPETENCES RELATIVES AUX REFERENTS HYGIENE SELON LA NORME ISO 9001 VERSION 2008

BOUAFIA N., **MAHJOUB M.**, BOUSSAADIA R., HELALI R., BANNOUR W., NJAH M.
CHU Farhat Hached, SOUSSE, TUNISIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les référents hygiène représentent les relais du service d'hygiène hospitalière dans les différents services de l'hôpital sur lesquels pourra s'appuyer les actions de prévention et de surveillance des IAS. La mise en place en 2003 d'un réseau référent hygiène dans notre hôpital dans lequel tous les services de l'hôpital sont représentés est un projet fort prometteur et potentiellement gratifiant pour tous les acteurs. L'objectif de l'étude est d'évaluer le niveau de gestion des compétences de nos référents hygiène selon la norme 9001 version 2008.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous avons procédé à une étude descriptive menée durant le mois de septembre 2011. Une grille, comportant des critères relatifs à la maîtrise de l'identification des besoins en compétences (5 critères), à l'évaluation (5 critères) puis à l'amélioration (7 critères) de ses compétences, a été rempli par les responsables du réseau en comparant les caractéristiques de la norme 9001 version 2008 par rapport à la situation observée .

RÉSULTATS

Pour la maîtrise de l'identification des besoins en compétences, les niveaux de la norme sont appliqués dans 80% des cas et sont représentés par : l'analyse des besoins en référent hygiène, le lancement d'une offre d'emploi, la définition du profil de poste et l'élaboration d'une fiche de poste des référents hygiène. Le non respect est surtout noté au niveau de la sélection des candidats.

Concernant la maîtrise de l'évaluation des compétences des référents hygiène, le non respect des exigences de la norme est noté dans 20 % des cas représenté essentiellement par l'absence d'une évaluation des candidats lors du premier entretien.

Relativement à la maîtrise de l'amélioration des compétences, seulement 28,57% des exigences recommandées sont systématiquement appliquées et concernent la motivation du personnel ainsi que l'évaluation individuelle périodique des référents.

CONCLUSION

La gestion des compétences des référents hygiène reste un des axes d'investissement prioritaires d'un service d'hygiène hospitalière dans ses programmes de prévention des infections associées aux soins et de l'amélioration de la qualité des soins dans les établissements de santé. Le perfectionnement des compétences professionnelles est une exigence prouvée gardant tout son intérêt dans ce cadre.

P-129

EVALUATION DU RESPECT DES REGLES D'HYGIENE DANS LES UNITES DENTAIRES PUBLIQUES

BOUAFIA N.⁽¹⁾, **HELALI R.**⁽¹⁾, MIZOURI R.⁽²⁾, MAHJOUB M.⁽¹⁾, BANNOUR W.⁽¹⁾, NJAH M.⁽¹⁾
⁽¹⁾ CHU Farhat Hached, SOUSSE, TUNISIE ; ⁽²⁾ Service régional de médecine dentaire, SOUSSE, TUNISIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'activité des médecins dentistes comprend de très nombreux actes invasifs, exposant particulièrement aux produits biologiques (sang, salive), en utilisant des instruments complexes dans un milieu naturellement septique. Ainsi, le risque infectieux en odonto-stomatologie n'est pas négligeable. Afin d'assurer la sécurité des patients et des praticiens, les médecins dentistes doivent connaître et appliquer les mesures d'hygiène. Les objectifs de notre travail sont :

- d'évaluer la disponibilité des équipements d'hygiène et les procédures du travail relatives à la maîtrise du risque infectieux dans les unités de soins dentaire.
- de mesurer l'écart entre les pratiques et les recommandations de bonnes pratiques d'hygiène en stomatologie

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous avons mené en 2009 une étude descriptive, transversale, auprès des dentistes exerçant dans les structures publiques. L'enquête est réalisée à l'aide d'une grille d'évaluation avec 2 volets : un entretien structuré sous forme de questions posées directement au dentiste et une observation directe du local de soins et des pratiques de l'équipe.

RÉSULTATS

Au total 42 dentistes ont participé à notre enquête. Les résultats montrent que 76% des dentistes sont vaccinés contre l'hépatite B. Au cours de l'année passée 66% des praticiens ont été victime d'un accident avec exposition au sang. Les précautions « standard » sont respectées dans la majorité des cas. Les locaux de soins sont mal aménagés et la moitié des

unités ne dispose pas de local spécifique pour le traitement du matériel et seulement le quart utilise un autoclave à vapeur d'eau comme moyen de stérilisation.

CONCLUSION

La mise en place d'un plan d'amélioration de la qualité, l'élaboration d'un référentiel réglementaire et professionnel et l'évaluation des pratiques deviennent une exigence pour assurer la sécurité des soins dentaires dans nos structures publiques.

P-130

ETUDE SCIENTIFIQUE D'UNE FONTAINE SECURISEE DANS 15 ETABLISSEMENTS DE SANTE

VANDERMEULEN K.

Dieau-Edafim, ST JULIEN EN ST ALBAN, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Nous avons développé la fontaine sécurisée dédiée aux établissements de santé. Nous avons souhaité mener une étude terrain d'envergure sur une période de six mois avec la collaboration de 15 établissements de santé afin de vérifier que la qualité de l'eau de boisson fournie par les fontaines sécurisées corresponde en tout lieu et à tout moment aux attentes du milieu hospitalier (eau Q.2.8).

MATÉRIEL ET MÉTHODES

La fontaine sécurisée intègre la technologie qui combine une dissociation des amas bactériens par cavitation hydrodynamique et un traitement UV. Le protocole de prélèvements a été au premier jet et sans flambage ou désinfection préalable du point d'usage. Pour chaque prélèvement, les critères de potabilité : dénombrement au minimum des coliformes totaux dans 100 ml complété selon les établissements par les dénombrements de *Escherichia coli*, entérocoques et spores anaérobies sulfite-réductrices dans 100 ml. - pour les critères complémentaires : dénombrement de *Pseudomonas aeruginosa* dans 100 ml complété par le dénombrement de la flore aérobie revivifiable à 22°C et 36°C. L'étude a porté sur 19 fontaines réparties sur 15 établissements de santé, représentant un nombre total d'analyses égal à 647.

RÉSULTATS

- Critères de potabilité: Toutes les fontaines étudiées ont été conformes aux critères de potabilité pendant la durée complète du test. Aucun coliforme, *Escherichia coli*, entérocoque et spore anaérobie sulfite-réductrice n'ont été détectés en sortie des fontaines.

- *Pseudomonas aeruginosa*: Pendant les six mois du test, les 647 analyses réalisées ont montré une absence de *Pseudomonas aeruginosa* dans les 100 ml d'eau filtrés Flore aérobie revivifiable Les tableaux 4a et 4b montrent l'évolution des flores à 22°C et 36°C pour les fontaines dont le suivi a été supérieur à 9 semaines. On constate que les flores à 22° et 36° se sont maintenues pendant la durée complète des tests à un niveau très limité, voire nul. Il est à noter que le pic en flore à 36°C observé en semaine 8 au CH 8 (> 300 UFC/ml) correspond à une analyse réalisée alors que la fontaine, avait été débranchée par un patient. Les résultats des analyses sont revenus à la normale dès la semaine suivante.

CONCLUSION

Cette étude a permis de confirmer la robustesse de la sécurité des nouvelles fontaines à cavitation face à la variété des environnements et des conditions d'utilisation. Toutes les fontaines sont restées conformes en tout lieu et à tout moment du test aux recommandations du Guide technique de l'eau dans les établissements de santé. En particulier, aucun des prélèvements effectués pendant l'étude n'a détecté de *Pseudomonas aeruginosa*.

P-131

EVALUATION DE LA CONTAMINATION ENVIRONNEMENTALE PAR STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTANT A LA METICILLINE (SARM) AVEC UNE SENSIBILITE REDUITE AUX GLYCOPEPTIDES (H-GISA) EN MILIEU HOSPITALIER A RISQUE

CRISTINA M.L., SPAGNOLO A.M., SARTINI M., ORLANDO P., OTTRIA G., PERDELLI F.
Università di Genova, GENOVA, ITALIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La résistance du *Staphylococcus aureus* aux glycopeptides inquiète beaucoup les experts parce que cette classe d'antibiotiques, notamment la vancomycine, représente la ressource plus répondeuse en milieu hospitalier pour soigner les infections à SARM.

Aujourd'hui, le pourcentage de souche de SARM à sensibilité réduite aux vancomycines et teicoplanines (hGISA) n'est pas encore connue.

Notre étude vise à l'estimation de la contamination environnementale (de l'air et des surfaces) qui dérive de ces souches en milieu hospitalier à risque, comme les services de thérapie intensive et les salles d'opération.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous avons déterminé la charge bactérienne totale en air et sur les surfaces représentatives et isolé les *Staphylococcus aureus* possibles à travers une analyse de caractéristiques macroscopiques et microscopiques. Ensuite, nous avons effectué le test de la coagulation et nous avons évalué la résistance à la méticilline sur tous les *Staphylococcus aureus* selon la méthode CLSI de l'Oxascreen Agar.

Les souches résistantes ont été sélectionnées et soumises aux tests standards pour l'évaluation de la résistance hétérogène aux glycopeptides, ensuite confirmée par l'E-test macro-méthode.

RÉSULTATS

Pour ce qui concerne les unités de thérapie intensive, le 63% des échantillons d'air a enregistré une présence du *Staphylococcus aureus*, le 51,6% une présence de SARM et le 37,9% de h-GISA ; les résultats concernant les surfaces montrent une présence du *Staphylococcus aureus* dans le 37% des échantillons, une présence des SARM dans le 37% des surfaces et des h-GISA dans le 9.8% des échantillons.

Dans les salles d'opération, testées après bionettoyage, nous n'avons estimé aucune présence du *Staphylococcus aureus* dans l'air ; par contre, les surfaces ont montré une contamination dérivante de ce microorganisme, même si réduite (le 3,4%, dont le 0,6% était représenté par des SARM et le 0,2% des h-GISA).

CONCLUSION

L'état de l'art actuel ne dispose pas de données qui décrivent la contamination environnementale par h-GISA dans des cas d'infections nosocomiales.

Ces résultats préliminaires soulignent la nécessité d'adopter et appliquer rigoureusement les mesures de prévention et de contrôle de la diffusion de la résistance à la vancomycine au niveau d'hygiène et des normes comportementales et à travers la rationalisation de l'administration d'antibiotiques. Les contrôles microbiologiques environnementaux s'insèrent dans le cadre des stratégies de qualité qui visent à réduire au minimum le risque d'infections des patients.

P-132

MISE EN PLACE D'UNE ENQUÊTE DE PRÉVALENCE DES INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS DANS UN SERVICE D'HAD

TOUATI S.⁽¹⁾, **JOLY F.**⁽¹⁾, **THUILLIEZ C.**⁽¹⁾, **BLANCKAERT K.**⁽²⁾, **OLLIVIER Y.**⁽²⁾

⁽¹⁾ Santelys, LOOS, FRANCE ; ⁽²⁾ ARLIN Nord Pas de Calais, LILLE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les recommandations de la DGS de 2009 concernant l'adaptation des HAD au programme de lutte contre les ILS 2009-2012 incitent ces établissements à réaliser une enquête de prévalence avec une méthodologie spécifique.

Notre service d'HAD a réalisé une enquête de prévalence selon une méthodologie spécifique, susceptible d'être proposée à d'autres HAD.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le premier objectif était de mesurer la prévalence des IAS du service HAD en enquêtant auprès des salariés mais également auprès des libéraux partenaires du service, afin de mettre en place des actions d'amélioration et de prévention des infections, adaptées aux soins à domicile. Le deuxième objectif était de comparer notre taux d'IAS avec celui des établissements hospitaliers conventionnels et des autres services d'HAD.

Il était intéressant de décrire la population prise en charge en HAD (photographie un jour donné) en tenant compte des critères de l'ENP 2006 mais également de l'indice de Karnofsky, utilisé par tous les services d'HAD, qui mesure l'état de dépendance du patient.

RÉSULTATS

144 patients étaient présents le jour de l'enquête, âge moyen 67 ans. Sur les 124 fiches renseignées, 51% des patients avaient un indice de Karnofsky compris entre 10 et 40 % (patient dépendant voire au pronostic vital engagé), 88 % avaient au moins un dispositif invasif ou une situation à risque, 25 % étaient porteurs de sondes urinaires, 56.5% présentaient des lésions cutanées.

Au total, nous avons recensé 6 Infections Associées aux Soins, dont 3 acquises au sein du service HAD soit un taux de 2.8 % (4.3 % en HAD lors de ENP 2006), mais aucune infection urinaire malgré la forte proportion de patients porteurs de sonde vésicale.

CONCLUSION

En conclusion, nous avons pu établir un taux de prévalence des IAS dans notre service mais il est difficile de se comparer entre HAD car nos activités et le profil de nos patients sont hétérogènes. Par contre ce taux de prévalence est pour nous un indicateur de qualité en terme de suivi de nos actions de lutte contre les IAS. Par ailleurs nous avons élaboré des recommandations pour la gestion d'un patient porteur de sonde vésicale à domicile à l'intention des médecins libéraux. Cette enquête nous a permis de sensibiliser les soignants, salariés et libéraux, au risque infectieux à domicile, à l'importance de poursuivre nos actions de prévention et au respect strict des procédures de soins d'autant plus que nos patients sont dépendants, immunodéprimés et souvent porteurs d'au moins un dispositif ou situation à risque. Notre méthodologie a été transmise au CCLIN Paris Nord en vue de la prochaine enquête nationale.

P-133

L'APPORT D'UNE REVUE DE MORBI-MORTALITE DANS L'ANALYSE D'UN CAS D'INFECTION MATERNO-FOETALE

BAGHDADI N., HAMMOU Y., CAUCHY L., HOUFFLIN-DEBARGE V., SUBTIL D., FAURE K., GRANDBASTIEN B.
CHRU de Lille, LILLE CEDEX, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Une infection maternofoetale est venue compliquer un accouchement par césarienne en post terme, avec un prolongement de l'hospitalisation pour la mère et un transfert en réanimation néonatale pour l'enfant. Dans le cadre de la collaboration avec la clinique d'obstétrique, l'équipe opérationnelle d'hygiène a proposé l'étude de ce cas lors d'une revue de morbi-mortalité. Nous relatons cette expérience.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'investigation a été menée selon le protocole « ALARM ». Une reconstitution chronologique des faits a été établie sur la base de la revue des écrits disponibles et des entretiens avec les soignants. Puis une analyse systémique et collective lors de la RMM a permis d'identifier les causes immédiates et profondes de l'incident.

RÉSULTATS

La description initiale a identifié des défauts du protocole d'antibioprophylaxie et de communication avec la patiente. L'analyse des défaillances latentes a montré que la survenue de l'événement indésirable a été favorisée par

- 1) le sentiment d'insécurité de la patiente primipare lié à sa méconnaissance des règles de prise en charge en post-terme,
- 2) le défaut d'identification par l'équipe de la vulnérabilité de la patiente et de son besoin d'information,
- 3) l'insuffisance de transmissions dans le dossier de soins sur l'information délivrée à la patiente,
- 4) la méconnaissance de l'anamnèse de l'allergie aux antibiotiques et la responsabilité de son diagnostic mal définie,
- 5) l'horaire de fin de nuit le week end avec une charge de travail importante. L'analyse approfondie a aussi mis en évidence les facteurs de récupérations (demande de supervision médicale, réanimation rapide et efficace de l'enfant...) déployés par l'équipe. Le plan d'actions élaboré visant

- 1) l'amélioration de l'information des patientes en amont sur les risques et la nature indicative de la date de terme prévu (entretien anté-natal, feuille de post terme..),
- 2) l'évolution des protocoles d'antibioprophylaxie avec l'identification et la gestion optimisée d'une éventuelle allergie aux β -lactamines (révision des protocoles, fiche d'interrogatoire de l'allergie...) et 3) l'amélioration de la qualité de la tenue du dossier médical.

CONCLUSION

La richesse des débats a montré l'intérêt des soignants face à cette démarche. L'accompagnement de cette méthode est primordial pour l'adhésion des équipes et permet l'émergence rapide d'axes d'améliorations. Cette expérience a également permis de formaliser la gestion de la RMM et d'aider l'équipe soignante à s'approprier la démarche.

P-134

ANIMATION DU RESEAU DE SURVEILLANCE DES BMR DANS L'INTER REGION OUEST

SENECHAL H.⁽¹⁾, GARREAU N.⁽¹⁾, SENECHAL H.⁽¹⁾, BUSCAIL C.⁽¹⁾, SIMEON S.⁽¹⁾, EVEILLARD M.⁽²⁾, LECLERCQ R.⁽³⁾, DONNIO P.Y.⁽¹⁾, CAILLON J.⁽⁴⁾, VAN DER MEE N.⁽⁵⁾, JOLY-GUILLOU M.L.⁽²⁾, AUPEE M.⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU de Rennes, RENNES, FRANCE ; ⁽²⁾ CHU d'Angers, ANGERS, FRANCE ; ⁽³⁾ CHU de Caen, CAEN, FRANCE ; ⁽⁴⁾ CHU de Nantes, NANTES, FRANCE ; ⁽⁵⁾ CHU de Tours, TOURS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Montrer l'intérêt de l'animation qui peut se faire autour d'un réseau de surveillance

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Description des différents outils contribuant à l'animation du réseau BMR.

RÉSULTATS

- Outil WEB : L'outil de saisie en ligne permet l'inclusion des BMR sur 3 mois ou sur l'année, avec la possibilité de saisie par trimestre. Un contrôle de qualité des données est réalisé à la saisie et avant la validation finale. L'ES obtient un rapport de résultats et un poster en temps réel avec l'évolution de son incidence SARM et EBLSE acquis depuis 2009.
- Antibiogramme : Le recueil de l'antibiogramme de chaque BMR permet un contrôle de l'inclusion de la BMR et le suivi de l'évolution des résistances. Depuis 2006, la proportion de souches de SARM résistantes à la gentamicine est significativement en baisse passant de 6,4% à 4,2%. Pour les EBLSE, la résistance à l'imipénème des entérobactéries reste stable (1,0%).
- Evaluation de la politique générale de la maîtrise de la transmission croisée : Depuis 2009, lors de l'inscription en ligne pour la surveillance BMR, les établissements saisissent un questionnaire d'auto-évaluation. En 2011, sur 279 ES inscrits, 182 (66%) ont répondu au questionnaire soit 43% des ES de l'inter région (182/429). 129 ES ont un score ICSHA 2010 $\geq 70\%$ (71% des ES). En 2010 46% des ES avaient

un score ICSHA ≥ 70 . 7 ES ne mettent en place que les précautions standard.

- Contrôle Qualité BMR: une évaluation de la détection des BMR par les laboratoires participants à la surveillance est réalisée depuis 2003. En 2011, une souche de *K.pneumoniae* BLSE avec carbapénémase a été proposée. 88% (136/154) des laboratoires ont détecté la BLSE et 72% (111/154) la carbapénémase.
- Formation des biologistes : En collaboration avec le BactérioCercle Breton, des formations théoriques et pratiques ont été organisées en Bretagne depuis 2005 puis en Pays de la Loire à l'initiative des bactériologistes du CHU de Nantes et d'Angers.
- Motivation des ES : Les échanges réguliers entre les ES, le CCLIN et les ARLIN permettent de motiver les ES à participer à ce réseau de surveillance.
- Groupe BMR : créé en 2008, composé d'hygiénistes, biologistes, infectiologues, membres du CCLIN et des ARLIN, il se réunit 2 fois par an pour la mise à jour du protocole, l'étude et la valorisation des résultats.

CONCLUSION

Toute l'animation organisée autour de la surveillance BMR depuis 2005 crée une dynamique qui se traduit par une participation croissante des ES (130 à 253), des laboratoires (131 à 154) et une forte motivation du groupe BMR.

P-135

ETUDE DE LA CONTAMINATION DES POINTS D'EAU PAR *PSEUDOMONAS AERUGINOSA* DANS DIX SERVICES DE REANIMATION

LEROYER C.⁽¹⁾, **COSTE F.**⁽¹⁾, **VENIER A.G.**⁽²⁾, **GUERIN J.M.**⁽³⁾, **LAWRENCE C.**⁽⁴⁾, **BOULESTREAU H.**⁽¹⁾, **LASHERAS A.**⁽¹⁾, **TRIVIER D.**⁽⁵⁾, **ALFANDARI S.**⁽⁶⁾, **PERRAUD M.**⁽⁷⁾, **CASSIER P.**⁽⁷⁾, **AUBAS S.**⁽⁸⁾, **BERTRAND X.**⁽⁹⁾, **TALON D.**⁽⁹⁾, **ROGUES A.M.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU de Bordeaux, Bordeaux, FRANCE ; ⁽²⁾ Cclin Sud-Ouest, Bordeaux, FRANCE ; ⁽³⁾ Aphp Hôpital Lariboisière, Paris, FRANCE ; ⁽⁴⁾ Aphp Hôpital Poincaré, Garches, FRANCE ; ⁽⁵⁾ CH Lens, Lens, FRANCE ; ⁽⁶⁾ CH de Tourcoing, Tourcoing, FRANCE ; ⁽⁷⁾ CHU de Lyon Sud, Lyon, FRANCE ; ⁽⁸⁾ CHU de Montpellier, Montpellier, FRANCE ; ⁽⁹⁾ CHU de Besançon, Besançon, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Plusieurs travaux suggèrent que la présence de *Pseudomonas aeruginosa* dans les points d'eau joue un rôle dans l'épidémiologie hospitalière de cette bactérie, en particulier en situation épidémique, mais peu de données sont disponibles. Notre objectif était de décrire et analyser la fréquence de contamination des points d'eau

par *Pseudomonas aeruginosa* en service de réanimation.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Prélèvements hebdomadaires de 237 points d'eau dans 10 services de réanimation pendant 5 mois (étude DYNAPYO -PHRC 2008). Prélèvement de 250 ml d'eau mitigée le matin sans purge ni désinfection préalable dans un flacon stérile contenant 5mg de thiosulfate de sodium avec écouvillonnage du mousseur pour sensibiliser la méthode. Recherche de *Pseudomonas aeruginosa* selon un protocole adapté de la norme NF EN 12780 avec filtration de 100ml sur membrane de nitrate de cellulose de 0,45 μ m puis ensemencement sur milieu Cétrimide, incubation à 44°C et lecture à 48h. Paramètres relevés pour chacun des points d'eau: la structure du réseau d'eau (boucle...), le nombre de point d'eau dans la pièce, la proximité du patient, le type d'utilisation du point d'eau et le type de commande (manuelle, électrique...). Analyse multivariée en cours afin d'identifier les facteurs associés à la contamination du point d'eau.

RÉSULTATS

Au total, 4 946 prélèvements d'eau ont été analysés, *Pseudomonas aeruginosa* a été identifié dans 845 d'entre eux soit 17% (de 2 à 62% selon le service). 140 points d'eau n'ont jamais été positifs au cours de l'étude. Le pourcentage de point d'eau positif au moins une fois variait de 11 à 96% selon le service. La durée moyenne de contamination était de 6 semaines (de 1 à 14 semaines selon le service). Les points d'eau situés dans les chambres étaient plus souvent positifs que les autres (36% versus 72%) avec une durée moyenne de contamination plus courte (8,5 versus 10 semaines). Les points d'eau équipés d'une commande électrique étaient plus souvent positifs que ceux équipés de commandes manuelles (90% versus 36%) avec une durée de contamination plus longue (13 versus 8 semaines).

CONCLUSION

Notre travail révèle une grande hétérogénéité de contamination des points d'eau entre les 10 services. Il retrouve une fréquence de contamination plus élevée avec les équipements à commande non manuelle et suggère un lien avec la proximité des patients. L'analyse multivariée devrait permettre d'identifier des facteurs expliquant les différences observées et sur lesquels il faudra agir pour réduire cette contamination.

P-136

REVUE DE MORBI-MORTALITE DE CAS GROUPES DE BACTERIEMIES A *PSEUDOMONAS AERUGINOSA* MULTI RESISTANT DANS UN SECTEUR PROTEGE D'HEMATOLOGIE

LOUKILI N.⁽¹⁾, **BAGHDADI N.**⁽¹⁾, **DULERY R.**⁽¹⁾, **BERTHON C.**⁽¹⁾, **LEMAITRE N.**⁽¹⁾, **COITEUX V.**⁽¹⁾, **ALFANDARI S.**⁽²⁾, **YACCOUBAGHA I.**⁽¹⁾, **GUERY B.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHRU de Lille, LILLE, FRANCE ; ⁽²⁾ CH Tourcoing, TOURCOING, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En février 2011, 4 cas groupés de bactériémies à *P aeruginosa* multi résistant sont survenus dans le secteur protégé d'hématologie. L'épisode a été rapidement maîtrisé par la mise en place de mesures d'hygiène adaptées. L'investigation de l'épidémie a permis de mettre en évidence 2 causes pouvant expliquer la survenue de cet épisode : transmission croisée ou cas importé. Une analyse collective sous forme de RMM a été ensuite réalisée pour identifier les causes profondes de cet événement.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Après une reconstitution chronologique de la survenue de l'épidémie, une analyse collective avec l'équipe soignante a permis de confronter chaque élément à la littérature ou aux référentiels existants, d'identifier les facteurs favorisants puis de proposer les actions correctives. La recherche de défaillances a porté sur le système d'alerte, les actions de prévention instaurées, l'antibiothérapie et l'évaluation des procédures en cours.

RÉSULTATS

26 soignants ont participé à la réunion de la RMM. L'enquête environnementale et alimentaire n'ont pas retrouvé de réservoir à pyocyanique et l'adaptation de l'antibiothérapie n'a pas été contributive. La pulsotypie des souches des 4 patients étaient épidémiologiquement reliées. La revue rétrospective des prélèvements bactériologiques (40 mois) a révélé une proportion plus importante de prélèvements positifs à *P aeruginosa* chez les patients atteints de leucémie aigüe (groupe à risque).

La discussion collective a permis de repérer les causes profondes suivantes :

- identification des patients porteurs de bactéries multi-résistantes lors d'une ré-hospitalisation ou d'un transfert
- transmission de l'information du portage du patient au sein de l'équipe
- consommation des solutés hydroalcooliques insuffisante et un mésusage des gants

Le plan d'actions correctives suivant a été proposé : retravailler sur les pratiques d'hygiène des professionnels et la diffusion de l'information sur le statut infectieux du patient dépister à l'entrée puis hebdomadairement les patients réaliser une surveillance bactériologique du secteur par l'équipe d'hygiène.

CONCLUSION

La transmission croisée a été établie comme source de l'épidémie. La RMM a permis d'identifier 3 causes profondes et l'adoption du plan d'action suivant : amélioration du système d'alerte, mise en place d'une surveillance active, renforcement des actions de prévention dans le secteur protégé. Ceci a été possible grâce à la forte participation des soignants qui ont montré une forte implication dans la démarche de RMM ainsi qu'à la prise de conscience de la possibilité de transmission croisée dans le secteur protégé.

P-137

EVOLUTION DU RISQUE INFECTIEUX NOSOCOMIAL EN REANIMATION ADULTE (A PARTIR DES DONNEES DE SURVEILLANCE 2007-2010 D'UNE COHORTE DE 99 SERVICES)

SAVEY A.⁽¹⁾, **MACHUT A.**⁽¹⁾, **L'HERITEAU F.**⁽²⁾, **JARNO P.**⁽³⁾, **BERVAS C.**⁽⁴⁾, **VENIER A.G.**⁽⁴⁾, **BOUSSAT S.**⁽⁵⁾, **LEPAPE A.**⁽⁶⁾, **COIGNARD B.**⁽⁷⁾

⁽¹⁾ Cclin Sud-Est, Saint Genis-Laval, FRANCE ; ⁽²⁾ Cclin Paris-Nord, Paris, FRANCE ; ⁽³⁾ Cclin Ouest, Rennes, FRANCE ; ⁽⁴⁾ Cclin Sud-Ouest, Bordeaux, FRANCE ; ⁽⁵⁾ Cclin Est, Nancy, FRANCE ; ⁽⁶⁾ Gh Lyon-Sud (Hcl), Pierre-Benite, FRANCE ; ⁽⁷⁾ Institut De Veille Sanitaire, Saint Maurice, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La surveillance des infections nosocomiales (IN) en réanimation est une priorité, permettant d'évaluer le risque infectieux lié à l'état critique des patients et au caractère invasif des techniques de suppléance des fonctions vitales.

Cette étude présente l'évolution des caractéristiques des patients et de l'incidence des IN au sein d'une cohorte de services de réanimation ayant participé durant 4 périodes consécutives au réseau REA-Raisin.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les services recueillent en continu 6 mois par an, de manière standardisée, les données concernant tout patient hospitalisé plus de 2 jours en réanimation : facteurs de risque liés au patient, exposition aux dispositifs invasifs et survenue d'épisodes infectieux : pneumonie (PNE), colonisation, infection

ou bactériémie liée au CVC (COL/ILC/BLC), infection urinaire (URI) et bactériémie (BAC).

Les données des 99 services ayant participé de 2007 à 2010 ont été extraites de la base nationale du réseau REA-RAISIN afin de réaliser une analyse des tendances (univariée).

RÉSULTATS

Les 99 services de réanimation adulte (1123 lits) ont inclus 14 236 patients.

Certaines caractéristiques ont évolué de manière significative entre 2007 et 2010 : plus d'antibiotiques dans les 48 h encadrant l'admission, d'immunodépression, de provenance de court séjour, d'admission pour motif médical, moins de trauma ; de même que l'exposition aux dispositifs invasifs (ratio d'exposition en augmentation pour CVC et sonde urinaire, stable pour intubation).

La proportion de patients infectés a diminué de 14,4% à 13,0% ($p < 0,001$).

L'incidence des bactériémies/1000 j-pat. reste stable (3,80 vs 3,51; $p = 0,18$). En revanche, les taux d'incidence rapportés à 1000 j d'exposition au dispositif concerné baissent significativement de -9,1% pour les PNE (15,66 vs 14,24 ; $p = 0,02$), de -16,2% pour les URI (5,06 vs 4,24 ; $p = 0,004$) et de -48,4% pour les BLC (0,95 vs 0,49 ; $p < 0,001$) alors que les proportions de CVC mis en culture au laboratoire, de CVC avec culture positive, ou encore l'incidence des ILC restent stables.

L'incidence cumulée des SARM a diminué de 0,97 à 0,77 pour 100 patients (NS) alors que celle des entérobactéries productrices de BLSE a significativement augmenté de 0,80 à 1,1 ($p = 0,009$).

CONCLUSION

Les données de surveillance améliorent la connaissance du risque infectieux nosocomial et permettent d'en optimiser la gestion en réanimation.

Cette analyse sur une cohorte de services permet d'évaluer l'impact des mesures de prévention instaurées par les équipes et révèle sur 4 ans une baisse significative des infections liées aux dispositifs invasifs (BLC, PNE, URI).

P-138

STRATEGIE DE PROMOTION DES PRODUITS HYDROALCOOLIQUES, ETUDE REGIONALE COMPARATIVE ENTRE ETABLISSEMENTS DE SANTE EN FONCTION DE LEUR ICSHA

BESSON M.⁽¹⁾, **BADRIKIAN L.**⁽²⁾, **MONTAGNE P.**⁽³⁾, **DELCAMP E.**⁽⁴⁾, **DE LAROUZIERE S.**⁽²⁾, **BAUD O.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ARLIN Auvergne, CLERMONT-FERRAND, FRANCE ; ⁽²⁾CHU Clermont-Ferrand, CLERMONT-FERRAND, FRANCE ; ⁽³⁾CH Thiers, THIERS, FRANCE ; ⁽⁴⁾CH Paul ARDIER, ISSOIRE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En 2010, 5 ans après la mise en place de l'indicateur ICSHA, 57% des établissements de santé sont classés A ou B alors que 43% ont du mal à améliorer leur score et restent classés C ou D. Une différence de politique ou de stratégie d'implantation des produits hydroalcooliques (PHA) a-t-elle une influence sur ce classement ?

L'objectif était d'identifier les différentes politiques et stratégies des établissements de santé de la région et évaluer leur impact sur la consommation des PHA.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Un questionnaire a été adressé en mars 2011 à toutes les équipes opérationnelles d'hygiène et aux présidents de CLIN des établissements de santé de la région. Les critères concernaient le produit (choix, implantation, conditionnement), la formation et la communication ainsi que les facteurs ayant pu influencer l'utilisation des PHA (épidémie, rumeurs ...). Les réponses ont été saisies sur Epi-info puis analysées sous Excel afin de comparer les stratégies des établissements classés A ou B à ceux classés C et D.

RÉSULTATS

54/63 (87,5%) des établissements ont répondu : 21 Centres Hospitaliers, 4 Centres Hospitaliers Spécialisés, 1 Centre Hospitalier Universitaire, 12 Cliniques MCO, 14 centres de Soins de Suite et de Réadaptation, 1 établissement de dialyse et 1 centre de lutte contre le cancer. Cette étude n'a pas pu montrer de différence majeure entre les établissements ayant un classement A ou B et les établissements avec un classement C ou D. Cependant certaines tendances apparaissent :

- i) tous les MCO sont classés en A ou B alors que les CH et les SSR sont moins nombreux dans cette catégorie ;
- ii) les établissements classés A ou B ont réalisé des audits sur la pratique d'hygiène des mains plus récemment ;
- iii) les établissements avec un ICSHA en C ou D sont plus souvent victimes de rumeurs visant à discréditer les PHA ;
- iv) on note une politique de changement systématique des poches plus fréquente dans les établissements classés A ou B. Nous n'avons

pas analysé la politique d'achat des PHA, or il est évident que le volume de commande de PHA (utilisé pour le calcul de l'ICSHA) n'est représentatif de la consommation annuelle que s'il couvre exactement l'année en cours. Ceci pouvant constituer un biais.

CONCLUSION

Si l'amélioration de l'usage des PHA n'apparaît pas liée à une seule action, il apparaît essentiel de ne négliger aucun moyen pour faire progresser le score ICSHA.

P-139

PRISE EN CHARGE DE LA CONTAMINATION DES ENDOSCOPES : RETOUR D'EXPERIENCE

DEVAUX C., LEMARE F., GAUDIN A.
Institut Gustave Roussy, VILLEJUIF, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les endoscopes sont des appareils thermosensibles qui subissent une désinfection de niveau intermédiaire ou de haut niveau. Selon les études, 10 à 30 % des endoscopes prélevés après traitement resteraient contaminés par des microorganismes à risque nosocomiale majeur¹.

L'objectif de notre étude est de mettre en place une procédure standardisée de traitement des endoscopes en cas de prélèvements positifs. Nous avons réalisé une étude sur les résultats des prélèvements sur 7 mois, puis nous avons construit un arbre décisionnel.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Deux fois par an, des prélèvements de contrôle sont effectués par le service de microbiologie, sur tout le parc des endoscopes. Les endoscopes de retour de réparation font également l'objet de prélèvements systématiques.

Une analyse de la littérature et des recommandations sur la prise en charge des endoscopes contaminés a été effectuée.

RÉSULTATS

En 7 mois, sur 37 endoscopes, 13 sont revenus positifs après prélèvement de routine ou après réparation. Après une double désinfection manuelle (recommandations DHOS 2003), 5 appareils étaient toujours contaminés.

Nous avons testé plusieurs méthodes pour éliminer cette contamination : prédésinfection+nettoyage quotidien, choc chloré ou envoi en réparation pour changement des canaux par le fournisseur.

Au vu des résultats des différentes méthodes, nous avons construit un arbre décisionnel.

CONCLUSION

Le délai entre le prélèvement et le rendu des résultats ne permet pas une action corrective immédiate (lecture à 5 jours), ce qui augmente le risque de formation de biofilm. L'idée de nettoyer tous les jours l'appareil est une solution qui a donné de bons résultats avec la quasi disparition des germes. Il en est de même avec le choc chloré associé à une double prédésinfection+lavage complet.

Au regard de nos résultats, nous proposons la séquence suivante :

A la suite du premier prélèvement positif, l'appareil sera nettoyé tous les jours (prédésinfection+lavage manuel) jusqu'au prélèvement suivant. Si le second est positif, l'appareil, en plus de la prédésinfection et du lavage quotidien, subira un choc chloré avec de l'hypochlorite de sodium à 1 % irrigué dans tous canaux pendant 30 minutes. Ensuite, nous effectuerons un troisième prélèvement canal par canal. Si le résultat est à nouveau positif, l'endoscope sera envoyé en réparation chez le fournisseur avec sa fiche détaillée de résultats.

1. Luu Duc D et al. Gestion du risque infectieux lié aux endoscopes : nécessité de prélèvements microbiologiques réguliers. Hygiènes, 2002, 6 : 451-6.

P-140

IMPACT D'UNE UNITE MOBILE DE DECONTA-MINATION DE L'AIR SUR LA QUALITE ENVIRONNEMENTALE D'UNE SALLE UTILISEE POUR LES INJECTIONS INTRA-VITRENNES

LASHERAS BAUDUIN A., ROUSSET M., PETEL J., BOULESTREAU H., BOYER F., KOROBELNIK J.F., ROGUES A.M.
CHU Hôpital Pellegrin, BORDEAUX CEDEX, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les injections intra-vitréennes (IVT) sont réalisées dans une salle de consultation équipée d'un ventilateur-convecteur pour le confort des utilisateurs et des patients sans traitement d'air filtré ou rafraîchissant. L'objectif est d'étudier l'impact d'une unité mobile de décontamination de l'air avec rafraîchissement (UMDAR) sur la qualité environnementale de cette salle.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'UMDAR est un système de décontamination de l'air par destruction associé à un système de rafraîchissement de l'air permettant d'améliorer le confort des utilisateurs et des patients tout en maîtrisant la qualité de l'air pendant les gestes techniques. Une mesure de la qualité environnementale est réalisée avant et après équipement de la salle par l'UMDAR, au repos et en activité dans les conditions habituelles d'utilisation (fenêtres et porte fermées, ventilation arrêtée pour la première période et UMDAR fonctionnant en continu pour

la deuxième période). Pour chaque période, 4 séries de mesures par jour sont réalisées pendant 3 jours: T0 (matin, avant activité), T1 (matin, fin d'activité), T2 (après-midi, avant activité), T3 (après-midi, fin d'activité). Chaque série correspond à 1 comptage particulaire, 1 prélèvement d'air (aérobiocontamination) et 4 prélèvements de surface.

RÉSULTATS

Avant équipement, l'aérocontamination est importante supérieure à une classe ISO 8 avec une aérobiocontamination bactérienne élevée (26 à 394 UFC/m³) constituée d'une flore environnementale et fongique croissante dans la journée (3 à 72 UFC/m³ et présence d'*Aspergillus* en grande quantité). Les surfaces sont peu contaminées. Après équipement, la classe particulaire de l'air est de niveau ISO 8. L'aérobiocontamination est moindre pour les bactéries (6 à 43 UFC/m³) et les champignons filamenteux (0 à 12 UFC/m³ et absence d'*Aspergillus*). Les surfaces sont peu contaminées.

CONCLUSION

Dans une salle non équipée d'un traitement d'air filtré, l'UMDAR a permis d'abaisser la classe de contamination particulaire au niveau d'une classe ISO 8 et d'abaisser l'aérobiocontamination notamment fongique. L'UMDAR a peu d'impact sur la contamination des surfaces, réduite par l'efficacité du bionettoyage réalisé avant chaque séance. Récemment, l'Afssaps ne recommande pas de réaliser les IVT dans un local à empoussièrement maîtrisé mais insiste sur l'arrêt des systèmes de conditionnement d'air. L'UMDAR a permis d'améliorer le confort de la salle par un rafraîchissement sécurisé tout en améliorant la qualité bactérienne et fongique de l'environnement.

P-141

ETAT DES LIEUX DANS L'INTER REGION OUEST DES EPIDIMIES A ENTEROBACTERIES BLSE A PARTIR DES SIGNALEMENTS EXTERNES DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

SIMEON S.⁽¹⁾, BUSCAIL C.⁽¹⁾, SENECHAL H.⁽¹⁾, JARNO P.⁽¹⁾, PERENNEC-OLIVIER M.⁽¹⁾, GARREAU N.⁽¹⁾, AUPEE M.⁽¹⁾, DONNIO P.Y.⁽²⁾
⁽¹⁾ CCLIN Ouest, RENNES, FRANCE ; ⁽²⁾ CHU de Rennes, RENNES, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Suite à l'augmentation constante de l'incidence des entérobactéries EBLSE depuis 2005 dans les services de soins au niveau national et interrégional (rapport de surveillance BMR/RAISIN), nous avons réalisé un état des lieux des épidémies et endémies à EBLSE dans l'interrégion Ouest. Le but de l'étude était de mettre en évidence une augmentation des signalements d'épidémies à EBLSE et comprendre comment une souche clonale pouvait être à l'origine d'une endémie dans un Centre Hospitalier.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Revue systématique des fiches de signalements externes des infections nosocomiales.

Critères d'inclusion : signalements d'infection à EBLSE (antibiogramme à l'appui) reçus entre le 1^{er} janvier 2004 et le 30 juin 2011 au CCLIN Ouest. Sélection dans un deuxième temps des signalements concernant 2 ou plusieurs cas avec unité de temps et de lieu et d'une endémie à *E. cloacae* BLSE dans un CH.

Etude des deux principales souches responsables d'épidémies en champ pulsé (*K. pneumoniae*, *E. cloacae*)

RÉSULTATS

Le CCLIN Ouest a reçu 56 fiches de signalements de 2004 à 2011 à EBLSE. 32 fiches correspondaient à des cas groupés et 4 à des diffusions endémiques. Les germes dans les cas groupés étaient *K pneumoniae* (46%), *E cloacae* (27%), *E coli* (25%) et *P mirabilis* (2%). Les services de réanimation étaient les plus touchés et exclusivement par *K pneumoniae* (77% des cas) et *E cloacae* (23%). Une étude des souches d'*E. cloacae* par la méthode en champ pulsé a montré la diffusion clonale d'une souche dans 4 ES dont un CH ayant une endémie (18 cas en 2010, 41 en 2011). Une étude descriptive des caractéristiques des patients concernés par cette endémie est en cours. Des hypothèses sur les facteurs de risque et facteurs environnementaux sont à confirmer.

CONCLUSION

Nous avons observé une augmentation des épidémies signalées à EBLSE, et ce de façon nette à partir de 2008, en corrélation avec l'incidence EBLSE de l'interrégion Ouest : 0,07‰ journées d'hospitalisation (JH) en 2007 et 0,10‰ JH en 2008 (rapport surveillance BMR interrégion Ouest). La diffusion clonale dans 4 ES d'une souche d'*E. cloacae* a été mise en évidence. L'installation de cette souche dans un ES depuis 2010 est en cours d'investigation.

P-142

VARIABILITE REGIONALE DE L'INCIDENCE DES BACTERIES MULTIRESTANTES AUX ANTIBIOTIQUES (BMR) EN FRANCE : RESEAU DE SURVEILLANCE BMR RAISIN, 2010

ARNAUD I.⁽¹⁾, CARBONNE BERGER A.⁽¹⁾, BAJOLET O.⁽²⁾, BERTRAND X.⁽²⁾, BLANCHARD H.⁽¹⁾, CAILLAT-VALLET E.⁽³⁾, DUMARTIN C.⁽⁴⁾, EVEILLARD M.⁽⁵⁾, FOSSE T.⁽³⁾, GARREAU N.⁽⁵⁾, HOFF O.⁽²⁾, MARTY N.⁽⁴⁾, MAUGAT S.⁽⁶⁾, REYREAU E.⁽⁴⁾, SABY K.⁽²⁾, SAVEY A.⁽³⁾, TRYSTRAM D.⁽⁷⁾, SÉNÉCHAL H.⁽⁵⁾, SIMON L.⁽²⁾, SOUSA E.⁽⁴⁾, COIGNARD B.⁽⁶⁾, ASTAGNEAU P.⁽¹⁾, JARLIER V.⁽⁷⁾

⁽¹⁾CCLIN Paris Nord, PARIS, FRANCE ; ⁽²⁾CCLIN Est, NANCY, FRANCE ; ⁽³⁾CCLIN Sud Est, LYON, FRANCE ; ⁽⁴⁾CCLIN Sud Ouest, BORDEAUX, FRANCE ; ⁽⁵⁾CCLIN Ouest, RENNES, FRANCE ; ⁽⁶⁾InVS, SAINT-MAURICE, FRANCE ; ⁽⁷⁾APHP, PARIS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les taux de BMR dans les établissements de santé (ES) français étaient parmi les plus élevés d'Europe. Depuis le milieu des années 90, leur surveillance et le contrôle leur transmission croisée sont prioritaires. Des recommandations nationales existent depuis 1999. L'impact des mesures prises est nettement perceptible sur *S. aureus* métilino-résistants (SARM) ces dernières années. Devant l'émergence des entérobactéries productrices de beta-lactamases à spectre étendu (EBLSE) (en particulier *E. coli*), des recommandations nationales spécifiques EBLSE sont parues en 2010. L'objectif de ce travail est d'étudier la variabilité régionale des incidences des SARM et des EBLSE.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Un réseau national de surveillance des BMR a été mis en place en 2002 afin d'étudier l'impact du programme national. La surveillance s'effectue 3 mois par an à partir d'ES volontaires en incluant prospectivement les souches à visée diagnostique dédoublonnées de SARM et d'EBLSE. Les densités d'incidence sont calculées pour 1000 journées d'hospitalisation (JH) pour toutes les régions et pour le sous-ensemble des centres hospitaliers (CH). La représentativité des ES au sein du réseau et par régions (couverture régionale) est obtenue à partir de la base des données statistiques annuelle des ES (SAE).

RÉSULTATS

En 2010, 933 établissements de santé (ES) ont participé au réseau BMR, dont 311 CH. La proportion de JH incluses rapportées aux données SAE variait selon les régions de 8 à 77 % (55% en moyenne sur la France).

Les incidences de SARM et d'EBLSE, qui sont de 0,40 pour les SARM et de 0,39 pour les EBLSE. En région, l'incidence de SARM variait entre 0,15 et 0,73 pour tout type d'ES et entre 0,15 et 0,72 pour les CH. Celle des EBLSE variait entre 0,16 et 1,34 pour tout type d'ES et entre 0,11 et 1,40 pour les CH.

Des incidences d'EBLSE supérieures à celles des SARM sont trouvées dans le sud, l'Île de France et dans certains DOM. Les plus faibles incidences sont trouvées dans l'Est et l'Ouest. Le Nord a des incidences SARM et EBLSE parmi les plus élevées.

CONCLUSION

Ces résultats suggèrent une hétérogénéité régionale de l'incidence SARM et EBLSE. En 2010 l'incidence des EBLSE est globalement supérieure à celle des SARM dans de nombreuses régions. Cependant l'incidence des SARM reste encore élevée dans certaines d'entre-elles. Ces données régionales sont intéressantes mais elles présentent des limites importantes, en particulier concernant la représentativité des ES participants au réseau et la variabilité des données sur des petits effectifs. L'évolution dans le temps de ces données régionales apportera des informations plus solides.

P-143

ENQUETE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES DE PATIENTS SORTIS D'UN ETABLISSEMENT DE SANTE AVEC UNE BACTERIE MULTI-RESISTANTE AUX ANTIBIOTIQUES : INFORMATION RECUE ET MESURES PRISES.

PERGON C.⁽¹⁾, **JOSPEH J.P.**⁽¹⁾, **LEROYER C.**⁽²⁾, **BORDES-COUECOU S.**⁽³⁾, **BLANIE M.**⁽⁴⁾, **ROGUES A.M.**⁽²⁾

⁽¹⁾ Département de Médecine Générale Université Bordeaux II, BORDEAUX, FRANCE ; ⁽²⁾ CHU de BORDEAUX, BORDEAUX, FRANCE ; ⁽³⁾ CH de BAYONNE, BAYONNE, FRANCE ; ⁽⁴⁾ CH de PERIGUEUX, PERIGUEUX, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Notre objectif était d'évaluer l'information reçue et les mesures prises par les médecins de patients sortis d'un établissement de santé avec une bactérie multirésistante aux antibiotiques (BMR).

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Etude réalisée entre juin 2010 et mars 2011 par entretien téléphonique auprès de médecins généralistes dans les trois semaines suivant la sortie de l'hôpital d'un de leur patient identifié comme porteur d'une BMR (SARM, EBLSE) dans trois établissements de santé. Le questionnaire s'intéressait à la connaissance du portage, à l'origine de l'information reçue et aux mesures complémentaires d'hygiène mises en œuvre.

RÉSULTATS

Au moment de l'appel téléphonique, en moyenne 20 jours après la sortie du patient, 43(47%) des 92 médecins interrogés étaient informés de la découverte d'une BMR (36%, 44% et 58% selon l'établissement où avait été hospitalisé le patient). L'information avait été transmise majoritairement par l'hôpital (62%) mais aussi par la famille ou le patient lui même. Pour les 56 patients vus en consultation post hospitalisation (délai de 5,7+/-5,2 jours), 27 médecins étaient informés mais 22 fois par le patient ou sa famille. L'existence de précautions particulières pour ce type de patient était connue de 21 des 92 médecins mais seulement 11 déclaraient en avoir prises. Enfin, 20% des médecins avaient transmis l'information aux paramédicaux prenant le patient en charge.

CONCLUSION

Cette enquête souligne la nécessité d'améliorer la transmission de l'information entre les professionnels, en particulier de l'hôpital vers la ville mais aussi de sensibiliser les médecins généralistes aux mesures de prévention de la diffusion des BMR lors des soins extrahospitaliers.

P-144**PRELEVEMENTS DES ENDOSCOPES THERMO-SENSIBLES, EVALUATION SUR 5 ANNEES CONSECUTIVES**

PETEL J., BOULESTREAU H., LEROYER C., FERAY I., BARD F., LASHERAS A., BOYER F., NUNES J., ROGUES A.M.
CHU de Bordeaux, BORDEAUX CEDEX, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Présenter l'évolution de la surveillance microbiologique des endoscopes dans un CHU entre 2007 et 2011.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'établissement dispose d'un parc de plus de 200 endoscopes à canaux (endoscopes digestifs, bronchiques, urétroscopes et hystérocopes). Les techniques, les conditions de prélèvement et l'interprétation des résultats sont celles décrites dans le guide DGS/DGOH/CTINILS 2007. Les prélèvements sont réalisés par un binôme constitué d'une infirmière du service d'hygiène et d'une infirmière du service concerné. Chaque année, les données de surveillance sont saisies dans une base épi-info et un bilan des résultats est réalisé. Les variables saisies concernent le service, le type et la marque d'endoscope, le type d'entretien, le motif de prélèvement (surveillance, retour de maintenance, contrôle après résultat non-conforme, prêt ou matériel neuf), la conformité du prélèvement et les résultats.

RÉSULTATS

Sur les 5 années étudiées le nombre d'endoscopes prélevés est en augmentation, de 239 en 2007 à 290 en 2011. Les prélèvements conformes (récupération de 80% du volume injecté) augmentent de 89 à 98%. Les motifs de prélèvement restent identiques, mais la part de prélèvements pour surveillance est passée de 7 à 23% et la part des prélèvements de contrôle après non-conformité diminue de 18 à 12%. Les résultats des prélèvements au niveau cible augmentent sensiblement 72 à 87%, à l'inverse des résultats en niveau d'action qui diminuent de 25 à 10%. Ces différences portent surtout sur les endoscopes digestifs et bronchiques ; les résultats des endoscopes critiques restent excellents. Les endoscopes digestifs sont plus fréquemment contaminés (75% des niveaux d'action) et notamment les duodénoscopes, avec cependant une amélioration.

La nature de l'entretien (manuel ou automatisé) n'influe pas sur le résultat ni le motif de prélèvement.

Les germes indicateurs les plus fréquemment identifiés restent les mêmes : *Pseudomonas aeruginosa* et *Stenotrophomonas maltophilia* dans plus de 50% des cas, malgré une qualité d'eau de rinçage terminale des endoscopes satisfaisante.

Une analyse approfondie des résultats est en cours.

CONCLUSION

Depuis 2007, une meilleure gestion de l'entretien (optimisation de la technique, centralisation de l'entretien des endoscopes dispersés, politique de surveillance) a permis d'améliorer les résultats des

prélèvements d'endoscopes, même si un niveau de contamination initiale plus élevé est plus souvent à l'origine d'une non conformité. Une meilleure maîtrise et organisation des prélèvements a permis d'augmenter la part de prélèvements de surveillance programmée.

P-145**INDICATEUR DE CONSOMMATION DES SOLUTIONS HYDRO ALCOOLIQUES (ICSHA) : QUAND LES OBJECTIFS PAR SERVICE S'EN MELENT...**

GRANGIER G., VAUTRIN S., PEREZ J.P.
Hôpital d'Instruction des Armées Legouest, METZ, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Chaque année les établissements hospitaliers rendent au Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé leur consommation en solution hydro-alcoolique (SHA) laquelle doit approcher ou dépasser un objectif personnalisé. Depuis 2006, une politique de promotion de la friction hydro-alcoolique (FHA) est mise en place dans notre HIA (formations théoriques et pratiques à la FHA, acquisition d'un caisson pédagogique, mise en place de la friction chirurgicale pour les actes de petite chirurgie, installation de supports de SHA dans toutes les chambres, affichage, participation aux journées mondiales de l'hygiène des mains). Notre ICSHA est en forte progression : nous sommes à 147% de notre objectif personnalisé en 2010.

Nous avons donc souhaité étudier les consommations des services cliniques en SHA et les rapporter aux objectifs ministériels 2010 par spécialité en litre pour mille journées d'hospitalisation (L/1000JH).

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Notre étude a porté sur 7 services : chirurgies orthopédique et viscérale, dermatologie, médecine digestive, RRF, médecine interne et réanimation. Nous avons rapporté les consommations annuelles en SHA de chaque service au nombre de JH des années 2008-2009-2010-2011. Les objectifs nationaux sont symbolisés par la ligne rouge sur les graphiques.

RÉSULTATS

La pratique des services et son évolution dans le temps sont hétérogènes.

Malgré un ICSHA classé A et un objectif personnalisé dépassé, seuls les services de dermato et med. dig. sont au dessus de l'objectif ministériel en 2008. En 2009, la politique incitative à la FHA a été renforcée du fait de la menace « H1N1 », ce qui a permis à tous les services de dépasser leur objectif, hormis la réa pour laquelle la présence de points d'eau dans les chambres peut limiter la pratique de la FHA.

En 2010, 4 services se maintiennent au dessus de leur objectif, tandis que 2 ne l'atteignent plus. La consommation 2010 de la RRF, redescendue au niveau de 2008, montre que « l'effet H1N1 » n'a été que conjoncturel sans modification de la culture du service.

En 2011, une politique ciblée de formation permet à la réa de dépasser son objectif. Ceci laisse espérer une évolution pour la RRF pour 2012.

CONCLUSION

Cette étude nous montre trois choses :

- Il faut dissocier l'ICSHA, indicateur global de consommation d'un établissement, des objectifs nationaux par service, et s'interroger sur la pertinence de cet indicateur global.
- L'effet H1N1 a permis d'atteindre le niveau requis pour certains, et n'a eu qu'un effet limiter pour d'autres.

Une politique ciblée peut avoir un effet spectaculaire comme l'illustre l'exemple de la réa.

P-146

LA MAITRISE DES BACTERIES MULTIRESTANTES AUX ANTIBIOTIQUES EN EHPAD JUSTIFIE-T-ELLE UNE SURVEILLANCE ?

SAVEY A.⁽¹⁾, **CAILLAT-VALLET E.**⁽¹⁾, **FOSSE T.**⁽²⁾

⁽¹⁾ CCLIN Sud-Est, SAINT GENIS-LAVAL, FRANCE ; ⁽²⁾ L'ARCHET 2 (CHU), NICE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La surveillance des bactéries multirésistantes aux antibiotiques (BMR) est une priorité dans les établissements de santé (ES). Or de nombreuses unités de soins de longue durée sont reconverties en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), devenant par définition exclues de la surveillance BMR-RAISIN. Par ailleurs, l'importance grandissante des flux de résidents/patients justifie que l'on envisage d'étendre la surveillance au secteur médico-social.

Pour s'adapter à cette évolution, le comité de pilotage local du réseau de surveillance BMR a proposé aux ES de l'inter-région d'inclure les EHPAD qui leur sont rattachés. Après une phase test en 2009, ce travail rapporte les premiers résultats de surveillance en incidence des BMR en EHPAD.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

La méthodologie utilisée est strictement identique en matière de définitions, dédoublement, variables et BMR ciblées : *S. aureus* résistant à la méticilline (SARM), entérobactéries intermédiaires ou résistantes aux céphalosporines de 3^e génération (ERC) en identifiant la production de bêta-lactamase à spectre étendu (BLSE), et *Pseudomonas aeruginosa* I/R à la ceftazidime (PARC).

Seul le dénominateur change puisqu'il s'agit de journées d'hébergement. Le recueil s'est déroulé d'avril à juin 2010.

RÉSULTATS

Ainsi, 81 ES ont souhaité inclure 9 384 lits d'EHPAD (soit 795149 j d'hébergement) ; 90% des EHPAD relèvent du public. Plus de la moitié est adossée à un centre hospitalier et un quart à un hôpital local.

51 EHPAD sur 81 ont observé des BMR, concernant 163 résidents (âge moyen : 86,0 ans, sex-ratio H/F : 0,31). Les BMR observées sont : 81 SARM, 77 ERC (dont 49 BLSE) et 5 PARC ; 84% sont d'origine

acquise. Les sites de prélèvements les plus fréquents sont les urines (60%) et peau/tissus mous (35%) ; on observe 1/3 de colonisations et 2/3 d'infections.

L'incidence pour 1000 j d'hébergement est de 0,102 pour SARM, 0,097 pour ERC (BLSE : 0,062) et 0,006 pour PARC. En comparaison de l'incidence en SLD, l'incidence trouvée en EHPAD est très inférieure quel que soit le germe SARM ($\div 2,6$), PARC ($\div 3,3$), ERC ($\div 2,9$) ou BLSE ($\div 3,1$).

CONCLUSION

La surveillance des BMR dans les EHPAD rattachés aux établissements de santé a soulevé un intérêt certain et sa faisabilité est démontrée. Si le niveau de résistance aux antibiotiques est faible en EHPAD (1/3 de celui observé en USLD), il n'est cependant pas nul, avec une majorité de cas acquis.

Cet outil de surveillance peut être utile pour évaluer et réduire la transmission croisée au sein des résidents. Ce module optionnel sera maintenu au niveau de l'inter-région.

P-147

ETAT BUCCO DENTAIRE DES RESIDENTS/PATIENTS EN SECTEURS D'EHPAD, D'USLD ET EN LONG SEJOUR PSYCHIATRIQUE : ENQUETE TRANSVERSALE DANS UN RESEAU D'HYGIENE

MARINI H.⁽¹⁾, **TAVOLACCI M.P.**⁽¹⁾, **BELLET V.**⁽¹⁾, **KADRI K.**⁽¹⁾, **LEBARON C.**⁽¹⁾, **VILLERS CARON B.**⁽¹⁾, **PÉRAHIA S.**⁽³⁾, **PAUCHER V.**⁽⁴⁾, **MERLE V.**⁽¹⁾, **CZERNICHOW P.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU-Hôpitaux de Rouen, ROUEN CEDEX, FRANCE ;

⁽²⁾ Centre Hospitalier de Barentin, BARENTIN, FRANCE ;

⁽³⁾ Centre Hospitalier du Bois-Petit, SOTTEVILLE LES ROUEN, FRANCE ; ⁽⁴⁾ CH de Darnétal, DARNÉTAL, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Evaluer l'état bucco-dentaire (EBD) chez les résidents/patients en établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), unité de soins de longue durée (USLD) et long séjour psychiatrique (LSP) reliés à un réseau d'hygiène.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une enquête transversale a été réalisée dans 11 établissements entre le 1/10/10 et le 14/2/11. L'âge, le sexe, la durée de séjour, l'état de dépendance (GIR pour les résidents d'EHPAD et USLD, ADL pour les patients de LSP), le port de prothèse dentaire (adaptée ou non, portée ou non), la personne réalisant habituellement l'hygiène bucco-dentaire (HBD), et le type de soin prodigué (médicamenteux ou non) ont été recueillis par un enquêteur en présence du résident/patient. L'EBD a été évalué par la grille Oral Assessment Guide (OAG) simplifiée : pour l'ensemble des résidents/patients, 5 critères (lèvres, muqueuses, gencives, langue, salive) cotés de 1 (pas d'altération) à 3 permettaient de calculer l'OAG5 sur 15 ; pour les résidents/patients avec dents, un score OAG6 sur 18 était calculé avec en plus le critère

«dents». Les données quantitatives ont été exprimées en médiane et écarts-inter-quartiles (EIQ), les données qualitatives en pourcentage avec un intervalle de confiance à 95%

RÉSULTATS

Sur 1264 résidents/patients inclus(sexe-ratio H/F: 0,47, âge médian 85 ans EIQ[77,5-89,5], durée médiane d'hospitalisation:2,6 ans EIQ[1,0-5,7], GIR 1 ou 2 (n=1156):63% des résidents, score ADL médian (n=43):11 EIQ[11-18]), 51,2% [48,4-54,0] avaient une prothèse dentaire, non adaptée dans 28,9%[25,3-32,8] des cas, non portée régulièrement chez 28,2%[24,6-32,0]. Les résidents/patients réalisaient seuls l'hygiène bucco-dentaire pour 41,0% [38,1-43,9], avec des soins médicamenteux chez 7,9%[6,4%-9,6%]. Le score OAG5 moyen (+écart-type) était de 6,4 (+1,8) (n=1227), le score OAG6 moyen de 8,2 (+ 2,2) (n=1045). La moyenne du score OAG5 ne variait pas selon que le patient avait des dents ou non (6,4 vs 6,3, p=0,49). Les scores OAG5 et OAG6 étaient supérieurs chez les résidents/patients faisant leur l'hygiène bucco-dentaire seuls(respectivement 6,2 vs 6,6 p<0,01 ; 7,7 vs 8,2 p<0,01).

CONCLUSION

La moitié des résidents/patients avaient une prothèse dentaire, souvent mal adaptée et non portée. Les scores OAG étaient plutôt bons, mais l'EBD était moins satisfaisant chez les résidents/patients ne réalisant pas leur HBD seuls. Des actions d'amélioration ont été mises en place, notamment le maintien de la réalisation de l'HBD par la personne elle-même. L'enquête sera renouvelée début 2012 après mise en place de ces actions.

P-148

AUDIT PRECAUTIONS STANDARD CHEZ LES PROFESSIONNELS INTERVENANT A DOMICILE

CHAPUIS C.⁽¹⁾, **RENAUD B.**⁽²⁾, **CRETENET Z.**⁽²⁾, **LE MARECHAL V.**⁽²⁾

⁽¹⁾ HOSPICES CIVILS DE LYON, SAINT GENIS LAVAL, FRANCE ;

⁽²⁾ Soins et Sante, RILLIEUX LA PAPE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les précautions standard doivent être systématiquement mises en œuvre par tous les professionnels, lors de tout soin, pour tous les patients et quel que soit le lieu d'exercice. Dans le cadre de sa politique d'amélioration de la qualité des soins, un établissement d'hospitalisation à domicile (HAD) de 300 lits a participé à l'audit national Précautions standard du GREPHH. Les objectifs sont d'évaluer la connaissance et les attitudes des intervenants au domicile des patients

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les données ont été recueillies sur la base du questionnaire auto administré proposé par le GREPHH. Ce questionnaire a été adapté

pour les médecins et pour les auxiliaires de vie en prenant en compte leurs activités spécifiques. Il a été transmis via le bulletin d'information de l'HAD aux infirmiers libéraux, par courrier électronique aux médecins libéraux et par courrier aux axillaires de vie.

RÉSULTATS

174 questionnaires ont été renseignés par 135 infirmiers, 11 médecins et 28 auxiliaires de vie soit un taux de réponse de 23%. 1/3 des répondants déclarent ne pas avoir eu de formation sur les précautions standard. Les réponses sont globalement satisfaisantes pour l'hygiène des mains et le port de gants. Les opportunités de port des autres équipements de protection sont insuffisamment respectées en particulier pour la protection oculaire. Enfin, concernant la bonne manipulation des piquants tranchants, 50% des professionnels concernés déclarent parfois ou souvent recapuchonner et 65% désadapter à la main des aiguilles souillées.

CONCLUSION

La dispersion géographique des patients et la multiplicité des intervenants complexifient la réalisation d'audit des pratiques en HAD. Le questionnaire offre une alternative intéressante à l'observation directe des soins malgré un pourcentage modeste de retour des fiches. Les résultats de l'enquête sont diffusés à l'ensemble des intervenants et accompagnés d'une affiche présentant les précautions standard. Cette étude confirme la nécessité de poursuivre les actions de sensibilisation déjà menées auprès de libéraux pour renforcer l'application des précautions standard, clé de voute de la prévention du risque infectieux. Elle a permis d'identifier une action prioritaire sur la manipulation des piquants tranchants. Une enquête ciblée sur cette problématique va être menée pour analyser les raisons de ces pratiques non conformes.

P-149

CINQ ANNEES DE SURVEILLANCE PROSPECTIVE GLOBALE DU RISQUE ASPERGILLAIRE DANS UN CHRU (2007-2011)

LOTHE A., **MERLE C.**, **VILLIET M.**, **RISPAIL P.**, **FEGUEUX N.**, **JUMAS BILAK E.**, **COMITE ASPERGILLOSE M.**
CHRU Montpellier, MONTPELLIER, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Complication majeure (et souvent mortelle) des pathologies et traitements immuno supprimeurs, l'aspergillose invasive (AI) doit être surveillée chez les patients à risque notamment en oncologie. Par ailleurs, les cas d'AI nosocomiale (AIN) doivent être signalés à l'ARS et faire l'objet d'une investigation à la recherche d'un facteur d'exposition évitable (par exemple: travaux) dans l'établissement. Toutefois, il n'existe pas de recommandation pratique pour la surveillance des AI à l'échelle d'un hôpital, ni de consensus sur la définition des AIN.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous avons mis en place dans notre CHRU un dispositif de surveillance prospective des AI basé sur un signalement interne à modalités multiples (au moyen d'un fichier informatique partagé ad hoc) et une validation pluridisciplinaire trimestrielle des cas recensés. Le caractère nosocomial des AI est discuté uniquement pour les AI certaines ou probables, et défini comme survenant après 14j d'hospitalisation. Parallèlement, le Laboratoire d'Hygiène effectue une surveillance environnementale périodique des secteurs à risque, ainsi que des investigations ciblées en cas de survenue d'une AIN.

RÉSULTATS

Entre le 01/01/2007 et le 05/01/2012, 215 suspicions d'AI ont été signalées par la pharmacie (154), le laboratoire de mycologie (21), ou les cliniciens (40). Après analyse pluridisciplinaire, 149 cas ont été retenus comme étant des AI certaines (n=11), probables (n=57), possibles (n=59) ou des aspergilloses non invasives (n=22), diagnostiquées entre le 01/01/2007 et le 31/12/2011. La pertinence du signalement s'est améliorée au cours des 5 années de fonctionnement. L'incidence annuelle rapportée à l'activité MCO du CHU est restée comprise entre 0,020 et 0,040 AI/1000 patients-jours, sans phénomène épidémique. Un total de 23 AIN a été recensé en 5 ans (33,8% des AI certaines ou probables), avec un pic en 2010 (8 cas), sans lien épidémiologique ni source environnementale retrouvés. La typologie des patients concernés se modifie au cours du temps avec l'apparition de cas d'AI et AIN en réanimation. Ces cas posent le problème du diagnostic hors les définitions établies pour patients d'oncohématologie.

CONCLUSION

La surveillance prospective des AI est possible à l'échelle d'un CHRU. La réactivité du Service d'Hygiène à mener une enquête environnementale en cas d'AIN incite les cliniciens à un signalement en temps réel. Cette surveillance au long cours permet d'évaluer l'impact des mesures de prévention mises en œuvre. Enfin, la discussion systématique des cas contribue à un usage plus raisonné des traitements antifongiques.

P-150

OBJECTIF «ZERO BIJOU»: ETUDE REGIONALE DE L'OBSERVANCE DES PRE REQUIS A L'HYGIENE DES MAINS.

THILLARD D.⁽¹⁾, **GRIHHN M.D.**⁽²⁾

⁽¹⁾ CHU de rouen, ROUEN, FRANCE ; ⁽²⁾ Haute Normandie, ROUEN, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'objectif était de mesurer les pré-requis à l'hygiène des mains: absence de bijoux (montre, bracelet, alliance et bague.), ongles courts, sans verni, sans «french manucure» et avant-bras dégagés lors de la journée mondiale hygiène des mains du 5 mai 2011.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

La signature d'une charte d'engagement a été proposée aux responsables de services au préalable à la réalisation de l'audit. L'observation a été faite par un auditeur externe, un jour donné, et concernait l'ensemble du personnel soignant présent et visible. Le respect des recommandations pour chaque item était noté. Chaque établissement a réalisé sa saisie et son analyse, l'analyse régionale a été réalisée par l'ARLIN.

RÉSULTATS

A ce jour, 11 sur 63 établissements de santé, dont 3 privés, ont renvoyé leurs données. Il a été réalisé 1837 observations, (maximum: 423, minimum 40, moyenne 172, et médiane 134).

Les observations ont porté majoritairement sur les aide soignantes (24%), les infirmières (21%) et les agents de service (17%). Les médecins représentaient 11% des observations.

Les items les moins respectés concernaient le port de bagues et d'alliances.

Globalement 82 % des agents observés ne portaient pas de bagues, et 67 % n'avaient pas d'alliance.

Seulement 60 % n'avaient ni bague ni alliance, 11% portaient les deux, 6 % une bague, 22% une alliance.

Les résultats par profession montrent des différences. Les brancardiers (n=50) avaient la moins bonne observance d'absence de bague et d'alliance à 50%, précédés par les cadres et les médecins (56%). A l'inverse les kinésithérapeutes (n=44) n'avaient pas de bague ni alliance à 73%.

Contrairement aux autres professions, les étudiants (n=105) respectaient moins bien l'absence de bague (79%) que le non-port d'alliance (81%) soit une observance globale de 71%.

Des écarts significatifs ($p < 0.005$) entre les établissements sont constatés sur l'absence de bagues et/ ou d'alliance avec une observance la plus basse de 55% et de 86% pour la meilleure.

La conformité globale des 8 items était de 46% des observations.

CONCLUSION

Cette méthodologie rapide à mettre en œuvre, a permis de mesurer le respect des pré-requis à l'hygiène des mains et a montré que 40% des agents avaient leur alliance et/ou une bague. Il existe des écarts par profession avec une conformité de 71% chez les étudiants. Il est prévu de reconduire cette action en 2012, afin de mesurer l'impact des actions mises en place sur l'amélioration de l'observance à ces pré-requis à l'hygiène des mains (charte, retour de résultats, actions de sensibilisation....)

P-151

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DE GESTION DES ALERTES D'INFECTIOVIGILANCE DANS LES EOH DU NORD DE LA FRANCE

TRIVIER D.⁽¹⁾, **MARKIEWICZ A.**⁽²⁾, **PILLIEZ A.**⁽³⁾, **MORIN B.**⁽⁴⁾, **FICOT C.**⁽⁵⁾, **DUCROND C.**⁽⁶⁾, **DECOSTER A.**⁽⁷⁾, **DEBOSSCHERE F.**⁽⁸⁾, **DRELON F.**⁽⁹⁾, **RIAUD DUTY E.**⁽¹⁰⁾, **JOLY F.**⁽¹¹⁾, **JOLY I.**⁽¹²⁾, **VERHEYDE I.**⁽¹³⁾, **HUMBERT K.**⁽¹⁴⁾, **MARTA L.**⁽¹⁵⁾, **SAINT MICHEL C.**⁽¹⁶⁾, **COGET M.L.**⁽¹⁷⁾, **HUYGHE M.**⁽¹⁸⁾, **BAGHDADI N.**⁽¹⁹⁾, **DEWULF S.**⁽²⁰⁾, **JORON S.**⁽²¹⁾, **BORMS S.**⁽¹⁹⁾, **OLLIVIER Y.**⁽²²⁾

⁽¹⁾CH Dr SCHAFFNER, LENS, FRANCE ; ⁽²⁾CH, SECLIN, FRANCE ; ⁽³⁾EPSM-Lille-Métropole, ARMENTIERES, FRANCE ; ⁽⁴⁾ADH Dialyse, HÉNINBEAUMONT, FRANCE ; ⁽⁵⁾Clinique Les Dentellières, VALENCIENNES, FRANCE ; ⁽⁶⁾CH, BETHUNE, FRANCE ; ⁽⁷⁾GHICL, LOMME, FRANCE ; ⁽⁸⁾Clinique La Louvière, LILLE, FRANCE ; ⁽⁹⁾Clinique des 2 caps, COQUELLE, FRANCE ; ⁽¹⁰⁾Centre l'Espoir, HELLEMES, FRANCE ; ⁽¹¹⁾HAD SANTELYS, LOOS, FRANCE ; ⁽¹²⁾CH, DUNKERQUE, FRANCE ; ⁽¹³⁾RESEAU SANTEQUALITE, ARMENTIERES, FRANCE ; ⁽¹⁴⁾Polyclinique La Clarence, DIVION, FRANCE ; ⁽¹⁵⁾Centre Hélène Borel, RAIMBEAUCOURT, FRANCE ; ⁽¹⁶⁾Clinique De Flandres, COUDEKERQUE BRANCHE, FRANCE ; ⁽¹⁷⁾Groupe HPM, LILLE, FRANCE ; ⁽¹⁸⁾CH, SAINT AMAND LES EAUX, FRANCE ; ⁽¹⁹⁾CHRU, LILLE, FRANCE ; ⁽²⁰⁾CH, ZUYDCOOTE, FRANCE ; ⁽²¹⁾CH, CALAIS, FRANCE ; ⁽²²⁾ARLIN NORD PAS-DE-CALAIS, LILLE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'Association de Lutte contre les Infections Associées aux Soins (ALIAS) a proposé dans la région aux Equipes Opérationnelles d'Hygiène (EOH) des Etablissements de Santé (ES) volontaires une Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) relative à la gestion des Alertes d'Infectiovigilance (AI)

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Un questionnaire descriptif des moyens et organisations de la gestion des AI a été élaboré, entre juin 2010 et janvier 2011, relu par un groupe extra-régional puis l'enquête a été proposée sur la liste de diffusion de l'Antenne Régionale Nord Pas de Calais. Les questionnaires ont été saisis en ligne entre le 15/07 et le 10/11/2011 sur la plate forme LIME SURVEY puis exportés sous excel. Après validation des données, les critères traduisant les points des pratiques et/ou la performance des ES ont été sélectionnés. Après cotation de chaque ES sur 100 points un classement a été fait selon les percentiles P10, P30, P70, .P90

RÉSULTATS

46 réponses décrivant la politique de gestion des AI de 58 ES ont été recueillies. Ces 58 ES regroupent 15 444 lits de MCO, SSR, SLD, PSYCHIATRIE soit 56 % de l'offre de soins régionale et 69 %

du MCO. Les protocoles de gestion des alertes et de la gestion de crise existent respectivement pour 82 et 95,6%. Dans la gestion des AI, un responsable est identifié dans 95,6% des cas (document de preuve dans 67,4%). L'enregistrement est réalisé à 100% avec fiche déclarative pour les alertes ascendantes vers l'EOH, (mais il n'est informatisé que dans 41% des cas et dans un logiciel de GDR que dans 32%). La nécessité de traiter l'alerte est évaluée dans 97%. En cas d'alerte grave, une analyse des causes est réalisée dans 93,4% (en synergie EOH-GDR dans 73,9% ou avec l'ARLIN dans 6,5%). La démarche repose sur la définition d'un plan d'action seul dans 28,2%, associé à la méthode ALARM ou RMM ou CREX dans 6,5%. Seuls 13% des ES maîtrisent à la fois les 3 méthodes. La cotation des critères attribue aux ES un score de 39 à 90/100 et permet de classer 10,8% des ES en A, 19,5% en B, 39,1% en C, 19,5% en D et 10,8% en E.

CONCLUSION

Cette EPP « gestion des AI » est la première développée spécifiquement pour les EOH. Son expression par un score sur 100 points permet d'en faire un indicateur encourageant l'amélioration (Benchmarking), notamment pour la maîtrise des méthodes de GDR. L'ALIAS a pour perspectives une check-list et un référentiel qui pourront être également proposés aux EOH et à la HAS pour concourir à la sécurité des soins.

P-152

POSTER ANNULÉ PAR L'AUTEUR

P-153

VALIDATION DES PERFORMANCES DE DEUX PROCÉDES DE DESINFECTION DES SURFACES PAR VOIE AERIENNE EN LABORATOIRE DE NIVEAU DE SECURITE BIOLOGIQUE 3

PROUST S., **BOUSSEAU A.**, **BRUNET V.**, **THÉVENOT S.**, **LATUS J.**, **PETONNET C.**, **LALAND C.**, **CASTEL O.**
CHU de Poitiers, POITIERS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le recours à la Désinfection des Surfaces par Voie Aérienne (DSVA) relève d'une stratégie d'établissement et se limite à des situations ciblées. L'AFSSaPS évalue l'efficacité de ces procédés et propose des recommandations pour aider les professionnels. Elle a permis de mettre en évidence des différences d'efficacité microbiologiques. Elle préconise des tests en conditions d'utilisation pour évaluer l'impact de l'environnement (taille des locaux, encombrement, ...) sur l'efficacité.

Au sein de notre établissement, la DSVA est justifiée pour la mise à blanc des laboratoires de Niveau de Sécurité Biologique 3 (NSB3). Notre étude consiste à établir une méthodologie d'essais et à les réaliser dans un laboratoire NSB3 avec 2 procédés de DSVA.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Procédés évalués :

- Easy SprayBio (ESB)-Laboratoire BioWind (procédé en cours de validation) : cartouche à diffusion automatique propulsant des gouttelettes <10µm à base d'ammoniums quaternaires,
- Aérosept Compact 250/Aseptanios oxy+ (AC250)-Laboratoire Anios (validé selon la norme NFT72-281) : couple appareil/produit diffusant un aérosol chauffé de peroxyde d'hydrogène et d'acides acétique et peracétique.

Microorganismes testés : *Staphylococcus aureus*, *Clostridium sporogenes*, *Aspergillus niger*, *Mycobacterium fortuitum*. Suspensions de microorganismes préparées en sérum physiologique et en sang de mouton (inhibiteur) :

- dans un 1^{er} temps, la viabilité des microorganismes déposés sur des lames de verre est évaluée,
- dans un 2^{ème} temps, la survie après un cycle de DSVA (selon les recommandations des fabricants) est mesurée en 6 points stratégiques du laboratoire NSB3 versus des lames témoins. Pour chaque emplacement, les tests sont dupliqués.

RÉSULTATS

Les réductions logarithmiques constatées sont variables d'un germe à l'autre et d'un emplacement à l'autre (faible notamment pour la paillasse du PSM). Le procédé AC250 présente une efficacité notable sur *A. niger*, *C. perfringens* et *M. fortuitum*. En présence d'inhibiteur, les niveaux d'abattement sont inférieurs aux exigences de la norme mais significatifs. Le procédé ESB se révèle plus efficace que l'AC250 uniquement sur *S. aureus*.

CONCLUSION

Ces résultats préliminaires permettent de constater les limites de diffusion et d'efficacité de ces procédés dans nos conditions expérimentales. Il sera intéressant de reproduire ces travaux en augmentant le temps de diffusion des produits biocides pour obtenir une meilleure saturation de l'atmosphère. A la lumière de ces premiers résultats, il apparaît indispensable d'effectuer des essais en conditions réelles d'utilisation.

P-154

GESTION DES DECHETS A RISQUE INFECTIEUX : TRIER PLUS POUR DEPENSER MOINS !

JOLIBOIS B.⁽¹⁾, **GOGUILLON C.**⁽¹⁾, **DEBOVE H.**⁽¹⁾, **VANDEPUTTE A.**⁽²⁾, **COCLEZ MEYER C.**⁽¹⁾, **PETRY E.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Centre Hospitalier de Compiègne, COMPIÈGNE, FRANCE ;

⁽²⁾ Centre Hospitalier de Noyon, NOYON, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Notre établissement de 800 lits produit de plus en plus de déchets d'activité de soins à risque infectieux (DASRI) : 14% de hausse sur les trois dernières années. La part de DASRI par rapport aux déchets assimilés aux ordures ménagères (DAOM) est le double des préconisations : 34% contre 15 à 20%.

Le premier objectif de ce travail était donc de quantifier la part de DAOM éliminée dans les DASRI. Le second objectif était de mettre en place des outils afin d'optimiser le tri DAOM-DASRI et ainsi éviter des dépenses inutiles.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

La qualité du tri des DASRI a été évaluée à deux reprises en février et novembre 2011 selon la méthode suivante : prélèvement des sacs DASRI dans la production de la veille (tous services représentés), pesée des sacs avant tri, nouveau tri des sacs selon le protocole en vigueur et en prenant toutes les précautions d'usage, pesée des sacs après tri. Entre ces deux évaluations, des actions d'amélioration ont été mise en place, ainsi qu'une formation des soignants au tri des déchets.

RÉSULTATS

Sur les 147 kg de DASRI triés au 1er audit de février (62 sacs), les erreurs de tri se montaient à 48%. Un objectif de réduction des erreurs de moitié a été fixé à moyen terme, ce qui correspond à une économie potentielle de 20.000 par an. L'analyse des causes de ces erreurs de tri, a permis d'identifier le manque de supports déchets bi-sacs sur les différents chariots. Un investissement dans 100 supports a été réalisé, pour un montant de 10.000 € et retour sur investissement prévu en 6 mois. La mise en place de ces supports, accompagnée d'une formation sur le tri des déchets à 148 personnels soignants, a été faite entre août et septembre.

Le second audit réalisé en novembre 2011 a porté sur 81 kg de DASRI (38 sacs). Les erreurs de tri ont fortement reculé et sont maintenant de 30%.

CONCLUSION

En l'espace de dix mois, des progrès évidents en matière de tri des déchets ont été réalisés grâce à la sensibilisation du personnel, à la mise à disposition de matériel adapté et aux

formations. Les progrès, et à travers eux les actions de chacun, sont facilement mesurables et surtout chiffrables en euros. Les efforts sont toutefois à poursuivre, en affinant le tri des déchets jusque dans la chambre des patients.

P-155

ENQUETE DE PREVALENCE DES INFECTIONS EN HOSPITALISATION A DOMICILE

CHAPUIS C.⁽¹⁾, **RENAUD B.**⁽²⁾, **LE MARECHAL V.**⁽²⁾

⁽¹⁾Hospices Civils de Lyon, SAINT GENIS LAVAL, FRANCE ;

⁽²⁾Soins et Sante, RILLIEUX LA PAPE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

De très nombreuses études se sont intéressées au risque infectieux nosocomial mais on ne dispose que de peu de données épidémiologiques concernant spécifiquement les infections contractées en hospitalisation à domicile (HAD). La mise en œuvre des enquêtes en HAD est complexe du fait des modalités de diagnostic au domicile différentes de celles mises en œuvre en hospitalisation traditionnelle, de la dispersion géographique des patients, de la multiplicité des prescripteurs et des laboratoires, des définitions des infections par site peu adaptées au contexte de l'HAD. Les HAD n'étaient pas concernées jusqu'à ce jour par les enquêtes nationales de prévalence (ENP) des infections nosocomiales (IN). Toutefois, un établissement d'hospitalisation à domicile (HAD) de 300 lits a réalisé une première enquête de prévalence en se basant sur la méthodologie de l'enquête de 2006 dans un objectif de cartographie des infections nosocomiales et des facteurs de risque présentés par les patients.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

La méthodologie de l'enquête a été adaptée de celle de l'ENP de 2006 en particulier pour les définitions des infections afin de prendre en compte l'absence de documentation. Tous les patients présents depuis plus de 48 heures ont été inclus. Le recueil des données est effectué par l'infirmière hygiéniste à partir du dossier informatisé avec validation des infections par le médecin coordonnateur ou le médecin traitant en charge du patient.

RÉSULTATS

L'étude s'est déroulée du 13 au 16 décembre 2011 et a inclus 276 patients. 35% sont porteurs de cathéter et 20% d'une sonde urinaire. 48% ont un score de Mc Cabe à 1 et 36% un score à 2. 26% sont immunodéprimés. 51 patients reçoivent une antibiothérapie, dont la moitié pour IN. La prévalence des patients infectés et des infections nosocomiales (IN) est de

9.8%. 2.5% des IN sont importées. Les 20 IN acquises dans la structure sont principalement respiratoires (12) et urinaires (5) et seulement 7 sont documentées.

CONCLUSION

L'enquête a pu être réalisée selon la méthodologie de l'ENP bien que le renseignement de certains items ait été difficile : une réflexion sur le dossier informatisé des patients est en cours pour faciliter le recueil des données. Cette étude confirme la réalité du risque infectieux en HAD. Le taux d'infection retrouvé est plus important que ceux retrouvés dans des études similaires. La période hivernale de réalisation l'enquête pourrait d'expliquer ce phénomène et la prépondérance des infections respiratoires. Ces résultats seront comparés avec ceux de l'ENP de 2012 à laquelle participera l'établissement.

P-156

CAS GROUPES D'INFECTIONS A SERRATIA MARCESCENS INTERET D'UN OUTIL GESTION DES RISQUES

SEBILLET C., **TEQUI B.**, **LESIMPLE B.**, **MASSON P.**

Centre hospitalier Cholet, CHOLET, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Ce travail rapporte l'analyse d'un cas de bactériémie à *Serratia marcescens* (bactérie inhabituelle dans ce service) liée à une infection sur chambre à cathéter implantable (CCI) survenue chez un patient avec charge élevée en soin, alors qu'une patiente hospitalisée dans le même secteur de soins présentait des lésions cutanées à *Serratia marcescens*. Il a pour objectif d'identifier une éventuelle transmission croisée ainsi que les éventuels facteurs contributifs.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les souches ont été envoyées en biologie moléculaire pour vérifier le degré d'homologie des 2 isolats. Une analyse de causes approfondie à l'aide de la méthode ALARM a été réalisée dans une démarche collective avec les équipes de pneumologie, du bloc opératoire et le service pharmacie.

RÉSULTATS

La biologie moléculaire a exclu une transmission croisée entre les 2 patients. Les facteurs contributifs à la survenue de la bactériémie liée à la CCI mis en évidence sont : liés au patient : fragilité liée à la pathologie et aux comorbidités (cancer actif, hautes doses de corticothérapie, diabète non insulino dépendant décompensé).

liés aux tâches effectuées : administration des lipides sur 36 heures avec nombreuses déconnexions de la ligne veineuse. liés à l'équipe : manque d'échanges entre professionnels (absence de fiche de liaison service bloc, défaut de traçabilité, concernant la programmation des soins et une traçabilité des soins incomplète.

liés à l'environnement et conditions de travail : un défaut de matériel et une absence de formalisation de formation à l'utilisation des CCI. Charge de travail élevée pour l'équipe.

liés à l'organisation : Absence de protocoles (champ opératoire au bloc, administration d'alimentation parentérale) nutrition parentérale non renseignée dans le livret thérapeutique.

L'analyse a permis d'identifier des axes d'amélioration avec les différents professionnels de terrain, un calendrier des actions a été planifié.

CONCLUSION

L'analyse approfondie des causes réalisée bien que la transmission croisée ait été exclue a permis d'améliorer les pratiques de soins pour l'administration de l'alimentation parentérale et l'utilisation de la CCI. La démarche collective a sensibilisé les équipes à la gestion des risques. Cette approche systémique nouvelle pour les équipes soignantes libère la parole et ouvre de nouvelles opportunités pour les actions pédagogiques en instaurant les retours d'expériences entre services. L'EOH formée aux outils de gestion des risques a géré cette problématique.

P-157

DIX ANNEES DE SURVEILLANCE DES BACTERIURIES ET INFECTIONS URINAIRES LIEES AUX SOINS EN UROLOGIE

MARINI H., BUGEL H., CAREMEL R., BRIFAULT C., WOINET D., FRÉBOURG N., MERLE V., GRISE P., CZERNICHOW P.

CHU-Hôpitaux de Rouen, ROUEN CEDEX, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les infections urinaires (IU) sont les plus fréquentes des infections liées aux soins (ILS) (30% des ILS dans l'enquête de prévalence de 2006). Bien que les patients d'urologie y soient très exposés, peu de données existent sur la surveillance de l'incidence des IU nosocomiales dans ces secteurs.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

une surveillance continue des bactériuries (B) nosocomiales est en place depuis 2001 dans notre service d'urologie. Depuis avril 2007, les IU et les B asymptomatiques sont différenciées

(définition CTINILS 2007). Tous les patients hospitalisés plus de 48 heures ont été inclus. La réalisation d'un sondage et sa durée ont été recueillis. Les résultats ont été rendus chaque trimestre. Les B étaient repérées par l'équipe opérationnelle d'hygiène à partir des résultats d'examen bactériologiques, et les suspicions d'IU ont été validées par le chirurgien. L'incidence des B et des IU pour 100 patients et 100 patients sondés, la densité d'incidence des B et des IU pour 1000 patients-jours de sondage ont été calculées. L'évolution de l'incidence annuelle des B de 2001 à 2010 a été testée par un χ^2 de tendance.

RÉSULTATS

De 2001 à 2010, sur 19027 patients, 54,4% [IC95% : 53,7-55,1] étaient sondés sans tendance évolutive et 1047 B sont survenues, dont 1043 chez des patients sondés. L'incidence des B/100 patients et /100 sondés était respectivement de 5,4% [5,5-6,1] (soit une baisse de 7,3% en 2001 à 4,5% en 2010, $p < 10^{-3}$) et de 7,0% [6,6-7,3] (soit une baisse de 13,0% en 2001 à 8,4% en 2010, $p < 10^{-3}$). La densité d'incidence des B était de 21,2/1000 patients-jours de sondage.

De 2007 à 2011, sur 8013 patients inclus, 54,6% [53,6-55,7] étaient sondés ; 78 IU (21,4% des B) sont survenues chez 78 patients sondés. L'incidence des IU /100 patients et /100 sondés était respectivement de 1,0% [0,8-1,2] et 1,8% [1,4-2,2], et la densité d'incidence des IU de 3,5/1000 patients-jours de sondage.

CONCLUSION

L'incidence des BA et des IU était peu élevée chez ces patients très exposés. Nos résultats sont similaires à ceux d'Agodi et al. (Eur Urol, 2007) rapportant, sur 307 patients, une incidence des IU de 1,3/100 sondés et 3/1000 patients-jours de sondage. Notre étude a permis en outre de démontrer une baisse significative d'incidence des B sur 10 ans.

P-158

SURVEILLANCE DES INFECTIONS A CLOSTRIDIUM DIFFICILE: DEFINITION DES CAS SEVERES

KHANAFAER N., VOIRIN N., HULIN M., OLTRA L., VANHEMS P.

GHEH, LYON, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les infections liées à *C. difficile* (ICD) sont devenues préoccupantes depuis 2003 en raison de l'augmentation de leur fréquence et de leur sévérité. Cette évolution est associée à la diffusion du clone 027. La définition des cas sévères est très différente selon les études. De nombreuses recommandations

ont été publiées mais elles sont souvent adaptées à une situation locale. Dans notre établissement un cas sévère est défini de la manière suivante : ICD d'origine communautaire ou hyperleucocytose (leucocytes > 20 000 cellules/mm³) ou chirurgie pour mégacôlon, perforation ou colite réfractaire ou transfert en réanimation ou décès lié dans les 30 jours (InVS, guide Raisin 2006). Les actions mises en place dans notre établissement, pour éviter une transmission croisée dépendaient du caractère sévère ou non des cas.

L'objectif de ce travail était d'estimer les proportions des cas graves d'ICD dans notre établissement en fonction de différentes définitions.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Entre novembre 2006 et novembre 2011, une surveillance prospective des ICD chez des patients hospitalisés durant au moins 48 heures a été menée dans notre établissement. Les proportions des cas sévères ont été estimées en fonction de 3 définitions : (1) définition citée dans l'introduction, (2) une fièvre (température $\geq 38^{\circ}$ C) associée à des douleurs abdominales et hyperleucocytose, ou chirurgie pour mégacôlon, perforation ou colite réfractaire, ou ICD compliquée à savoir : une admission en réanimation pour ICD ou décès dans les 30 jours ; (3) chirurgie pour mégacôlon, perforation ou colite réfractaire, ou ICD compliquée (Définition 2, supra) (Centers for Disease Control and Prevention).

RÉSULTATS

Au total de 361 cas d'ICD ont été identifiés, soit une moyenne de 72 cas/an. 128 (35,5%), 49 (13,6%) et 33 (9,1%) étaient des cas sévères selon les définitions (1) (2) et (3) respectivement. Les femmes avec ICD sévère étaient plus nombreuses : 56,3%, 57,1% et 57,6% selon les 3 définitions respectivement. Cette différence était seulement significative en fonction de la définition (1) (P=0,028).

CONCLUSION

Nous avons observé que le taux des cas sévères d'ICD variait entre 9% et 36% selon la définition adaptée. Il est important de mentionner que les définitions de surveillance ne sont pas nécessairement les mêmes que celles cliniques. Des définitions standardisées sont essentielles pour comparer les différentes données de surveillance et évaluer l'efficacité des mesures de prévention. Une évaluation prospective pourrait être nécessaire pour établir les critères d'ICD sévère.

P-160

EPIDEMIE A ACHROMOBACTER XYLOSOXIDANS DANS UN SERVICE D'URGENCES

HUER, BERTON C., PIVETEAU N., FOUCAULTS., GUERIN L. Centre Hospitalier Loire Vendée Océan, CHALLANS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Ce travail décrit l'investigation d'une épidémie de pseudo-bactériémies à *Achromobacter xylosoxidans* (Ax) aux urgences (U) d'un Centre Hospitalier Général.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

De mai 2010 à mars 2011, les hémocultures de 11 patients des U sont contaminées par Ax. Les souches patients sont multi-résistantes aux antibiotiques.

Ax est souvent isolé d'environnement hydrique. Un réservoir environnemental et une transmission croisée associée sont donc recherchés. L'observation des pratiques, de pré-désinfection et nettoyage des garrots et corps de pompe ainsi que de bionettoyage des box, oriente le choix des prélèvements microbiologiques d'environnement (PME). Les souches patients et environnementales sont comparées par électrophorèse en champ pulsé. La résistance des souches d'Ax, vis à vis des détergents-désinfectants de surfaces et de dispositifs médicaux, est testée. Afin d'évaluer la transmission croisée associée, les audits du GRoupe d'Evaluation des Pratiques en Hygiène Hospitalière - observance de l'hygiène des mains, et pose de cathéters veineux périphériques - sont réalisés.

RÉSULTATS

Ax est isolé de 8 des 84 PME. Des non-conformités, de pré-désinfection et nettoyage des garrots et corps de pompe ainsi que de bionettoyage des box, sont identifiées. L'électrophorèse en champ pulsé, des 9 souches patients conservées et 6 souches environnementales, montre un même profil génomique. La souche d'Ax est résistante aux deux détergents-désinfectants aux concentrations respectivement recommandées. En 2010, l'observance de l'hygiène des mains globale des urgences est 31% (n=40) et en 2011, 70% (n=60). 13 IDE sur 23 ont été évaluées sur la pose de cathéters veineux périphériques (n=19). Des non-conformités sont observées au niveau de la préparation cutanée : réalisée en 1 temps (4/19), sans attente du séchage spontané (11/19), et défaut de désinfection des mains avant insertion (13/19).

CONCLUSION

L'identité des souches patients et environnementales confirme l'origine environnementale. L'épidémie est due aux non-conformités, de pré-désinfection et nettoyage des garrots et

P-159

POSTER ANNULÉ PAR L'AUTEUR

corps de pompe ainsi que de bionettoyage des box, conjuguées à la résistance de la souche d'Ax aux deux détergents-désinfectants.

Les résultats d'observance de l'hygiène des mains et de pose de cathéters veineux périphériques, ainsi que l'organisation du travail des équipes confirment l'hypothèse d'une transmission croisée associée. Des mesures correctives sont prises pour modifier les pratiques et les équipes sont sensibilisées. Aucun nouveau cas n'est survenu depuis mars 2011. Cette épidémie a fait l'objet d'un signalement externe.

P-161

LES CLONES EPIDEMIOGENES DE *PSEUDOMONAS AERUGINOSA* ONT UNE IMPLANTATION DURABLE ET ETENDUE DANS L'ENVIRONNEMENT HOSPITALIER

BOURDIER A.⁽¹⁾, **LOTTHÉ A.**⁽¹⁾, **AUJOLAT F.**⁽²⁾, **PARER S.**⁽¹⁾, **JUMAS-BILAK E.**⁽¹⁾

⁽¹⁾CHRU Montpellier, MONTPELLIER, FRANCE ; ⁽²⁾Université Montpellier 1, MONTPELLIER, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Pseudomonas aeruginosa présente des modes de vie variés dans diverses niches écologiques. Des sous-populations spécialisées au sein de l'espèce ont été associées à diverses pathologies humaines telles que la mucoviscidose ou les kératites. L'association de certaines sous-populations aux épidémies nosocomiales est moins évidente et a été peu étudiée malgré la forte morbi-mortalité des infections hospitalières à *P. aeruginosa*. De plus, le rôle de l'environnement hospitalier dans la survenue des épidémies est controversé car difficile à démontrer. L'objectif de cette étude est de décrire et comparer les sous-populations génétiques de *P. aeruginosa* isolés lors d'épidémies nosocomiales et dans le réseau d'eau d'un CHRU.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

180 *P. aeruginosa* isolés de l'environnement hospitalier (n=83) et chez les patients (n=95) lors de 5 situations épidémiques, ainsi que 80 souches de l'environnement hospitalier sans relation avec une épidémie ont été analysées par une approche de génétique multi-locus (MLS) sur 7 gènes du core génome. L'électrophorèse en champ pulsé a été utilisée pour sous-typier les souches présentant les mêmes séquences en MLS.

RÉSULTATS

La population se répartit en 44 types de séquences (ST) dont 5 sont majoritaires indiquant l'implantation préférentielle des clones correspondants. Le ST308 représente 26,7% des

souches de cette étude, il est implanté dans 4 services et impliqué dans 3 épidémies sur une période de 34 mois. Trois autres ST majoritaires montrent une implantation durable et étendue dans l'environnement et sont impliqués dans des épidémies. Tous les clones ayant eu un succès épidémique sont installés et persistent dans l'environnement ; certains d'entre eux ont été détectés avant l'épidémie.

CONCLUSION

Lors des investigations d'épidémie à *P. aeruginosa*, la prévalence des souches environnementales est difficile à prouver, ce qui conduit à des difficultés pour confirmer l'origine environnementale d'une épidémie. Une structuration globale de la population de *P. aeruginosa* implantée dans un hôpital peut apporter des arguments quant à l'origine des souches épidémiogènes. Sur la période de l'étude, tous les clones épidémiogènes appartenaient à des sous-populations génétiques installées largement et durablement dans l'environnement du CHRU. Ce résultat justifie les efforts de surveillance et de contrôle de l'environnement hospitalier en plus du dépistage du portage et des mesures barrières contre la transmission croisée.

P-162

UN AN DE SURVEILLANCE DES BMR EN REANIMATION : PRINCIPAUX VECTEURS D'ACQUISITION DES BMR

FOUCAN T., **JARRIGE B.**, **MOCO C.**, **BALAGA A.M.**, **CILLY S.**

CHU de Pointe-à-Pitre, ABYMES, GUADELOUPE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La réanimation est une réanimation polyvalente de 22 lits, constituée de 4 secteurs difficilement individualisables (pharmacie commune, gestion commune du linge sale et des déchets).

L'incidence des BMR y est plus importante que dans celles des autres CHU (en 2010, environ 4 fois plus) malgré une consommation des antibiotiques inférieure à celle de ces derniers. L'objectif de cette étude sur un an est donc de montrer que le principal vecteur de ces acquisitions de BMR est la transmission croisée, et de trouver les instruments (pédagogiques, organisationnels, ...) permettant de la gérer.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

- Réalisation d'une cartographie quotidienne : enregistrement des mouvements des patients (entrée, changement de chambre, sortie) et de leur statut BMR

- Surveillance mensuelle du taux d'ICSHA grâce à un outil Excel[®]
- Surveillance environnementale au cas par cas par des prélèvements de surface (lits, matelas, armoires, ...)
- Audits d'observation des soignants : respect des précautions standard et complémentaires au cours des gestes quotidiens
- Etude de l'effectif soignant par rapport au décret Réanimation

RÉSULTATS

Facteurs humains :

- La consommation de SHA était relativement stable avec un taux moyen annuel d'environ 130%
- Il existait de mauvaises pratiques dans la gestion des précautions : prise de médicaments en pharmacie avec des gants usagés, ...
- Le ratio patient/IDE était de 2,9 (contre 2,5 recommandé) et le ratio AS/patient était de 4,9 (contre 4 recommandé)

Facteurs environnementaux :

- Les prélèvements ont permis de retrouver des BMR sur différentes surfaces dont des matelas, des murs et des armoires à pharmacie.

La cartographie a permis de visualiser l'impact de la transmission croisée dans l'acquisition des BMR (rôle pédagogique)

CONCLUSION

L'ensemble de cette étude a finalement permis de :

- mettre en place une meilleure sectorisation : différenciation complète des 4 secteurs
- acheter des laveurs vapeurs supplémentaires afin d'optimiser l'hygiène des locaux, notamment sur les zones difficiles (matelas, coins, ...)
- mettre en place des staffs avec les équipes soignantes pour les resensibiliser aux précautions
- embaucher du personnel supplémentaire afin d'améliorer les ratios soignant/soigné

Grâce à toutes ces mesures, le taux des BMR a diminué tout au long de l'année 2011.

Il reste toutefois très élevé et d'autres facteurs sont probablement à prendre en considération tels que la vétusté des locaux ou l'inadéquation des ratios de lits disponibles en réanimation et en soins intensifs.

D'OLONNE, FRANCE ; (3)Centre Hospitalier Départemental multisite, LA ROCHE-SUR-YON, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Une association départementale regroupant 2 réseaux d'hygiène, soit 18 établissements (ETS), souhaite uniformiser la stratégie de prévention de la transmission croisée dans le département. Pour privilégier les précautions standard selon les recommandations nationales de prévention de la transmission croisée 2009, le préalable est de respecter les pré-requis de la recommandation n°3. Le groupe de travail départemental a fixé des seuils à atteindre pour les 7 indicateurs de la recommandation n°3 dont la conformité de l'hygiène des mains (HM) supérieure à 75%, le recours à la friction hydro-alcoolique (FHA) supérieure à 90%.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'HM est évaluée selon la méthodologie du Groupe d'Evaluation des Pratiques en Hygiène Hospitalière.

RÉSULTATS

9 ETS ont participé. 1925 situations de soins sont observées dont 46,7% de soins sur peau saine, 19,4% des gestes invasifs. Les IDE/AS/AP représentent 80% des personnels audités, les médecins 4,9%.

	Avant et après soin	Avant soin	Après soin
L'observance de l'hygiène des mains	74,3%	82,3%	88%
Proportion d'utilisation de FHA dans l'HM	86%	95%	88,5%
Conformité de l'HM	76,3%	84,1%	85,8%

L'Observance est de 80 % pour la pose de VVP, de 73,9% pour les soins sur peau saine et 73,5% pour les injections et manipulations de dispositifs intra-veineux.

La proportion d'utilisation de FHA globale est de 91,5%. La FHA est plus utilisée avant qu'après le soin. Le lavage hygiénique est totalement abandonné. L'absence d'hygiène des mains avant et après soin est de 5,3%. La conformité est de 73,2% pour les soins sur peau saine, 69,4% pour les injections et manipulations de dispositifs intra-veineux, 78% pour la pose de voie veineuse périphérique et sous-cutanée.

CONCLUSION

Il est effectué moins de gestes d'hygiène des mains avant qu'après soin sauf les injections et manipulations de dispositifs intra-veineux et sous-cutanée. Les résultats sont plus élevés qu'au niveau régional, interrégional et national. La conformité de l'HM reste insuffisante. Le risque infectieux avant geste invasif et les risques de transmission croisée sont sous-estimés.

P-163

EVALUATION DEPARTEMENTALE DE L'OBSERVANCE DE L'HYGIENE DES MAINS

HUE R.⁽¹⁾, SABBAGH C.⁽²⁾, FOUCAULT S.⁽¹⁾, ROUX N.⁽²⁾, BOURDON S.⁽³⁾, DALIBARD V.⁽³⁾

(1)Centre Hospitalier Loire Vendée Océan, CHALLANS, FRANCE ; (2)Centre Hospitalier Côte de Lumière, LES SABLES

Les personnels audités perçoivent mieux le risque pour eux-mêmes que pour le patient. Tous les ETS n'atteignent pas les indicateurs fixés mais ceux-ci le sont au niveau départemental. Dans un premier temps, la stratégie de prévention de la transmission croisée reste propre à chaque ETS en fonction de ses résultats. L'existence d'une politique départementale constitue un objectif prioritaire. Sa mise en place est conditionnée par les résultats des indicateurs des ETS. Le renouvellement de cette évaluation en 2012 permettra de déterminer sa faisabilité.

P-164

EVALUER LA REPRESENTATIVITE DES POINTS CRITIQUES DE MAITRISE LORS DES CONTROLES DE LA QUALITE MICROBIOLOGIQUE DE L'EAU FROIDE : QUELLE DEMARCHE ADOPTEE?

ADJIDÉ C.C.⁽¹⁾, **MOMY F.**⁽¹⁾, **WEISS R.**⁽¹⁾, **OBIN O.**⁽¹⁾, **GUÉROULT-LOCHER G.**⁽¹⁾, **MERLIN J.**⁽¹⁾, **MBONGO-TROUILLET L.**⁽¹⁾, **GANRY O.**⁽¹⁾

⁽¹⁾Unité d'hygiène et d'épidémiologie hospitalière, Service d'épidémiologie hygiène hospitalière et de santé publique, Hôpital Nord, CHU, AMIENS, FRANCE ; ⁽²⁾ Service d'épidémiologie hygiène hospitalière et de santé publique, Hôpital Nord, CHU d'Amiens, AMIENS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans les établissements de santé, la qualité microbiologique de l'eau doit être régulièrement contrôlée. Pour évaluer quelles modalités d'échantillonnage des points critiques de maîtrise (PCM) au niveau de différentes colonnes d'eau froide pourraient permettre d'assurer la représentativité de son contrôle bactériologique, *Stenotrophomonas maltophilia* (SMAL) et de *Pseudomonas aeruginosa* (PSA) ont été recherchés dans divers échantillons d'eau au CHU Amiens Picardie.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

A l'Hôpital Sud, 2 fois 1 litre d'eau ont été à chaque fois prélevés, entre mai et décembre 2011, dans des flacons stériles contenant du thiosulfate, transportés et analysés au laboratoire d'hygiène.

Chaque échantillon d'eau a été filtré sur des membranes de porosité 0,45µm, mis en culture sur milieux cétrimide pour PSA et Sm2i pour SMAL incubés 48h à 37°C. Une culture est positive si présence de ≥ 1 UFC/L de PSA ou SMAL. Tous les micro-organismes ont été identifiés sur spectromètre de masse.

RÉSULTATS

Au total 214 prélèvements d'eau froide issus de 107 PCM et 22 colonnes, répartis sur 6 niveaux ont été réalisés. Il y a en

moyenne 5, soit entre 2 et 7, PCM prélevés par colonne. À chaque niveau du bâtiment, il y avait en moyenne 18, soit entre 13 et 21, PCM prélevés. La température moyenne de l'eau était de 17,1 °C. Les PCM étaient à 27,1 % contaminés par PSA et à 25,2 % par SMAL. Par colonne, il y avait en moyenne 1 PCM, et au maximum 4, contaminé à PSA. Ces fréquences sont respectivement de 1 et 3 pour SMAL. Par niveau, il y avait 5, entre 2 et 8, PCM contaminés à PSA. Il y avait 2, de 1 à 8, PCM contaminés par SMAL. Nous n'avons observé au niveau d'une colonne d'eau ou d'un niveau du bâtiment aucune contamination sérielle ou généralisée.

CONCLUSION

La température des points d'eau froide reste en moyenne en deçà des 20 °C réglementaires en France.

Les fréquences de contamination observés, par colonne, comme par étage ainsi que leur répartition spatiale montrent qu'il est hypothétique et problématique, hors de prélèvements exhaustifs, de pouvoir assurer par échantillonnage de PCM d'eau la représentativité du niveau de biocontamination d'une colonne ou d'un étage même lorsque plus du tiers des PCM sont contaminés. La biocontamination est un indicateur de l'efficacité de l'entretien des points d'eau. Une politique efficace de gestion du risque de biocontamination de l'eau froide doit être multifacette. Elle ne nécessite pas toujours la microfiltration de tous les points d'usage de l'eau, ni la représentativité des PCM prélevés. L'indicateur de l'efficacité d'une telle politique est la fréquence des infections associées aux soins d'origine hydrique.

P-165

ANALYSE D'UNE EPIDEMIE DE GRIPPE SAISONNIERE

AKPABIE A., **VERDAVAINNE J.**, **DECADE C.**, **DELACOUR J.C.**, **BARGIELA C.**, **GEORGES M.**, **TROCHU C.**, **MEYER J.J.**, **TAPIE S.**, **BROUILLARD S.**, **LARTIGAU E.**, **JERONIMO C.**, **CHARLOT J.**

Hôpital Emile Roux, LIMEIL-BRÉVANNES, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le 25 décembre 2010, l'infirmière signale au médecin la présence d'une toux et d'une température corporelle $>38^{\circ}\text{C}$ chez 3 patients. Le médecin examine les patients et conclut à un syndrome respiratoire sans spécificité. Le médecin ne portait pas de masque de soins ni d'appareil de protection respiratoire. La recherche de cas additionnels retrouve une symptomatologie faite de toux et de rhinite avec ou sans fièvre chez plusieurs patients. Le médecin évoque alors une épidémie

de grippe et décide de mettre en place des mesures barrières. Il demande l'aide du cadre de santé et de l'administrateur de garde. La transmission est faite à l'interne de garde. Excepté les cas de refus, les patients sont vaccinés contre la grippe saisonnière. La couverture vaccinale est estimée entre 6 et 11% chez le personnel. Le signalement est fait à l'EOHH le 27/12/2010. Nous proposons de décrire une épidémie de grippe A, d'identifier les défauts de soins ainsi que les facteurs contributifs et de proposer des mesures correctives.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Définition des cas de grippe selon l'InVS. Etude descriptive. Analyse systématisée des causes par la méthode ALARM (Association of Litigation And Risk Management).

RÉSULTATS

Le 1^{er} cas est apparu le 25/12/2010 et le dernier cas le 02/01/2011 avec 39 patients et 15 personnels atteints. Le taux d'attaque est de 44% chez les patients et de 19% chez le personnel. La symptomatologie est celle d'une grippe banale. Toutefois, 5 décès liés à des décompensations de pathologie sous jacente sont notés chez les patients grippés dans les 13 jours suivant le début de l'épidémie. Les défauts de soins identifiés constituent le déficit de l'observance des recommandations vaccinales pour la grippe saisonnière, l'omission du port de masque au cours d'affection des voies respiratoires supposée d'origine infectieuse. Parmi les facteurs contributifs, on retient en particulier les activités de groupe inhérentes à la gérontologie et l'état de santé complexe des patients en l'occurrence l'âge avancé, la dénutrition et la présence de comorbidités.

CONCLUSION

Cette épidémie a été l'occasion de fournir aux personnels une foire aux questions sur la grippe issue de la synthèse des entretiens structurés en groupe et individuels, de former des personnels à l'application des précautions « standard », de communiquer en direction des familles « conseil des aînés » sur l'épidémie et enfin d'expliquer la contribution de la vaccination des personnels et des familles à la protection des patients.

P-166

ETUDE DES BACTERIEMIES A STENOTROPHOMONAS MALTOPHILIA DANS LES UNITES DE SOINS INTENSIFS A L'HOPITAL SAHLOUL DE SOUSSE

JAIDANE N., BOUALLEGUE O., SAID LATIRI H., KHEFACHA AISSA S., GRISSI I., BOUJAAFAR N., SAID R. CHU Sahloul, SOUSSE, TUNISIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Longtemps considéré comme peu virulent, *Stenotrophomonas maltophilia* (*Sm*) est actuellement reconnu comme un pathogène. Plusieurs études récentes ont souligné l'impact possible d'une infection à *Sm* en termes de morbidité et de mortalité, en particulier chez les patients de réanimation. notre objectif est de souligner la gravité de ces infections, la virulence de ces bactéries et l'identification d'éventuels facteurs de risque

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous avons mené une étude descriptive rétrospective sur 7 ans au sein de trois services de soins intensifs. Tout épisode de bactériémie (Hémoculture positive) attribuée à *Sm* détecté au laboratoire de microbiologie a été inclus dans l'étude. La collecte des données est faite au moyen d'un questionnaire rempli à partir des dossiers médicaux des patients et des données du laboratoire

RÉSULTATS

Au total 31 épisodes de bactériémies ont été décrits parmi lesquels 93% sont nosocomiaux. L'âge moyen était de 54 ± 16 ans et la durée de séjour à l'hôpital de 29 ± 23 jours. Ces épisodes ont évolué vers un décès dans 71% des cas, 15 ± 12 jours après la bactériémie. La majorité des patients (64,5%) ont présenté une ou plusieurs infections nosocomiales avant la bactériémie à *Sm* et ont subi en conséquence des traitements antibiotiques à large spectre spécialement l'Imipénème (58%). On note aussi une intubation de longue durée, un abord veineux central, un abord artériel et un sondage vésical respectivement chez 51%, 93,5%, 64,5% et 90,3 % de notre population.. L'étude de la sensibilité des souches vis-à-vis des antibiotiques a révélé que les souches sont résistantes à la ceftazidime (54%), à la fofomycine (83%), au chloramphénicol (53,5%) et présentent une sensibilité vis-à-vis de la ciprofloxacine (CIP) (84%), de la colistine (58%) et du sulphaméthoxazole (71%). La porte d'entrée la plus impliquée dans les épisodes de bactériémies étudiés serait l'abord vasculaire central (57%) documentée microbiologiquement dans 85% des cas.

CONCLUSION

Reconnaître que *Sm* est un pathogène important et responsable d'infections nosocomiales sévères est une réalité actuelle. Il est donc impérieux d'agir en conséquence et d'éviter absolument l'utilisation abusive d'antibiotiques à large spectre et d'adopter les mesures de prévention et de contrôler la survenue de nouveaux cas de colonisation ou d'infection par *Sm*.

P-167

INVESTIGATION MOLECULAIRE DES SOUCHES D'*E.COLI* MULTIRESISTANTES A L'HOPITAL SAHLOUL DE SOUSSE

BOUALLEGUE O., SAID LATIRI H., KHEFACHA AISSA S., BEN REJEB M., JAIDANEN N., BEN FARHATZ., BOUJAAFAR N. CHU Sahloul, SOUSSE, TUNISIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les actes chirurgicaux, la longue durée d'hospitalisation, la consommation importante d'antibiotiques, l'hygiène défectueuse... autant de facteurs de risque faisant émerger les bactéries multirésistantes et leur diffusion dans services d'hospitalisation. C'est les cas du service d'urologie de l'hôpital Sahloul où le taux d'infections urinaires à entérobactéries élaboratrices de bêtalactames à spectre élargi (BLSE) a atteint des proportions alarmantes.

L'objectif de cette étude est d'investiguer une bouffée épidémique d'infection urinaires nosocomiales à *E.coli* multirésistantes survenue dans le service d'urologie.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

40 souches d'*E.coli* non répétitives ont été isolées du service d'urologie sur une période de 10 mois. Un typage phénotypique et génotypique leur a été fait dans le but de les caractériser ces souches. Ces méthodes sont :

- PCR : réaction de polymérisation en chaîne
- Conjugaison bactérienne
- ERIC-PCR, REP-PCR
- Recherche des gènes codants les BLSE (beta lactamase à spectre étendu) ainsi que leurs séquençages.

RÉSULTATS

Parmi tous les bacilles à Gram négatifs isolées du service d'urologie, *E.coli* présente à elle seule plus de 40%.

Les gènes codants identifiés sont de type CTX-M15, TEM-1, SHV-2a, gènes décrits chez les entérobactéries aussi bien en Tunisie qu'à l'échelle mondiale. Ces gènes sont portés par des plasmides et ce ci est bien prouvé par des techniques de conjugaisons.

Les profils génétiques obtenus par ERIC-PCR et REP-PCR ont montré l'existence de quelques similarités entre les souches.

CONCLUSION

La multirésistance des souches dans notre institution hospitalière est à l'origine de plusieurs épidémies ces dernières années. Ce qui exige et en urgence de prendre en considération plusieurs mesures tel que les mesures d'hygiène et le contrôle d'antibiothérapie.

Résumés
des posters
Junior

PJ-01

RELATION ENTRE LA PREVALENCE DES INFECTIONS ASSOCIEES AUX DISPOSITIFS INVASIFS ET LA CONSOMMATION DE SOLUTION HYDRO-ALCOOLIQUE : UNE APPROCHE MULTI-NIVEAU.

SLEKOVEC C.⁽¹⁾, GBAGUIDI-HAORE H.⁽¹⁾, COIGNARD B.⁽²⁾, BERTRAND X.⁽¹⁾, TALON D.⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU Besançon, BESANÇON, FRANCE ; ⁽²⁾ Institut de Veille Sanitaire, PARIS, FRANCE

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'association entre la consommation de solution hydro-alcoolique et la prévalence des infections associées aux dispositifs invasifs (IAD) dans les établissements de soin français, grâce à un modèle de régression logistique multi-niveau.

Pour cela deux bases de données ont été utilisées : l'enquête nationale de prévalence 2006 ainsi que le tableau de bord des infections nosocomiales à travers l'indicateur de consommation de solution hydro-alcoolique (ICSHA).

Seuls les patients bénéficiant d'un dispositif invasif (sonde urinaire, cathéter vasculaire ou sonde d'intubation) et qui étaient présents depuis au moins 2 jours dans l'établissement ont été inclus dans l'analyse. L'analyse multi-niveau comprenait des variables de niveau patient (âge, sexe, score McCabe, statut immunitaire, intervention chirurgicale dans les 30 jours précédents, la durée de séjour, la présence d'un dispositif médicale invasif ainsi que le service d'hospitalisation) et des variables de niveau établissement (ICSHA, type d'établissement de soin et son statut).

Huit cent quatorze établissements accueillant au moins 15 patients répondant aux critères d'inclusion, soit un total de 53 439 patients ont été inclus dans l'analyse. La prévalence globale des dispositifs invasifs était de 6,7 % (Intervalle de Confiance à 95 % 6,4 – 6,9). La valeur médiane de l'ICSHA était de 37,2 %, ces valeurs s'étendaient de 2,0 à 206,8 %. Aucune association entre la prévalence des IAD et l'ICSHA n'a pu être mise en évidence, cependant toutes les variables de niveau patient étaient significativement associées à la prévalence des infections associées aux dispositifs invasifs. Les variables de niveau patient expliquaient 25,0 % de la variation de la prévalence des IAD au niveau établissement ; et 60,0 % de cette variance reste inexplicée lorsque les variables patient et hôpital étaient ajoutées au modèle.

Si cette étude ne démontre pas de relation entre ICSHA et la prévalence des IAD, d'autres études prenant en compte les pratiques d'hygiène des mains plus particulièrement liées à la manipulation des dispositifs invasifs ainsi que des autres facteurs de risque spécifiques comme la durée d'exposition au dispositif invasif sont nécessaires.

PJ-02

ENQUETE NATIONALE SUR LES CONTROLES MICROBIOLOGIQUES ENVIRONNEMENTAUX DANS LES UNITES DE RADIOPHARMACIE

BOUQUEY C.⁽¹⁾, LASHERAS BAUDUIN A.⁽²⁾, LORTAL CANGUILHEM B.⁽³⁾

⁽¹⁾ CHU de Bordeaux, PESSAC, FRANCE ; ⁽²⁾ CHU de Bordeaux, BORDEAUX, FRANCE ; ⁽³⁾ Institut Bergonié, BORDEAUX, FRANCE

Le radiopharmacien est responsable de l'approvisionnement, de la préparation et de la qualité des médicaments radiopharmaceutiques utilisés dans un service de médecine nucléaire.

La plupart de ces médicaments sont destinés à la voie injectable, l'effraction de la barrière cutanée au moment de l'administration entraîne un risque d'infection nosocomiale.

De ce fait, l'étape de préparation et de mise en seringue doit se faire dans le respect des Bonnes Pratiques de Préparation.

De plus, la Pharmacopée Européenne stipule que « les préparations radiopharmaceutiques administrées par voie parentérale doivent être préparées dans des conditions visant à exclure toute contamination et à garantir leur stérilité ».

Cette étape de préparation doit donc se réaliser dans un environnement contrôlé et maîtrisé.

Les contrôles de tels environnements sont des contrôles physiques (contrôles des différentiels de pression, du taux de renouvellement d'air et d'empoussièrement) et microbiologiques (contrôles des surfaces, de l'aérobiocontamination et bactériologiques des solutions finales).

Des textes opposables (BPP et norme ISO 14644-1) et non opposables (recommandations de CCLIN et circulaire DGS/DHOS/CTIN relative à la surveillance microbiologique de l'environnement dans les établissements de santé) existent en matière de contrôles environnementaux mais aucun n'est spécifique à la radiopharmacie. De ce constat, une enquête nationale sur les pratiques de ces contrôles a été réalisée par téléphone sur une durée de 4mois.

Cette enquête a permis de mettre en évidence une grande hétérogénéité des pratiques entre les différents types d'établissements (CHU, CH, CLCC et établissements privés), ainsi que l'impact positif de la présence d'un radiopharmacien dans la mise en place de ces contrôles.

PJ-03

OPTIMISATION DE L'USAGE DES ANTIBIOTIQUES AU CHU DE POINTE A PITRE VIA DES EVALUATIONS DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

BERVAS C.⁽¹⁾, BEAUCAIRE G.⁽²⁾, NASSOR R.⁽²⁾, JARRIGE B.⁽²⁾
⁽¹⁾CHU Bordeaux, BORDEAUX, FRANCE ; ⁽²⁾CHU de Pointe à Pitre, 97159, GUADELOUPE

Avec l'apparition de bactéries multirésistantes et les perspectives réduites de découverte de nouvelles classes thérapeutiques, la politique de bon usage des antibiotiques est une priorité de Santé Publique. La mise en place d'évaluation des prescriptions d'antibiotiques au sein des établissements de santé est recommandée afin d'apprécier les pratiques médicales. Cette étude présente trois évaluations des pratiques professionnelles (EPP) relatives au bon usage des antibiotiques conduites en 2009 au CHU de Pointe à Pitre, les résultats et les actions d'amélioration qui en ont résulté.

Deux EPP ont analysé les prescriptions de fluoroquinolones intraveineuses et d'aminosides notamment en termes de pertinence d'emploi et de modalités d'utilisation. La troisième évaluation a concerné la réévaluation de l'antibiothérapie probabiliste après l'obtention des résultats bactériologiques. Pour chacune de ces enquêtes, cinquante dossiers ont été étudiés.

Les résultats de ces évaluations ont souligné des écarts entre la pratique et le référentiel. L'analyse des prescriptions de fluoroquinolones a montré que dans 32 % des cas, la prescription de cette classe d'antibiotique était non pertinente. L'administration par voie intraveineuse n'était pas justifiée dans 47 % des cas. La prescription d'un aminoside était non pertinente dans 26 % des dossiers. La non conformité de la posologie, du mode d'administration, des dosages et de la durée de traitement représentaient respectivement 48%, 58%, 74% et 19% des prescriptions d'aminosides. Enfin, l'étude de la réévaluation de l'antibiothérapie probabiliste a souligné l'absence de celle-ci dans 36 % des cas.

Ces trois EPP ont permis de faire un état des lieux des pratiques de prescription en matière d'antibiothérapie dans l'établissement. Des actions d'amélioration ont été mises en place afin de corriger les écarts observés. Parmi celles-ci se trouvent la création du guide d'antibiothérapie du CHU ainsi que la réalisation de staffs afin de présenter les actions à développer pour un meilleur usage des antibiotiques dans l'établissement. Ces actions laissent espérer une optimisation du bon usage des antibiotiques qui devrait être objectivée lors du deuxième tour de ces évaluations. Enfin, ces EPP ont contribué à faire évoluer l'ICATB de l'établissement en 2009 de la classe D à B et à répondre aux obligations réglementaires : critère 40 de la certification et développement professionnel continu.

PJ-04

MISE EN PLACE DE LA SURVEILLANCE DES INFECTIONS DU SITE OPERATOIRE AU CHU DE POITIERS

HUART C., THÉVENOT S., CASTEL O.
CHU de Poitiers, POITIERS, FRANCE

Les infections du site opératoire (ISO) sont une priorité des programmes de lutte contre les infections nosocomiales (IN). Dans l'enquête nationale de prévalence (2006), elles occupaient la 3^{ème} position (14,6%). Les programmes américains de surveillance des IN montrent que l'ISO est la 1^{ère} IN évitable par la mise en œuvre des mesures de prévention recommandées. Chaque année, 7 millions d'interventions sont réalisées en France et le nombre d'ISO est estimé à plus de 100000. Ainsi la surveillance des ISO est devenue un outil incontournable du dispositif de lutte contre les IN. Au CHU de Poitiers, il a été décidé de mettre en place la surveillance des ISO sur des actes ciblés conformément aux recommandations de la HAS et au programme national de prévention des infections liées aux soins 2009-2013. Un outil informatique a été élaboré permettant d'éviter le suivi des patients via le remplissage de fiches papiers selon la méthodologie de référence du RAISIN. L'extraction automatique des données Patient et Intervention chirurgicale est effectuée à partir du système de gestion des blocs. Seule la partie ISO est à remplir par le chirurgien. Les avantages de ce système sont nombreux : exhaustivité des inclusions, fiches complètes, exactitude des données et gain de temps. L'outil informatique étant disponible sur intranet à partir de tous les postes informatiques, le choix de la période de validation est laissé à chaque chirurgien. Cette méthodologie permet de réaliser une surveillance en continu des interventions prioritaires définies par le réseau RAISIN. Cette démarche, présentée comme un outil de prévention, a été menée en collaboration entre les services informatiques, les équipes chirurgicales et l'équipe opérationnelle d'hygiène avec pour objectif commun une amélioration de la sécurité des soins. La proposition d'un outil informatique facile d'utilisation a favorisé l'adhésion des chirurgiens à cette surveillance. Suite à une phase de test de 2 mois concluante, la diffusion de l'outil est en cours au niveau de l'établissement et la participation croissante des chirurgiens, basée sur le volontariat, montre leur implication.

PJ-05

ANALYSE DES RISQUES INFECTIEUX LIES A L'ADMINISTRATION DE NUTRITION PARENTERALE PAR VOIE CENTRALE EN ONCO-HEMATOLOGIE PEDIATRIQUE

AMBROGI V.⁽¹⁾, BOULESTREAU H.⁽²⁾, HERRERA M.P.⁽³⁾, RUFAT O.⁽⁴⁾, NUNES J.⁽²⁾, ROGUES A.M.⁽²⁾, PEREL Y.⁽⁴⁾, ASTAGNEAU P.⁽¹⁾

⁽¹⁾CCLIN Paris-Nord, PARIS, FRANCE ; ⁽²⁾Service d'Hygiène Hospitalière, CHU, BORDEAUX, FRANCE ; ⁽³⁾CCECQA, BORDEAUX, FRANCE ; ⁽⁴⁾Service d'onco-hématologie pédiatrique, CHU, BORDEAUX, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF

Lors d'un signalement de cas groupés de bactériémies sur cathéter veineux central (CVC) en onco-hématologie pédiatrique, le rôle de la nutrition parentérale (NP) a été évoqué. L'objectif a été de mener une analyse préliminaire des risques infectieux de ce processus à risques (patients fragiles) et de déterminer quels autres soins seraient perçus comme prioritaires pour une analyse ultérieure.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Pour cette analyse a priori (1), le processus a été décrit en phases (observations, entretiens). Lors de séances de brainstorming, le groupe de travail a priorisé les situations dangereuses à chaque phase (2) et une analyse de scénarios a été menée. Enfin un questionnaire a été soumis sur la perception du niveau de risque infectieux de soins fréquents dans le service (CVC: manipulation et changement de lignes veineuses, réfection de pansement, chimiothérapie parentérale).

RÉSULTATS

Le processus comportait (3) : préparation du plateau de perfusion en salle de soins, administration et ablation de la poche de NP au lit du patient. Sur 28 situations dangereuses priorisées (4), 10 IDE ont imaginé 6 scénarios (criticité 2) entraînant une bactériémie : utilisation de poche entamée, plateau non nettoyé-désinfecté, oubli d'hygiène des mains avant manipulation, utilisation d'antiseptique (ATS) contaminé lors de la désinfection des connexions. Un échéancier d'actions d'amélioration a été fixé : formation (ASH: nettoyage-désinfection des plateaux; IDE: poche entamée à éliminer, flacon d'ATS à dater à l'ouverture), organisation limitant les ruptures de stock (bouchons stériles, ATS), distributeur mural de PHA. Considérées comme prioritaires pour une analyse de risques: réfection de pansement de CVC (10 IDE), manipulation de lignes veineuses de CVC (9). Défaillances

perçues comme possibles pour le 1er soin: traçabilité de la surveillance (9), fréquence de réfection (7); pour le 2nd: port de gants (8), manipulation du bouchon (7), gestion des ATS (7).

DISCUSSION/CONCLUSION

Effectuée à l'échelon d'un service dans un contexte particulier, cette analyse a familiarisé le personnel à l'analyse de risques et permet d'imaginer appliquer la méthode à d'autres soins habituels perçus comme à risques. L'EOHH peut participer à part entière à la diffusion de la culture de gestion des risques dans les ES.

PJ-06

FACTEURS DE RISQUES DES EVENEMENTS INDESIRABLES GRAVES : ETUDE CAS/TEMOINS AU CHU F. HACHED SOUSSE - TUNISIE

BOUAFIA N.⁽¹⁾, NJAH M.⁽¹⁾, ASTAGNEAU P.⁽²⁾,
⁽¹⁾CHU Farhat Hached de, SOUSSE, TUNISIE ; ⁽²⁾CCLIN Paris Nord, PARIS, FRANCE

Les événements indésirables en milieu de soins sont fréquents et souvent graves. Cependant, les facteurs de risque contribuant à leurs apparitions sont insuffisamment identifiés et méritent d'être mieux étudiés. Une étude cas témoins appariée avec cas incidents (152 cas et 304 témoins) a été menée auprès de tous les patients qui ont été hospitalisés dans treize services du CHU F Hached de Sousse sur une période d'un mois. Les témoins ont été appariés aux cas sur le service d'origine et la durée d'hospitalisation précédant l'apparition de l'évènement indésirable grave (EIG) chez le cas. Les facteurs de risque ont été analysés par régression logistique conditionnelle pas à pas descendant. L'analyse multivariée a montré que seuls les facteurs admission pendant la garde, hospitalisation dans les 6 derniers mois, difficultés de communication du patient, durée d'intervention chirurgicale longue, présence d'au moins 2 dispositifs médicaux, existence d'une polymédication (> 5 médicaments) et transfusion de produits sanguins étaient des facteurs de risque d'EIG. L'existence de soins invasifs lourds, dans des circonstances d'hospitalisation particulières, ainsi qu'une polymédication sont des facteurs de risque d'EIG potentiellement évitables. Ces facteurs devraient être pris en compte pour améliorer la prise en charge et la prévention des risques liés aux soins à l'hôpital.

PJ-07**COUVERTURE VACCINALE CONTRE LA GRIPPE DES RESIDENTS EN EHPAD DRÔME ET ARDECHE**

ARMAND N.⁽¹⁾, BÉNET T.⁽²⁾, BURLAT P.⁽³⁾, FAURE C.⁽¹⁾, ROCHE M.⁽¹⁾, LACOUR H.⁽¹⁾, HAJJAR J.⁽¹⁾, VANHEMS P.⁽²⁾
⁽¹⁾Centre hospitalier de Valence, VALENCE, FRANCE ; ⁽²⁾Hospices civils de Lyon, LYON, FRANCE ; ⁽³⁾Délégation territoriale ARS drome, VALENCE, FRANCE

NATURE DU TRAVAIL PRESENTE ET CADRE DE PRESENTATION

Il s'agit d'une enquête descriptive transversale menée dans le cadre de l'obtention d'un diplôme inter-universitaire d'épidémiologie : école d'été d'épidémiologie en 2010-2011.

PARTENARIAT

Les partenaires lors de la réalisation de ce travail ont été :

- les EHPAD qui ont accepté de participer à l'enquête. Les résidents dont le statut vaccinal contre la grippe pour l'année 2007 était inconnu ont été exclus de l'enquête.
- l'unité d'hygiène, d'épidémiologie et de prévention des hospices civils de Lyon

OBJECTIFS DU TRAVAIL

Les objectifs de ce travail étaient de :

- décrire la couverture vaccinale contre la grippe des résidents et les facteurs liés à cette couverture en Drôme Ardèche
- communiquer auprès des acteurs de cette vaccination
- définir un plan d'action pour améliorer la couverture vaccinale des résidents

RESUME DU TRAVAIL

Le profil vaccinal des résidents est établi suivi d'une comparaison vaccinés/non vacciné.

Une analyse univariée puis multivariée permet de déterminer les paramètres individuels et collectifs qui ont influencé la vaccination.

22 EHPAD ont participé sur 26 éligibles. 228 résidents (15.4% population initiale) au statut vaccinal inconnu ont été exclus. Le taux de vaccination est de 90.8% pour 1251 résidents présents. Le jour de l'enquête 1.8 % des résidents vaccinés présentaient des dispositifs invasifs, 5.4 % un escarre, 5.7 % une infection (0.9% d'infections respiratoires) et 3.6 % un traitement antibiotique.

L'analyse montre qu'il existe des disparités entre les établissements où la couverture vaccinale varie de 70.2 à 100%.

Les résidents vaccinés contre la grippe sont en moyenne plus vieux et dépendants que les non vaccinés. Ils sont hébergés

dans des établissements privés situés à plus de 15 km du centre hospitalier de référence et où la dépendance est généralement forte. Ces résultats sont à moduler selon la méthodologie de l'enquête.

Le sexe, l'âge, le nombre de lits et le nombre de médecins intervenants ne se sont pas révélés comme paramètres influençant la vaccination contre la grippe.

La couverture vaccinale est en accord avec les données de la littérature.

La connaissance des facteurs influençant la non vaccination va permettre la mise en œuvre d'un plan d'action ciblé sur les EHPAD répondants à ces critères. Déjà, les indicateurs annuels de vaccination montrent une progression.

Quant aux résidents dont le statut était inconnu, il s'agissait de nouveaux arrivants dont le dossier médical était insuffisamment renseigné. Des dispositions ont été prises sur la tenue du dossier et l'entretien à l'accueil des nouveaux résidents.

Remerciements

LE COMITÉ D'ORGANISATION DU XXIII^e CONGRÈS NATIONAL DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE REMERCIE TOUT PARTICULIÈREMENT :

LES SOCIÉTÉS ET ORGANISMES PARTENAIRES :

AFGRIS	Association Française des Gestionnaires de Risques Sanitaires
ASPEC	Association pour la Prévention et l'Etude de la Contamination
CEFH	Centre d'Etudes et de Formations Hospitalières
HAS	Haute Autorité de Santé
InVS	Institut de Veille Sanitaire
SFAR	Société Française d'Anesthésie et de Réanimation
SFED	Société Française d'Endoscopie Digestive
SFC	Société Française de Chirurgie
SFGG	Société Française de Gériatrie et Gérontologie
SFM	Société Française de Microbiologie
SOFGRES	Société Française de Gestion des Risques en Etablissements de Santé
SPILF	Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française
SRLF	Société de Réanimation de Langue Française

LES EXPOSANTS (LABORATOIRES ET SOCIÉTÉS) :

3M France	Coachis Santé/ICNET	Hutchinson Santé	Pierre le Goff
4MED France	Concept Microfibre	Hysis-Medical	Polti
Airinspace	Cooper	Intersurgical	Prop
Alere	Decitex	JYP Aseptair	PSA Sapoxim
Alkapharm	Groupe Didactic	Laboratoires Anios	RC Lux (Behring)
Aqua-Tools	Doran International	Laboratoire Huckert's	Sanivap
Arcania	Dürr Dental	Laboratoire Phagogène	Saraya Europe
Aseptix	Dyson Airblade	Lotus Professional	Schülke
ASP	Ecomed Services	Meda Pharma	Smiths Medical
Bayer Santé Familiale	Euro Chimie Industrie	Medinorme	Solvirex
B.Braun Medical	Francehospital	Meiko	Spengler
BD	Gilbert	Mölnlycke Health Care	Steriall
Bioquell	Girpi	Mutuelle SmH	Teleflex Medical
C&H Labs	Gojo - Purell	Oxy'pharm	THX-Medical
Carefusion	Health & Co / Hygiènes	Pall Medical	
Cepheid	Hexis Health	Paul Hartmann	
Ceredas	Hospidex	PH ² International	

NOUS REMERCIONS ÉGALEMENT POUR LEUR CONTRIBUTION LES PARTENAIRES SUIVANTS :

Abbott Diabetes Care
Hygiatec services

Liste arrêtée au 21 mai 2012