

Programme final
et livre des résumés

Paris



29, 30 et 31 mai 2013

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

Mot de bienvenue

Chers congressistes, nous avons le plaisir de vous accueillir à Paris pour le congrès annuel de notre société savante.

Chacun devrait trouver matière à enrichir sa formation et à échanger autour des différents travaux présentés. Cette année, le nombre d'ateliers de formation a été augmenté de 6 à 8 afin d'offrir une variété de thèmes allant de la prévention à l'expertise judiciaire et l'investigation des épidémies. La session internationale s'intéressera à la problématique des comportements pour une meilleure prévention du risque infectieux et in fine de la sécurité des patients. Cette réflexion sera prolongée par des sessions sur l'organisation des soins et le risque infectieux. La prévention sera également abordée hors soins en secteurs de MCO (médecine, chirurgie et obstétrique). Une préoccupation actuelle majeure est l'augmentation de la résistance aux antibiotiques des entérobactéries. L'ennemi public numéro 1 EBLSE doit être combattu pour préserver l'avenir des antibiotiques tout comme l'émergence préoccupante des bactéries hautement résistantes aux antibiotiques. C'est dans ce contexte que le Pr Andremont nous exposera l'impact sur la santé humaine des résistances bactériennes chez l'animal et dans l'environnement. Finalement le problème de la prévention du risque infectieux en hémodialyse sera présenté.

Ce congrès sera aussi l'occasion de présenter les principales actualités en termes de littérature scientifique et recommandations avec respectivement le « Best of » et la session actualités.

Une assemblée générale électorale sera tenue le mercredi 29 mai à la fin de la journée exposant le bilan de l'année passée et les résultats de l'élection visant à renouveler 1/3 du conseil d'administration.

Un autre temps fort du congrès, le plus ludique, organisé par nos collègues bordelais pour notre société est de profiter de l'opportunité du congrès pour réaliser un flashmob spécial friction des mains. Nous vous attendons nombreux et vous incitons à vous entraîner à la chorégraphie (cf. bulletin et site internet www.sf2h.net).

Au total, nous espérons que ce congrès parisien vous apportera toute satisfaction tant pour l'actualisation des connaissances que pour la convivialité des échanges.

Philippe Berthelot
Président de la SF2H

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

PROGRAMME FINAL 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 définitif	p. 8
Index des auteurs	p. 19
Liste des Communications Libres	p. 29
Liste des Communications Libres Junior	p. 32
Liste des Posters Congrès et Junior	p. 33
Textes des Séances Plénières	p. 45
Résumés des Communications Parallèles	p. 56
Résumés des Posters Congrès et Junior	p. 94
Remerciements	p. 190

Plan de l'exposition - Paris



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

Liste des exposants - Niveau B « Hall Brillat Savarin »

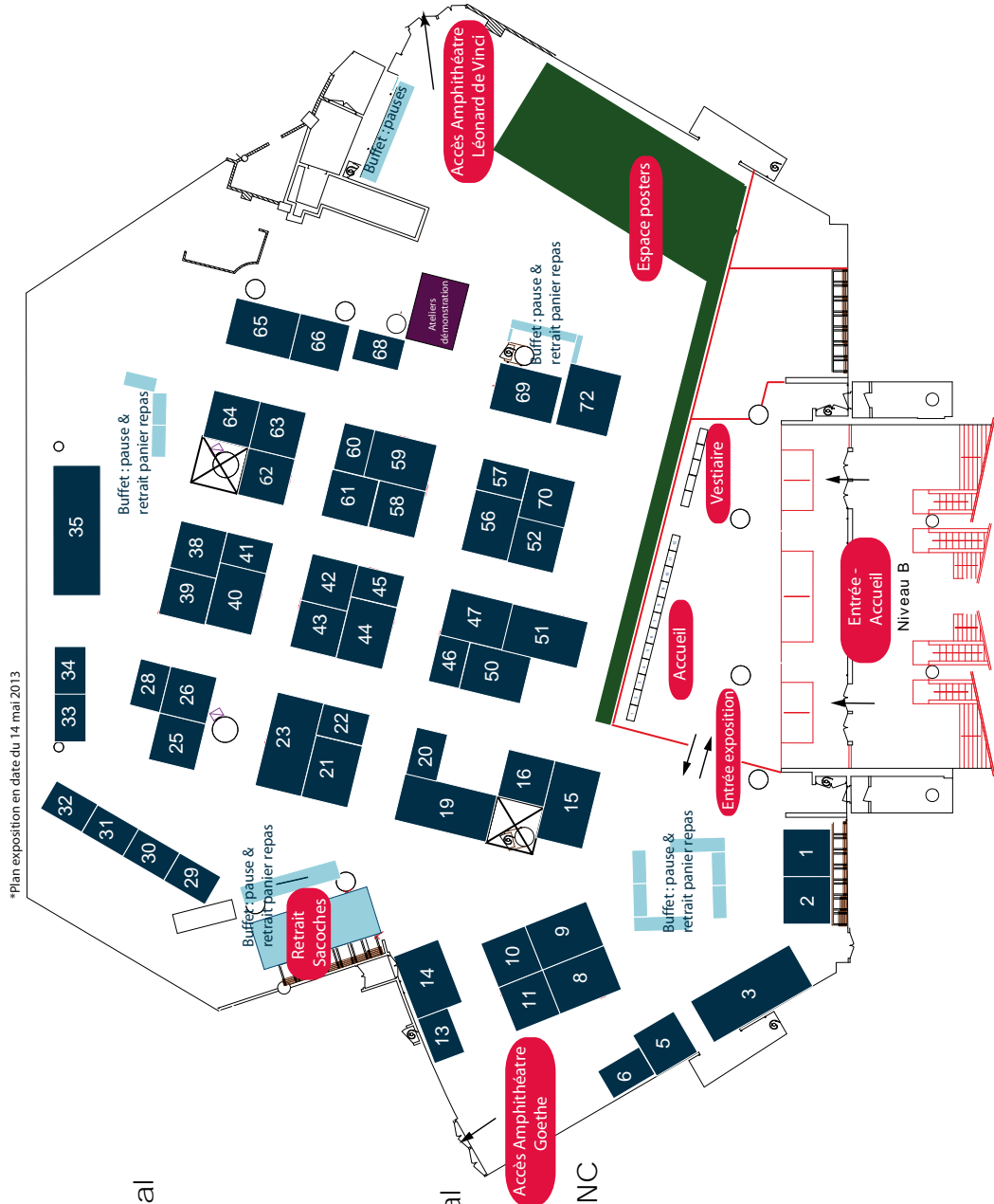
- | | |
|---------------------------|----------------------------------|
| 47 3M France | 29 Gilbert/Solvirex |
| 34 4MED France | 35 Laboratoire Anios |
| 62 Action Pin | 23 Lab. Huckert's International |
| 3 Airinspace | 56 Laboratoire Phagogène |
| 44 Alkapharm | 39 Lotus Professional |
| 61 ASP | 9 Meda Pharma |
| 6 Aspec | 50 Bayer Santé Familiale |
| 70 Audace e-santé | 63 Medinorme-Wassenburg |
| 50 Bayer Santé Familiale | 58 Meiko France |
| 68 B.Braun Medical | 32 Nanosonic |
| 66 Becton Dickinson | 2 Oxy'pharm |
| 59 Bioquell | 15 Pall Medical |
| 19 CareFusion | 42 Paul Hartmann |
| 13 Réseau CCLIN Arlin | 25 PH ² International |
| 46 Ceredas | 40 Prop |
| 33 Chrisal Probiotiques | 41 RC-Lux |
| 10 Cleanis | 11 Realco SA |
| 38 Concept Microfibre | 1 Sage Products INC |
| 45 Cooper | 30 Sanivap |
| 28 Decitex | 60 Saraya Europe |
| 26 Dyson Airblade | 43 Schmitz France |
| 22 Ecomed Services France | 8 Schülke France |
| 69 Gojo-Purell | 14 SF2H |
| 64 Groupe Didactic | 21 Smiths Medical |
| 2 Health & Co/Hygiènes | 57 Tealwash |
| 65 Hospidex France | 5 Teleflex |
| 16 Hysis-Medical | 20 THX Medical |
| 31 ICU Medical Europe | 52 Vygon |

Nous remercions également pour leur contribution les partenaires suivants :

Favi

Congrès de la Société Française d'Hygiène Hospitalière
Paris, CNIT du 29 au 31 mai 2013

PLAN DE L'EXPOSITION - Niveau B, Hall Brillat Savarin



*Plan exposition en date du 14 mai 2013

Informations générales

- **DATES** : 29, 30 et 31 mai 2013
- **LIEU** : CNIT - 2 place de La Défense - 92053 Paris La Défense
- **LANGUE DU CONGRES** : Français avec traduction simultanée de la Session Internationale
- **DROITS D'INSCRIPTION**
L'inscription donne droit :
 - à l'accès aux conférences et à l'exposition,
 - aux résumés du congrès incluant le programme final des conférences.
- **RENCONTRE AVEC L'EXPERT**
Mercredi 29 mai
Les ateliers sont limités à 60 participants.
Le coupon d'inscription doit être présenté à l'entrée de la salle.
- **SESSION INTERNATIONALE**
Mercredi 29 mai
Nous vous rappelons que pour participer à cette session vous devez être préinscrit. Une traduction simultanée Anglais - Français est assurée.
Si vous avez commandé un casque lors de votre inscription, il vous sera remis à l'entrée de la salle en échange du coupon correspondant.
- **SYMPOSIUM, SESSIONS DE L'INNOVATION, ATELIERS DÉMONSTRATION DE L'INDUSTRIE**
Le contenu des communications est sous la responsabilité des industriels organisateurs.
- **PRIX DE LA SF2H**
Trois prix seront remis lors du congrès :
 - Prix Médical
 - Prix Paramédical
 - Prix Junior
- **POSTERS**
157 posters sont exposés sur l'espace Brillât Savarin, Niveau B.
- **RESTAURATION**
Un temps de pause est réservé pour votre déjeuner.
Les déjeuners du mercredi 29, jeudi 30 et vendredi 31 mai 2013 sont proposés sous forme de panier repas et servis sur la zone exposition. Vous avez également la possibilité de vous restaurer dans l'un des nombreux restaurants situés à proximité du CNIT.
- **ACCESSIBILITÉ**
Voiture :
Accès routier depuis Paris
Boulevard Périphérique :
- Sortir Porte Maillot direction La Défense - Suivre

la direction de Neuilly (avenue Charles de Gaulle)
- Emprunter le pont de Neuilly, puis prendre le Boulevard Circulaire desservant tous les quartiers de la Défense
- Sortir à La Défense 6
- Suivre les indications Parking Exposants-Livraisons ou parking Visiteurs Cnit.
Depuis ces parkings, prendre les ascenseurs accès rez-de-jardin (RJ)

Piéton :

Le Cnit dispose d'un accès direct depuis la station centrale de transports en commun «La Défense Grande Arche» (sortie Cnit) :

- La ligne de métro n°1 (château de Vincennes / La Défense Grande Arche) et le RER A (Boissy-St-Léger / Marne-La-Vallée - Poissy / Cergy) traversent tous les deux le centre de Paris d'est en ouest et vous offrent une multitude d'interconnexions.
- La ligne de tramway T2 (Issy / Val de Seine)
- Un accès SNCF (lignes Paris - Saint-Lazare / Saint-Nom-la-Bretèche ou Versailles-RD / Saint-Quentin-en-Yvelines / La Verrière)
- De nombreuses lignes de Bus en provenance de Paris (n°73 La Défense / Musée d'Orsay), de l'ouest parisien (141, 144, 159, 258, 262, 272, 275, 278, 360, 378) ou du nord (161,174,178).

europa

- **HEBERGEMENT** booking  services

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

- **EXPOSITION**

Une exposition, ouverte au public dès mercredi 29 mai 10h30 regroupe les industriels partenaires du congrès.

- **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.

- **SITE INTERNET** :  www.sf2h.net

L'ensemble des documents du congrès est téléchargeable sur le site mentionné ci-dessus.

- **COMMUNICATION - RELATIONS PRESSE**

Zoé Civange

Mobile : 00 33 6 80 23 66 30

E-mail : com-relationspresse@wanadoo.fr

Les comités

COMITÉ SCIENTIFIQUE

KEITA-PERSE Olivia, Présidente, Monaco
 AHO GLELE Ludwig Serge, Dijon
 ASTAGNEAU Pascal, Paris
 BARQUINS-GUICHARD Sandrine, Saint-Maurice
 BERGER-CARBONNE Anne, Paris
 BLANCHARD Hervé, Paris
 BOUVET Elisabeth, Paris
 BRUN-BUISSON Christian, Créteil
 COIGNARD Bruno, Saint-Maurice
 CROZE Béatrice, Valence
 ERB Martine, Lille
 FORTINEAU Nicolas, Kremlin-Bicêtre
 GACHOT Bertrand, Villejuif
 GAUZIT Rémy, Paris
 GRANDBASTIEN Bruno, Lille
 HILAIRE Jean-Christophe, Le Chesnay
 JARLIER Vincent, Paris
 JARRIGE Bruno, Pointe-à-Pitre
 KOSMANN Marie-Jeanne, Paris
 LANDRIU Danièle, Paris
 LEPELLETIER Didier, Nantes
 LUCET Jean-Christophe, Paris
 MERRER Jacques, Le Chesnay
 NOVAKOVA-ARNAUDEAU Ivana, Paris
 SAVEY Anne, Saint-Genis Laval
 ZAHAR Jean-Ralph, Paris
 ZARO-GONI Daniel, Bordeaux

COMITÉ D'ORGANISATION

BARON Raoul, Président, Brest
 AGGOUNE Michèle, Paris
 BERGER-CARBONNE Anne, Paris
 BLANCHARD Hervé, Paris
 LUCET Jean-Christophe, Paris
 SÉGUIER Jean-Christophe, Poissy - Saint-Germain-en-Laye
 ZARO-GONI Daniel, Bordeaux

JURY DES PRIX SF2H

KEITA-PERSE Olivia, Présidente, Monaco
 AHO GLELE Ludwig Serge, Dijon
 BERGER-CARBONNE Anne, Paris
 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, 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
InVS	Institut de Veille Sanitaire
ORIG	Observatoire du Risque Infectieux en Gériatrie
SFAR	Société Française d'Anesthésie et de Réanimation
SFGG	Société Française de Gériatrie et Gériatologie
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

Mercredi 29 mai

10:30

Brillat Savarin
Niveau B

Accueil des congressistes et ouverture de l'exposition

12:00

Brillat Savarin
Niveau B

Déjeuner

13:30-17:00

Amphithéâtre
Goethe
Niveau B

SESSION INTERNATIONALE

How to change behaviours: An everlasting challenge?

(Session en anglais avec traduction simultanée)

Chairpersons: Philippe BERTHELOT, Saint-Etienne ; Chantal LEGER, Poitiers

13:30-15:00

■ Partie 1

13:30-13:45

Introduction

Pierre PARNEIX, Bordeaux

13:45-14:10

INT01 - Challenging behaviour, Changing the culture

Elaine LARSON, New-York - USA

14:10-14:35

INT02 - Behaviour change strategies to influence antimicrobial prescribing in acute care

Esmita CHARANI, London - UK

14:35-15:00

INT03 - Simulation-based training to improve CVC insertion

Rana K. LATIF, Louisville - USA

15:00-15:30

Brillat Savarin
Niveau B

Pause – Visite de l'exposition

15:30-17:00

■ Partie 2

15:30-15:55

INT04 - Ward-based medical simulation as an educational tool for patient safety?

Tim STEPHENS, London - UK

15:55-16:20

INT05 - Intentional rounds: real change or just another tick box?

Greg DIX, Somerset - UK

16:20-16:45

INT06 - The patient involvement: a key for changing behaviours?

David L.B. SCHWAPPACH, Zurich - Switzerland

16:45-17:00

Global discussion

17:10-18:10

Salle Darwin 6
Niveau D

SYMPOSIUM DE L'INDUSTRIE

S01 - Parrainé par MEDA PHARMA

Antisepsie et infection : questions et perspectives

Modérateur : Joseph Hajjar, Valence

Comparer les taux d'ISO et les utiliser pour le choix des mesures préventives

Jean-Christophe Lucet, Paris

Évolution du programme national de lutte contre les IAS et influence sur l'observance des mesures de prévention des ISO

Pierre Parneix, Bordeaux

La prévention de l'hôpital à la ville : l'exemple des cathéters veineux centraux insérés par voie périphérique (PICC)

Pascale Chaize, Montpellier

18:15-19:30

Salle Darwin 4 et 5
Niveau D

Assemblée Générale de la SF2H

14:00-16:30

RENCONTRES AVEC L'EXPERT / ATELIERS*

14:00-15:00

■ 1^{re} séance*Salle Ampère 1
Niveau A***A1 - Investigation d'une épidémie***Xavier VERDEIL, Toulouse ; Elise SERINGE, Paris ; Sophie VAUX, Saint-Maurice ;
Eric HERNANDEZ, Ferrolles-Attilly**Salle Ampère 2
Niveau A***A2 - Chambres implantées***Danièle LANDRIU, Paris ; Odile ALBERT, Paris ; Muriel GROUSELLE, Puteaux**Salle Ampère 3 et 4
Niveau A***A3 - Préparation cutanée chez l'opéré***Michèle AGGOUNE, Paris ; Ludwig Serge AHO GLELE, Dijon**Salle Ampère 5
Niveau A***A4 - Masques et prévention du risque respiratoire***Bruno JARRIGE, Pointe-à-Pitre ; Béatrice CROZE, Valence ; Christia GHENO, Tullins**Salle Ampère 6
Niveau A***A5 - Gestion des excréta, gestion des effluents***Sandra FOURNIER, Paris ; Michèle HUANG, Paris**Salle Ampère 7
Niveau A***A6 - Communication engageante à propos d'une expérience sur le thème
« Zéro bijou »***Michèle MAESTRACCI, Salon-de-Provence ; Olivier MEUNIER, Haguenau**Salle Ampère 8
Niveau A***A7 - L'expertise judiciaire***Anne BERGER-CARBONNE, Paris ; Philippe BOISRENOULT, Le Chesnay**Salle Ampère 9
Niveau A***A8 - La Maladie de Creutzfeldt-Jakob***Joseph HAJJAR, Valence ; Françoise ROCHEFORT, Lyon ; Françoise KARNICHEFF, Suresnes*

15:00-15:30

*Brillat Savarin
Niveau B***Pause – Visite de l'exposition**

15:30-16:30

■ 2^e séance*Salle Ampère 1
Niveau A***A1 - Investigation d'une épidémie***Xavier VERDEIL, Toulouse ; Elise SERINGE, Paris ; Sophie VAUX, Saint-Maurice ;
Eric HERNANDEZ, Ferrolles-Attilly**Salle Ampère 2
Niveau A***A2 - Chambres implantées***Danièle LANDRIU, Paris ; Odile ALBERT, Paris ; Muriel GROUSELLE, Puteaux**Salle Ampère 3 et 4
Niveau A***A3 - Préparation cutanée chez l'opéré***Michèle AGGOUNE, Paris ; Ludwig Serge AHO GLELE, Dijon**Salle Ampère 5
Niveau A***A4 - Masques et prévention du risque respiratoire***Bruno JARRIGE, Pointe-à-Pitre ; Béatrice CROZE, Valence ; Christia GHENO, Tullins**Salle Ampère 6
Niveau A***A5 - Gestion des excréta, gestion des effluents***Sandra FOURNIER, Paris ; Michèle HUANG, Paris**Salle Ampère 7
Niveau A***A6 - Communication engageante à propos d'une expérience sur le thème
« Zéro bijou »***Michèle MAESTRACCI, Salon-de-Provence ; Olivier MEUNIER, Haguenau**Salle Ampère 8
Niveau A***A7 - L'expertise judiciaire***Anne BERGER-CARBONNE, Paris ; Philippe BOISRENOULT, Le Chesnay**Salle Ampère 9
Niveau A***A8 - La Maladie de Creutzfeldt-Jakob***Joseph HAJJAR, Valence ; Françoise ROCHEFORT, Lyon ; Françoise KARNICHEFF, Suresnes*

Jeudi 30 mai

08:00

*Brillat Savarin
Niveau B*

Accueil des congressistes

08:45

*Amphithéâtre
Léonard de Vinci
Niveau B*

Mot d'accueil du Président

Philippe BERTHELOT, Saint-Etienne

09:00-10:00

*Amphithéâtre
Léonard de Vinci
Niveau B*

SESSION PLENIERE 1

■ Organisation des soins, comportements et risque infectieux

Modérateurs : Pascal ASTAGNEAU, Paris ; Pascale CHAIZE, Montpellier

PL01 - Que sait-on sur la relation entre la charge en soins et le risque infectieux ?

Christian AUBOYER, Saint-Etienne

PL02 - Comportement des professionnels et risque infectieux

Alain BENTOUNSI, Paris

10:05-10:35

*Salle Darwin 3
Niveau D*

SESSION INNOVATION (au choix)

I01 - Parrainée par AIRINSPACE

Purification d'air et DSV A : Une nouvelle approche pour deux technologies complémentaires

Bruno GRANDBASTIEN, Lille

*Salle Darwin 6
Niveau D*

I02 - Parrainée par TELEFLEX

ILC et AES pouvons-nous encore faire mieux en 2013 ?

Jacky CHARASSE, Le Faget

10:40-11:10

*Brillat Savarin
Niveau B*

Pause – Visite de l'exposition

ATELIER DÉMONSTRATION

D01 - Animé par 3M FRANCE

Coupez court aux risques d'infections : nouvelle Tondeuse Professionnelle 3M™

10:40-11:10

*Brillat Savarin
Niveau B*

SESSION POSTERS

(présentation par les auteurs)

11:15-12:45

*Amphithéâtre
Léonard de Vinci
Niveau B*

4 SESSIONS PARALLELES

■ SP1 - Organisation des soins, comportements et risque infectieux (y compris en ambulatoire)

*Modérateurs : Sandrine BARQUINS-GUICHARD, Saint-Maurice ;
Bruno JARRIGE, Pointe-à-Pitre*

CP01 - Etude sur les freins à l'application des recommandations

Daniel ZARO-GONI, Bordeaux

CP02 - Burn out des professionnels et risques

Jean-Claude PERREAND, Valence

CP03 - Organisation et charge en soins pour le personnel infirmier en réanimation : lien avec le risque infectieux

Katiuska MILIANI-LUGO, Paris

Jeudi 30 mai

Salle Darwin 4 et 5
Niveau D

■ SP2 - Communications libres 1 - Risque infectieux hors MCO

Modérateurs : Danièle LANDRIU, Paris ; Anne BERGER-CARBONNE, Paris

CL01 - Mise en place d'un outil pour la prévention de la transmission croisée et du risque épidémique en EHPAD

Nathalie VAN DER MEE-MARQUET, Tours

CL02 - Patient handicapé moteur et BMR : comment maîtriser le risque de transmission croisée dans une population avec lourde charge en soins ?

Christine LAWRENCE, Garches

CL03 - État des lieux de la gestion du risque infectieux dans les EHPAD de Franche-Comté : bilan à mi-parcours d'un dispositif innovant

Céline BOUVIER-SLEKOVEC, Besançon

CL04 - Gestion des épidémies d'IRA en EHPAD : expérience des Pays de la Loire

Catherine AVRIL, Nantes

CL05 - Hypodermite à SASM sécréteur de toxine TSST-1 dans les suites d'une lipolyse au laser réalisée dans un cabinet de médecine esthétique.

Elise SERINGE, Paris

CL06 - ENP 2012 : résultats en hospitalisation à domicile

Brigitte MIGUERES, Paris

Amphithéâtre
Goethe
Niveau B

■ SP3 - Communications libres 2

Modérateurs : Hervé BLANCHARD, Paris ; Jean-Christophe HILAIRE, Le Chesnay

CL07 - La « désinfection en quatre temps » du site opératoire à la lumière de la médecine factuelle

Jacques SOUFRON, Vire

CL08 - Infections du site opératoire (ISO) et facteurs de risque en chirurgie carcinologique du sein : enquête dans 15 centres de lutte contre le cancer (CLCC).

Françoise LEMARIE, Caen

CL09 - Evaluation de l'utilisation d'un cystoscope à gaine à usage unique avec canal opérateur en consultation d'urologie

Sophie GARDES, Pierre Bénite

CL10 - Evaluation d'un programme de décolonisation de patients porteurs de SARM

Nacima SAI, Bruxelles

CL11 - Stabilisation récente des consommations d'antibiotiques dans les établissements de santé : données contrastées du réseau ATB-RAISIN, 2008 et 2011

Catherine DUMARTIN, Bordeaux

CL12 - Infections respiratoires virales chez les patients hospitalisés : fréquence, facteurs de risque, lien avec la circulation communautaire des virus

Sylvana COUTANT, Caen

Jeudi 30 mai

Salle Darwin 3
Niveau D

■ SP4 - Session SPILF : Le rôle et les actions du référent sur le bon usage des antibiotiques

Modérateurs : Olivia KEITA-PERSE, Monaco ; Christian RABAUD, Vandœuvre-lès-Nancy

CP04 - Expérience en CH

Thierry LEVENT, Maubeuge

CP05 - Expérience en CHU

Sybille BEVILACQUA, Nancy

CP06 - Comment éviter les pénèmes ?

Rémy GAUZIT, Paris

12:50

Brillat Savarin
Niveau B

Déjeuner

13:25 - 14:25

Brillat Savarin
Niveau B

SESSION POSTERS (PRÉSENTATION PAR LES AUTEURS)

14:30-15:30

Amphithéâtre
Léonard de Vinci
Niveau B

SESSION PLENIERE 2

■ Risque infectieux hors MCO

Modérateurs : Anne SAVEY, St Genis Laval ; Martine ERB, Lille

PL03 - EHPAD en 2013 : structures, résidents et risque infectieux

Benoît de WAZIERES, Nîmes

PL04 - Comment transposer les recommandations de l'hôpital vers les EHPAD ?

Christine PASSERAT BOULADE, Nantes

15:35-16:05

Brillat Savarin
Niveau B

Pause – Visite de l'exposition

ATELIER DÉMONSTRATION

Animé par B.BRAUN MEDICAL

La sécurité sur toute la ligne

15:35-16:05

Brillat Savarin
Niveau B

SESSION POSTERS (présentation par les auteurs)

16:10-17:40

Amphithéâtre
Léonard de Vinci
Niveau B

5 SESSIONS PARALLELES

■ SP5 : Risque infectieux hors MCO

Modérateurs : Chantal LEGER, Poitiers ;

Jean-Christophe SEGUIER, Poissy - Saint-Germain-en-Laye

CP07 - EPIPA : enquête de prévalence des infections urinaires, pulmonaires et cutanées en EHPAD

Agnès VINCENT, Saint Genis Laval

CP08 - Campagnes de vaccination des professionnels en EHPAD : relevons nos manches !

Nathalie ARMAND, Valence

CP09 - Risque infectieux en cabinet libéral

Alain SIMAVONIAN, Paris

Amphithéâtre
Goethe
Niveau B

■ **SP6 : Communications libres 3 : Organisation des soins, comportements et risque infectieux**

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

CL13 - « La danse du SHA » : un nouvel outil de promotion de l'hygiène des mains

Caroline BERVAS, Bordeaux

CL14 - Etude de la contamination bactérienne des stéthoscopes à l'hôpital

Olivier MEUNIER, Haguenau

CL15 - « Sarcoptes Invasion » : un jeu sérieux pour apprendre à gérer une épidémie de gale

Anne-Gaëlle VENIER, Bordeaux

CL16 - Connaissances, attitudes et pratiques sur l'hygiène des mains et le port des gants chez des étudiants en soins infirmiers

Camille LEROYER, Bordeaux

CL17 - Communication soignant-soigné sur l'hygiène des mains : résultats préliminaires d'une expérimentation multicentrique

Delphine VERJAT-TRANNOY, Paris

CL18 - Organisation de l'accueil de patients colonisés à Entérocoques Résistants aux Glycopeptides (ERG) en hémodialyse

Elodie BECLIN, Béthune

Salle Darwin 4
et 5
Niveau D

■ **SP7 - Communications libres 4 paramédicales**

Modérateurs : Danièle LANDRIU, Paris ; Bertrand GACHOT, Villejuif

CL19 - Evaluation de la réactivité des professionnels de santé lors de la survenue d'un accident d'exposition au sang ou aux liquides biologiques

Laurent THIRIET, Sedan

CL20 - Prise en charge du cathéter central par insertion périphérique (PICC) par les équipes paramédicales

Marie-Gabrielle DEMANGE, Chambéry

CL21 - Enquête sur la gestion des excréta dans une large institution hospitalière

Margaux LEPAINTEUR, Paris

CL22 - Analyse d'une épidémie d'infections sur cathéter d'hypodermoclyse en gériatrie

Gillette WAROQUET, Liévin

CL23 - Les précautions complémentaires de type contact sont-elles bien mises en œuvre ?

Yann OLLIVIER, Lille

CL24 - Cent six slogans pour zéro bijou : paroles de soignants pour un acte préparatoire

Nouara BAGHDADI, Lille

Jeudi 30 mai

Salle Darwin 3
Niveau D

■ SP8 : Communications libres «Junior»

Modérateurs : Philippe VANHEMS, Lyon ; Olivia KEITA-PERSE, Monaco

CLJ01 - Evaluation de la maîtrise du risque infectieux dans les EHPAD de Côte d'Or

Gwenaëlle LECAS, Beaune

CLJ02 - Un modèle statistique pour estimer le risque d'infection nosocomiale lié à des expositions multiples au sein d'un établissement de santé

Cécile PAYET, Lyon

CLJ03 - Influence de l'usage des fluoroquinolones sur la colonisation par SARM

Sarah JOLIVET, Paris

CLJ04 - Epidémie d'*Acinetobacter baumannii* multi-résistant en réanimation : évaluation de l'antibiothérapie

Camille BOSCHER, Ars-Laquenexy

PRIX01 - Communication du Prix médical

PRIX02 - Communication du Prix paramédical

Salle Darwin 6
Niveau D

■ SP9 - Session SFAR : Prévention des infections nosocomiales en réanimation

Modérateurs : Nicolas FORTINEAU, Le Kremlin-Bicêtre ; Olivier MIMOZ, Poitiers

CP10 - Faut-il décontaminer la peau et l'oropharynx ?

Ludwig Serge AHO GLELE, Dijon

CP11 - Quels moyens en dehors de l'hygiène ?

Olivier MIMOZ, Poitiers

CP12 - Quels indicateurs de suivi ?

Alain LEPAPE, Saint Genis Laval

17:45-18:45

Amphithéâtre
Léonard de Vinci
Niveau B

SESSION PLENIERE 3

PL05 - « Best of » de la littérature

Olivia KEITA-PERSE, Monaco ; Philippe BERTHELOT, Saint-Etienne ; Martine ERB, Lille ; Chantal LEGER, Poitiers ; Didier LEPELLETIER, Nantes ; Jean-Ralph ZAHAR, Paris

Vendredi 31 mai

09:00-10:00

*Amphithéâtre
Léonard de Vinci
Niveau B*

SESSION PLENIERE 4

■ L'ennemi public n°1 : les entérobactéries BLSE

Modérateurs : Bruno GRANDBASTIEN, Lille ; Didier LEPELLETIER, Nantes

PL06 - Histoire et avenir des EBLSE

Vincent JARLIER, Paris

PL07 - Maîtrise des EBLSE : contrôle des antibiotiques ou précautions d'hygiène renforcées ?

Christian RABAUD, Vandœuvre-les-Nancy

10:00-10:15

■ Remise des prix SF2H :

Prix Junior, prix Paramédical et prix Médical

10:20-10:50

*Salle Darwin 6
Niveau D*

SESSION DE L'INNOVATION (au choix)

I03 - Parrainée par HOSPIDEX

Evolution des emballages pour déchets perforants face aux nouvelles dispositions européennes et aux diverses contraintes techniques spécifiques

Modérateur : Gérard PELLISSIER, Paris

Orateur : Régis SEGURA, Toulouse

- Directive européenne 2010/32

- Norme EN ISO 23907

- Contraintes techniques spécifiques (étanchéité, taille, volume, dimensions d'ouverture)

*Salle Darwin 3
Niveau D*

I04 - Parrainée par PALL MEDICAL

Pall QPoint™ : Dernier né des dispositifs de traitement d'eau tout germe au point d'utilisation

Modérateur : Yves Levi, Paris

Introduction : Choix des filtres : Importance de la validation par l'hygiéniste

Ludwig Serge AHO GLELE, Dijon

Filtre Pall QPoint : Nouvelles exigences et avancées technologiques de la filtration de l'eau au point d'utilisation.

Isabelle Vezole, Saint-Germain-en-Laye

Validations essentielles

Cécile Philippe, Saint-Germain-en-Laye

10:55-11:25

*Brillat Savarin
Niveau B*

Pause - Visite de l'exposition

ATELIER DÉMONSTRATION

D02 - Animé par CAREFUSION

Présentation, démonstration, manipulation d'un antiseptique

10:55-11:25

*Brillat Savarin
Niveau B*

SESSION POSTERS

(PRÉSENTATION PAR LES AUTEURS)

11:30-13:00

*Salle Darwin 3
Niveau D*

5 SESSIONS PARALLELES

■ SP10 : Maîtrise des BHR : pour une approche internationale

Modérateurs : Hakima BEN FADHEL, Sousse ; Hélène BOULESTREAU, Bordeaux

CP13 - L'état de la menace autour de la Méditerranée

Badia BENHABYLES, Alger

Vendredi 31 mai

CP14 - Des mesures barrières mais lesquelles ?

Regards croisés Nord-Sud

Joseph HAJJAR, Valence ; Mansour NJAH, Sousse

CP15 - Le bon usage des antibiotiques : comment passer du concept à l'action ?

Nagwa KHAMIS, Le Caire

Discussion

*Amphithéâtre
Léonard de Vinci
Niveau B*

■ SP11 - L'ennemi public n°1 : les entérobactéries BLSE

Modérateurs : Rémy GAUZIT, Paris ; Vincent JARLIER, Paris

CP16 - Transmission croisée : pourquoi différentes stratégies de contrôle ?

Jean-Christophe LUCET, Paris

CP17 - Gestion d'une épidémie BLSE en pédiatrie

Isabelle LEGUINCHE, Paris

CP18 - Résultats de l'enquête Mosar en SSR

Jérôme SALOMON, Garches

*Salle Darwin 6
Niveau D*

■ SP12 - Communications libres 5 - Paramédicales

Modérateurs : Josiane NUNES, Bordeaux ; Jacques MERRER, Le Chesnay

CL25 - Evaluation des pratiques en hygiène par estimation du risque lié aux facteurs promoteurs d'infection lors de la prise en charge d'un patient porteur d'une sonde vésicale

Laurent THIRIET, Sedan

CL26 - Mise en place de référents grippe au sein d'un établissement

Sophie FOUCAULT, Challans

CL27 - « Maitrisonosdechets.ch »

Agnès BERNARD, Aubenas

CL28 - D'une alerte en établissement de santé à un outil de gestion des risques

Elisabeth LAPRUGNE-GARCIA, Saint Genis Laval

CL29 - De StopRisk à StopRisk Plus : des précautions standard aux précautions complémentaires

Sylvie MONIER, Saint Genis Laval

CL30 - « Endo-scopie » d'une activité à risque

Céline MINCHACA, Fort-de-France

*Salle Darwin 4
et 5
Niveau D*

■ SP13 - Communications libres 6 - BMR/BHR

Modérateurs : Ludwig Serge AHO GLELE, Dijon ; Marie-Jeanne KOSMANN, Paris

CL31 - Gestion des bactéries hautement résistantes aux antibiotiques : à propos de 15 prises en charge

Bruno GRANDBASTIEN, Lille

CL32 - Maîtrise de la diffusion des entérobactéries productrices de carbapénèmase dans une large institution publique : 9 ans d'expérience

Sandra FOURNIER, Paris

- CL33 - Epidémie à *Pseudomonas aeruginosa* bêta-lactamase à spectre étendu dans un service d'onco-hématologie pédiatrique**
Béatrice SALAUZE, Paris
- CL34 - Les entérobactéries BLSE n'épargnent ni les mamans ni les nouveaux-nés dans une maternité de CHU**
Sylvie de LAROUZIERES, Clermont-Ferrand
- CL35 - Maîtrise d'une épidémie d'entérobactéries productrices de carbapénèmase : intérêt d'une équipe mobile dédiée à la prise en charge des cas**
Anne LOTTHE, Montpellier
- CL36 - Bactéries hautement résistantes (BHR) : une prise en charge adaptée est-elle une alternative à l'équipe dédiée ?**
Chloé JANSEN, Créteil
- 11:30-13:00
Amphithéâtre Goethe Niveau B
- SP14 - Actualités en hygiène hospitalière**
Modérateurs : Philippe BERTHELOT, Saint-Etienne ; Bruno COIGNARD, Saint-Maurice
- CP19 - Résultats de l'enquête Mosar en réanimation**
Christian BRUN-BUISSON, Créteil
- CP20 - ENP 2012 : principaux résultats et place de la France en Europe**
Bruno COIGNARD, Saint Maurice
- CP21 - Programme sécurité des patients**
Michèle PERRIN, Paris
- CP22 - Recommandations Air ou Gouttelettes**
Anne BERGER-CARBONNE, Paris et Béatrice CROZE, Valence
- CP23 - Recommandations bactéries hautement résistantes aux antibiotiques HCSP-SF2H**
Philippe BERTHELOT, Saint-Etienne
- CP24 - Recommandations SF2H : travaux en cours**
Didier LEPELLETIER, Nantes
- 13:00
Flash Mob
- 13:15
Brillat Savarin Niveau B
- Déjeuner**
- 14:20-14:50
Salle Darwin 3 Niveau D
- SESSION DE L'INNOVATION (au choix)**
I05 - Parrainée par SCHÜLKE
Modérateur : Sophie BASTARD, Nantes
- Intérêt d'une toilette quotidienne à l'octenidine chez les patients colonisés par ERV**
Eric MAURY, Paris
- Salle Darwin 6 Niveau D*
- I06 - Parrainée par SMITHS MEDICAL*
- Soins sur CCI : Evolution des pratiques depuis les recommandations SF2H Mars 2012**
Modérateur : Gérard PELISSIER, Paris
- Retour d'expérience du CH de Blois**
Catherine TRICOT, Blois
- Valves bidirectionnelles que choisir ?**
Florence JACQUOT, Paris

Vendredi 31 mai

15:00-15:45

*Amphithéâtre
Léonard de Vinci
Niveau B*

CONFERENCE INVITEE

■ **Résistances bactériennes chez l'animal et dans l'environnement : quel impact sur la santé humaine ?**

Antoine ANDREMONT, Paris

15:45-16:45

*Amphithéâtre
Léonard de Vinci
Niveau B*

SESSION PLENIERE 5

■ **Risque infectieux et activités ambulatoires : hémodialyse**

Modérateurs : Jean-Christophe LUCET, Paris ; Béatrice CROZE, Valence

PL08 - Hémodialyse : surveillance, prévention du risque infectieux

Xavier MOREAU-GAUDRY, Montélimar

PL09 - Risque infectieux en chirurgie (générale) ambulatoire

Pablo ORTEGA DEBALLON, Dijon

16:45

Clôture du congrès

Index des auteurs

A

AALLOULA O.	183
ABERRANE S.	145
ABITEBOUL D.	176
ABOUDA Y.	157
ACIERNO L.	148
ADAM F.	79
AGAG F.	103
AHO GLELE L. S.	79, 128
ALAABOUCHE I.	163
ALANI R.	145
ALARCON V.	90
ALBARET P.	38, 138
ALBOUY-LLATY M.	180
ALFANDARI S.	63
ALLANI R.	34, 105
ALLAVENA A.	153
ALTET K.	123
AMBROGI V.	43, 176
AMHIS W.	143
AMSELLEM-DUBOURGET S.	42, 44, 132, 166, 189
ANDREMONT A.	184
ANIK K.	143
AOUAMEUR R.	39, 143
ARFAOUI S.	103, 104
ARLIER V.	76
ARMAND N.	38, 68, 69, 136, 137, 166
ARMAND-LEFEVRE L.	184
ARMOIRY X.	62
ARNAUD I.	33, 98, 99
ASSAMI S.	36, 107, 120, 121
ASTAGNEAU P.	59, 98, 99, 108, 115, 117, 124, 171, 172, 176, 177, 178, 181
ASTRUC K.	79, 128
ATIF M.L.	34, 39, 101, 144
ATTALI I.	68
AUBOYER C.	46
AUJARD Y.	177, 178
AUPEE M.	172
AVRIL C.	29, 38, 59, 138
AYZAC L.	176

B

BACH V.	147
BACHIRI S.M.	103, 114
BADRIKIAN L.	43, 173
BAFFOUN A.	139
BAGHDADI N.	30, 78, 88
BAJOLET O.	98, 99, 107, 120, 121
BANCHEREAU H.	188
BANNOUR W.	155, 156
BARON R.	116
BARQUINS-GUICHARD S.	43, 174
BARTOLUCCI P.	144
BATTAGLIOTTI P.	38, 132, 166, 189
BAUD O.	68, 90, 126
BAUER-GRANDPIERRE M.	165
BAVEREL J.	58, 131
BEAUCLAIR P.	122
BEAUVAIS D.	167
BECLIN E.	30, 39, 74, 142
BEDDOCK R.	123
BELANTEUR F.	99
BELDJILALI H.	103
BELHAJ A.	39, 145
BELKAID R.	39, 140
BELKHORISSET M.	99
BELLAJ R.	105, 107, 111, 139
BELLE C.	57
BELLOUNI R.	101
BELPOIS-DUCHAMP C.	79
BEN CHEIKH A.	156
BEN JALLEB N.	157
BEN JOMAA S.	145
BEN MOUSSA M.	145
BEN REJEB M.	37, 127
BEN SAID M.	155, 156
BEN YOUSSEF Y.	155, 156
BENCHIKH-EL FEGOUN A.	186
BENDJELID F.	106
BENDJELLOUL G.	76
BENET T.	141, 160, 161, 162, 169
BENHABYLES B.	115, 149

BERARD V. _____	122
BERGER P. _____	62
BERJAMY F. _____	38, 58, 131
BERKANE A. _____	149
BERNADOU B. _____	138
BERNARD A. _____	31, 85
BERNET C. _____	36, 68, 86, 122, 174
BERTHELOT P. _____	37, 93, 125, 164
BERTIN-HUGAULT F. _____	68
BERTRAND X. _____	63, 98, 99
BERVAS C. _____	30, 71, 126, 184
BESSAYAH A. _____	75
BESSON M. _____	37, 68, 126, 129
BETEND F. _____	162
BEZZAOUCHA A. _____	101
BIBOUD A. _____	75
BIRGAND G. _____	44, 184
BLANCHARD H. —	59, 98, 99, 171, 172, 174, 181, 187
BLANCHIER L. _____	153
BLANCKAERT K. _____	37, 77, 130, 181
BLAS G. _____	167
BLASCO A. _____	90
BLÉRIOT A. _____	41, 158
BLIBECH S. _____	105
BLOT F. _____	124
BOGGINI L. _____	40, 150
BONMARCHAND G. _____	144
BONNAND M. _____	68
BORMS S. _____	78, 88
BOSCHER C. _____	32, 44, 81, 182
BOUAFIA N. _____	155, 156, 157
BOUBLIL D. _____	159
BOUDOT E. _____	68
BOUGUERRA C. _____	34, 105, 107, 111, 139
BOULESTREAU H. _____	38, 136
BOULOIS O. _____	176
BOURREL A.S. _____	145
BOURSAS M. _____	118
BOUSBAINÉ S. _____	153
BOUSSARD P. _____	138
BOUSSAT S. _____	63, 184
BOUSSEAU A. _____	37, 125, 153
BOYER S. _____	96
BRAHIMI G. _____	140, 143
BREMAUD-CSIZMADIA C. _____	180
BRENET A. _____	108, 115, 117
BRETHER N. _____	35, 110, 111
BRETON N. _____	147
BREYNE F. _____	185
BRION A. _____	163
BROCVIELLE C. _____	122
BROUARD B. _____	44, 188
BROUSSEAU F. _____	42, 165
BRUCHON C. _____	39, 142
BRUN O. _____	174
BRUN-BUISSON C. _____	88, 91, 102
BUCCHIOTTY P. _____	100
BUREAU-CHALOT F. _____	107, 120, 121
BURGEL L. _____	90
BURGER S. _____	71, 118, 168, 169
BURUCOA C. _____	159
BUZZI J.C. _____	184
BYL B. _____	63
C	
CABON S. _____	116
CAILLAT-VALLET E. _____	98, 99
CAMPION C. _____	37, 124, 176
CARTERON S. _____	139
CASTEL O. _____	125, 152, 153
CAUCHY L. _____	78, 88
CHACHATY E. _____	124
CHAIZE P. _____	90
CHANDEZE E. _____	129, 173
CHANOINE M.P. _____	148
CHANTAL L. _____	152
CHAPU M. _____	38, 134
CHAPUIS C. —	42, 43, 132, 159, 166, 168, 174, 189
CHARDON M. _____	166
CHARLES P. _____	167
CHARRIER P. _____	109
CHARTIER V. _____	138
CHASSAING G. _____	148
CHASSEUIL A. _____	71
CHASTIN J. _____	73
CHAUD P. _____	130
CHAUVIN S. _____	89
CHEFSON-GIRAULT C. _____	96, 144
CHENAOUÏ T. _____	102
CHEVALIER F. _____	123

CHEVALLIER N. _____	154, 175
CHIBANI M. _____	145
CHOMAT2 JABOULAY S. _____	100
CHOUGRANI S. _____	103, 114
CIZEAU F. _____	91
CLARISSE B. _____	62
CLERC M.A. _____	141
COADIC D. _____	95
COIGNARD B. _____	98, 99, 171, 174, 184
CORBI P. _____	159
CORDAT N. _____	174
CORNATON E. _____	174
CORVEC S. _____	165
COSSE M. _____	116
COSSIN S. _____	72
COSTE A.C. _____	62
COTTARD-BOULLE B. _____	76
COUDERC C. _____	80
COUDRAIS S. _____	62
COUTANT S. _____	30, 36, 64, 119
CRACCO A.A. _____	176
CREMIEUX A.C. _____	63
CRIQUELION J. _____	153
CRISTINA M.L. _____	109
CRONENBERGER S. _____	162
CROZAT J. _____	179
CROZE B. _____	122, 166
CUADRADO C. _____	166
D	
D'HALLUIN F. _____	78, 88
DA SILVA I. _____	130
DALI-ALI A. _____	34, 103, 106, 114
DALIBARD V. _____	109
DALMON C. _____	123
DAMIANI C. _____	147
DANIEL L. _____	116
DAUCHOT J.M. _____	188
DAUWALDER O. _____	161
DAVIDIAN S. _____	122, 136, 166
DAVULLU S. _____	71, 168
DE CHILLAZ C. _____	177, 178
DE HAUTECLOCQUE A. _____	180
DE LAROUZIÈRE S. _____	31, 90
DE LAVEAUCOUPET J. _____	163
DE SALINS V. _____	38, 59, 135
DE SANTIS N. _____	139
DE ZELICOURT C. _____	136
DEBALLON P. O. _____	53
DEBORDE M. _____	153
DEBRAINE C. _____	44, 183
DEBREUVE A. _____	120, 121
DEBREUVE-THERESETTE A. _____	35, 107
DECOUSSER J.W. _____	33, 34, 39, 95, 106, 145, 177, 178
DEKER E. _____	188
DELALANDRE J. _____	73
DELAROZIERE JC. _____	38, 68, 120, 133
DELEBECQ T. _____	186
DELEPINE R. _____	163
DELESALLE S. _____	100
DELILLE F. _____	131
DELORY T. _____	181
DELPIROU F. _____	90
DEMANGE M.-G. _____	30, 75, 148
DENIS O. _____	63
DENIS I. _____	164
DEPAIX F. _____	179
DEPREZ F. _____	120
DERKOUH H. _____	99
DESBOIS N. _____	186
DESCAMPS D. _____	74
DESCAMPS C. _____	77
DESMONS S. _____	36, 120, 133
DESROCHES M. _____	145
DEUVE B. _____	73
DEVEAUX F. _____	73
DEWULF G. _____	176
DHAOUADI M. _____	104, 144
DHAOUI A. _____	145
DHIDAH L. _____	127
DI MASCIO D. _____	189
DI AW F. _____	44, 96, 187
DICK L. _____	39, 144
DIETEMANN J. _____	164
DIXON M. _____	73
DONATO N. _____	179
DOS SANTOS S. _____	97
DOSS N. _____	145
DOUAGI M. _____	105
DOUCET-POPULAIRE F. _____	95, 106, 145

DOUSSET M.-C. _____	35, 112
DUBOIS P. _____	88
DUCASTEL F. _____	186
DUCROND C. _____	142
DUHAMEL D.C. _____	185
DULAC N. _____	139
DUMARTIN C. _____	29, 37, 63, 98, 99, 126
DUPORT C. _____	95
DUPOUY M. _____	72
DURAND M. _____	117, 188

E

ECOCHARD R. _____	80
EDELSON A. _____	148
EDOUARD S. _____	73
EL SAYED F. _____	57
ERTZSCHEID M.A. _____	73, 172
EVEILLARD M. _____	98, 99
EXINGER J. _____	169
EZZI O. _____	157

F

FACI R. _____	140
FADEL N. _____	180
FAILLA V. _____	158
FASCIA P. _____	86, 113, 128
FAURE K. _____	78, 88
FAURE C. _____	136
FEINARD G. _____	35, 110, 111
FERJANI M. _____	107
FERRÉOL L. _____	36, 117
FERRIEUX E. _____	122
FIHMAN V. _____	106, 145
FLORET N. _____	58, 131, 176
FONSAT A. _____	87
FONT-DUBARRY L. _____	41, 159
FONTAINE G. _____	147
FORESTIER E. _____	148
FOSSE T. _____	98, 99
FOUCAULT L. _____	39, 141
FOUCAULT S. _____	31, 40, 84, 109, 150, 151
FOUCHER K. _____	123
FOURNERET-VIVIER A. _____	75, 148
FOURNIER S. _____	31, 76, 88, 89, 158
FRÉBOURG N. _____	96
FRÉREAU C. _____	102

G

GABRIEL L. _____	42, 164
GACHOT B. _____	124
GIGNER S. _____	102
GALAS M. _____	44, 87, 186
GALLON O. _____	154, 175
GALY E. _____	171
GARDES S. _____	29, 39, 62, 100, 139
GARREAU N. _____	98, 99
GASPARDEL B. _____	75
GAUDIN A. _____	124
GAUTHIER A. _____	73
GAUTIER C. _____	86
GAVAZZI G. _____	68
GEBRAEL G. _____	158
GENGLER M.E. _____	113
GEOFFROY M. _____	90
GERMAIN J.M. _____	41, 161, 181
GETTE S. _____	81, 182
GHEITH S. _____	155, 156
GIARD M. _____	63, 172
GIBERT L. _____	33, 96
GICQUEL F. _____	186
GIRARD N. _____	57, 97
GIRARD R. _____	62, 100, 139
GIRAUD O. _____	37, 128
GIRERD I. _____	141, 160, 169
GIZZI A. _____	84, 95, 104, 146
GOETZ C. _____	81, 182
GORDUZA D. _____	142
GOTTY S. _____	41, 163
GOUILLON D. _____	179
GOUOT C. _____	91
GOURICHON L. _____	96
GRADE F. _____	123, 179
GRAIN A. _____	36, 122
GRANDBASTIEN B. _____	31, 78, 88, 93
GRANDO J. _____	142, 179
GRAVISSE J. _____	123, 179
GRINGOZ A. _____	125
GUENON DES MESNARDS V. _____	123
GUERCHANI M.K. _____	115
GUERIN L. _____	109, 150, 151
GUERRE G. _____	37, 79, 128
GUERY B. _____	78, 88

GUIBERGIA C. _____	138
GUILLEMOT D. _____	80
GUILLI T. _____	141
GUILLON M.O. _____	115
GUMY A. _____	155

H

HAAR I. _____	57
HABETH R. _____	149
HACHED N. _____	36, 115
HADAOUI A. _____	145
HADDAD L. _____	145
HAFSA F. _____	156
HAJJAR J. _____	122, 136, 137
HAJJEJ Z. _____	107
HAKOUNE V. _____	96, 187
HAMEL D. _____	144
HAMZA R. _____	34, 103, 144
HASSEINE M. _____	99
HAVERBEQUE E. _____	176
HAYAUD S. _____	40, 154, 155
HEBERT B. _____	73
HEIDT A. _____	169
HERLEDAN C. _____	163
HEROUAL N. _____	33, 99
HIBON G. _____	74, 142
HILAIRE J.-C. _____	130, 147
HMIDA J. _____	139
HOCHEDÉZ P. _____	186
HOFF O. _____	98, 99
HUANG M. _____	76, 158
HUART C. _____	43, 176
HUE R. _____	35, 40, 84, 109, 150, 151
HUGERON C. _____	57
HULIN M. _____	39, 141, 161, 169
HUOI C. _____	169
HUSSON P. _____	163

I

IBANEZ S. _____	174
IBARISSENE B. _____	84, 146
INGELS A. _____	63
INGHELIS Y. _____	176
IRANI P. _____	42, 147, 164
IZOARD S. _____	35, 36, 108, 115, 117

J

JACOB C. _____	84
JAIDANE N. _____	127
JANNET-DURAND L. _____	57
JANSEN C. _____	31, 91, 102
JARLIER V. _____	88, 98, 99, 158
JARNO P. _____	63, 176, 181, 184
JASKOWIEC C. _____	183
JAUSSERAND C. _____	109
JAYLE C. _____	159
JENN J. _____	136
JENNAN F. _____	139
JENSEN J. _____	57
JEUNESSE K. _____	75, 84, 95, 104, 146
JOLIVET S. _____	32, 80
JOUVENCEL R. _____	129
JOUZEAU N. _____	73

K

KAC G. _____	35, 109, 112
KADI Z. _____	108, 115, 117, 181
KAMMOUN H. _____	103, 104, 144
KARINTHI-DOYON A. _____	166
KARNYCHEFF F. _____	37, 43, 123, 179
KARPEL N. _____	153
KAUFFMANN-LACROIX C. _____	125
KEPSEU S. _____	64
KERSUZAN C. _____	102
KEZZAR M. _____	149
KHAMOU I. _____	75
KHEFACHA S. _____	127
KHELIF A. _____	155, 156
KHETTAL H. _____	149
KHORSI CAUET H. _____	39, 147
KHOUIDER N. _____	68, 122, 129
KOBEDZA M. _____	142
KODIO N. _____	178
KOZAC E. _____	185

L

L'HERITEAU F. _____	43, 63, 124, 176, 177, 178, 184
LACAVÉ L. _____	63, 177, 178
LACOUR M.P. _____	109
LACQUEMANT C. _____	147
LADAUT L. _____	73

LAFOND E. _____	44, 188
LAGARCE F. _____	141
LAHDIRI R. _____	149
LALAND C. _____	125, 153
LANDRIU D. _____	172
LAPRUGNE-GARCIA E. _____	31, 37, 86, 122, 129, 172
LARCHER M. _____	123, 179
LARDEUR J.Y. _____	152
LARDON L. _____	142
LARGOT M. _____	122
LARROUMES N. _____	132, 166, 189
LASSAS K. _____	101
LATIRI H. _____	127
LATUS J. _____	125
LAURANS C. _____	167, 186
LAURENT C. _____	63
LAWRENCE C. _____	29, 57, 59
LAZARUS C. _____	42, 43, 171, 172, 181
LE BRIGANT F. _____	154
LE CADRE M. _____	148
LE COUTOUR X. _____	64
LE DENMAT C. _____	128
LE GUET T. _____	153
LE GUINCHE I. _____	163
LE MAILLOT G. _____	179
LE MARCHAND M. _____	119
LE-GUINCHE I. _____	82
LEBARON C. _____	96
LEBAS A. _____	186
LEBBI A. _____	107
LEBOUCHER B. _____	177, 178
LEBRUN C. _____	165
LECAS G. _____	32, 79
LECLERCQ A. _____	171
LECOINTE D. _____	114
LECUIT M. _____	171
LEDEZ R. _____	167, 186
LEGAL G. _____	113
LEJEUNE D. _____	36, 116
LEKE A. _____	147
LEMARECHAL V. _____	168
LEMARIE F. _____	29, 62, 119
LEMÉE L. _____	96
LEMONNIER A.L. _____	73
LENGELLE F. _____	186
LEON L. _____	57
LEPAINTEUR M. _____	30, 41, 76, 145, 158
LEPAPE A. _____	125, 184
LEPELLETIER D. _____	93
LERE M. _____	40, 148
LEROYER C. _____	30, 72, 136
LESELLIER C. _____	129
LESENS O. _____	173
LESIMPLE B. _____	165
LESPRIT P. _____	102
LEVAST M. _____	148
LEVENT T. _____	66
LLORENS M. _____	81, 182
LOBRÉAUX J. _____	177
LOMBARD F. _____	87
LORY A. _____	38, 68, 120, 133
LOTTE A. _____	31, 90
LOUIS M.Y. _____	62
LOUKILI N. _____	78, 88
LUCAS M. _____	161
LUCET J.-C. _____	184
LUTRINGER-MAGNIN D. _____	169
LYONNET L. _____	122
LYONNET F. _____	129
M	
MAATOUK F. _____	103, 104
MAC NAMARA E. _____	74, 142
MACHUT A. _____	63, 184
MAERTEN C. _____	78, 88
MAGNENEY M. _____	95
MAGNET M. _____	168
MAHDI F. _____	105
MAHJOUB M. _____	40, 41, 155, 156, 157
MAJCHRZAK C. _____	186
MALAVAUD S. _____	148
MALLAVAL F.O. _____	75, 148
MANCHE M. _____	153
MAQUIK M. _____	186
MARCHAND P. _____	61
MARCHAND A. _____	138
MARIE S. _____	72
MARIE V. _____	72, 136
MARINI H. _____	96
MARMOUGET S. _____	148

MARNY P.J.	87
MARNY G.	87
MARQUES N.	123, 179
MARSAL L.	33, 96, 187
MARSAULT B.	153
MARTIN A.	79, 154, 180
MARTIN F.	180
MARTY N.	98, 99
MATHIEU G.	138
MATHONNET D.	179
MATOUK D.	73
MAUGAT S.	98, 99
MAURANNE C.C.	34, 100
MECHKOUR S.	77
MEHDI F.	35, 111
MEHMEI G.	143
MERLE V.	96, 144
MÉRONI L.	38, 134
MERRER J.	130, 147, 164
MÉRY D.	117
MESBAH S.	101
MEUNIER O.	30, 36, 42, 71, 118, 168, 169
MEYBECK A.	167
MEYER S.	75, 148
MEZNI R.	34, 104
MICHEL C.	136, 137
MIDOUN N.	35, 103, 106, 114
MIEN S.	175
MIGEON A.	123, 179
MIGUERES B.	29
MINCHACA C.	31, 87
MIR P.	84, 151
MOGENOT E.	130, 164
MONIER S.	31, 73, 86
MONTAGNE P.	129
MONTAIGNE B.	167
MONTEIL C.	76, 88, 158
MOUCHOT L.	63, 98, 99
MOURIQUAND P.	142
MOUSSAOUI M.	122
MOUTI L.	90
MRABET A.	145
MRABET K.	103
MUNIER E.	41, 42, 161, 169

N

NAIJA W.	127
NAPOLY L.	124
NARDON A.	72
NAVARRÉ M.	63
NÉROME S.	76
NEULIER C.	37, 39, 130, 147, 164
NICOLLE M.C.	141, 161, 169
NJAH M.	155, 156, 157
NOE C.	72
NOEL C.	35, 114
NORMAND A.C.	155, 156
NOTTEBAERT S.	167, 186
NOUIRA A.	127
NOURY C.	163
NOUVELLON M.	96, 144
NOVAKOVA I.	59
NUIRY O.	164
NUNES J.	72

O

ODDOUX O.	74
OLIVE C.	186
OLLIVIER Y.	30, 77, 130
OLTRA L.	141, 161, 169
ORLANDO P.	109
ORSONNEAU S.	109, 112
ORTMANS C.	59
OTTRIA G.	109
OUHADJ S.	103
OUHADOUS M.	183

P

PANGON B.	164
PAQUIS M.P.	90
PARER S.	90
PARNEIX P.	71, 72, 98, 99, 126
PASCAL E.	96
PASQUIER P.	147
PASSERAT BOULADE C.	50
PATISSIER M.	68
PATRIS N.	116
PAYET C.	32, 80
PAYEUR M.P.	188
PECQUERAUX A.	185

PEFAU M.	63, 126
PEILLON A.S.	75
PELAT C.	184
PEPE V.	87
PERDELLI F.	35, 109
PERENNEC-OLIVIER M.	73
PERET M.	165
PEROZZIELLO A.	184
PERRON S.	134
PERSEVERANTE M.	123, 179
PETIT A.	57
PETONNET C.	125, 152
PEYROUX A.	164
PHILIBERT M.	139
PHILIPPE M.	73
PIARROUX R.	155, 156
PICHARD F.	57
PINA P.	40, 43, 154, 155, 175
PIVETEAU N.	109, 150, 151
PLANTIER I.	167, 186
PLOUZEAU C.	159
POLI F.	75
POMORSKI D.	136
PONCE M.	102
POT E.	169
POTERLOT F.	120
POUBELLE DEVOS C.	77
POUJOL I.	176
POULLAIN S.	183
POUTEIL NOBLE C.	139
POUX-HOREN C.	73
PRENNEC M.	181
PROUTEAU M.D.	109
PUISIEUX F.	130

Q

QUINET B.	89
-----------	----

R

RABAUD C.	176
RAFIK A.	44, 183
RAGGIOLI C.	138
RANQUE S.	155, 156
RATOLOJANAHARY C.	170
RAUWEL G.	153

RAVOLOLONIAINA N.	170
RAVRY M.L.	75, 148
RAYMOND F.	38, 59, 131
RAZAZI K.	34, 102
REAT C.	62
RECHER M.	144
REGARD A.	141
REMY E.	63
RENAUD B.	42, 168
REVEIL J.C.	100
REVERDY M.E.	161
REYREAUD E.	98, 99
RICHARD C.	88
RICHARD J.C.	144
RICHARD S.	151
RICHAUD B.	40, 151
RICHAUD-MOREL B.	68
RIEGER J.	118, 169
RINALDI F.	43, 177
RIVET E.	124
RIVOAL M.	102
ROBERTI M.	126
ROBIN F.	90
ROCHE M.	38, 136, 137, 166
ROGUES A.M.	63, 72, 126, 136
ROISIN S.	63
ROLLET C.	175
RONCO E.	57
RONDELLOT G.	81, 182
ROSE H.	177
ROSSI D.	89
ROST F.	63
ROUGEOT V.	123
ROUPIE E.	64
ROUSSEAU I.	124
ROY S.	41, 163
RUBAN AGNIEL F.	159
RUELLE A.	147
RUFFION A.	62

S

SAGHROUNI F.	155, 156
SAI N.	29, 63
SAID R.	127
SALAUZE B.	31, 89

SALIOU P.	116
SALLES F.	71, 118, 168, 169
SALOMON J.	80
SARTINI M.	109
SAUNDERS L.	44, 181
SAVEY A.	44, 68, 86, 98, 99, 122, 129, 184
SCHLEMMER B.	63
SCHNITZLER A.	57
SCHWARZINGER M.	184
SCOTTO F.	152
SEFARD C.	147
SELLIES J.	81, 182
SENECHAL H.	98, 99, 174
SERINGE E.	29, 59, 181
SERRANO C.	163
SIMAC C.	158
SIMON M.	90
SIMON L.	98, 99, 172, 174
SIROT F.	40, 152
SLEKOVEC C.	29, 58, 131
SOUFRON J.	29, 61
SOUKEHAL A.	140
SOUSA E.	98, 99
SPAGNOLO A.M.	109
STRALE H.	63
SUEUR A.S.	74, 142

T

TACCO F.	117
TADJEDDINE A.	99
TAHIRI C.	175
TAIDIRT Z.	40, 149
TERCHI S.	143
TEYSSIÈRES E.	44, 181
THEBAULT A.	183
THEBAUT P.	136
THEODOSE R.	186
THEVENOT S.	40, 41, 43, 125, 152, 153, 159, 180
THIBON P.	64
THIÉBAUT A.	80
THILLARD D.	161
THIOLET J.M.	174
THIRIET L.	30, 33, 34, 39, 75, 84, 95, 104, 146
TIARAY HARISON M.	42, 170
TINSY P.	63

TISSOT É.	58, 131
TIV M.	79, 128
TOLEDANO N.	34, 102
TOTET A.	147
TOUAHRI F.	114
TOUIL L.	179
TOUNSI C.	145
TOURATIER S.	63
TOUROULT-JUPIN P.	159
TRAORE O.	90, 173
TRAORE P.	175
TRIVIER D.	44, 185
TROLLIET P.	139
TRONCHON I.	78, 88
TRYSTRAM D.	98, 99
TURCO M.	164

V

VABRET A.	64
VACHEE A.	167, 186
VALDEYRON M.L.	43, 142, 179
VALLEJO M.C.	148
VALLET C.	36, 107, 120, 121
VAN DER MEE-MARQUET N.	29, 33, 57, 97
VAN HAREN S.	95, 106
VANDENESCH F.	161
VANDESTEENE S.	171
VANEL M.	139
VANHEMS P.	41, 80, 142, 160, 161, 162, 169, 179
VARLOTEAUX N.	122
VASSE M.	123, 179
VAUX S.	63, 174
VELARDOT D.	37, 124
VENDITTELLI F.	90
VENIER A.-G.	30, 71, 72, 126, 174, 176
VERDON R.	64
VERGNES H.	42, 171
VERHEYDE I.	167
VERJAT-TRANNOY D.	30, 43, 73, 172
VERNET V.	159
VERNIER N.	172
VÉRON A.	97
VIEL J.F.	181
VINCENT A.	35, 68, 113, 128

VOIRIN N. _____	80
VUILLERMET C. _____	40, 75, 148
VUILLOD I. _____	33, 100

W

WAES S. _____	42, 44, 167, 186
WAROQUET G. _____	30, 77
WILLEMIN B. _____	118
WILLOT C. _____	188
WYNDELS K. _____	130

Y

YAZDANPANA H. Y. _____	184
YOUSFI M. _____	101
YOUSFI M.A. _____	38, 107, 139
YOUSSEFI M.A. _____	111

Z

ZAHAR J.-R. _____	82, 106, 163
ZAIDI R. _____	149
ZARO-GONI D. _____	73
ZEHAFF G. _____	73
ZEMMOUR L. _____	103
ZINA M. _____	103, 106

Liste des communications libres

CL-01

MISE EN PLACE D'UN OUTIL POUR LA PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION CROISÉE ET DU RISQUE ÉPIDÉMIQUE EN EHPAD

VAN DER MEE-MARQUET Nathalie, TOURS

CL-02

PATIENT HANDICAPÉ MOTEUR ET BMR : COMMENT MAÎTRISER LE RISQUE DE TRANSMISSION CROISÉE DANS UNE POPULATION AVEC LOURDE CHARGE EN SOINS ?

LAWRENCE Christine, GARCHES

CL-03

ÉTAT DES LIEUX DE LA GESTION DU RISQUE INFECTIEUX DANS LES EHPAD DE FRANCHE-COMTÉ : BILAN À MI-PARCOURS D'UN DISPOSITIF INNOVANT

SLEKOVEC Céline, BESANÇON

CL-04

GESTION DES ÉPIDÉMIES D'IRA EN EHPAD : EXPÉRIENCE DES PAYS DE LA LOIRE

Catherine AVRIL, NANTES

CL-05

HYPODERMITE À SASM SÉCRÉTEUR DE TOXINE TSST1 DANS LES SUITES D'UNE LIPOLYSE AU LASER RÉALISÉE DANS UN CABINET DE MÉDECINE ESTHÉTIQUE

SERINGE Elise, PARIS

CL-06

ENP 2012 : RÉSULTATS EN HOSPITALISATION À DOMICILE

MIGUERES Brigitte, PARIS

CL-07

LA « DÉSINFECTION EN QUATRE TEMPS » DU SITE OPÉRATOIRE À LA LUMIÈRE DE LA MÉDECINE FACTUELLE

SOUFRON Jacques, VIRE

CL-08

INFECTIONS DU SITE OPÉRATOIRE (ISO) ET FACTEURS DE RISQUE EN CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE DU SEIN : ENQUÊTE DANS 15 CENTRES DE LUTTE CONTRE LE CANCER (CLCC)

LEMARIE Françoise, CAEN

CL-09

EVALUATION DE L'UTILISATION D'UN CYSTOSCOPE À GAINÉ À USAGE UNIQUE AVEC CANAL OPÉRATEUR EN CONSULTATION D'UROLOGIE

GARDES Sophie, PIERRE BENITE

CL-10

EVALUATION D'UN PROGRAMME DE DÉCOLONISATION DE PATIENTS PORTEURS DE SARM

SAI Nacima, BRUXELLES

CL-11

STABILISATION RÉCENTE DES CONSOMMATIONS D'ANTIBIOTIQUES DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ : DONNÉES CONTRASTÉES DU RÉSEAU ATB-RAISIN, 2008 ET 2011

DUMARTIN Catherine, BORDEAUX

CL-12

INFECTIONS RESPIRATOIRES VIRALES CHEZ LES PATIENTS HOSPITALISÉS: FRÉQUENCE, FACTEURS DE RISQUE, LIEN AVEC LA CIRCULATION COMMUNAUTAIRE DES VIRUS

COUTANT Sylvana, CAEN

CL-13

« LA DANSE DU SHA » : UN NOUVEL OUTIL DE PROMOTION DE L'HYGIÈNE DES MAINS

BERVAS Caroline, BORDEAUX

CL-14

ETUDE DE LA CONTAMINATION BACTÉRIENNE DES STÉTHOSCOPIES À L'HOPITAL

MEUNIER Olivier, HAGUENAU

CL-15

SARCOPTES INVASION - UN JEU SÉRIEUX POUR APPRENDRE À GÉRER UNE ÉPIDÉMIE DE GALE

VENIER Anne-Gaëlle, BORDEAUX

CL-16

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES SUR L'HYGIÈNE DES MAINS ET LE PORT DES GANTS CHEZ DES ÉTUDIANTS EN SOINS INFIRMIERS

LEROYER Camille, BORDEAUX

CL-17

COMMUNICATION SOIGNANT-SOIGNÉ SUR L'HYGIÈNE DES MAINS : RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES D'UNE EXPÉRIMENTATION MULTICENTRIQUE ET DE SON ÉVALUATION

VERJAT-TRANNOY Delphine, PARIS

CL-18

ORGANISATION DE L'ACCUEIL DE PATIENTS COLONISÉS À ENTÉROCOQUES RÉSISTANTS AUX GLYCOPEPTIDES (ERG+) EN HÉMODIALYSE

BECLIN Elodie, BETHUNE

CL-19

EVALUATION DE LA RÉACTIVITÉ DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LORS DE LA SURVENUE D'UN ACCIDENT D'EXPOSITION AU SANG OU AUX LIQUIDES BIOLOGIQUES

THIRIET Laurent, SEDAN

CL-20

PRISE EN CHARGE DE CATHÉTER CENTRAL PAR INSERTION PÉRIPHÉRIQUE - PICC - PAR LES ÉQUIPES PARAMÉDICALES

DEMANGE Marie-Gabrielle, CHAMBERY

CL-21

ENQUÊTE SUR LA GESTION DES EXCRETA DANS UNE LARGE INSTITUTION HOSPITALIÈRE

LEPAINTEUR Margaux, PARIS

CL-22

ANALYSE D'UNE ÉPIDÉMIE D'INFECTIONS SUR CATHÉTER D'HYPODERMOCLYSE EN GÉRIATRIE

WAROQUET Gillette, LIEVIN

CL-23

LES PRÉCAUTIONS COMPLÉMENTAIRES DE TYPE CONTACT SONT-ELLES BIEN MISES EN ŒUVRE ?

OLLIVIER Yann, LILLE

CL-24

106 SLOGANS POUR ZÉRO BIJOU : PAROLES DE SOIGNANTS POUR UN ACTE PRÉPARATOIRE

BAGHDADI Nouara, LILLE

CL-25

EVALUATION DES PRATIQUES EN HYGIÈNE PAR ESTIMATION DU RISQUE LIÉ AUX FACTEURS PROMOTEURS D'INFECTION LORS DE LA PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT PORTEUR D'UNE SONDE VÉSICALE

THIRIET Laurent, SEDAN

CL-26**MISE EN PLACE DE RÉFÉRENTS GRIPPE AU SEIN D'UN ÉTABLISSEMENT***FOUCAULT Sophie, CHALLANS***CL-27****«MAITRISONSNOSDECHETS.CH»***BERNARD Agnès, AUBENAS***CL-28****D'UNE ALERTE EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ À UN OUTIL DE GESTION DES RISQUES***LAPRUGNE-GARCIA Elisabeth, SAINT GENIS LAVAL***CL-29****DE STOPRISK À STOPRISK PLUS DES PRÉCAUTIONS STANDARD AUX PRÉCAUTIONS COMPLÉMENTAIRES***MONIER Sylvie, SAINT GENIS LAVAL***CL-30****«ENDO-SCOPIE» D'UNE ACTIVITÉ À RISQUE***MINCHACA Céline, FORT DE France***CL-31****GESTION DES BACTÉRIES HAUTEMENT RÉSISTANTES AUX ANTIBIOTIQUES : À PROPOS DE 15 PRISES EN CHARGE***GRANDBASTIEN Bruno, LILLE***CL-32****MAITRISE DE LA DIFFUSION DES ENTÉROBACTÉRIES PRODUCTRICES DE CARBAPÉNÈMASE DANS UNE LARGE INSTITUTION PUBLIQUE : 9 ANS D'EXPÉRIENCE***FOURNIER Sandra, PARIS***CL-33****EPIDÉMIE À PSEUDOMONAS AERUGINOSA BÉTA-LACTAMASE À SPECTRE ÉTENDU DANS UN SERVICE D'ONCO-HÉMATOLOGIE PÉDIATRIQUE***SALAUZE Beatrice, PARIS***CL-34****LES ENTÉROBACTÉRIES BLSE N'ÉPARGENT NI LES MAMANS NI LES NOUVEAUX-NÉS DANS UNE MATERNITÉ DE CHU***DE LAROUZIÈRE Sylvie, CLERMONT-FERRAND***CL-35****MAÎTRISE D'UNE ÉPIDÉMIE D'ENTÉROBACTÉRIES PRODUCTRICES DE CARBAPÉNÈMASE: INTÉRÊT D'UNE ÉQUIPE MOBILE DÉDIÉE À LA PRISE EN CHARGE DES CAS***LOTTHÉ Anne, MONTPELLIER***CL-36****BACTÉRIES HAUTEMENT RÉSISTANTES (BHR) : UNE PRISE EN CHARGE ADAPTÉE EST-ELLE UNE ALTERNATIVE À L'ÉQUIPE DÉDIÉE ?***JANSEN Chloé, CRÉTEIL*

Liste des communications libres JUNIOR

CLJ-01**EVALUATION DE LA MAÎTRISE DU RISQUE INFECTIEUX DANS LES EHPAD DE CÔTE D'OR**

LECAS Gwenaëlle, BEAUNE

CLJ-02**UN MODÈLE STATISTIQUE POUR ESTIMER LE RISQUE D'INFECTION NOSOCOMIALE LIÉ À DES EXPOSITIONS MULTIPLES AU SEIN D'UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ**

PAYET Cécile, LYON

CLJ-03**INFLUENCE DE L'USAGE DES FLUOROQUINOLONES SUR LA COLONISATION PAR STAPHYLOCOCCUS AUREUS RÉSISTANT À LA MÉTICILLINE**

JOLIVET Sarah, PARIS

CLJ-04**EPIDÉMIE D'ACINETOBACTER BAUMANNII MULTI-RÉSISTANT EN RÉANIMATION : ÉVALUATION DE L'ANTIBIOTHÉRAPIE.**

BOSCHER Camille, ARS-LAQUENEXY

Listes des Posters Congrès et Junior

P-001

ETUDE DE LA CONTAMINATION BACTÉRIOLOGIQUE DES BASSINS, DES LAVES BASSINS ET DE LEUR ENVIRONNEMENT

DECOUSSER Jean-Winoc, CLAMART

P-002

BILAN D'UNE POLITIQUE DE RECHERCHE DE PORTAGES DIGESTIFS AUTOUR DE PATIENTS INFECTÉS PAR ESCHERICHIA COLI PRODUCTEUR DE BÉTA-LACTAMASE À SPECTRE ÉLARGI

THIRIET Laurent, SEDAN

P-003

GESTION D'UNE ÉPIDÉMIE À ACINETOBACTER BAUMANII RÉSISTANT À L'IMIPÉNEM (ABRI) EN RÉANIMATION

MARSAL Laurence, PARIS

P-004

RÔLE DE L'ENVIRONNEMENT DANS LA PERSISTANCE D'UNE ÉPIDÉMIE À KLEBSIELLA PNEUMONIAE SÉCRÉTRICE DE BLSE DANS UN SERVICE DE RÉANIMATION

GIBERT Laure, ROUEN

P-005

LES ACTIONS MISES EN OEUVRE FACE À L'ÉVOLUTION INQUIÉTANTE DE BACTÉRIÉMIES À EBLSE

VAN DER MEE-MARQUET Nathalie, TOURS

P-006

EVOLUTION RÉGIONALE DE L'INCIDENCE DES ENTÉROBACTÉRIES PRODUCTRICES DE BÉTA-LACTAMASES À SPECTRE ÉTENDU (EBLSE) ENTRE 2007 ET 2011 À PARTIR DES DONNÉES DU RÉSEAU NATIONAL DE SURVEILLANCE DES BACTÉRIES MULTIRÉSISTANTES AUX ANTI-BIOTIQUES (BMR-RAISIN)

ARNAUD Isabelle, Paris

P-007

VARIATION RÉGIONALE DE L'INCIDENCE DES SARM ET EBLSE : RÉSULTATS DU RÉSEAU NATIONAL DE SURVEILLANCE DES BACTÉRIES MULTIRÉSISTANTES AUX ANTIBIOTIQUES (BMR-RAISIN) ET COMPARAISON AVEC LES INDICATEURS NATIONAUX DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ENTRE 2008 ET 2010

ARNAUD Isabelle, Paris

P-008

PLACE DES ENTÉROBACTÉRIES PRODUCTRICES DE β -LACTAMASES À SPECTRE ÉLARGIE DANS LES BMR DANS UN HÔPITAL PÉDIATRIQUE

HEROUAL Nabila, ORAN, ALGERIE

P-009

EVOLUTION DE L'INCIDENCE DES BACTÉRIES MULTI-RÉSISTANTES DANS UN CENTRE HOSPITALIER

VUILLOD Io, CHARLEVILLE-MÉZIÈRES

P-010**EPIDÉMIE À KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUCTRICE DE CARBAPÉNÉMASE OXA-48 DANS UN CENTRE DE SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPATION**

MAURANNE Catherine Cécile, PIERRE BENITE

P-011**INVESTIGATION DE 10 CAS DE MÉNINGITE APRÈS RACHIANESTHÉSIE DANS UNE CLINIQUE MCO**

ATIF Mohamed Lamine, BLIDA, ALGERIE

P-012**PORTAGE D'EBLSE ET SES CONSÉQUENCES CLINIQUES DANS UN SERVICE DE RÉANIMATION MÉDICALE**

RAZAZI Keyvan, CRÉTEIL

P-013**AMÉLIORATION DES PRATIQUES EN RÉANIMATION SUR LA PRÉVENTION DES PNEUMOPATHIES ACQUISES SOUS VENTILATION MÉCANIQUE (PAVM)**

TOLEDANO Nathalie, ARPAJON

P-014**INVESTIGATION D'UNE TOXI-INFECTION ALIMENTAIRE COLLECTIVE CHEZ LE PERSONNEL D'UN ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE**

DALI-ALI Abdessamad, ORAN, ALGERIE

P-015**PERCEPTION DU RISQUE INFECTIEUX ET CONNAISSANCES D'HYGIÈNE DES MÉDECINS DENTISTES DE LA RÉGION DE BIZERTE - TUNISIE**

HAMZA Ridha, BIZERTE, TUNISIE

P-016**AUDIT DES PRATIQUES D'HYGIÈNE EN MILIEU DE SOINS DENTAIRES DANS LA RÉGION DEBI-ZERTE - TUNISIE**

MEZNI Radhia, BIZERTE, TUNISIE

P-017**ANALYSE DU RISQUE DE TRANSMISSION CROISÉE MANUPORTÉE AU COURS DE L'ÉVACUATION DU LINGE SOUILLÉ DU PATIENT ET MISE EN PLACE D'UN PLAN D'ACTION**

THIRIET Laurent, SEDAN

P-018**EPIDÉMIOLOGIE DES INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS ET LEURS FACTEURS DE RISQUE EN NÉONATOLOGIE DANS UN HÔPITAL PUBLIC**

ALLANI Riadh, TUNIS, TUNISIE

P-019**RÔLE DU CONDITIONNEMENT DANS LA CONTAMINATION BACTÉRIENNE DES BANDELETTES POUR LE DOSAGE DE LA GLYCÉMIE CAPILLAIRE**

DECOUSSER Jean-Winoc, CLAMART

P-020**ACCIDENTS EXPOSANT AU SANG CHEZ LE PERSONNEL D'UN ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE : PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET FACTEURS DE RISQUE**

DALI-ALI Abdessamad, ORAN, ALGERIE

P-021**EPIDÉMIOLOGIE ET COÛT DES PNEUMOPATHIES ACQUISES SOUS VENTILATION MÉCANIQUE DANS UN SERVICE D'ANESTHÉSIE RÉANIMATION**

BOUGUERRA Chaker, TUNIS, TUNISIE

P-022**EVALUATION DE LA SENSIBILISATION DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE AUX ENJEUX DE L'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE**

DEBREUVE-THERESETTE Adeline, REIMS

P-023**LUTTE CONTRE LES BACTÉRIES MULTI-RÉSISTANTES ET CIRCUIT DE L'INFORMATION**

IZOARD Sylvain, AMIENS

P-024**AUDIT NATIONAL PRÉCAUTIONS STANDARD 2011 : RÉSULTATS DE L'AUTO-ÉVALUATION RÉALISÉE SUR 11 ÉTABLISSEMENTS D'UN DÉPARTEMENT ET COMPARAISON AUX DONNÉES RÉGIONALES.**

HUE Roselyne, CHALLANS

P-025**RÉSULTATS D'UNE INTERVENTION POUR L'APPLICATION D'UN PROTOCOLE INTÉGRAL (LES SOINS, LA TECHNOLOGIE ET L'ASSAINISSEMENT) POUR LA CHIRURGIE D'ARTHROPLASTIE**

PERDELLI Fernanda, GENOVA, ITALIE

P-026**ETUDE D'INCIDENCE DES INFECTIONS URINAIRES NOSOCOMIALES DANS LES SERVICES DE MÉDECINE - SSR**

FEINARD Gwennaëlle, VERTOU

P-027**EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DU SONDAGE VÉSICAL A DEMEURE DANS UN ÉTABLISSEMENT SANITAIRE ET MÉDICO-SOCIAL**

BRETHER Nicole, VERTOU

P-028**EVALUATION DES CONNAISSANCES DU LAVAGE CHIRURGICAL DES MAINS CHEZ LES CHIRURGIENS DE L'HÔPITAL MILITAIRE DE TUNIS, TUNISIE**

MEHDI Faouzi, TUNIS, TUNISIE

P-029**LES PRÉCAUTIONS STANDARD ET COMPLÉMENTAIRES : UN KIT DE FICHES PRATIQUES**

DOUSSET Marie-Claire, SAINT NAZAIRE

P-030**EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES SUR LE RESPECT DE LA PRÉPARATION DU SOIGNANT ET DU PATIENT INCLUANT LA PRÉPARATION CUTANÉE AVANT LA POSE D'UNE AIGUILLE DE HUBER RÉALISÉE SUR 3 SERVICES D'HÔPITAL DE JOUR**

KAC Guillaume, LA ROCHE SUR YON

P-031**SENSIBILISER LES USAGERS POUR PRÉVENIR LES INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS**

VINCENT Agnes, SAINT GENIS LAVAL

P-032**MISE EN ÉVIDENCE D'UN DÉFAUT GLOBAL DE LA PRESCRIPTION DE L'ANTIBIOPROPHYLAXIE CHIRURGICALE PAR UN AUDIT RÉTROSPECTIF DANS UN SERVICE D'ORTHOPÉDIE**

NOEL Coralie, CORBEIL ESSONNES

P-033**EVALUATION DES PRATIQUES DE TRI DES DÉCHETS DE SOINS DANS UN ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER UNIVERSITAIRE**

MIDOUN Nori, ORAN, ALGERIE

P-034**STRATÉGIE DE PRÉVENTION DU RISQUE INFECTIEUX LIÉ AU SANG : PRATIQUES DU PERSONNEL D'UN CHU**

HACHED Nadia, ALGER, ALGERIE

P-035**CONNAISSANCE DES PRÉCAUTIONS STANDARD CHEZ LES INFIRMIERS LIBÉRAUX**

IZOARD Sylvain, AMIENS

P-036**EVALUATION D'UNE PREMIÈRE PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT INFECTÉ À BHR EN RÉANIMATION CHIRURGICALE**

LEJEUNE Delphine, BREST

P-037**STRUCTUROVIGILANCE MÉDICALE : PLACE ET INTÉRÊT AU SEIN D'UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ**

FERRÉOL Lison, MONTREUIL

P-038**AUDIT DE CONNAISSANCES ET PRATIQUES CONCERNANT LE TRI DES DÉCHETS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DE LA RÉGION**

IZOARD Sylvain, AMIENS

P-039**EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES À PROPOS DES SOINS SUR LES CHAMBRES À CATHÉTER IMPLANTABLE POUR ACCÈS VEINEUX (CCI OU CIP)**

MEUNIER Olivier, HAGUENAU

P-040**COMPLICATIONS SUR CHAMBRE À CATHÉTER IMPLANTABLE**

MEUNIER Olivier, HAGUENAU

P-041**AUDIT DE PRATIQUE SUR LA POSE ET L'ENTRETIEN DES CATHÉTERS PÉRIPHÉRIQUES DANS UN CENTRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER (CLCC) DANS UN CONTEXTE D'INFORMATISATION DU DOSSIER SOIGNANT. COMPARAISON AVEC LES DONNÉES DE 2009**

COUTANT Sylvana, CAEN

P-042**UNE CHECK LIST POUR LE SONDAGE URINAIRE**

DESMONS Sophie, MARSEILLE

P-043**MAÎTRISE DE LA QUALITÉ DE L'EAU POUR SOINS STANDARD DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ : MISE EN PLACE D'UNE DÉMARCHE QUALITÉ**

ASSAMI Sherazade, REIMS

P-044**BILAN DES ALERTES À BACTÉRIES HAUTEMENT RÉSISTANTES ET ÉMERGENTES DANS UN HÔPITAL UNIVERSITAIRE DE 2005 À 2012**

VALLET Catherine, REIMS

P-045**DÉMARCHE DE SÉCURISATION DE L'UTILISATION DES CHAMBRES À CATHÉTERS IMPLANTABLES (CCI) : EXEMPLE DE PARTENARIAT PATIENT, PROFESSIONNELS HOSPITALIERS ET LIBÉRAUX**

GRAIN Amandine, SAINT-MARCELLIN

P-046**EPISODES MULTIPLES DE CAS DE BACTÉRIES HAUTEMENT RÉSISTANTES DANS UN CENTRE HOSPITALIER. COMMENT RÉSISTER ?**

BERNET Claude, SAINT GENIS LAVAL

P-047**EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES D'HYGIÈNE EN SALLE DE NAISSANCES**

KARNYCHEFF Françoise, SURESNES

P-048**GESTION D'UNE ÉPIDÉMIE À ACINETOBACTER BAUMANNII PRODUCTEUR DE CARBAPÉNÈMASE OXA-23, UNE APPROCHE PLURIDISCIPLINAIRE.**

VELARDOT Danielle, PARIS

P-049**SAISONNALITÉ DES INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS EN RÉANIMATION ADULTE : ENQUÊTE PILOTE DE L'INTER RÉGION NORD**

CAMPION Cécilia, PARIS

P-050**VALIDATION DE L'UTILISATION D'UNE UNITÉ MOBILE DE TRAITEMENT DE L'AIR POUR OBTENIR UNE CLASSE ISO 5 DANS UNE CHAMBRE CLASSÉE ISO 7**

BOUSSEAU Anne, POITIERS

P-051**DESRIPTIF DES INFECTIONS SUR CATHÉTERS VASCULAIRES AYANT DONNE LIEU À UNE DEMANDE D'INDEMNISATION À PARTIR DE LA BASE DE DONNÉES SHAM SUR LA PÉRIODE 2000-2010**

BERTHELOT Philippe, SAINT-ETIENNE

P-052**RÉFÉRENTS ANTIBIOTIQUES ET POLITIQUE DE BON USAGE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DU SUD-OUEST EN 2011 : ÉTAT DES LIEUX ET PISTES DE PROGRÈS**

DUMARTIN Catherine, BORDEAUX

P-053**LES INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS EN SECTEUR LIBÉRAL ATTENTES DES IDE**

BESSON Martine, CLERMONT-FERRAND

P-054**FACTEURS DE RISQUE DE LA PNEUMOPATHIE ASSOCIÉE AUX SOINS EN MILIEU DE RÉANIMATION**

BEN REJEB Mohamed, SOUSSE, TUNISIE

P-055**PRÉCAUTIONS STANDARD ET COMPLÉMENTAIRES EN EHPAD : TROP PEU CONNUES, TROP PEU RESPECTÉES**

GIRAUD, Odile, ANDREZIEUX-BOUTHEON

P-056**ACCOMPAGNEMENT DES EHPAD DANS UNE DÉMARCHE D'ÉVALUATION DU RISQUE INFECTIEUX**

GUERRE Graziella, DIJON

P-057**LE CATHÉTÉRISME PÉRIPHÉRIQUE : UN GESTE SÛR POUR LE PATIENT ET LE SOIGNANT. SÉCURISER POUR PRÉVENIR.**

LAPRUGNE-GARCIA Elisabeth, SAINT GENIS LAVAL

P-058**ANALYSE A POSTERIORI DE CAS GROUPÉS D'INFECTIONS SUR HYPODERMOCLYSE EN EHPAD PAR LA MÉTHODE ALARM**

NEULIER Caroline, LE CHESNAY

P-059**PRÉVENTION DU RISQUE ÉPIDÉMIQUE DANS LES EHPAD**

BLANCKAERT Karine, LILLE

P-060**ORGANISATION POUR LA PRÉVENTION ET LA MAÎTRISE DU RISQUE INFECTIEUX DANS LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL EN FRANCHE-COMTÉ**

BERJAMY Fatima, BESANÇON

P-061**PERFUSIONS SOUS CUTANÉES : UN GUIDE RÉGIONAL POUR UNE HARMONISATION DES PRATIQUES**

RAYMOND Françoise, NANTES

P-062**LES PRÉCAUTIONS STANDARD AU COEUR DE LA TOILETTE DU PATIENT DÉPENDANT**

BATTAGLIOTTI Pascale, SAINT GENIS LAVAL

P-063**PRISE EN CHARGE ET GESTION D'UNE ÉPIDÉMIE DE GASTRO ENTÉRITE**

LORY Anne, MARSEILLE

P-064**ENQUÊTE SUR LES COOPÉRATIONS ENTRE ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES ET ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX DANS LE DOMAINE DE L'HYGIÈNE DANS LA RÉGION PACA**

DELAROZIERE Jean Christophe, MARSEILLE

P-065**ETAT DES LIEUX DE L'HYGIÈNE DES MAINS DES RÉSIDENTS DANS UN RÉSEAU D'EHPAD. ET QUELLES PISTES D'AMÉLIORATION ?**

CHAPU Murielle, SAUMUR

P-066**ÉPIDÉMIE DE PSEUDO-ANGIOMATOSE ÉRUP-TIVE (PAE) DANS UN ÉTABLISSEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES : ANALYSE CRITIQUE D'UNE SITUATION AYANT CONDUIT À DES MESURES DE CONFINEMENT**

MÉRONI Ludmilla, LILLEBONNE

P-067**DÉMARCHE RÉGIONALE POUR L'AMÉLIORATION GLOBALE DE L'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE DANS LES EHPAD DES PAYS DE LA LOIRE**

DE SALINS Valérie, NANTES

P-068**QUELS FACTEURS ASSOCIÉS À LA SURVENUE DE CAS GROUPÉS D'INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES EN SERVICE DE SOINS DE LONGUE DURÉE ?**

BOULESTREAU Hélène, BORDEAUX

P-069**ACCIDENTS D'EXPOSITION AU SANG (AES) EN EHPAD ?**

ROCHE Mireille, VALENCE

P-070**GRIPPE 2011-2012: SÉRIE NOIRE EN EHPAD**

ARMAND Nathalie, VALENCE

P-071**LES PAYS DE LA LOIRE : UNE ORGANISATION RÉGIONALE IMPACTANT SUR LES INDICATEURS**

AVRIL Catherine, NANTES

P-072**CHANGEONS NOS PRATIQUES ! DÉMARCHE D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS EN SECTEUR D'HÉMODIALYSE**

ALBARET Patricia, AIX EN PROVENCE

P-073**INFECTIONS SUR CATHÉTER VEINEUX CENTRAL DOUBLE LUMIÈRE POUR HÉMODIALYSE : ÉTUDE COMPARATIVE ENTRE CATHÉTER TUNNELISÉ ET CATHÉTER SIMPLE**

YOUSFI Mohamed Ali, TUNIS, TUNISIE

P-074

CONTRÔLE DES INFECTIONS EN HÉMODIALYSE : UN TRAVAIL COLLABORATIF

GARDES Sophie, PIERRE BENITE

P-075

PRATIQUES D'HYGIÈNE EN HÉMODIALYSE : RÉSULTATS D'UN AUDIT RÉALISÉ EN 2012 AU CHU

BELKAID Rosa, ALGER, ALGERIE

P-076

AUDIT DE PRATIQUES EN BLOC D'ORTHOPÉDIE DANS UN CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

HULIN Monique, LYON

P-077

ANALYSE DE RISQUE SUR LE CONTRÔLE BACTÉRIOLOGIQUE DANS LE CADRE DE LA QUALIFICATION DES PERFORMANCES DE L'HÉMODIAFILTRATION (HDF)

FOUCAULT Laura, ANGERS

P-078

EVALUATION DES PRATIQUES DE BRANCHEMENT-DÉBRANCHEMENT SUR FISTULE ARTÉRIO-VEINEUSE (FAV) ET CATHÉTER VEINEUX CENTRAL (CVC) EN HÉMODIALYSE

BECLIN Elodie, BETHUNE

P-079

RISQUE INFECTIEUX AU BLOC OPÉRATOIRE PÉDIATRIQUE URO VISCÉRAL : TAUX D'ISO ET PISTES D'AMÉLIORATION

BRUCHON Christine, BRON

P-080

ENQUÊTE SUR LES CONNAISSANCES- ATTITUDES ET PRATIQUES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ SUR LA DÉSINFECTION CHIRURGICALE DES MAINS PAR FRICTION AU BLOC OPÉRATOIRE EN 2013

AOUAMEUR Rachida, ALGER, ALGERIE

P-081

APPORT D'UNE NOUVELLE TECHNIQUE DE ROBINETTERIE DANS LA PRÉVENTION DU RISQUE HYDRIQUE ASSOCIÉ À PSEUDOMONAS AERUGINOSA

DICK Lucie, ROUEN

P-082

LA SURVEILLANCE DES INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS À TRAVERS LA RÉALISATION D'ENQUÊTES DE PRÉVALENCE À PASSAGES RÉPÉTÉS

ATIF Mohamed Lamine, BLIDA, ALGERIE

P-083

DÉPISTAGE DU PAPILLOMAVIRUS

BELHAJ Ali, TUNIS, TUNISIE

P-084

RÔLE DU CATHÉTER CENTRAL DANS LES BACTÉRIÉMIES DU PRÉMATURÉ: APPROCHE MOLÉCULAIRE

DECOUSSER Jean-Winoc, CLAMART

P-085

EVALUATION DE LA PRISE EN COMPTE DU RISQUE LIÉ AUX AGENTS TRANSMISSIBLES NON CONVENTIONNELS ET MESURE DE LA QUALITÉ DE LA TRAÇABILITÉ LORS DE LA RÉALISATION DES OPÉRATIONS DE DÉSINFECTION DES ENDOSCOPES SOUPLES

THIRIET Laurent, SEDAN

P-086

LAITON AB+ : ETUDE DE SON EFFET ANTIMICROBIEN POUR UNE MAÎTRISE DES BIOCONTAMINATIONS DES ÉQUIPEMENTS HOSPITALIERS

KHORSI CAUET Hafida, AMIENS

P-087

DÉVELOPPEMENT D'UN CARNET SANITAIRE INFORMATISÉ PARTAGÉ ENTRE LES SERVICES TECHNIQUES ET L'ÉQUIPE OPÉRATIONNELLE D'HYGIÈNE

NEULIER Caroline, LE CHESNAY

P-088**POUR UNE HYGIÈNE DES MAINS EFFICACE :
CAMPAGNE DE SENSIBILISATION SUR LE PORT
DE BIJOUX SUR LES MAINS DES SOIGNANTS**

VUILLERMET Corinne, CHAMBERY

P-089**PRÉVENTION DES PNEUMOPATHIES ACQUISES
SOUS VENTILATION MÉCANIQUE (PAVM) EN
RÉANIMATION : ÉVALUATION ET AMÉLIO-
RATION DES PRATIQUES AUTOUR DU RISQUE
INFECTIEUX ENDOGÈNE**

LERE Martine, TOULOUSE

P-090**CONFORMITÉ DE L'ANTIBIOPROPHYLAXIE
CHIRURGICALE DANS UN CENTRE HOSPITALO-
UNIVERSITAIRE 2012**

TAIDIRT Zineb, ALGER, ALGERIE

P-091**EVOLUTION DE LA QUALITÉ DE LA TRAÇABILITÉ
DE LA PRÉPARATION CUTANÉE PRÉ-OPÉRATOIRE**

FOUCAULT Sophie, CHALLANS

P-092**EPIDÉMIE À SALMONELLA DUBLIN**

BOGGINI Lucile, LONS LE SAUNIER

P-093**COQUELUCHE CHEZ UN SOIGNANT : GESTION DE
L'EXPOSITION DES PATIENTS ET PERSONNELS**

HUE Roselyne, CHALLANS

P-094**MISE EN PLACE D'UN RÉSEAU RÉGIONAL DE
PRATICIENS EN HYGIÈNE**

RICHAUD Brigitte, MONTPELLIER

P-095**ÉVALUATION DE LA MISE EN PLACE DU PRO-
TOCOLE RELATIF À LA MAÎTRISE DE LA DIFFU-
SION DES BACTÉRIES HAUTEMENT RÉSISTAN-
TES AUX ANTIBIOTIQUES DANS UN SERVICE
D'URGENCES ADULTES**

SIROT Florence, POITIERS

P-096**QUEL EST L'IMPACT DE L'UTILISATION DES
PRODUITS BIOCIDES SUR LA QUALITÉ DES
EFFLUENTS HOSPITALIERS ? UNE AUTRE
QUESTION POUR LES HYGIÉNISTES**

THEVENOT Sarah, POITIERS

P-097**L'HYGIÈNE EN MÉDECINE GÉNÉRALE : ÉTUDE
DES PRATIQUES AU CABINET MÉDICAL EN
POITOU-CHARENTES**

THEVENOT Sarah, POITIERS

P-098**IMPACT DE L'ÉVALUATION DES PRATIQUES PRO-
FESSIONNELLES DANS L'AMÉLIORATION DE LA
POSE ET DE LA MANIPULATION DES CATHÉTERS
VEINEUX PÉRIPHÉRIQUES : COMPARAISON DE
TROIS ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ**

HAYAUD Sophie, RAMBOUILLET

P-099**RECHERCHE DES CAUSES D'UNE CONSOMMA-
TION INSUFFISANTE DE SHA DANS UN SER-
VICE DE RÉANIMATION**

PINA Patrick, RAMBOUILLET

P-100**ETUDE IN VITRO DE LA SENSIBILITÉ DES ANTI-
FONGIQUES**

MAHJOUB Mohamed, SOUSSE, TUNISIE

P-101**PARTICULARITÉS DE L'ASPERGILLOSE INVASIVE CHEZ LES PATIENTS NEUTROPÉNIQUES**

MAHJOUB Mohamed, SOUSSE, TUNISIE

P-102**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DU PERSONNEL INFIRMIER EN MATIÈRE DE PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION CROISÉES DES BACTÉRIES MULTIRÉSISTANTES**

MAHJOUB Mohamed, SOUSSE, TUNISIE

P-103**MESURE DE LA CULTURE DE SÉCURITÉ DES PATIENTS CHEZ LE PERSONNEL MÉDICAL**

MAHJOUB Mohamed, SOUSSE, TUNISIE

P-104**PLACE DES BACTÉRIES MULTIRÉSISTANTES ÉMERGENTES AU SEIN DES SIGNALEMENTS EXTERNES D'UNE LARGE INSTITUTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE : ÉVOLUTION 2007-2012**

LEPAINTEUR Margaux, PARIS

P-105**CONTAMINATION DE SAVON À L'ORIGINE DE 2 INFECTIONS À SERRATIA MARCESCENS EN RÉANIMATION NÉONATALE**

BLÉRIOT Audrey, SAINT-PIERRE

P-106**PRÉVENTION DES INFECTIONS DU SITE OPÉATOIRE (ISO) EN CHIRURGIE CARDIAQUE : INTÉRÊT DU DÉPISTAGE RAPIDE DU PORTAGE NASAL DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS LORS DE LA CONSULTATION PRÉOPÉATOIRE**

THEVENOT Sarah, POITIERS

P-107**SURVEILLANCE DES INFECTIONS DU SITE OPÉATOIRE DANS UN ÉTABLISSEMENT PRIVÉ : 15 ANS D'EXPÉRIENCE**

FONT-DUBARRY Laetitia, LYON

P-108**ÉPIDÉMIES À BACTÉRIES MULTIRÉSISTANTES DANS DES SERVICES DE GRANDS BRÛLÉS : SYNTHÈSE DE LA LITTÉRATURE SELON LA GRILLE ORION**

VANHEMS Philippe, LYON

P-109**HYGIÈNE ET GESTION DU RISQUE INFECTIEUX EN FOYERS D'ACCUEIL MÉDICALISÉ ET MAISONS D'ACCUEIL SPÉCIALISÉES : ÉTAT DES LIEUX RÉGIONAL ET ATTENTES DE CES STRUCTURES**

GERMAIN Jeanne-Marie, ROUEN

P-110**BACTÉRIES HAUTEMENT RÉSISTANTES AUX ANTI-BIOTIQUES, LIMITES DE L'APPLICABILITÉ DU DÉPISTAGE DES PATIENTS CONTACTS DANS UN CHU**

MUNIER Elodie, LYON

P-111**INCIDENCE DES PNEUMOPATHIES ACQUISES SOUS VENTILATION MÉCANIQUE À PSEUDOMONAS AERUGINOSA EN RÉANIMATION, DE 2003 À 2011**

VANHEMS Philippe, LYON

P-112**PATIENTS ADMIS DE L'ÉTRANGER : EXPÉRIENCE D'UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ**

GOTTY Sandrine, PARIS

P-113**CATHÉTER CENTRAL À INSERTION PÉRIPHÉRIQUE : SUIVI PROSPECTIF DES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES**

ROY Sandrine, CLAMART

P-114**INTÉRÊT DE LA SURVEILLANCE DES HÉMO-CULTURES POSITIVES À STAPHYLOCOQUES DANS L'ÉVALUATION DES BONNES PRATIQUES DE SOINS DE CATHÉTERS**

IRANI Patrick, LE CHESNAY

P-115**EVALUATION DES PRATIQUES DE RECONDITIONNEMENT DES DISPOSITIFS MÉDICAUX STÉRILES À USAGE UNIQUE À LA PHARMACIE DU CHU**

GABRIEL Laurence, SAINT-ETIENNE

P-116**DE L'UTILITÉ D'UNE ÉPIDÉMIE!!!**

BROUSSEAU Fabienne, CHOLET

P-117**POSTER ANNULÉ PAR L'AUTEUR****P-118****PRATIQUES DE DÉSINFECTION DES SURFACES DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SOIN**

CHAPUIS Catherine, SAINT GENIS LAVAL

P-119**EQUIPES INTER-ÉTABLISSEMENTS : VERS UNE NOUVELLE DÉMARCHE D'ÉVALUATION**

AMSELLEM-DUBOURGET Sylvie, SAINT GENIS LAVAL

P-120**GESTION DU RISQUE INFECTIEUX EN SECTEUR PROTÉGÉ D'HÉMATOLOGIE : APPORT D'UNE MÉTHODE ALARM À PARTIR D'UN CAS DE FUSARIOSE**

WAES Sylvaine, ROUBAIX

P-121**LA CONTAMINATION BACTÉRIENNE DES POIGNÉES DE PORTE À L'HÔPITAL**

MEUNIER Olivier, HAGUENAU

P-122**PRISE EN CHARGE D'UNE BACTÉRIE HAUTEMENT RÉSISTANTE EN HOSPITALISATION À DOMICILE**

RENAUD Bernadette, RILLIEUX LA PAPE

P-123**« ALERTE BMR » : UN SYSTÈME DE SURVEILLANCE DES INFECTIONS À BACTÉRIES MULTI-RÉSISTANTES DANS UN CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE, 2010-2012**

MUNIER Elodie, LYON

P-124**LES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE "BACTÉRIÉMIE" : PRÉTEXTES À PARLER D'HYGIÈNE**

MEUNIER Olivier, HAGUENAU

P-125**PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE DES BACTÉRIES MULTIRÉSISTANTES DANS UN CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE**

TIARAY HARISON Michel, TANANARIVE

P-126**TRAITEMENT DES ENDOSCOPES NON AUTO-CLAVABLES : FAISABILITÉ ET EFFICACITÉ DE LA VISITE DE RISQUE**

VERGNES Hervé, TOULOUSE

P-127**POSTER ANNULÉ PAR L'AUTEUR****P-128****ENQUÊTE AUTOUR D'UN CAS POSSIBLE DE LISTÉRIOSE ASSOCIÉ AUX SOINS EN NÉONATOLOGIE**

LAZARUS Clément, PARIS

P-129

MODÉLISATION SPATIO-TEMPORELLE DES INFECTIONS À C. DIFFICILE EN FRANCE

LAZARUS Clément, PARIS

P-130

POSTER ANNULÉ PAR L'AUTEUR

P-131

ENQUÊTE D'IMPACT SUITE À L'AUDIT NATIONAL SUR LES CATHÉTERS VEINEUX PÉRIPHÉRIQUES : RÉSULTATS SUR 322 ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

VERJAT-TRANNOY Delphine, PARIS

P-132

AUDIT SUR L'UTILISATION DES CHAMBRES À CATHÉTER À IMPLANTABLES

BADRIKIAN Laurence, CLERMONT-FERRAND

P-133

EPIDÉMIE D'ENTÉROCOLITES EN NÉONATOLOGIE

CHAPUIS Catherine, SAINT GENIS LAVAL

P-134

SIGNALEMENT EXTERNE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES : QUELLE ÉVOLUTION DEPUIS LE DÉPLOIEMENT DE L'APPLICATION E-SIN ?

BARQUINS-GUICHARD Sandrine, SAINT-MAURICE

P-135

TRANSMISSION CROISÉE DE SALMONELLE EN SERVICE DE PÉDIATRIE

PINA Patrick, RAMBOUILLET

P-136

CARACTÉRISTIQUES DES AES SURVENANT EN RÉANIMATION (DONNÉES NATIONALES RAISIN 2002-2010)

AMBROGI Vanina, PARIS

P-137

MISE EN PLACE D'UNE ENCEINTE DE STOCKAGE POUR ENDOSCOPES THERMOSENSIBLES (ESET) : UNE DÉMARCHE QUALITÉ PLURIDISCIPLINAIRE

HUART Claire, VALENCIENNES

P-138

SURVEILLANCE DES BACTÉRIÉMIES LIÉES AUX CATHÉTERS VEINEUX CENTRAUX (CVC) EN NÉONATOLOGIE : RÉSULTATS DU RÉSEAU NEOCAT

L'HÉRITEAU François, PARIS

P-139

AUDIT DE LA PRÉDÉSINFECTION AU SEIN D'UN CENTRE HOSPITALIER

RINALDI François, PLOËRMEL

P-140

FACTEURS DE RISQUE BACTÉRIÉMIES LIÉES AUX CATHÉTERS VEINEUX CENTRAUX (CVC) EN NÉONATOLOGIE (NEOCAT) : RÉSULTATS À PARTIR DES SURVEILLANCES 2007-2010

L'HÉRITEAU François, PARIS

P-141

RISQUE INFECTIEUX AU BLOC OPÉRATOIRE ET EN RÉANIMATION PAR LE BIAIS DES RESPIRATEURS : UNE ENQUÊTE POUR L'ÉLABORATION DE PROTOCOLES

VALDEYRON Marie-Laure, BRON

P-142

IMPACT DE LA DÉMARCHE D'ACCRÉDITATION DE L'ANALYSE DES LÉGIONELLES SUR L'ORGANISATION D'UNE ÉQUIPE D'HYGIÈNE

KARNYCHEFF Françoise, SURESNES

P-143

MISE EN PLACE D'UN REGISTRE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES ACQUISES SUR PROTHÈSE DANS UN SERVICE DE RÉANIMATION NÉONATALE ET PÉDIATRIQUE

THEVENOT Sarah, POITIERS

P-144**EVOLUTION 2011-2012 DES SIGNALEMENTS LIÉS AUX BACTÉRIES MULTI-RÉSISTANTES ÉMERGENTES AU SEIN D'UNE DES 5 INTER-RÉGIONS. UN IMPACT SUR LE DISPOSITIF ?**

TEYSSIÈRES Emilie, PARIS

P-145**PRÉDICTION DE L'INCIDENCE DES INFECTIONS DU SITE OPÉRATOIRE PAR UN MODÈLE HIÉRARCHIQUE**

SAUNDERS Lauren, RENNES

P-146**EPIDÉMIE D'ACINETOBACTER BAUMANNII MULTI-RÉSISTANT EN RÉANIMATION : ÉPIDÉMIOLOGIE ET FACTEURS DE RISQUE**

BOSCHER Camille, ARS-LAQUENEXY

P-147**ETUDE DE LA QUALITÉ HYGIÉNIQUE DE LA RESTAURATION HOSPITALIÈRE DANS UN CHU**

RAFIK Abderrazak, CASABLANCA, MAROC

P-148**EVALUATION DE LA QUALITÉ MICROBIOLOGIQUE DU PROCÉDÉ DE PRÉPARATION DES CHIMIO-THÉRAPIES SOUS HOTTE À FLUX D'AIR LAMINAIRE**

DEBRAINE Charlotte, CRÉTEIL

P-149**PRISE EN CHARGE DES PATIENTS PORTEURS DE BACTÉRIES HAUTEMENT RÉSISTANTES (BHR) AUX ANTIBIOTIQUES : DURÉE DE SÉJOUR ET IMPACT MÉDICO-ÉCONOMIQUE**

BIRGAND Gabriel, PARIS

P-150**ENQUÊTE DE VALIDATION DE L'INDICATEUR NATIONAL "BACTÉRIÉMIE LIÉE AU CATHÉTER VEINEUX CENTRAL" POUR LA SURVEILLANCE EN RÉANIMATION**

SAVEY Anne, LYON

P-151**GESTION DES PLAINTES DANS UN CENTRE HOSPITALIER : UN OUTIL D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ PAR LES PATIENTS**

TRIVIER Dominique, LENS

P-152**PRÉVENTION DES INFECTIONS ASSOCIÉES AUX CATHÉTERS À CHAMBRE IMPLANTABLE**

WAES Sylvaine, ROUBAIX

P-153**MISE EN PLACE DE SEUILS INTERNES DES PARAMÈTRES PHYSIQUES ET DE CONTAMINATION FONGIQUE D'UN BLOC OPÉRATOIRE EN MILIEU TROPICAL**

GALAS Murielle, FORT DE FRANCE

P-154**APPORT D'UN DIDACTICIEL DE E-LEARNING AUX RESPECTS DES PRÉCAUTIONS STANDARD**

DIAW Frédérique, PARIS

P-155**SMARTPHONE ET TABLETTE ; NOUVEL OUTIL DE COMMUNICATION EN HYGIÈNE HOSPITALIÈRE**

BROUARD Benoit, MONTREUIL

P-156**JOURNÉE "LAVE TES MAINS !" HÔPITAL ET CLINIQUE MAIN DANS LA MAIN POUR UNE MANIFESTATION EN VILLE**

LAFOND Elodie, BERGERAC

PJ-01**PRECAUTIONS STANDARD : IMPACT D'UNE DEMARCHE D'AUDIT SUR LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES**

AMSELLEM-DUBOURGET Sylvie, SAINT GENIS LAVAL

Textes des
séances plénières

Séance plénière 1

Organisation des soins, comportements et risque infectieux

PLO1 - CHARGE DE SOINS ET RISQUE INFECTIEUX

CHRISTIAN AUBOYER, *Saint Etienne*

La relation entre charge de travail supportée par les effectifs soignants et la qualité des soins et la gestion des risques a fait l'objet de nombreuses études dans un contexte contraignant sur le plan du financement des activités de soins. Elles abordent différents aspects: infections associées aux soins (IAS) mais aussi événements indésirables, mortalité, durée de séjour, information, satisfaction du patient et de leur famille. Leur méthodologie est très variable et souvent complexe tant les facteurs confondants sont nombreux. Depuis quelques années des modélisations tentent également de répondre à ces questions.

Les contraintes financières, les objectifs de rentabilité, accentués ces dernières années, intensifient encore leur intérêt. Il reste d'approcher l'optimum en matière d'effectif et d'organisation des soins. En effet on peut être tenté de penser qu'il est toujours possible de « faire mieux » et que l'accroissement des personnels paramédicaux et médicaux peut répondre à cette attente. C'est vrai sur le plan des techniques mais ça l'est aussi pour l'attention globale que l'on souhaite apporter aux patients à leur famille. Il existe d'ailleurs clairement une opposition entre la qualité souhaitée voire imposée par des normes, des réglementations, des recommandations, des pressions médico-légales et des modalités de financement orientant pourtant vers une intensification de l'activité. De plus l'aspect médico-économique est complexe à analyser quand on sait le coût d'une IAS.

ANALYSE DE LA LITTÉRATURE

LEn préambule nous ferons une remarque sur les difficultés concernant l'appréciation des effectifs dans la littérature. Il est difficile de trouver une correspondance entre nurse, infirmier DE, aide-soignant et aux USA, 3 niveaux de soignants par ordre décroissant de qualification : RN (registered nurse), LPN (licensed practical nurse ou infirmière auxiliaire autorisée), NA (nurses'aides).

La revue de GRIFFITHS publiée en 2009 trouve dans la plupart des études une relation inverse entre taux d'ILS et nombre d'infirmières par patient dans différentes structures

de soins. Néanmoins certaines études donnent des résultats plus équivoques avec généralement une relation bénéfique sur l'évolution globale (mortalité, durée de séjour) mais peu évidente sur le taux d'infection urinaire, de sepsis ou des résultats variables selon le type d'infection. La présence d'infirmières remplaçantes serait aussi un facteur défavorable. Le taux d'occupation des lits et l'importance de la rotation des patients lits sont aussi des facteurs d'augmentation d'IAS en particulier avec le Staphylocoque résistant à la méticilline (SARM). En fait si ces études vont globalement dans le même sens il apparaît difficile d'objectiver une optimisation des ratios infirmières/patients ⁽¹⁾.

Une analyse de 42 articles montre qu'il existe clairement, malgré une grande variabilité d'approches, une tendance bénéfique d'un ratio infirmières/patients élevés. Néanmoins 18 % des études ne trouvent pas de variations significatives entre ratio infirmier et taux d'ILS. Dans 4 études la présence d'infirmières remplaçantes est associé à un taux élevé d'ILS. Deux études s'intéressant au staff médical ne trouvent pas de relation avec le taux d'ILS ⁽²⁾.

En analyse univariée on observe une association significative entre le ratio patient/infirmière et la survenue d'une infection urinaire (0.86 P= 0.02) et d'une infection du site opératoire (R 0.03 ; P= 0.04). L'augmentation d'un patient par infirmière s'accompagne d'une augmentation des IU (+1/1000). En analyse multivariée avec un modèle intégrant la sévérité des patients, les caractéristiques des infirmières et des hôpitaux seul le burn out reste associé de manière significative avec le taux d'IU (P =0.03) et d'infection du site chirurgical (P < 0.1). La réduction du burnout entraîne une diminution importante de ces infections ⁽³⁾.

Dans une étude portant sur 70142 patients admis dans 77 « trauma center » de niveau I et II, l'augmentation d'un quart d'heure de soins attribués aux LPN (Licensed Practical Nurse) par patient et par jour s'accompagne de 15% d'augmentation des décès et de 27 % de sepsis (p<0.001) (en sachant que

les LPN produisent 0.2 h par patient par jour). Les auteurs suggèrent que l'augmentation des LPN se fait au dépend des RN (Registered Nurse). Une augmentation de 1 % des LPN au sein du temps total de soignants est associé à une augmentation de la mortalité de 4 % ($P=0.001$) et de 6 % des sepsis. ⁽⁴⁾.

A partir de données administratives de 799 hôpitaux aux Etats Unis et concernant 5 075 969 pts médicaux et 1 104 659 chirurgicaux, ont été analysés 11.4 heures de soins infirmiers / par patients et par jour dont 7.8 h. assurés par des RN, 1.2 h par des LPN et 2.4 h par des NA. Les patients médicaux ont un plus grand nombre d'heures assuré par des RN et un plus grand nombre d'heures de soins par des RN/j. Leur durée de séjour est moins longue et le taux d'IU et de pneumonies sont plus faibles ($P=0.01$, $P < 0.001$, $P=0.001$) ⁽⁵⁾.

Un autre travail analyse le nombre heures assuré par des RN (11515) et leur relation avec des événements indésirables divers, des piqûres d'aiguilles des soignants et les IAS. Il s'agit d'une étude de type « survey » par réponse déclarative à un questionnaire. En moyenne le ratio est de 5.5 patients/infirmières (19.6 % dans des unités de soins critiques). Le nombre moyen d'heures réalisés est de 35.1 heures par semaine. Soixante-trois pour cent rapportent des heures supplémentaires le plus souvent assurées volontairement. Lorsque le temps de travail dépasse 40 h. /semaine, on observe une augmentation des événements indésirables, « fréquents et occasionnels », au lieu de « jamais ou rare », incluant significativement des AIS et des piqûres d'aiguille ⁽⁶⁾.

Une étude analysant les soins infirmiers dans 30 hôpitaux anglais (services de chirurgie) par la combinaison d'un questionnaire (anonyme, 3984 infirmières sur leur dernier poste dont 1/10 en soins critiques) et de résumés de sorties. Dans les hôpitaux avec le plus bas ratio patients/nurse (meilleur quartile avec 6.9 patients par infirmière) le pronostic est meilleur (moindre mortalité et succès sur les complications graves). La mortalité est supérieure de 26 % dans le quartile le plus défavorable (14.3 patients par infirmières) qui présente aussi le plus de burnout ou d'une insatisfaction (35 %) et un mauvais ressenti de leur établissement (27%). Il faut préciser que si le quartile ayant le meilleur ratio patient/infirmière a une moindre mortalité, les 3 quartiles suivant présentent peu de différence entre eux ⁽⁷⁾.

Une publication finlandaise rapportant l'expérience de 6 hôpitaux montre que la durée de travail au-delà d'un seuil de 8 H 45 augmente de 3 fois le risque d'IAS ⁽⁸⁾.

Les études portant sur les services de soins critiques sont nombreuses. Les taux d'IAS y sont plus élevés ainsi que le risque d'événements indésirables de différentes natures. Les effectifs soignants représentent un coût important.

Dans une étude prospective observationnelle multicentrique incluant 1883 patients (DMS 5 j), 10837 j/patients. Le ratio moyen infirmière/ patient est de 1.9 (calculé et moyenné sur la journée) variable de 1.4 à 5.3. Un ratio élevé est associé à une réduction de 30 % du risque infectieux. Ainsi 26.7 %

des IAS pourraient être épargnées si le ratio était $>$ à 2.2. A noter que le ratio pris en compte est celui présent 2 à 4 j avant la survenue de la PAVM (37.6 PAVM/1000j à risque). Il n'est pas identifié un seuil précis de ratio favorable La variation du nombre de patients présent explique 70 % des variations de ratio. ^(9, 10).

Le risque de nouvelle acquisition de SARM est étudié par une analyse sur plusieurs années (209 semaines) et le compare en fonction du fait que les infirmières sont issues du staff, d'une agence remplacement ou d'un pool de remplacement interne. L'étude porte sur des périodes de 8 h ou 12 h et le nombre d'heures assurée par les différentes catégories sur une semaine. Sont également intégrés l'occupation des lits, les admissions, les admissions en urgence... Il n'apparaît pas d'influence notable des ratios patient/infirmières sur l'acquisition de SARM. Les auteurs tentent de réaliser sans succès un modèle à partir des données 2003-2006 afin de faire une prédiction de risque d'acquisition de SARM en 2007 et de les comparer avec la réalité ⁽¹¹⁾. Dans une structure de soins aigue généraux, à l'exclusion de soins critiques, la survenue de nouveaux cas d'infection à Staphylocoque résistant à la méticilline est corrélée ($r=0.463$; $P < 0.05$) au niveau global d'occupation des lits ⁽¹²⁾.

Dans 51 services de soins critiques, dans 31 hôpitaux, 1095 nurses répondent à un questionnaire portant, entre autre, sur les infections liées à un cathéter central (ILCC), à une pneumopathie sous ventilation mécanique (PAVM), à une infection urinaire (IU) sur sonde, à la mortalité à 30 j. On observe un effet bénéfique d'un ratio infirmier/patient élevé sur ces différents risques ($P=0.05$). L'augmentation des heures supplémentaires s'associe à celle du taux d'IU sur sonde, mais avec un plus faible taux d'ILCC ($P=0.05$). Ces résultats apparaissent discutables. Il s'agit d'une étude déclarative et le taux d'ILS sont bas (1.5 % de PAVM). Nous n'avons pas d'information sur le type de malade pris en charge et sur la durée de séjour ⁽¹³⁾.

Dans une étude multicentrique réalisée dans 9 pays européens et 21 services de soins critiques avec une incidence moyenne de PAVM de 23.7 % chez les patients ventilés plus de 48 h. le taux de PAVM est plus bas si le ratio patient/infirmière est bas (1 sur 1): (9.3 %, $P=0.02$) au lieu de 24.4 % si le ratio est plus élevé. Il n'y a pas de différence si les ratios sont plus élevés et quel que soit le niveau (2/1 ou 3/1). Il faut préciser que le ratio pris en compte est le plus élevé de la journée (souvent moins d'infirmières la nuit) ; le taux d'occupation des lits n'est pas non plus pris en compte ⁽¹⁴⁾.

Il n'apparaît pas de relation entre les ratios infirmiers et le taux de complications post-opératoires (dont IU, pneumonie et septicémie) et même certaines d'entre-elles sont associées à un ratio élevé de RN en utilisant des indicateurs d'admission pour la gravité et des données administratives pour les effectifs avec utilisation d'un modèle mathématique. Cette étude est réalisée dans 283 soins aigues en Californie. Les auteurs avancent la possibilité que l'accroissement de RN permet une détection plus précoce des complications. D'autres explications

sont possibles dans les difficultés à la création d'un modèle à partir de multiples données (indicateurs économiques, poids technologiques, productivité du personnel selon le niveau de qualification, de patients à risques...) ⁽¹⁵⁾.

DISCUSSION

Les résultats de nombreuses études montrent une tendance claire, dans la prévention des infections liés aux soins, en faveur d'un ratio de personnel élevé par rapport aux nombre de patients, comparé à des ratios plus bas pour le même service ou des services similaires. La formation des personnels, leur stabilité, l'ambiance générale sont aussi des facteurs favorables. Néanmoins il existe des discordances dans certains résultats qui peuvent apparaître contradictoires. Il est très difficile d'objectiver des seuils qui permettraient de définir le ratio proche de l'idéal en fonction d'une activité donnée.

La méthodologie des études analysant une relation entre charge de travail, effectif et IAS est très variée. Les biais, les facteurs confondants sont multiples :

- Durée de séjour qui augmente en soi le risque infectieux et rend une analyse en sous-groupe complexe.
- Délai entre survenue de l'infection et modifications quantitative et qualitative de l'équipe soignante
- Etude souvent rétrospective permettant de connaître plus ou moins précisément un ratio sans pouvoir analyser des variations fines d'activité, limitées dans le temps comme l'aggravation temporaire d'un malade ou l'entrée simultanée de plusieurs malades pouvant modifier le fonctionnement des équipes pendant quelques heures et créer des conditions favorables à la survenue d'une IAS.
- Modification temporaire au cours des postes de l'équipe soignante dans le sens d'une diminution de l'équipe active (pause, repas, formation, relève...)
- Surcharge provoquée par la prise en charge d'un patient imposant une entraide qui peut être favorable à la transmission croisée.
- Niveau réel de formation
- Mise en place de procédures de soins et leurs respects
- Ambiance général du service et de son management
- Durée de travail, rotation jour/nuit, absentéismes, remplacements... .
- Etc...

La manière de calculer les ratios étudiés est variable : estimations des heures passées auprès des patients, ratio par patients, répartitions des qualifications, ratio moyenné selon la journée et la nuit, heures supplémentaires, durée de travail... .

Les résultats statistiques intègrent souvent des ajustements complexes et difficiles à cerner précisément.

Les données administratives souvent utilisées sont de qualité variable. Les différentes méthodes destinées à assurer des comparaisons entre périodes ou groupes n'apportent des solutions certaines ^(16, 17). Il est en outre très difficile de cerner des événements fortuits de courte durée capables de briser la chaîne de protection contre la survenue d'une IAS.

Le management d'un service de soins au quotidien, la multitude et la pertinence des décisions à prendre par les médecins réanimateurs et les cadres sont quotidiennement très

nombreuses. Dans deux hôpitaux finlandais (soins critiques) il apparaît que 32.1 % des décisions portent sur la gestion des ressources humaines et du savoir-faire (adaptation au niveau de soins) ⁽¹⁸⁾.

Ces difficultés d'analyse conduisent parfois à proposer des modèles mathématiques. Est-ce qu'ils permettent de prendre en compte la multitude des situations imprévues pouvant être à l'origine d'une IAS ? Si la transmission croisée est probablement assez bien appréhendée, il n'en est probablement pas de même pour l'infection d'origine endogène à partir d'un événement souvent non recensé et qui doit faire partir d'une prévention soigneuse ne seraient parce qu'elle est la plus fréquente (env. 70 % des IAS) : exemple : vomissement sur un pansement de cathéter sous clavier, dégonflement partiel du ballonnet de sonde d'intubation... .

D'autre part il est nécessaire d'intégrer la prévention des ILS dans la gestion globale des risques et de la qualité des soins avec des approches qu'il faut parfois savoir concilier. Les mesures d'isolement en sont un exemple typique.

CONCLUSIONS

Il apparaît assez clairement une relation entre l'effectif soignant, son niveau de formation, la charge de travail et la survenue d'évènements indésirables dont les IAS. Si la charge de travail globale peut être assez facilement appréciée par des indicateurs simples comme le ratio patient/soignants et des indicateurs de charge de soins, les variations habituelles comme la variation du nombre d'admission, de taux d'occupation, de gravité des patients sont plus difficiles à cerner et à prévoir. Nous ne disposons pas encore de données sur des effectifs optimums adaptés à telle ou telle activité permettant à la fois d'assurer une qualité habituelle des soins, d'avoir une marge de manœuvres raisonnable pour faire face à des variations d'activité tout en répondant à des contraintes économiques.

REFERENCES

1. Griffiths P, Renz A, Hughes J, Rafferty AM. Impact of organisation and management factors on infection control in hospitals: a scoping review. *The Journal of hospital infection*. 2009;73(1):1-14. Epub 2009/08/04.
2. Stone PW, Pogorzelska M, Kunches L, Hirschhorn LR. Hospital staffing and health care-associated infections: a systematic review of the literature. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*. 2008;47(7):937-44. Epub 2008/09/05.
3. Cimiotti JP, Aiken LH, Sloane DM, Wu ES. Nurse staffing, burnout, and health care-associated infection. *American journal of infection control*. 2012;40(6):486-90. Epub 2012/08/03.
4. Glance LG, Dick AW, Osler TM, Mukamel DB, Li Y, Stone PW. The association between nurse staffing and hospital outcomes in injured patients. *BMC health services research*. 2012;12:247. Epub 2012/08/11.
5. Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *The New England journal of medicine*. 2002;346(22):1715-22. Epub 2002/05/31.

6. Olds DM, Clarke SP. The effect of work hours on adverse events and errors in health care. *Journal of safety research*. 2010;41(2):153-62. Epub 2010/05/26.
7. Rafferty AM, Clarke SP, Coles J, Ball J, James P, McKee M, *et al.* Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records. *International journal of nursing studies*. 2007;44(2):175-82. Epub 2006/10/27.
8. Virtanen M, Kurvinen T, Terho K, Oksanen T, Peltonen R, Vahtera J, *et al.* Work hours, work stress, and collaboration among ward staff in relation to risk of hospital-associated infection among patients. *Medical care*. 2009;47(3):310-8. Epub 2009/02/06.
9. Hugonnet S, Uckay I, Pittet D. Staffing level: a determinant of late-onset ventilator-associated pneumonia. *Critical care (London, England)*. 2007;11(4):R80. Epub 2007/07/21.
10. Hugonnet S, Chevolet JC, Pittet D. The effect of workload on infection risk in critically ill patients. *Critical care medicine*. 2007;35(1):76-81. Epub 2006/11/11.
11. Kong F, Cook D, Paterson DL, Whitby M, Clements AC. Do staffing and workload levels influence the risk of new acquisitions of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in a well-resourced intensive care unit? *The Journal of hospital infection*. 2012;80(4):331-9. Epub 2011/11/29.
12. Borg MA. Bed occupancy and overcrowding as determinant factors in the incidence of MRSA infections within general ward settings. *The Journal of hospital infection*. 2003;54(4):316-8. Epub 2003/08/16.
13. Stone PW, Mooney-Kane C, Larson EL, Horan T, Glance LG, Zwanziger J, *et al.* Nurse working conditions and patient safety outcomes. *Medical care*. 2007;45(6):571-8. Epub 2007/05/23.
14. Blot SI, Serra ML, Koulenti D, Lisboa T, Deja M, Myrianthefs P, *et al.* Patient to nurse ratio and risk of ventilator-associated pneumonia in critically ill patients. *American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*. 2011;20(1):e1-9. Epub 2011/01/05.
15. Mark BA, Harless DW. Nurse staffing and post-surgical complications using the present on admission indicator. *Research in nursing & health*. 2010;33(1):35-47. Epub 2009/12/17.
16. Hugonnet S, Harbarth S, Sax H, Duncan RA, Pittet D. Nursing resources: a major determinant of nosocomial infection? *Current opinion in infectious diseases*. 2004;17(4):329-33. Epub 2004/07/09.
17. Hugonnet S, Villaveces A, Pittet D. Nurse staffing level and nosocomial infections: empirical evaluation of the case-crossover and case-time-control designs. *American journal of epidemiology*. 2007;165(11):1321-7. Epub 2007/04/03.
18. Lundgren-Laine H, Kontio E, Perttinen J, Korvenranta H, Forsstrom J, Salanterä S. Managing daily intensive care activities: an observational study concerning ad hoc decision making of charge nurses and intensivists. *Critical care (London, England)*. 2011;15(4):R188. Epub 2011/08/10. COMMENT TRANSPOSER LES RECOMMANDATIONS DE L'HOPITAL VERS LES EHPAD
19. Christine PASSERAT BOULADE, Groupe LE NOBLE AGE, Nantes

Séance plénière 2

Risque infectieux hors MCO

PLO4 - COMMENT TRANSPOSER LES RECOMMANDATIONS DE L'HOPITAL VERS LES EHPAD

CHRISTINE PASSERAT BOULADE, Groupe Le Noble Age, *Nantes*

TRANSPOSER LES RECOMMANDATIONS DE GESTION DES RISQUES INFECTIEUX DE L'HOPITAL VERS LES EHPAD

Afin d'avoir une vision globale et éclairée du sujet il convient de poser au préalable plusieurs éléments. Le contexte réglementaire tant sur ses enjeux, les outils mis à disposition que la gouvernance à activer amène naturellement à envisager les obligations d'évaluation interne et externe auxquelles sont soumises les établissements. Sur le secteur médicosocial il peut être mis en œuvre l'évaluation du risque infectieux par la grille d'autoévaluation élaborée par le GREPH (groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière). La réalisation de ce DARI (Document d'Analyse du Risque Infectieux) permet d'aborder cette démarche dans la valorisation des points positifs et la mise en exergue des points bloquants. Elle fait partie intégrante de la **rédaction du rapport d'évaluation interne** qui est la base de l'évaluation externe.

SECTEURS SANITAIRE ET MEDICOSOCIAL : DIVERGENCE DU REGLEMENTAIRE ET DES OUTILS DE GESTION DE LA QUALITE ET DES RIQUES

Les démarches qualité et gestion des risques des établissements sanitaires et médicosociaux ne répondent pas aux mêmes outils. Le secteur sanitaire s'évalue sur la base du manuel de certification de la HAS (Haute Autorité de Santé) référentiel national et doit mettre en œuvre un Plan Blanc. Le secteur médicosocial s'évalue sur la base des recommandations de l'**ANEMS** (Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements et services sociaux et Médicaux Sociaux) qui sous tendent autant de référentiels internes et réalise un **Plan Bleu**.

Les enjeux réglementaires organisent un univers contraint. Sur le secteur médicosocial les établissements doivent entrer dans une démarche d'évaluation. Selon un calendrier défini de façon législative : un rapport d'évaluation interne doit être

rédigé et remis aux autorités de tarification avant de satisfaire à l'évaluation externe par un cabinet habilité. Les échéances sont lissées sur la durée de validité de l'autorisation de fonctionner soit 15 ans. Réussir l'évaluation externe permet de reconduire cette autorisation pour 15 ans. Le secteur sanitaire est soumis à la certification HAS tous les 4 ans. L'enjeu n'est pas la reconduite du fonctionnement mais les résultats viendront alimenter un compte qualité prenant en compte divers indicateurs.

DANS TOUS LES CAS EVITER UNE SITUATION DE CRISE

Le risque infectieux est une rubrique des différentes natures de risque intégré au périmètre de fonctionnement des établissements. Il s'agit bien de gérer le risque dans ses dimensions préventive et curative. L'objectif est de pouvoir prévenir ou intervenir dans la fenêtre d'intervention encore possible lors de l'accumulation des fragilités matérialisée par les dysfonctionnements ou évènements indésirables. Sans ces interventions la crise se développe et conduit la structure dans le chaos de la crise aigue avant d'engager les phases de cicatrisation, résilience et changement fortement impactantes et chronophages.

MANAGEMENT DU RISQUE : UN DEBUT DE CONVERGENCE SUR LES DEUX SECTEURS

Comment manager le risque infectieux sans établir une gouvernance de gestion des risques ? Le secteur sanitaire est mieux doté à cet égard. Le partage du management du risque se fait au niveau de la direction et du Président de CME (Commission Médicale d'Établissement) en vertu du réglementaire. Ce dernier établit la politique qualité et de la sécurité des soins. Des sous commissions de la CME traitent des différentes natures des risques. Sur les EHPAD le MEDEC (médecin coordonnateur), par les décrets qui lui confèrent ses missions, définit la politique de sécurité des soins. L'unique

instance réglementaire qui régit la politique de soins est la **CCG** (Commission de Coordination Gériatrique) présidée par le MEDEC.

FOCUS SUR LA GESTION DU RISQUE INFECTIEUX EN MEDICOSOCIAL : ENGAGER UNE AUTOEVALUATION POUR ANALYSER LE RISQUE INFECTIEUX

Le réglementaire du secteur médicosocial concernant le risque infectieux prend en compte les maladies à déclarations obligatoires, les cas groupés d'IRAB, les potentielles menaces sanitaires. La circulaire du 30 09 2011 traitant de la prévention du risque infectieux propose une autoévaluation avec **l'outil du GREPH** (Groupe d'Evaluation des Pratiques en Hygiène Hospitalière). L'échéance de production du **DARI** qui analyse le risque en hiérarchisant les actions correctives était fin 2012. Cela a été abrogé. Il était prévu une communication externe à l'ARS (Agence Régionale de Santé) via un rapport de 4 pages. La communication interne était facilitée par un poster didactique. Tout cela est réalisable via un logiciel à disposition sur une plateforme de saisie. Le document propose une analyse par chapitres :

Chapitre I - Organisation des moyens de prévention dans l'établissement ;
 Chapitre II - Gestion de l'environnement et des circuits ;
 Chapitre III - Gestion du matériel de soins ;
 Chapitre IV - Gestion des soins ;
 Chapitre V - Les vaccinations contre les affections respiratoires ;
 Chapitre VI - Gestion des risques épidémiques ;
 Chapitre VII - Prévention des accidents avec exposition au sang.
 Il s'agit de coter la conformité aux caractéristiques de chacun des chapitres. Les résultats sont rendus par pourcentage en fonction de l'atteinte des valeurs cibles. Le DARI correspond à cette autoévaluation et à la production d'un plan d'action après hiérarchisation des conséquences des écarts relevés.

Contrairement au secteur sanitaire qui est doté de compétences et d'instances dédiées au risque infectieux le secteur médicosocial doit activer d'autres leviers facteurs de réussite. Afin de conduire ce projet d'analyse de l'existant il est impératif de marquer fortement l'implication de la direction. Elle doit être pilote elle-même du projet ou donner délégation officiellement. Informer tout le personnel et les instances existantes est indispensable pour partager le même niveau d'information. La création d'un groupe de travail pluridisciplinaire permet l'atteinte des objectifs en cotant l'intégralité des items pour réaliser un plan d'action et suivre les indicateurs.

DES POINTS POSITIFS A CETTE DEMARCHE D'ANALYSE

On relève un certain nombre de points positifs à **l'utilisation des outils**. En effet, le temps d'analyse de l'existant est peu impactant car 3 fois 1 heure est suffisant en groupe pluridisciplinaire. L'édition du rapport est facilitateur pour la communication de la restitution des résultats. De fait cette communication aisée permet l'affichage d'une politique volontariste de management du risque: au niveau du personnel, des résidents et des familles, des partenaires du réseau local, des autorités de tarification. Elle est aussi un appui à la gestion des paradoxes. Il s'agit bien

de rendre le risque acceptable. Le risque zéro n'existe pas et il faut marquer la compatibilité entre le concept sociétal de non acceptation du risque et le fait que souvent l'obligation de moyens se transforme en obligation de résultats.

D'autres éléments positifs concernent la **mise en œuvre de la démarche**. Le questionnement sur les pratiques est toujours favorable : conditions d'entretien du matériel type plateforme ou chaise de pesée, du brassard du tensiomètre (alors que chariot de soins nettoyé), gestion des tenues du personnel et des stagiaires accueillis (change journalier). C'est l'occasion de mettre à jour les connaissances du personnel: précautions standard et complémentaires, utilisation de la SHA, des gants, gestion des déchets (cartographie et circuit), importance de la vaccination... L'opportunité de découverte de nouveaux outils oblige à l'ouverture du MEDEC et de l'IDEC au document unique des risques professionnels, au carnet sanitaire de suivi de l'hygiène de l'eau, au PMS (plan maîtrise sanitaire) en cuisine. Enfin utiliser une grille d'autoévaluation validée apporte une caution scientifique vis-à-vis des directions très marquées d'une logique gestionnaire.

APRES L'ANALYSE... LE PLAN D'ACTION... ET L'EMERGENCE DE POINTS BLOQUANTS...

Comme évoqué l'étape d'analyse est présente des avantages. En revanche au moment de poser les actions correctives à la gestion des écarts des **points bloquants émergent**.

La volumétrie importante de procédures à élaborer et diffuser peut apparaître insurmontable. En effet, il est nécessaire de trouver le temps dédié à la rédaction, la présentation et l'appropriation des procédures dans un contexte tendu. Il n'existe pas de temps suffisant de technicité qualicienne ou hygiéniste malgré l'appui des réseaux dédiés (EOH, CIRE, CCLIN). Le ratio de personnel est faible. Les temps de réunion sont limités et plutôt centrés sur le résident, l'évaluation interne et la préparation de l'évaluation externe. La **faible maturité de la culture de la qualité et de la gestion des risques** est liée au manque d'instances dédiées pour la communication de la gestion des risques comme la CME, la COVIRISQ. L'unique instance décrétée, la CCG ne présente pas de critère « hygiène » à l'ordre du jour réglementé. Cela ne permet pas d'améliorer la **difficulté de mobilisation des libéraux**. En effet, les conventions de partenariat signées avec les intervenants sont peu incitatives et par exemple n'offrent pas la possibilité de poser un cadre strict par exemple sur les bonnes pratiques de la prescription d'antibiothérapie. Il est par ailleurs illusoire et non pertinent d'inscrire les EHPAD dans le **zonage concernant l'hygiène des locaux**. Rechercher des BMR met en exergue la difficulté d'être sachant au regard de la population accueillie qui supporte mal l'isolement. En effet, cet isolement intervient sur un séjour de longue durée dans un univers de substitut de domicile. La population âgée et dépendante souvent atteinte de troubles cognitifs doit être prise en compte en considérant la place prépondérante des aidants souvent âgés aussi. Il s'agit bien de **gérer les équilibres entre les notions de projet de vie et de projet de soins**, le soin et le « prendre soin »,

le « cure et le care ». Comment dans ce contexte respecter l'autonomie décisionnelle, la liberté d'aller et venir ? Maintenir la vie relationnelle, l'animation, la convivialité, la citoyenneté pour rester dans une approche bienveillante ? Les conséquences de l'isolement chez une personne âgée fragilisée sont bien connues. La perte de la sociabilisation entraîne une perte du sens de la vie avec une démotivation à vivre, une mésestime de soi, une perte de l'appétit ? La dégradation de l'état physique et mental progressive s'engage et les conséquences s'amorcent : dépression, aggravation de la démence par manque de stimulation sur le plan affectif et intellectuel. Un autre élément mérite d'attirer l'attention. Il existe en effet, un risque accru de négligence de la part des intervenants : « derrière la porte fermée ».

EN CONCLUSION ... TRANSFORMER LA CONTRAINTE EN OPPORTUNITE ...

Réaliser un DARI en EHPAD s'intègre tout à fait dans le contexte réglementaire des évaluations interne et externe pour engager et pérenniser la culture d'amélioration continue et de gestion des risques des structures. Cependant la pérennité ne sera réelle que si les spécificités de l'EHPAD restent prépondérantes. Il convient donc de bien prendre en compte les points bloquants relevés à la mise en œuvre des actions correctives. Il s'agit bien de relever le défi de la gestion du risque dans un univers contraint à forte tonalité sociétale.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Strudel Denise. Prendre en soins les patients Alzheimer en EHPAD. repères en gériatrie; janvier 2013;vol.15.numéro 123
2. CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE N° DGCS/DGS/2011/377 du 30 septembre 2011 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médicosocial 2011/2013

3. Référentiel ANGELIQUE (mission MARTHE)
4. Référentiel de certification HAS
5. Loi HPST 21 juillet 2009
6. Décret n°2010-439 du 30 avril 2010
7. Décret n°2005-560 du 27 mai 2005, décret n° 2007-547 du 11 avril 2007, décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011: relatifs aux missions et temps de travail des médecins coordonnateurs en EHPAD
8. Recommandations de l'ANESM (agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicaux sociaux) : Conduite de l'évaluation interne en Etablissements et Services Sociaux et Médicosociaux (ESSM) : en lien avec :
9. « La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'Action sociale et des familles » (Juillet 2009).
10. la circulaire du 21 octobre 2011 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les ESSM
11. Décret n°2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux.
12. Décret n°2010-1319 du 3 novembre 2010 fixant le calendrier et les modalités de restitution des résultats des évaluations internes et externes des établissements médico-sociaux ont été fixés
13. Décret n° 2012-147 du 30 janvier 2012 relatif aux conditions de prise en compte de la certification dans le cadre de l'évaluation externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux

Séance plénière 5

Risque infectieux et activités ambulatoires : hémodialyse

PL09 - RISQUE INFECTIEUX EN CHIRURGIE (GÉNÉRALE) AMBULATOIRE

PABLO ORTEGA DEBALLON, *CHU de Dijon, Dijon*

LA CHIRURGIE AMBULATOIRE : LE NOUVEAU PARADIGME

De façon très pragmatique, la chirurgie ambulatoire est définie comme la réalisation d'un geste chirurgical sans passer de nuit à l'hôpital. Bien entendu, on fait allusion à des gestes de chirurgie nécessitant d'un plateau technique de bloc opératoire, avec un chirurgien et un anesthésiste (en opposition à la petite chirurgie réalisable au cabinet du généraliste ou en salle de consultation). Cela implique en pratique des gestes tels que la cataracte, l'arthroscopie, la ligature de trompes, l'amygdalectomie, le hallux valgus, la chirurgie pariétale simple, la proctologie bénigne, le sinus pilonidal, la cholécystectomie, la biopsie ganglionnaire, la pose de CIP, etc.

Le *développement de la chirurgie ambulatoire est un impératif* majeur dans tous les pays occidentaux. Ses bénéfices ne sont pas seulement d'ordre économique mais aussi de récupération pour le patient. Le consensus est total sur l'intérêt de ce type d'hospitalisation pour les patients âgés, plus susceptibles à la perte d'autonomie. Les conditions pour proposer à un patient un geste en régime ambulatoire sont bien codifiées et doivent être remplies : elles concernent surtout les co-morbidités du patient et son environnement. Le *retard de la France* en chirurgie ambulatoire est énorme : seulement 35% des patients opérés en France en 2009 ont été pris en charge en chirurgie ambulatoire, au dernier rang des pays de l'OCDE. A l'avenir, 80% des interventions chirurgicales seront réalisées en chirurgie ambulatoire (soit un potentiel de substitution français de 2 millions d'interventions), ce qui induira un véritable changement de modèle. Pour des interventions comme la cholécystectomie, la chirurgie thyroïdienne, l'hystérectomie vaginale, la splénectomie pour PTI, la chirurgie bariatrique, la symphyse pleurale pour pneumothorax spontané, etc, *l'hospitalisation ambulatoire deviendra la référence*, l'hospitalisation traditionnelle restant réservée aux seuls cas de contre-indication expresse. D'autres pays d'Europe (Grande Bretagne, Espagne, pays scandinaves) sont nettement en avance par rapport à nous.

L'ambulatoire est un système où *la dimension d'équipe est particulièrement importante*. Il faut que chaque acteur ait compris la philosophie sous-jacente : le chirurgien et l'anesthésiste, bien sûr, mais surtout l'infirmière, l'aide-soignante, le brancardier et la secrétaire. Si l'un de ces acteurs a l'impression de « faire des soins de moindre qualité » ou « au rabais », le système en pâtira fortement.

Il est important de comprendre que l'ambulatoire « n'est qu'un » régime de prise en charge. *La technique chirurgicale reste strictement identique* à celle utilisée pour un malade opéré en hospitalisation conventionnelle. La prise en charge anesthésique a quelques nuances visant un traitement antalgique plus efficace et minimisant le risque de nausées et vomissements postopératoires.

La HAS a publié en avril 2012 un document (« *Socle de connaissances* ») reprenant les différents aspects et principes de la chirurgie ambulatoire ^[1].

AMBULATOIRE : MOINS D'INFECTIONS... TRÈS PROBABLEMENT

Il est logique de penser que l'ambulatoire diminue de façon très importante l'incidence des infections nosocomiales en chirurgie. Déjà par la réduction de la durée d'hospitalisation (seul mécanisme direct), puis indirectement par une prise en charge associant moins de gestes (pas de sondage urinaire, pas de cathéter veineux central), des pathologies moins complexes en soi, des patients ayant moins de co-morbidités, des abordages chirurgicaux moins invasifs (donc moins de douleur, moins d'hypoventilation, moins d'infections respiratoires) et des interventions de durée plus courte et toujours programmées ^[2]. Cela a été étudié dans 2 systèmes de surveillance des ISO : un français (dans le cadre du programme de surveillance et de prévention des ISO des services de chirurgie de l'interrégion Nord - INCISO) et un allemand (dans le cadre de l'évaluation d'un système de surveillance des infections du site opératoire allemand - AMBU-KISS) ^[3-6]. Dans ces études on compare

la chirurgie conventionnelle à l'ambulatoire. Ceci dit, il y a le problème dans les études françaises du biais du suivi (probablement plus « allégé » en ambulatoire par rapport à l'hospitalisation conventionnelle). Le système allemand (AMBU-KISS), se base sur la déclaration par le chirurgien ou le médecin généraliste du patient, par renvoi d'un questionnaire, de la survenue d'une infection du site opératoire ou de contamination de la plaie dans les 30 jours qui suivent l'intervention. Cela donne un peu plus de crédibilité au suivi. Ceci dit, dans ce cadre, aucune différence significative dans le nombre d'infections du site opératoire n'a été mise en évidence pour la cure de hernie inguinale : 0.78% en hospitalisation classique contre 0.65% en ambulatoire (P=0,49). Donc même si l'on pense (et il est raisonnable de le penser) que l'ambulatoire fait baisser le taux d'ISO, on ne la pas clairement prouvé.

SEULEMENT L'ISO COMPTE POUR L'AMBULATOIRE

L'ISO est le mode d'infection nosocomial le plus fréquent qu'on peut attendre en ambulatoire. En effet, les autres infections habituellement tracées (pneumonie, infection liée au cathéter veineux, infection urinaire) sont rarissimes du fait de la courte durée de l'intervention et de l'hospitalisation, de l'absence de sondage urinaire et de voie centrale, de l'optimisation du traitement antalgique et du terrain des patients opérés en ambulatoire.

Concernant l'ISO, en chirurgie générale ambulatoire, il y a deux types de situations :

- Chirurgie propre (essentiellement chirurgie pariétale et endocrinienne, pose de CIP) : le taux d'ISO est très faible (< 1% en tous cas) et causé essentiellement par des germes cutanés. La préparation cutanée reste donc le point clé de leur prévention.
- Chirurgie propre-contaminée, contaminée ou sale, donc la chirurgie viscérale (cholécystectomie, chirurgie gastro-intestinale ou des voies urinaires, proctologie) : le taux d'ISO est plus important mais la cause principale est d'origine digestif ou urinaire... donc la préparation cutanée n'est pas le point clé.

La France reste très en arriérée par rapport à d'autres pays occidentaux en matière de préparation préopératoire pour la chirurgie. Le « principe de précaution », si solidement ancré dans l'identité française, a été invoqué (en l'absence de bases scientifiques solides, par définition) pour la mise en place de procédures (« protocoles ») qui ont été brandis fanatiquement pendant des années. Des générations de médecins, d'infirmières et d'aides-soignantes ont été formatées selon ces règles. Maintenant que l'évidence va dans le sens opposé (celui de l'allègement de la préparation cutanée)^[7-12], ce qui est particulièrement logique en chirurgie viscérale, on peine énormément à déroger à toutes ces précautions qui induisent une perte de temps et d'argent importante, donc une inefficience du système. En effet, les soignants ont l'impression de « mal faire » et de « mettre en risque les patients ».

A Dijon, en concertation avec le Service d'Hygiène Hospitalière, l'équipe chirurgicale, les cadres de soins et de bloc opératoire, et avec l'accord du CLIN, un nouveau protocole de préparation

pour les patients de chirurgie générale (ambulatoire ou pas) a été mis en place en septembre 2011. A cette même période, une surveillance renforcée des ISO a été instituée.

PREPARATION AVANT UNE INTERVENTION CHIRURGICALE en Chirurgie Générale et Digestive (ambulatoire ou pas) au CHU de Dijon depuis septembre 2011

- DANS LES 12 HEURES AVANT LA CHIRURGIE, UNE DOUCHE AVEC DU SAVON ET DU SHAMPOING, BROSSAGE DES DENTS PUIS HABILLAGE AVEC DES VETEMENTS PROPRES, SONT INDIQUEES CHEZ TOUS LES PATIENTS. En pratique, la douche à lieu le soir dans le service pour les malades hospitalisés la veille de l'intervention, et à domicile pour les malades hospitalisés le jour même.
- CETTE PREPARATION N'EST PAS REALISEE CHEZ LES PATIENTS OPERES EN URGENCE.
- ENLEVER LES POILS SEULEMENT QUAND CELA EST INDISPENSABLE AU GESTE OPERATOIRE (au critère du chirurgien). S'IL LE FAUT, UTILISER UNE MACHINE ELECTRIQUE DE TONTE (surtout pas de rasoir). En pratique, cela sera fait chez toutes les cures de hernie inguinale par voie ouverte à l'arrivée dans le service..
- CHEZ LES PATIENTS AYANT PRIS LEUR DOUCHE AU SAVON (normalement tous les patients programmés), UN SEUL BADIGEON D'ANTISEPTIQUE (POVIDONE OU CLORHEXIDINE) PAR L'EQUIPE CHIRURGICALE EN CONDITIONS STERILES. ON NE FERA DONC PAS DE LAVAGE A LA BETADINE SAVONNEUSE AVANT L'INTERVENTION.
- CHEZ LES PATIENTS N'AYANT PAS PRIS LEUR DOUCHE PREOPERATOIRE (chirurgie en urgence), LE LAVAGE A LA BETADINE SAVONNEUSE AVANT L'INTERVENTION RESTE A L'APPRECIATION DE L'EQUIPE.
- EN CAS D'URGENCE VITALE AUCUNE PREPARATION CUTANE N'EST A FAIRE
- EN L'ABSENCE D'UN BENEFICE PROUVE QUELCONQUE (et devant le doute concernant leur préjudice potentiel) LES STERI-DRAP OU ASSIMILES NE SERONT PAS UTILISES SYSTEMATIQUEMENT.
- LES PROTECTEURS DE PAROI (JUPES) SONT RECOMMANDEES POUR LA CHIRURGIE VISCERALE

Par ailleurs, il est rappelé que :

- EN L'ABSENCE DE FAUTE OU DOUTE SUR UNE FAUTE PENDANT LA MISE EN PLACE DES CHAMPS OPERATOIRES, IL N'EST PAS NECESSAIRE DE CHANGER DE GANTS AVANT D'INCISER
- IL EST RECOMANDE D'UTILISER 2 PAIRES DE GANTS
- LE REBADIGEONNAGE DES BERGES EN FIN D'INTERVENTION N'AYANT PAS MONTRE D'INTERET, IL RESTE AU CRITERE DU CHIRURGIEN.

REFERENCES

1. Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire. Rapport d'évaluation technologique. HAS – ANAP. www.has-sante.fr ou www.anap.fr
2. Sewonou A, Rioux C, Golliot F, Richard L, Mas-sault PP, Johanet H, et al. Incidence des infections du site opératoire en chirurgie ambulatoire: résultats du réseau de surveillance INCISO en 1999-2000. *Ann Chir* 2002; 127: 262-7.
3. Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales de l'interrégion Paris-Nord. Programme de surveillance et de prévention des infections du site opératoire. Services de chirurgie de l'inter-région Nord. Réseau INCISO. Rapport Octobre 2001. Paris: CCLIN Paris-Nord; 2001. <http://www.cclinparisnord.org/Inciso/2001/rapport2001.pdf>
4. Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales de l'interrégion Paris-Nord. Programme de surveillance et de prévention des infections du site opératoire. Services de chirurgie de l'inter-région Nord. Réseau INCISO. Rapport Novembre 2004. Paris: CCLIN Paris-Nord; 2004.
5. Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales de l'interrégion Paris-Nord. Programme de surveillance et de prévention des infections du site opératoire. Services de chirurgie de l'inter-région Nord. Réseau INCISO. Rapport Novembre 2010. Paris: CCLIN Paris-Nord; 2010. http://www.cclinparisnord.org/Inciso/2010/Rapport_INCISO10.pdf
6. Mlangeni D, Babikir R, Dettenkofer M, Daschner F, Gastmeier P, Ruden H. AMBU-KISS: quality control in ambulatory surgery. *Am J Infect Control* 2005;33(1):11-4.
7. Ellenhorn JD, Smith DD, Schwarz RE et al. Paint-only is equivalent to scrub-and-paint in preoperative preparation of abdominal surgery sites. *J Am Coll Surg* 2005; 201: 737-41.
8. Webster J, Osborne S. Preoperative bathing or showering with skin antiseptics to prevent surgical site infection. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 9: CD004985
9. Tanner J, Norrie P, Melen K. Preoperative hair removal to reduce surgical site infection. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 11: CD004122.
10. Webster J, Alghamdi AA. Use of plastic adhesive drapes during surgery for preventing surgical site infection. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 1: CD006353.
11. Arrowsmith VA, Taylor R. Removal of nail polish and finger rings to prevent surgical infection. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 5: CD003325.
12. Qadan M, Akça O, Mahid SS, Hornung CA, Polk HC. Perioperative supplemental oxygen therapy and surgical site infection: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Surg* 2009; 144: 359-66.

Résumés
des communications
parallèles

SP2 - Communications libres 1

RISQUE INFECTIEUX HORS MCO

CL-01

MISE EN PLACE D'UN OUTIL POUR LA PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION CROISÉE ET DU RISQUE ÉPIDÉMIQUE EN EHPAD

VAN DER MEE-MARQUET N.⁽¹⁾, **GIRARD N.**⁽¹⁾,
GROUPE RÉGIONAL DES EHPAD⁽²⁾

⁽¹⁾ Centre Hospitalier Universitaire, TOURS CEDEX, FRANCE ;

⁽²⁾ Réseau des Hygiénistes du Centre, RHC, TOURS CEDEX, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En lien avec l'évolution alarmante de l'épidémiologie des EBLSE et des EPC (EARSS 2012), nous avons mis en place depuis 2010 pour les EHPAD volontaires, la surveillance des infections, complétée par celle du portage des BMR. Nous rapportons les résultats marquants et leur analyse

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une enquête de prévalence 1 jour donnée des infections a été réalisée en 2010 et 2012 (60 EHPAD, 720 résidents), l'enquête étant complétée par la recherche simultanée du portage digestif/urinaire des BMR pour les résidents inclus. L'analyse des BMR isolées (mécanismes de résistance, PFGE) a été réalisée dans l'objectif de détecter les diffusions intra-EHPAD.

RÉSULTATS

La prévalence des infections est faible (<1%); les infections principalement urinaires (4/6, 67%).

Le portage asymptomatique des BMR est faible mais augmente entre 2010 et 2012 (1,6% vs 4.7%, p=.013).

La prévalence du portage varie selon les EHPAD (0-24%) en lien avec des phénomènes épidémiques (2 EHPAD en 2012).

Les BMR sont exclusivement des EBLSE, principalement des colibacilles (16/20, 80%).

Les facteurs de risque associés au portage sont l'état général altéré, la perte d'autonomie, les antécédents récents d'hospitalisation et d'antibiothérapie, l'incontinence fécale et/ou urinaire.

CONCLUSION

La transmission croisée des EBLSE et EPC est centrée sur le péril fécal et la prévention de cette transmission repose sur l'application de précautions standard.

Au sein des établissements de santé, le respect des précautions standard au cours des soins a démontré leur efficacité pour prévenir le risque épidémique associé à la transmission croisée des EBLSE. Les personnels connaissent et comprennent l'intérêt des précautions barrières.

En EHPAD, l'incidence des infections associées aux soins est faible, la transmission croisée invisible. Au quotidien, la perception du risque infectieux est limitée, et l'intérêt des précautions standard moins évident.

Néanmoins les EHPAD hébergent des résidents à risque du point de vue de la colonisation par ces BMR (dans notre étude, >1 résident /2 non autonome pour 3/4 EHPAD ; >1 résident /2 incontinent urinaire pour 3/4 EHPAD, >1 résident /2 incontinent fécal pour 1/4 EHPAD). Et les **excreta** présentent une quantité importante de bactéries pouvant être disséminées lors de la toilette et des changes. Le respect des précautions standard est primordial. La mise en place en EHPAD d'une surveillance régulière des infections, complétée par le suivi du portage des BMR présente 3 avantages: 1/ sa faisabilité, 2/ l'accompagnement des professionnels dans une démarche d'amélioration et 3/ constituer un outil de détection des épidémies.

CL-02

PATIENT HANDICAPÉ MOTEUR ET BMR: COMMENT MAÎTRISER LE RISQUE DE TRANSMISSION CROISÉE DANS UNE POPULATION AVEC LOURDE CHARGE EN SOINS ?

JANNET-DURAND L., **EL SAYED F.**, **BELLECM.**, **LEON L.**,
JENSEN J., **HAAR I.**, **PICHARD F.**, **PETIT A.**, **SCHNITZLER A.**,
HUGERON C., **RONCO E.**, **LAWRENCE C.**
CHU R. Poincaré, GARCHES, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le portage de BMR est important chez les patients handicapés moteurs. L'objectif de cette étude est de mieux évaluer et prendre en charge ce type de risque dans les services hospitaliers qui accueillent ces patients.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le service de médecine physique et réadaptation prend en charge des patients handicapés moteurs. Une prévalence

mensuelle du portage de BMR a été mesurée en 2011 et 2012 par un dépistage anal et nasal à l'entrée et mensuellement pour l'ensemble des patients hospitalisés en soins de suite et réadaptation (SSR), soit environ 750 patients admis par an pour 22000 JH. Une alerte est déclenchée pour tout nouveau cas et un tableau récapitulatif mensuel est affiché dans les postes de soins après validation par l'équipe d'hygiène et les cadres des différents secteurs. Dans la mesure du possible, les patients porteurs de BMR sont regroupés dans les mêmes chambres. Deux groupes de patients ont été inclus : un groupe comprenant des patients cérébrólésés (groupe CL) et un groupe de patients blessés médullaires (groupe BM) hospitalisés dans deux secteurs indépendants (y compris le plateau médico-technique).

RÉSULTATS

La prévalence mensuelle moyenne du portage, mesurée sur 24 mois, est de 24% patients présents dans le groupe CL et de 36% patients présents dans le groupe BM. L'incidence mensuelle moyenne des nouveaux cas est de 6 pour 100 patients dans le groupe CL et de 9 pour 100 patients dans le groupe BM. Parmi ceux-là, 74% des cas sont importés dans le groupe CL et 73% dans le groupe BM. Sur les 164 nouvelles BMR isolées, 36% étaient *S. aureus* résistant à la méthicilline 27 % *E. coli* BLSE, 24% *K. pneumoniae* BLSE et 5% *A. baumannii* multiR. En deux ans, deux patients ont été admis porteurs de *P. aeruginosa* VIM et un patient admis porteur d'entérocoque résistant à la vancomycine. Une levée de l'isolement après trois dépistages négatifs a pu être mise en œuvre pour 24 patients sur les deux années de suivi. Seuls 2 patients ont été à nouveau retrouvés positifs au même germe (8%).

CONCLUSION

Cette étude montre que le portage de BMR par les patients handicapés moteur reste très élevé et que près des trois-quarts des cas identifiés en SSR sont importés. Le portage est plus important chez les patients blessés médullaires qui requièrent plus de soins de gestion des *excreta*. Un retour mensuel des cas permet une meilleure sensibilisation des équipes soignantes au risque de transmission croisée.

CL-03

ÉTAT DES LIEUX DE LA GESTION DU RISQUE INFECTIEUX DANS LES EHPAD DE FRANCHE-COMTÉ : BILAN À MI-PARCOURS D'UN DISPOSITIF INNOVANT

SLEKOVECC.⁽¹⁾, **BERJAMYF.**⁽¹⁾, **TISSOTÉ.**⁽¹⁾, **BAVERELJ.**⁽²⁾, **FLORET N.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Chu de besançon, BESANÇON, FRANCE ; ⁽²⁾ Agence régionale de santé Franche-Comté, BESANÇON, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans le cadre de la politique de prévention des IAS, la région Franche-Comté s'est dotée d'un dispositif innovant d'appui territorialisé aux EHPAD décliné selon 2 axes. D'une part l'appui par un médecin gériatre hygiéniste et un pharmacien hygiéniste pour la réalisation du document d'analyse du risque infectieux (DARI) (standardisation du recueil, expertise) et d'autre part la mise à disposition des EHPAD d'infirmiers diplômés d'État (IDE) de territoire notamment pour la mise en œuvre du plan d'action défini par le DARI.

L'objectif de cette étude était de réaliser un état des lieux de la maîtrise du risque infectieux dans les EHPAD de Franche-Comté en tenant compte de leur adossement ou non à un établissement de santé (ES).

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les EHPAD de Franche-Comté accompagnés pour la réalisation de leur DARI avant le 1^{er} décembre 2012 ont été inclus. L'outil du GREPHH pour la maîtrise du risque infectieux en EHPAD a été utilisé comme référentiel. Les variables quantitatives ont été comparées par le test de Wilcoxon au risque $\alpha = 5\%$.

RÉSULTATS

Quarante-quatre des 130 (33,8%) EHPAD de Franche-Comté ont été inclus dont 11 (25%) étaient adossés à un ES. Les EHPAD réalisaient 63,5 % de leurs objectifs, ce score différait significativement selon que l'EHPAD était ou non adossé à un ES (respectivement 77,3% et 58,9%, $p < 10^{-3}$). Une différence significative en fonction du statut de l'EHPAD a également été mise en évidence pour chacun des 7 chapitres du DARI ($p < 0,04$) : le chapitre III relatif à la gestion du matériel de soins était celui qui obtenait le score le plus faible (24,7 %), le chapitre VI relatif à la gestion des épidémies obtenait le meilleur score avec 77,9 % de réalisation des objectifs.

CONCLUSION

La démarche de maîtrise du risque infectieux en EHPAD est globalement bien initiée. Il existe une variabilité d'atteinte des objectifs selon les chapitres. L'outil du GREPHH valorise l'existence de procédures. Les EHPAD adossés à un ES bénéficient de celles de l'ES et obtiennent ainsi des scores supérieurs aux EHPAD non adossés. L'appui des IDE de territoire devrait permettre une amélioration de la maîtrise du risque infectieux dans l'ensemble des EHPAD par la mise en place ou l'adaptation de procédures à ces structures, prérequis indispensable à leur application.

CL-04

GESTION DES ÉPIDÉMIES D'IRA EN EHPAD : EXPÉRIENCE DES PAYS DE LA LOIRE

AVRIL C., DE SALINS V., RAYMOND F.
Chu Nantes, Nantes, France

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Depuis 2010, un groupe de travail réunissant l'ARLIN, la CIRE, l'ARS ainsi que des soignants, a diffusé des outils à destination des EHPAD, afin de les aider à gérer leurs épidémies d'infections respiratoires aiguës (IRA) et de gastro-entérites. Ces outils doivent permettre à chaque EHPAD de détecter les cas groupés d'infection, de mettre rapidement des mesures de contrôle adaptées et d'en faire le signalement à l'ARS

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les outils (feuilles de surveillance, fiches « conduite à tenir », check-list, affiches, feuilles de signalements spécifiques) ont été envoyés par courrier et mis à disposition sur les sites Internet de l'ARS et de l'ARLIN. Ils ont été accompagnés par les 8 réseaux d'hygiène ligériens qui proposaient des formations de proximité. Un point épidémiologique hebdomadaire est diffusé à toutes les structures par mail. Afin d'en apprécier l'impact, une évaluation des différentes actions a été réalisée. L'analyse des signalements et une enquête de satisfaction ont été organisées via Internet par la CIRE.

RÉSULTATS

93% des 560 EHPAD ont participé à au moins une des formations proposées.

205 épisodes d'IRA ont été analysés et concernent 3402 résidents et 408 personnels soignants. La durée de l'épidémie est de 13 jours en moyenne. Le taux d'attaque est de 22%. Des critères de gravité existent dans 28% des cas avec 1,9 % de décès. Le taux d'attaque est réduit quand des mesures sont mises en place dans un délai inférieur ou égal à 3 jours.

Les mesures de contrôle mises en place sont le renforcement de l'hygiène des mains (95%), le port des masques (87%) et la limitation des déplacements des résidents (81%). Par contre, l'utilisation de chimioprophylaxie est très faible (2%) même quand un TDR de grippe est positif.

Les outils ont été jugés globalement utiles (75 à 95 % selon les outils) et satisfaisant pour 54% des soignants. Une amélioration des pratiques est rapportée, essentiellement en ce qui concerne le respect des précautions standard au quotidien (90%) et la meilleure gestion des épidémies (84%).

CONCLUSION

Les résultats de ce travail sont encourageants. Il a entraîné une dynamique du signalement avec une amélioration de la qualité de celui-ci en favorisant l'échange entre les structures régionales et les EHPAD. L'enquête d'évaluation montre que les outils, même s'ils nécessitent des évolutions sont utiles pour la

gestion des épidémies. Elle souligne également l'importance des formations par les réseaux ligériens qui accompagnent ces outils et permettent d'aborder d'autres aspects de la gestion du risque infectieux. La mise à disposition de TDR qui complètera le dispositif actuel.

CL-05

HYPODERMITE À SASM SÉCRÉTEUR DE TOXINE TSST1 DANS LES SUITES D'UNE LIPOLYSE AU LASER RÉALISÉE DANS UN CABINET DE MÉDECINE ESTHÉTIQUE

SERINGE E.⁽¹⁾, NOVAKOVA I.⁽¹⁾, ORTMANS C.⁽²⁾, LAWRENCE C.⁽³⁾, BLANCHARD H.⁽⁴⁾, ASTAGNEAU P.⁽⁴⁾
⁽¹⁾ Arlin Ile-de-France, PARIS, FRANCE ; ⁽²⁾ ARS, DT 75, PARIS, FRANCE ; ⁽³⁾ C.H.U. RAYMOND POINCARE, GARCHES, FRANCE ; ⁽⁴⁾ Cclin Paris-Nord, PARIS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le 27/01/2012, un signalement est adressé via e-sin, concernant un cas de septicémie grave à *Staphylococcus aureus* sensible à la méthicilline (SASM) sécréteur de toxine TSST1 survenant à J5 d'une intervention de lipolyse au laser réalisée dans un cabinet de médecine esthétique.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Devant la gravité de l'infection, l'antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales concernée, organise conjointement avec l'ARS une investigation au cabinet de médecine esthétique. Un audit du cabinet est effectué au cours duquel le médecin décrit le déroulement classique de ce type d'intervention suivi du déroulement de celle de la patiente. Les protocoles dont dispose le médecin sont remis aux auditeurs et une visite des locaux est effectuée.

RÉSULTATS

La lipolyse au laser est réalisée le 13/01, sans incident notable. Au cours de la visite de contrôle le 16/01, il est noté un suintement de sérosités claires au niveau d'une des incisions. Dans la nuit du 18/01, elle est hospitalisée en réanimation pour choc septique et défaillance multiviscérale. Elle présente des lésions bulleuses au niveau d'une des incisions de la face latérale externe de la cuisse gauche. Une antibiothérapie large spectre est instaurée. Les prélèvements per opératoires retrouvent du SASM dont le CNR précisera qu'il est sécréteur de toxine TSST1 et d'endotoxines A et O. La patiente est intubée/ventilée, dialysée, son état se stabilise lentement et l'évolution apparaît favorable au bout d'1 mois.

Le médecin pratique environ 2 à 4 lipolyses par mois depuis 2008, pour lesquelles il ne déclare aucune complication. Le cabinet est situé dans un vaste appartement réparti sur 2 niveaux. Le praticien se prépare au rez-de-chaussée (lavage

des mains, stérilisation du matériel) et réalise l'intervention à l'étage dans une salle dédiée. Lors de l'audit, il est identifié que l'hygiène des mains, la préparation cutanée et les procédures de désinfection des dispositifs ré-utilisables ne sont pas conformes aux recommandations actuelles en vigueur. Dans les suites immédiates de la visite, il a été demandé au médecin de ne plus pratiquer la lipolyse au laser dans l'attente des conclusions de l'enquête. Cette pratique a été finalement rendue interdite le 1^{er} mars 2012 par décision du conseil d'état du 17 février 2012.

CONCLUSION

Cette infection sévère consécutive à un geste de soins invasifs en ville met en évidence les risques associés aux pratiques de médecine ambulatoire et la nécessité de sensibiliser et de former aux précautions standards les praticiens et les personnels soignants exerçant en secteur libéral.

SP3 - Communications libres 2

CL-07

LA « DÉSINFECTION EN QUATRE TEMPS » DU SITE OPÉRATOIRE À LA LUMIÈRE DE LA MÉDECINE FACTUELLE

SOUFRON J., MARCHAND P.

Clinique notre dame, VIRE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La "désinfection en quatre temps" du champ opératoire (DQT) consiste en un premier savonnage stérile avec un antiseptique moussant, suivi d'un séchage stérile avant le classique badigeonnage (avec une solution antiseptique du même produit), selon la recommandation de la Conférence de Consensus de la SFHH de 2004, recommandation classée A1. Quels sont les éléments factuels à l'appui de cette recommandation?

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous avons analysé les recommandations françaises et étrangères et les essais cliniques rapportés dans la littérature. Le texte « long » de la Conférence de 2004 cite 3 références (42, 43 et 44) : 42 est une publication du CDC (1999) et 44 une revue générale britannique (2001) qui ne font pas allusion à la DQT, mais simplement à la nécessité – rare - de nettoyer une souillure macroscopique (« gross ») avant toute intervention. 43, d'origine française, est une liste de 100 recommandations (1999), dont une qui conseille effectivement un double badigeonnage, sans aucune référence scientifique. Comment appuyer sur ces références une recommandation de grade A1 ?

Dans les recommandations de la Société Française de Chirurgie Digestive (SFCD - 2005) la DQT évoquée dans le texte n'est pas reprise dans les recommandations : « Il est recommandé d'appliquer sur le champ opératoire une solution antiseptique alcoolique (grade B) ».

A l'étranger, les recommandations du National Institute of Clinical Excellence (NICE) stipulent :

« Préparez la peau au niveau de la zone à opérer avant d'inciser en utilisant un antiseptique (aqueux ou alcoolique) : la povidone-iodine ou la chlorexidine sont les mieux adaptées ».

La DQT n'est pas recommandée. Au contraire, le NICE affirme : « il y a des preuves issues de la méta-analyse de deux essais contrôlés randomisés qu'il n'y a pas de différence dans le

taux d'infection post-opératoire après une préparation pré-opératoire de la peau par savonnage suivi de badigeonnage, par rapport au badigeonnage seul, avec une solution aqueuse de povidone-iodine ».

RÉSULTATS

Non seulement il n'existe pas d'étude probante pour recommander la DQT, mais, selon deux essais contrôlés randomisés relativement récents, l'état actuel des données scientifiques ne permet pas d'appuyer cette recommandation.

La SFCD et les sociétés étrangères ne recommandent pas la DQT. Or la DQT nécessite d'investir annuellement 3 min x 2.000.000 d'interventions = 100.000 heures de bloc, soit environ 40 millions d'€ par an.

CONCLUSION

Il semblerait raisonnable de s'en tenir pour l'instant aux recommandations de la SFCD.

Biblio : 10 réf.

CL-08

INFECTIONS DU SITE OPÉRATOIRE (ISO) ET FACTEURS DE RISQUE EN CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE DU SEIN : ENQUÊTE DANS 15 CENTRES DE LUTTE CONTRE LE CANCER (CLCC)

LOUIS M.Y.⁽¹⁾, LEMARIE F.⁽¹⁾, BERGER P.⁽²⁾, CLARISSE B.⁽¹⁾
⁽¹⁾ Centre François Baclesse, CAEN, FRANCE ; ⁽²⁾ Institut Paoli Calmettes et Groupe de Prévention des Infections en Cancérologie (GPIC), MARSEILLE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les données sur les ISO en oncologie sont rares et contradictoires avec un taux 10 fois supérieur à celui de la population générale. La chirurgie du cancer du sein est, en général, une chirurgie propre concernant des patients sans comorbidités. Une enquête prospective menée en 2008 parmi 1686 chirurgies du cancer du sein a révélé un taux d'ISO à 30 jours de 4.1%. Les facteurs de risque retenus étaient une chirurgie sur le même site à 30 jours et les ponctions post-opératoires. L'objectif de notre nouvelle étude prospective était d'évaluer les mesures correctives mises en place, d'affiner certains paramètres et d'identifier d'autres facteurs de risque.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'enquête concerne la chirurgie du cancer du sein d'exérèse et de reconstruction, de classe de contamination 1-2, réalisée durant le 1^{er} semestre 2011 dans 15 centres français spécialisés en oncologie. Elle concerne au moins 100 chirurgies consécutives par centre. Le recueil s'appuie sur la surveillance nationale des ISO (âge, scores ASA et NNIS, date de chirurgie, de survenue d'ISO, germe impliqué). Il est complété par un recueil spécifique à l'oncologie : type de chirurgie, antécédents de chimio et/ou radiothérapie, actes invasifs pré et post-opératoires, complément de chirurgie dans les 30 jours.

RÉSULTATS

L'enquête porte sur 2883 chirurgies, dont 2766 chirurgies initiales et 117 chirurgies pour reprise carcinologique à 30 jours. Le type d'intervention est disponible pour 2731 premières chirurgies : 1527 (56%) tumorectomies, 563 (21%) mastectomies, 143 (5%) et 170 (6%) reconstructions immédiates (RMI) et secondaires, 35 (1%) curages seuls, 293 (11%) plasties.

Le taux d'ISO à 30 jours est de 2.86% [IC95% : 2.27-3.55] (79 ISO) contre 4.1% [IC95% : 3.20-5.15] en 2008, soit une réduction de 30%, avec un délai médian de survenue à 16 jours. *S. aureus* est le plus souvent en cause.

L'analyse multivariée révèle plusieurs facteurs associés au risque d'ISO : un score ASA 3-4 (vs ASA 1) associé à un odds ratio ajusté (ORa) de 2.51 [1.21-5.18], la RMI associée à un ORa de 3.65 [1.41-9.42], le curage avec ou sans tumorectomie à un ORa de 4.58 [2.13-9.87]; aucune relation n'est retrouvée pour les autres types de chirurgie. Les ponctions d'hématome

et de lymphocèle sont associées à des ORa de 3.19 [1.33-7.66] et 2.98 [1.84-4.83], respectivement.

Aucune relation n'est retrouvée pour les antécédents de chimio/radiothérapie ni pour les actes invasifs préo-pératoires.

CONCLUSION

L'identification de facteurs de risque d'ISO spécifiques à l'oncologie encourage à une attention particulière, notamment en matière d'actes post-opératoires.

CL-09

EVALUATION DE L'UTILISATION D'UN CYSTOSCOPE À GAINÉ À USAGE UNIQUE AVEC CANAL OPÉRATEUR EN CONSULTATION D'UROLOGIE

COSTEA.C.⁽¹⁾, GARDESS.⁽¹⁾, ARMOIRYX.⁽²⁾, COUDRAISS.⁽¹⁾, REAT C.⁽¹⁾, RUFFION A.⁽¹⁾, GIRARD R.⁽¹⁾
⁽¹⁾ HCL Groupement hospitalier Sud, PIERRE BENITE CEDEX, FRANCE ; ⁽²⁾ HCL GH Est, 69677 BRON, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Pour les explorations de vessie par voie basse, les urologues utilisent des cystoscopes souples non stérilisables, qui après utilisation, relèvent d'une désinfection de haut niveau. Cette désinfection nécessite :

- Un local dédié équipé (paillasse de désinfection, ventilation)
- Une procédure supérieure à 40 min (attente entre 2 actes)
- Du personnel formé .
- Des coups en consommables stériles importants.

Un dispositif innovant associant une gaine stérile munie d'un canal opérateur à un cystoscope sans canal a été proposé. L'objectif de ce travail est de présenter les étapes d'évaluation de ce dispositif sur le plan médico-économique et en terme de risque infectieux, menées en collaboration entre l'équipe d'urologie et l'unité d'hygiène.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

• Formalisation (rédaction d'un protocole) et évaluation (audit par observation) de la mise en place, du retrait des gaines, de la désinfection du cystoscope et de la préparation cutanée du patient avant l'acte.

• Réalisation d'une étude prospective dans 2 services d'urologie comparant 2 groupes de patients (groupe 1 : cystoscopie avec gaine à usage unique (CG) et désinfection de bas niveau, groupe 2 : cystoscopie standard (CS) avec une désinfection de haut niveau) pour des actes à visée exploratoire, évaluant :

- la survenue d'infection urinaire
- l'impact économique et organisationnel de l'introduction des CG comparativement aux CS.
- la fréquence de gaines intactes (leak test).

• Présentation de résultats au CLIN pour validation du protocole adapté à ce nouveau matériel, associée à un argumentaire sur

la législation des gaines et l'avis de la section risque infectieux de l'Association Française d'Urologie

RÉSULTATS

205 patients ont été inclus. Le taux d'infections urinaires était similaire dans les 2 groupes (7.1% Groupe 1; 6.2% Groupe 2). La durée d'installation du matériel était supérieure dans le groupe 1 : 16.2 min versus 10.9 dans le groupe 2. La durée moyenne de désinfection était significativement moindre dans le groupe 1 : gain de temps de 53.8 min. Le coût moyen d'une CG était inférieur à une CS, de façon significative dans le 1^{er} service d'urologie et non significative dans le 2nd service. 99.01% des gaines testées après utilisation étaient intègres.

CONCLUSION

Les cystoscopes utilisés avec une gaine permettent une économie significative sur la durée de désinfection, les coûts de consommables et les dépenses de personnels, tout en assurant aux patients une sécurité bactériologique comparable au CS, sous réserve de l'évaluation de l'intégrité de la gaine et de l'utilisation de lingette désinfectante.

CL-10

EVALUATION D'UN PROGRAMME DE DÉCOLONISATION DE PATIENTS PORTEURS DE SARM

SAIN.⁽¹⁾, *LAURENT C.*⁽²⁾, *STRALEH.*⁽¹⁾, *ROSTF.*⁽¹⁾, *TINSYP.*⁽¹⁾, *NAVARRÉ M.*⁽¹⁾, *ROISIN S.*⁽¹⁾, *DENIS O.*⁽³⁾, *BYL B.*⁽³⁾

⁽¹⁾ HÔPITAL ERASME, UNIVERSITÉ LIBRE DE BRUXELLES, BRUXELLES, BELGIQUE ; ⁽²⁾ CHR NAMUR, NAMUR, BELGIQUE ; ⁽³⁾ HÔPITAL ERASME ET ÉCOLE DE SANTÉ PUBLIQUE, UNIVERSITÉ LIBRE DE BRUXELLES, BRUXELLES, BELGIQUE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Évaluation rétrospective de l'efficacité d'une stratégie de décolonisation du portage de MRSA à l'exception des patients porteurs à haut risque d'échec, dans un hôpital universitaire de 868 lits.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les données de tous les patients porteurs de MRSA admis de 2006 à 2010 collectées prospectivement par l'équipe d'hygiène ont été rétrospectivement analysées : l'indication d'une décolonisation, la compliance à cette indication, la réalisation de celle-ci, le schéma de décolonisation utilisé (mupirocine intranasale + toilette au savon à la chlorhexidine 4% ou IsobétadineTM savon ; pendant 5 jours), son efficacité ainsi que les facteurs de risque d'échec. La stratégie de décolonisation excluait les cas suivants : portage respiratoire, mucoviscidose, escarres, BPCO.

Un succès de décolonisation a été défini comme étant l'obtention de 3 séries de frottis de dépistage (nez, gorge,

périnée) négatifs dans un délai de minimum 6 jours après l'arrêt du schéma de décolonisation de 5 jours.

RÉSULTATS

1150 patients (0.8 % des patients admis) ont été diagnostiqués porteurs de MRSA soit dès l'admission soit en cours de séjour. Parmi ceux-ci, 373 sont inévaluables (durée de séjour trop courte pour terminer la décolonisation ou évaluer son succès, décès durant cette période).

788 patients ont été évalués. Chez 509 (64,6%) d'entre eux, la décolonisation n'a pas été proposée. Tous avaient au moins un critère d'exclusion. 268 se sont vu prescrire une décolonisation (90 succès [34%] et 178 échecs). Par rapport à la cohorte complète, on observe donc 11,4% de succès de décolonisation. Les taux d'infection à MRSA parmi les succès et échecs sont respectivement de 5.56 et 13.48 % (RR d'infection si succès / échec : 0.41 [IC95% : 0.16-1.04]). Il n'y a pas de différence de taux d'infection entre patients non décolonisés et patients décolonisés sans succès.

CONCLUSION

Mise en évidence d'une bonne adéquation de la prescription de la décolonisation par rapport à la stratégie locale, et d'un taux très faible de succès par rapport aux données publiées. Ceci suggère d'exclure une différence de prévalence des facteurs de risque d'échec entre notre cohorte et celles publiées, de s'assurer de la compliance du personnel soignant au protocole de soin (non évalué), et d'envisager l'addition d'une décolonisation buccale ou par voie systémique.

CL-11

STABILISATION RÉCENTE DES CONSOMMATIONS D'ANTIBIOTIQUES DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ : DONNÉES CONTRASTÉES DU RÉSEAU ATB-RAISIN, 2008 ET 2011

DUMARTIN C.⁽¹⁾, *ROGUES A.M.*⁽²⁾, *L'HERITEAU F.*⁽³⁾, *PEFAU M.*⁽¹⁾, *LACAVÉ L.*⁽³⁾, *BERTRAND X.*⁽⁴⁾, *JARNO P.*⁽⁵⁾, *BOUSSAT S.*⁽⁶⁾, *GIARD M.*⁽⁷⁾, *INGELS A.*⁽⁵⁾, *MOUCHOT L.*⁽⁶⁾, *MACHUT A.*⁽⁷⁾, *ALFANDARI S.*⁽⁸⁾, *SCHLEMMER B.*⁽⁹⁾, *CREMIEUX A.C.*⁽¹⁰⁾, *REMY E.*⁽¹¹⁾, *TOURATIER S.*⁽⁹⁾, *VAUX S.*⁽¹²⁾

⁽¹⁾ CCLIN Sud-Ouest, BORDEAUX, FRANCE ; ⁽²⁾ CHU Bordeaux, BORDEAUX, FRANCE ; ⁽³⁾ CCLIN Paris-Nord, PARIS, FRANCE ; ⁽⁴⁾ CHU Besançon, BESANÇON, FRANCE ; ⁽⁵⁾ CCLIN Ouest, RENNES, FRANCE ; ⁽⁶⁾ CCLIN Est, NANCY, FRANCE ; ⁽⁷⁾ CCLIN Sud-Est, LYON, FRANCE ; ⁽⁸⁾ SPILE, TOURCOING, FRANCE ; ⁽⁹⁾ CHU Saint-Louis, PARIS, FRANCE ; ⁽¹⁰⁾ CHU A. Paré, PARIS, FRANCE ; ⁽¹¹⁾ Omedit, ROUEN, FRANCE ; ⁽¹²⁾ InVS, ST-MAURICE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La surveillance de la consommation des antibiotiques (ATB) conduite dans le cadre du réseau ATB-Raisin depuis 2008

participe au bon usage des ATB. Les objectifs sont de permettre à chaque établissement de santé (ES) de décrire et d'analyser ses consommations par rapport à un ensemble comparable. Afin d'étudier les tendances nationales d'évolution, les données d'une cohorte stable d'ES, ayant participé chaque année de 2008 à 2011, ont été analysées.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les quantités d'ATB à visée systémique (classe J01 de la classification Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) de l'OMS), la rifampicine et les imidazolés per os, dispensées en hospitalisation complète, ont été exprimées en nombre de doses définies journalières (DDJ) rapportées à l'activité selon les recommandations nationales (système ATC-DDD de l'OMS, 2011).

RÉSULTATS

Le nombre d'ES participant a augmenté de 861 en 2008 à 1 262 en 2011, représentant près de 60% des journées d'hospitalisation (JH) en 2011. La moitié de ces ES, soit 614 (23% des ES français) avaient participé chaque année depuis 2008. Dans ces ES, la consommation a progressé globalement de 6,4% : 370, 382, 392 et 393 DDJ/ 1000 JH de 2008 à 2011, soit une augmentation de 3,4% entre 2008 et 2009, de 2,5% entre 2009 et 2010, et une stabilisation entre 2010 et 2011 (+0,4%). Entre 2008 et 2011, les progressions les plus importantes ont concerné la pipéracilline-tazobactam (+48%), la ceftriaxone (+37%), les carbapénèmes (+35%) et les imidazolés (+22%). La croissance des carbapénèmes s'est ralentie entre 2010 et 2011 : 3% contre 12% et 18% les années précédentes. Entre 2010 et 2011, les consommations de teicoplanine, des fluoroquinolones et des cyclines et avaient régressé de 3,6%, 5%, et 9,4% respectivement ; les consommations d'amoxiclav, de macrolides, d'aminosides et de rifampicine étaient restées stables.

CONCLUSION

La participation, croissante chaque année, illustre l'intérêt des ES pour ce réseau ATB-RAISIN, qui fournit une aide à l'interprétation des données. Si la stabilisation récente des consommations de carbapénèmes est encourageante, la progression soutenue des consommations de ceftriaxone, fait craindre une augmentation de la résistance des entérobactéries aux céphalosporines de 3^{ème} génération (C3G) dans un contexte déjà inquiétant de diffusion de souches productrices de BLSE. Cette augmentation pourrait induire un recours plus fréquent aux carbapénèmes et avoir des conséquences catastrophiques sur la diffusion de souches productrices de carbapénémase. Des mesures de contrôle des consommations de C3G et de carbapénèmes sont nécessaires et urgentes.

CL-12

INFECTIONS RESPIRATOIRES VIRALES CHEZ LES PATIENTS HOSPITALISÉS: FRÉQUENCE, FACTEURS DE RISQUE, LIEN AVEC LA CIRCULATION COMMUNAUTAIRE DES VIRUS

COUTANT S.⁽¹⁾, **THIBON P.**⁽²⁾, **KEPSEU S.**⁽¹⁾, **ROUPIE E.**⁽³⁾, **LE COUTOUR X.**⁽¹⁾, **VABRET A.**⁽⁴⁾, **VERDON R.**⁽⁵⁾

⁽¹⁾ Hygiène Hospitalière, CHU de CAEN, CAEN, FRANCE ;

⁽²⁾ ARLIN Basse-Normandie, CHU de CAEN, CAEN, FRANCE ;

⁽³⁾ Urgences, CHU de CAEN, CAEN, FRANCE ; ⁽⁴⁾ Laboratoire de Virologie, CHU de CAEN, CAEN, FRANCE ; ⁽⁵⁾ Maladies Infectieuses, CHU de CAEN, CAEN, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le diagnostic virologique des IRV est rarement réalisé en ville et n'est pas effectué en routine à l'arrivée des patients aux urgences. L'épisode récent de la grippe A (H1N1) nous a montré combien il était important d'identifier rapidement les patients atteints.

Notre objectif était de quantifier l'incidence des IRV chez les patients hospitalisés, de la comparer à celle des infections virales communautaires, et d'identifier des facteurs associés à une origine virale.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'étude s'est déroulée du 1/12/2011 au 8/4/2012. Chaque jour, les patients présentant un syndrome possiblement lié à une complication d'une infection virale étaient identifiés aux Urgences. Cinq patients étaient alors tirés au sort et stratifiés sur le type de syndrome (cardiaque, respiratoire, ou autre). Un écouvillonnage nasal était alors pratiqué pour analyse virologique par PCR Multiplex Respifinder[®] détectant 15 virus et 4 bactéries intracellulaires.

RÉSULTATS

Au total, 258 patients ont été inclus parmi 1070 patients hospitalisés sur la période. Les inclus et non inclus n'étaient pas différents concernant âge, sexe ou période d'hospitalisation.

L'incidence des IRV était de 27,9% [22,5-33,8], 18,7% [10,1-30,5] pour les syndromes d'origine cardiaque, 37,6% [29,6-46,1] pour une origine respiratoire, et 13,2% [5,5-25,3] pour les autres syndromes.

Les virus les plus souvent isolés étaient les virus influenza et coronavirus : 17 cas chacun.

Les infections à virus influenza étaient corrélées à la circulation communautaire du virus (GROG) avec un décalage de 3 semaines (r de Spearman=0.86, $p < 10^{-3}$).

Parmi les facteurs liés à un résultat positif, on retrouvait la vie en EHPAD ($p=0.04$) et une température supérieure à 38°C à l'admission ($p=0.004$).

L'hyperthermie était plus souvent associée au diagnostic de grippe ($p=0.01$), et une CRP basse plus souvent associée à un diagnostic d'infection à entéro/rhinovirus ($p=0.01$) ; en cas

d'infection à coronavirus, les tableaux cliniques étaient plus pauvres que dans les autres cas ($p=0.02$).

CONCLUSION

En période de circulation communautaire, une origine virale de certains syndromes peut être fréquemment suspectée. Des mesures de prévention des IRV, notamment dans les

collectivités de personnes âgées, pourraient réduire la fréquence des complications (décompensations cardio-respiratoires le plus souvent). A l'hôpital, un diagnostic précoce permettrait d'améliorer la prise en charge des patients comme outil d'aide à la prise de décision quant à l'initiation d'une antibiothérapie ; et d'adapter les mesures préventives adéquates telle la mise en place de précautions complémentaires.

SP 4 - Session SPILF

LE RÔLE ET LES ACTIONS DU RÉFÉRENT SUR LE BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES

CPO4 - EXPÉRIENCE EN CH

LEVENT THIERRY,
Centre hospitalier de *Sambre-Avesnois*

Le Bon usage des antibiotiques est une priorité nationale¹. La Relation entre consommation et taux de résistance est clairement démontrée, l'émergence d'entérobactéries sécrétrices de carbapénémases en étant le dernier avatar. Les axes de la stratégie du bon usage sont clairement définis^{2,3}.

L'indicateur ICATB.1, en cours depuis 3 ans, définit la stratégie à mettre en œuvre dans les établissements de soins (organisation/moyens/actions). En 2013, l'Indicateur en simulation ICATB.2, renforce l'implication institutionnelle et surtout, définit le nombre d'ETP spécifiquement dédié à une activité de référent antibiotique au sein des établissements de soins.

La charge imputée aux CHG semble lourde. En effet, il faut dégager des ressources et une expertise locale en infectiologie (conseil, évaluation, formation (EPU)), des moyens mis à disposition (informatique, bureau, secrétariat, téléphone/fax/internet.....), du temps de formation (DU) et d'entretien des connaissances (congrès, colloque, EPU...). La valorisation de cette activité est évidemment incontournable⁶.

Le Centre Hospitalier de Sambre Avesnois (CHG, 550 lits MCO/EHPAD/psychiatrie, 126 727 jh en 2012) a mis en place une organisation conforme aux recommandations nationales. Ceci passe par la mise en place d'une structure opérationnelle composée d'une commission des anti-infectieux, d'une équipe opérationnelle en infectiologie (EOI) composée d'un praticien référent en antibiotiques, de la participation active d'un biologiste et des pharmaciens. Il importe que le référent soit reconnu. Ceci passe par une mise à niveau des connaissances et des pratiques cliniques. Pour être opérationnelle, notre EOI partage des informations communes (clinique, bactériologique, données de prescription) via l'intranet de l'établissement. Le référent est chargé de valider au jour le jour la prescription des molécules cibles (carbapénèmes, glycopeptides, fluoroquinolones et C3G injectables) après discussion avec les cliniciens. En 2013, un temps médical dédié spécifiquement à une activité de référent a été acté en CME. Il s'agit d'une activité multi-site couvrant l'ensemble des établissements de soins public du bassin de vie (6 établissements, 1491 lits, MCO/EHPAD/SSR-SLD/psychiatrie) soit 0,5 ETP.

La surveillance des résistances bactériennes et des niveaux

de consommation des antibiotiques constitue un indicateur d'impact. Il en est de même de l'évaluation des pratiques professionnelles concernant la prescription des antibiotiques tant en curatif qu'en prophylaxie chirurgicale.

L'aide à la prescription passe, pour ce qui nous concerne, par la mise à disposition des cliniciens de l'établissement, de la version informatique d'Antibiogarde. Cependant, l'expérience montre que ce n'est pas suffisant, et que la discussion confraternelle demeure un point fondamental dans une politique de rationalisation de la prescription. Il s'agit donc de mettre en place un encadrement des prescriptions consenties par le plus grand nombre.

De la même façon, une politique de formation et de sensibilisation des praticiens de l'établissement au bon usage des anti-infectieux est un élément très structurant.

Il convient, pour un clinicien référent non infectiologue, de travailler en réseau. Plus particulièrement en étroite collaboration avec le(s) service(s) d'infectiologie des établissements référents (CHU et CH) du secteur ou de la région. Il s'agit de sécuriser et d'optimiser la prise en charge de certaines pathologies lourdes comme les infections ostéo-articulaires complexes relevant d'un CRIOAC par exemple. Moyennant ces précautions de base, la prise en charge de la majorité des situations cliniques relevant de la pathologie infectieuse peut être assurée localement.

La valorisation de l'activité du référent passe par la traçabilité des interventions, et le « *retour sur investissement* » par la codification PMSI, plus particulièrement par un complément de codification (germes, BMR, pathologie infectieuse associée). L'impact d'un référent n'est pas immédiat, il faut se méfier d'une approche purement comptable et quantitative (type moins 30% de prescriptions en 3 ans). Nous sommes dans un domaine éminemment complexe et plurifactoriel, même si les grands axes d'amélioration sont connus.

BIBLIOGRAPHIE

1. Comment améliorer la qualité de l'antibiothérapie dans les établissements de soins ? 14^e conférence de consensus, SPILF, 6/03/2002, IPP.

2. Circulaire DHOS/E2 N° 272 du 2 mai 2002, relative au bon usage des antibiotiques dans les établissements de santé,
3. Recommandations professionnelles. Stratégie d'antibiothérapie et prévention des résistances bactériennes en établissement de santé. HAS, avril 2008.
4. Instruction N° DGOS/PF2/2013/ 103 du 15 mars 2013 relative au bilan des activités de lutte contre les IN dans les établissements de santé en 2012.
5. http://www.infectiologie.com/site/medias/_documents/ATB/info-antibio-2012-septembre 2012
6. J. Gaillat. Peut-on valoriser l'activité du référent à l'heure de la T2A, pôles... et des déficits budgétaires ? JNI, Montpellier, 2010.

S P 5

RISQUE INFECTIEUX HORS MCO**CP07 - EIPA : ENQUÊTE DE PRÉVALENCE DES INFECTIONS URINAIRES, PULMONAIRES ET CUTANÉES EN EHPAD**

A. VINCENT¹, O. BAUD², N. ARMAND³, I. ATTALI⁴, C. BERNET⁵, F. BERTIN-HUGAULT⁶, M. BESSON², M. BONNAND⁴, E. BOUDOT⁷, JC. DELAROZIERE⁸, G. GAVAZZI⁹, N. KHOUIDER¹, A. LORY⁸, M. PATISSIER¹⁰, B. RICHAUD-MOREL⁷, A. SAVEY⁵

¹ ARLIN Rhône-Alpes, Saint Genis-Laval ; ² ARLIN Auvergne, Clermont-Ferrand

³ Equipe d'hygiène inter-EHPAD Drôme-Ardèche, Valence ; ⁴ Groupe ACPPA, Francheville

⁵ CCLIN Sud-Est, Saint Genis-Laval ; ⁶ Groupe Korian, Lyon

⁷ ARLIN Languedoc-Roussillon, Montpellier ; ⁸ ARLIN PACA, Marseille

⁹ Service de gériatrie CHU, Grenoble ; ¹⁰ EHPAD Michel Lamy, Anse

INTRODUCTION

La prévalence des infections dans les EHPAD français est peu connue. L'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 MÉTHODE

Coordonnée par l'ARLIN Rhône-Alpes, une enquête de prévalence des infections a été proposée aux 2062 EHPAD de l'inter-région Sud-Est. L'enquête s'est déroulée un jour donné, entre le 3 octobre et le 30 novembre 2011. EIPA a recensé les infections urinaires, cutanées, pulmonaires et bronchiques des résidents. 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 eux-mêmes ; un rapport automatisé et un poster synthétisant les résultats de chaque EHPAD pouvaient être imprimés par la suite. Une évaluation de la qualité des données a été réalisée sur 10% des fiches saisies dans la région Rhône-Alpes. Un questionnaire sur l'impact de cette enquête a été envoyé aux participants début 2013, l'analyse en sera présentée lors du congrès de la SF2H.

RÉSULTATS

Les résultats de l'enquête sont présentés dans le poster ci-joint.

CONCLUSION

La participation à cette enquête a suscité l'adhésion de plus de 334 EHPAD dans l'interrégion, témoignant d'une méthodologie accessible avec très peu d'aide extérieure. Les résultats sont comparables à ceux des enquêtes nationales et internationales et l'analyse de la qualité des données, réalisée en interne et en externe, donne des résultats très acceptables ce qui plaide pour la faisabilité et la fiabilité de la méthodologie employée. Les résultats spécifiques fournis à chaque EHPAD leur procureront une première évaluation du niveau de risque infectieux pour cibler leur politique locale de prévention. EIPA a également mis en évidence des pratiques et des défauts d'organisation pouvant faire l'objet de priorités dans les prochains programmes ou actions nationales.

Enfin cette étude pourrait servir de phase pilote pour la future enquête nationale de prévalence en EHPAD annoncée dans le programme national de prévention des infections associées aux soins en établissements médico-sociaux.

CPO8 - CAMPAGNES DE VACCINATION DES PROFESSIONNELS EN EHPAD : RELEVONS NOS MANCHES

NATHALIE ARMAND, *Valence*

L'enquête Nicolle^[1] réalisée en 2006 par l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) et l'InVS (institut national de veille sanitaire) évalue les connaissances, attitudes, croyances et comportements de la population française et des médecins vis-à-vis des risques infectieux et de leurs modes de prévention. Plus de 90% du grand public (n=4112), a conscience des enjeux de prévention individuelle et collective de la vaccination. Plus particulièrement, les médecins reconnaissent l'utilité pour les soignants de la vaccination contre la grippe à plus de 86% (n=2027). L'étude « Vaxisoin »^[2] montre que cette vaccination est justifiée pour 57% des soignants dans le cadre de leurs activités afin de protéger patients et soignants.

Pourtant, sur le terrain, il existe un écart notable entre connaissances et attitudes : en 2011, la couverture vaccinale professionnelle en établissement de santé est de 11%^[3]. Les faibles taux observés s'expliquent en partie par : la perception du risque lié à la grippe (quatrième maladie infectieuse la plus redoutée), le statut de vaccination altruiste, les résistances d'origine sociale et culturelle, sans oublier la crise de confiance de la population et des médecins vis-à-vis de la vaccination^[4]. En vue d'améliorer les couvertures vaccinales, le CDC^[5] invite les établissements à mettre en œuvre des programmes multifacettes associant : promotion de la vaccination au travers de campagnes d'informations, organisation de la vaccination in situ, gratuité du vaccin, implication des chefs de service ou des leaders charismatiques, mesure des taux de vaccination suivie de feed-back dans les services.

Aujourd'hui, en France, il existe un paradoxe entre le libre choix laissé aux soignants par la recommandation vaccinale et l'obligation de résultats en matière de couverture vaccinale et de prévention des infections associées aux soins.

L'Equipe Mobile d'hygiène (EMH) du Centre Hospitalier de Valence (CHV) accompagne des EHPAD non rattachés à un établissement de santé dans la mise en place d'un programme global de prévention des infections associées aux soins. Disparates dans leur organisation, statuts, localisation, types d'accueils, ces établissements connaissent un fort « turn over » des professionnels. Ce contexte associé à la problématique de la vaccination des professionnels a amené à réfléchir sur une campagne de promotion de la vaccination selon le modèle des recommandations du CDC associé à une approche comportementale. Cette approche nécessite que soient associées d'autres méthodes : communication engageante, entretien motivationnel, éducation pour la santé.

Dans un premier temps (2011-2012) l'EMH a cherché à lever les freins professionnels exprimés : manque de temps, coût du vaccin, peur des effets secondaires, des piqûres, maladie bénigne, inefficacité du vaccin... Une formation est réalisée par les médecins coordonnateurs ou l'hygiéniste au cours de laquelle, des réponses sont apportées pour tenter de lever les freins individuels. D'autre part, pour répondre aux obstacles pratiques, une organisation sur site est mise en place avec vaccination gratuite durant les heures de travail. Ainsi, un double engagement est proposé : signature d'une charte d'organisation de la campagne par l'établissement et engagement individuel du professionnel à l'issue de la formation. Le suivi de cette stratégie comprend le recueil des taux de couverture vaccinale annuelle et leur restitution aux établissements lors de réunions institutionnelles.

Dans un second temps, en 2012-2013, une campagne d'affichages proposée à l'école des enfants hospitalisés du CHV : « les enfants parlent aux soignants des seniors » complète les outils d'information. Une soirée débat organisée pour les médecins coordonnateurs avec intervention d'un membre du Comité Technique des Vaccinations du Haut Conseil de Santé Publique permet aux médecins coordonnateurs de se positionner par rapport à la vaccination et de mobiliser les professionnels de leurs établissements. A cela s'est ajoutée une réflexion de l'EMH autour de l'approche directive de l'information parfois en contradiction avec les convictions, croyances et missions des soignants. Un rapprochement avec l'IREPS (Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé) a permis d'aborder la représentation des soignants qui conditionne leur comportement. En acceptant l'idée que le soignant puisse refuser ce que l'on a décidé pour lui, l'équipe adapte son discours sur la responsabilisation du soignant sans le culpabiliser. L'occasion est également donnée aux professionnels de réagir aux informations et aux recommandations en confrontant le message à leur expérience. Les résultats sont encourageants. Les leviers suivants ont pu être identifiés :

- présence d'un leader qui instaure un climat de confiance auprès des professionnels : le médecin coordonnateur principalement mais aussi infirmière coordinatrice, le directeur ;
- adhésion de l'équipe de direction à la campagne de vaccination ;
- convergence d'intérêts : groupe de parole organisé par le psychologue ;
- participation volontaire des professionnels à la formation en dehors des temps de travail...

Tous les établissements ne s'engagent pas de la même façon dans la campagne notamment en termes d'organisation. Les réticences médicales sont des obstacles difficiles à lever dans des établissements isolés, parfois dans des régions rurales où les croyances sont ancrées. Le taux de renouvellement des professionnels empêche la régularité des actions et leurs effets durables. A l'initiation de ce travail, il était clair que les résultats ne seraient pas immédiats. L'EMH a restreint ses objectifs à convaincre les indécis sans altérer ses convictions sur l'importance de cette mission.

1. Gautier A., Jauffret-Roustide M., Jestin C. (sous la dir.) Enquête Nicolle, 2006. Connaissances, attitudes et comportements face au risque infectieux. Saint Denis : INPES, coll. Etudes santé, 2008 : 252 p
2. Guthmann JIP, Abiteboul D. Vaccinations chez les soignants des établissements de soins de France, 2009 ; Couverture vaccinale, connaissances et perceptions vis-à-vis des vaccinations, rapport final. Saint Maurice : Institut de Veille Sanitaire ; 2011.76 p.
3. Gehanno JF., Rollin L. Influenza vaccination coverage among health professionals before and after the A(H1N1) Influenza pandemic in France. Letters to the editor. Infect control hosp epidemiol 2012 ; 33: 757-758
4. Gavazzi G., Rothan Tondeur M. Vaccination antigrippale chez les professionnels de santé : état des lieux et enjeux. MASSON, Paris. Antibiotiques 2006; 8 : 69 - 72
5. Pearson ML., Bridges CB., Harper SA. Influenza vaccination of health-care personnel : recommendations of the Health Care Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) and the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Recomm Rep 2006;55(24 February (RR-2)):1-16.

Remerciements à Gaëlle Manson (IREPS)

SP6 - Communications libres 3

ORGANISATION DES SOINS, COMPORTEMENTS ET RISQUE INFECTIEUX

CL-13

« LA DANSE DU SHA » : UN NOUVEL OUTIL DE PROMOTION DE L'HYGIÈNE DES MAINS

*BERVAS C., VENIER A.G., CHASSEUIL A., PARNEIX P.
CHU Bordeaux, BORDEAUX, FRANCE*

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La seconde édition de la semaine sécurité des patients en 2012 a fait de l'hygiène des mains l'une des thématiques prioritaires. Dans le contexte actuel de difficultés à fédérer des professionnels surchargés autour de ce thème récurrent, il importait de pouvoir proposer un outil innovant permettant de sensibiliser un maximum de professionnels en un minimum de temps : « la danse du SHA » (Solution Hydro-Alcoolique), outil ludo-éducatif de promotion de l'hygiène des mains, a ainsi été créé.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

La danse du SHA consiste en une chorégraphie simple reprenant les sept étapes successives de la technique d'hygiène des mains. La population cible étaient les professionnels, patients et visiteurs des établissements d'une inter-région ainsi que les étudiants des instituts de formation. Le principe était de faire apprendre et réaliser la chorégraphie aux volontaires à l'occasion de la semaine de la sécurité des soins, de les filmer, puis d'envoyer les vidéos pour compilation en un clip unique. L'outil consistait en un guide méthodologique détaillant les modalités pratiques d'organisation, une vidéo didacticielle expliquant les étapes de la chorégraphie, une vidéo d'entraînement et une musique originale libre de droit.

RÉSULTATS

Au total, 88 vidéos provenant de 51 établissements de santé (soit un taux de participation de 11 % sur l'inter-région) et de 4 instituts de formation ont été reçues. Toutes les régions ont été représentées. Les structures participantes étaient principalement des centres hospitaliers (24%), des SSR (16 %) des EHPAD (14 %), des cliniques (9 %) et des instituts de formation (7%). Plus de 1400 personnes ont ainsi été filmées avec une médiane de 20 personnes par vidéo et un maximum à 170. Les professionnels de soins étaient présents dans 86 % des vidéos. Des patients, résidents et des visiteurs ont également collaboré dans 12 % des vidéos.

CONCLUSION

La danse du SHA représente une nouvelle approche pour améliorer les comportements en matière d'hygiène des mains. Lors de la semaine sécurité des soins, elle a permis de motiver, rassembler et sensibiliser un public nombreux et éclectique autour de cette thématique. Le clip final compilant toutes les productions fournit un outil complémentaire de promotion de l'hygiène des mains et met en avant le dynamisme des établissements de santé autour de cette cause. La danse du SHA sera proposée à nouveau lors la journée mondiale de l'hygiène des mains du 5 mai 2013 en visant aussi un public international.

CL-14

ETUDE DE LA CONTAMINATION BACTÉRIENNE DES STÉTHOSCOPIES À L'HOPITAL

*DAVULLU S., BURGER S., SALLES F., MEUNIER O.
Centre Hospitalier Haguenau, HAGUENAU, FRANCE*

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Nous avons évalué la charge microbienne des membranes des stéthoscopes des médecins avant et après nettoyage. Les résultats sont exploités pour la promotion de l'hygiène en général et de la désinfection de ces dispositifs très manipulés et utilisés au contact direct des patients.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

30 stéthoscopes des médecins de l'Établissement ont été analysés avant et après nettoyage. La technique de nettoyage utilisée a été tirée au sort pour chaque stéthoscope : lingette pré imprégnée de détergent/désinfectant ou compresse imbibée d'alcool à 70°.

La membrane de chaque stéthoscope est prélevée avec un écouvillon stérile humidifié qui est ensuite immergé dans 5 ml de sérum physiologique. 100 µl de la suspension sont utilisés pour ensemercer une gélose au sang, un milieu de Drigalski et 2 géloses sélectives pour E-BLSE et SARM. Les géloses sont incubées 2 jours à 37° C, puis 3 jours à 30° C. Les résultats sont exprimés en UFC par stéthoscope. Le propriétaire est invité à préciser la fréquence habituelle de désinfection de son stéthoscope.

RÉSULTATS

Aucune colonie suspecte n'a été mise en évidence sur aucun des milieux sélectifs. Seuls les résultats obtenus sur les géloses au sang sont exploités. La contamination initiale des stéthoscopes est très variable : pour 3 d'entre eux, la numération est impossible (> 300 UFC) et pour 4 autres, aucune colonie n'est mise en évidence (< 1 UFC). Pour les 23 stéthoscopes restants, la contamination varie de 1 à 173 UFC [moyenne 31 UFC ; écart type 52 ; médiane 9].

Les fréquences de nettoyage annoncées pour 23 stéthoscopes s'échelonnent entre 15 fois par semaine (plusieurs fois par jour) à 0.02 fois par semaine (1 fois par an) : moyenne 3 fois par semaine [médiane : 2 ; écart type : 4]. Il n'y a pas de relation entre le degré de contamination et la fréquence de nettoyage. L'effet du nettoyage est radical. L'alcool à 70° et les lingettes sont 2 méthodes efficaces : réduction de la contamination d'1,5 log en moyenne.

CONCLUSION

Les stéthoscopes constituent des réservoirs bactériens. Leur utilisation sans précaution peut jouer un rôle dans la transmission microbienne. Notre étude vérifie la réalité de cette contamination dont le degré n'est pas lié à la fréquence du nettoyage. La contamination résulte de l'effet des dernières utilisations plutôt que d'une accumulation au fil du temps. Ces résultats sont destinés à convaincre les professionnels de la nécessité du nettoyage de leur stéthoscope et nous proposons 2 méthodes à l'efficacité vérifiée.

CL-15

SARCOPTES INVASION - UN JEU SÉRIEUX POUR APPRENDRE À GÉRER UNE ÉPIDÉMIE DE GALE

*COSSIN S., MARIE S., PARNEIX P., VENIER A.G.
GH Pellegrin, BORDEAUX, FRANCE*

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Se propageant sur la vague des nouvelles technologies (Internet, smartphones, tablettes numériques), les jeux sérieux (serious games) utilisent l'univers ludique des jeux vidéos pour éduquer et sensibiliser leurs utilisateurs. Devant la problématique récurrente des épidémies de gale en établissement de santé et établissement pour personnes âgées, le jeu « Sarcoptes Invasion » a été développé. Une mesure de l'impact de ce jeu sur les connaissances et opinions d'une population d'étudiants infirmiers a été réalisée.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le jeu, gratuit et téléchargeable sur internet, propulse l'utilisateur dans le rôle d'un professionnel de santé confronté à des cas de gale dans son établissement. Face à 8 situations clefs, identifiées à partir des retours d'expérience d'épidémies

de gale, le joueur doit prendre les bonnes décisions pour éviter ou enrayer l'épidémie. En novembre 2012, 34 étudiants de 2^{ème} et de 3^{ème} année d'un institut de formation en soins infirmiers ont joué à Sarcoptes Invasion sur ordinateur. Avant et après le jeu, les étudiants devaient estimer, sur une échelle de 0 à 5, la problématique de la gale en milieu de soins, leur aptitude à prendre en charge une épidémie de gale et à lutter contre les infections nosocomiales, indiquer les éléments qui selon eux contribuaient à la sécurité du patient, noter sur 20 la qualité pédagogique du jeu et indiquer les enseignements acquis à l'occasion du jeu. La progression de chaque étudiant a été calculée. Un test de Student sur séries appariées a été réalisé pour déterminer le degré de significativité de la progression moyenne. Deux autres IFSI seront évalués courant janvier 2013.

RÉSULTATS

Après le jeu (note moyenne 16/20), les étudiants percevaient la gale en milieu de soin comme un problème plus important (moyenne 3,3 vs. 4,4 sur 5 ; $p < 10^{-3}$). Ils se sont déclarés mieux préparés à prendre en charge un patient atteint de gale (moyenne 2,4 vs. 3,6 sur 5 ; $p < 10^{-3}$) et mieux préparés à lutter contre les infections nosocomiales (moyenne 3,8 vs. 4 sur 5 ; $p = 0,19$). Tous les étudiants ont précisé au moins un enseignement acquis à l'occasion du jeu, principalement l'importance de disposer d'une conduite à tenir face à un cas de gale et l'importance de la communication.

CONCLUSION

Ces premiers résultats sont encourageants pour le développement des serious games. Ces outils émergents et ludiques, capables d'atteindre une large population, déjà utilisés en aéronautique, pourraient devenir un moyen efficace d'éducation, de sensibilisation et de prévention en milieu de soins.

CL-16

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES SUR L'HYGIÈNE DES MAINS ET LE PORT DES GANTS CHEZ DES ÉTUDIANTS EN SOINS INFIRMIERS

LEROYER C.⁽¹⁾, NUNES J.⁽¹⁾, MARIE V.⁽¹⁾, NARDON A.⁽¹⁾, DUPOUY M.⁽²⁾, NOE C.⁽²⁾, ROGUES A.M.⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU de Bordeaux, BORDEAUX, FRANCE ; ⁽²⁾ IFSI Pellegrin CHU de Bordeaux, BORDEAUX, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La formation en hygiène hospitalière est un élément essentiel de la prévention des infections associées aux soins. L'apport théorique concernant leur prévention étant dispensée dès la 1^{ère} année des études en soins infirmiers, nous avons évalué les connaissances, attitudes et pratiques de l'hygiène des mains et du port des gants chez une promotion d'étudiants.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Etude descriptive transversale réalisée avec un questionnaire anonyme soumis chaque année aux mêmes étudiants de la promotion 2009-2011. Un volet évaluant les « connaissances » (10 items) était complété chaque année, un volet « pratiques » (17 items) était renseigné à partir de la 2^{ème} année et un volet « attitudes » (5 items) a été complété en 3^{ème} année. Des scores de bonnes réponses (sur 10 et 17) ont été créés pour chacun des 2 premiers volets. L'évolution du score « connaissances » en fonction des années a été analysée avec un test de Chi-deux de tendance, l'évolution du score « pratiques » de la 2^{ème} à la 3^{ème} année a été analysée avec un test de Student. La saisie et l'analyse ont été réalisées avec le logiciel Epi-info.

RÉSULTATS

Au total, 425 questionnaires ont été récupérés : 148 en 1^{ère} année, 146 en 2^{ème} année et 131 en 3^{ème} année. L'âge moyen en 1^{ère} année était de 23 ans et le sex ratio de 0,2. Le score moyen sur le volet « connaissances » était de 7,2 en 1^{ère} année, de 7,3 en 2^{ème} année et de 8,3 en 3^{ème} année avec une proportion d'étudiants ayant un score >7 augmentant significativement ($p < 10^{-3}$) : progression marquée sur les items « efficacité de la friction des mains » et ICSHA (aucune différence observée en fonction de l'âge ou du sexe). Le score moyen « pratiques » a augmenté significativement de 14,5 en 2^{ème} année à 15,3 en 3^{ème} année ($p < 10^{-3}$) avec une amélioration marquée pour la réalisation d'une friction avant de porter des gants. Concernant les attitudes, 45% des étudiants de 3^{ème} année déclaraient être tout à fait d'accord avec le fait de préférer une friction PHA au lavage simple des mains. Enfin, 95% d'entre eux déclaraient être tout à fait d'accord pour porter des gants lors d'un prélèvement sanguin dans leur future pratique professionnelle.

CONCLUSION

Malgré une acquisition satisfaisante des connaissances et une évolution favorable des pratiques déclarées au fil des trois années d'études par cette promotion ; notre étude souligne que l'engagement des futurs professionnels sur le respect des règles d'hygiène des mains reste difficile à obtenir. La formation continue après la prise de fonction joue donc un rôle essentiel.

CL-17

COMMUNICATION SOIGNANT-SOIGNÉ SUR L'HYGIÈNE DES MAINS : RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES D'UNE EXPÉRIMENTATION MULTICENTRIQUE ET DE SON ÉVALUATION

VERJAT-TRANNOYD.⁽¹⁾, **ERTZSCHEIDM.A.**⁽²⁾, **MONIER S.**⁽³⁾, **JOUZEAU N.**⁽⁴⁾, **GAUTHIER A.**⁽⁵⁾, **DIXON M.**⁽⁶⁾, **PERENNEC-OLIVIER M.**⁽⁶⁾, **ZARO-GONI D.**⁽⁷⁾,

CHASTINJ.⁽⁸⁾, **DELALANDREJ.**⁽⁹⁾, **DEUVEB.**⁽¹⁰⁾, **DEVEAUX F.**⁽¹¹⁾, **EDOUARD S.**⁽¹²⁾, **HEBERT B.**⁽¹³⁾, **LADAUT L.**⁽¹⁴⁾, **LEMONNIER A.L.**⁽¹⁵⁾, **MATOUK D.**⁽¹⁶⁾, **PHILIPPE M.**⁽⁹⁾, **POUX-HOREN C.**⁽¹⁷⁾, **ZEHAFF G.**⁽¹⁸⁾

⁽¹⁾ Réseau Cclin-Arlin (Paris-Nord), GRHYM, PARIS, FRANCE ; ⁽²⁾ Réseau Cclin-Arlin (Ouest), GRHYM, RENNES, FRANCE ; ⁽³⁾ Réseau Cclin-Arlin (Sud-Est), GRHYM, LYON, FRANCE ; ⁽⁴⁾ Réseau Cclin-Arlin (Est), GRHYM, NANCY, FRANCE ; ⁽⁵⁾ Réseau Cclin-Arlin (Paris-Nord), PARIS, FRANCE ; ⁽⁶⁾ Réseau Cclin-Arlin (Ouest), RENNES, FRANCE ; ⁽⁷⁾ Réseau Cclin-Arlin (Sud-Ouest), GRHYM, BORDEAUX, FRANCE ; ⁽⁸⁾ Polyclinique du Parc, SAINT SAULVE, FRANCE ; ⁽⁹⁾ Hôpital Privé de l'Estuaire, LE HAVRE, FRANCE ; ⁽¹⁰⁾ Clinique Blomet, PARIS, FRANCE ; ⁽¹¹⁾ EPS Barthélémy-Durand, ETAMPES, FRANCE ; ⁽¹²⁾ CH de Dieppe, DIEPPE, FRANCE ; ⁽¹³⁾ Hôpital Privé Armand Brillard, NOGENT SUR MARNE, FRANCE ; ⁽¹⁴⁾ Nouvelle Clinique Nantaise et Centre Catherine de Seine, NANTES, FRANCE ; ⁽¹⁵⁾ Hôpital Jean Jaurès et Clinique médicale du Parc, PARIS - SAINT OUEEN L'AUMONE, FRANCE ; ⁽¹⁶⁾ Nouvelle Clinique Nantaise et Centre Catherine de Sienne, NANTES, FRANCE ; ⁽¹⁷⁾ HIA du Val de Grâce, PARIS, FRANCE ; ⁽¹⁸⁾ Clinique des 4 Cantons, VILLENEUVE D'ASCQ, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En 2012, la semaine de sécurité des patients (SSP) associait les patients et le personnel de santé pour une meilleure communication autour de thèmes liés à la sécurité des soins, en particulier l'hygiène des mains (HDM). Un projet répondant à cet objectif a été proposé aux établissements de santé (ES). Il consistait à demander au personnel en charge de l'accueil du patient de mettre en œuvre trois actions : communiquer sur l'HDM, réaliser une friction et remettre au patient une plaquette d'information sur l'HDM. Afin de vérifier la faisabilité de cette démarche et identifier ses bénéfiques, une évaluation a été proposée aux ES participants.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Deux types d'auto-questionnaire (patient/soignant) ont été fournis aux ES participants. Les données recueillies ont été centralisées pour une saisie et une analyse descriptive.

RÉSULTATS

Les résultats préliminaires présentés concernent 8 ES et 46 services, principalement en MCO, SSR, psychiatrie et kinésithérapie (plateau technique).

Au total, 270 patients ont reçu une information sur l'HDM en début de prise en charge, parmi lesquels 98% ont rempli un questionnaire. Pour 91% d'entre eux, la démarche a été jugée bénéfique avec une augmentation des connaissances, un contact facilité et des échanges sur l'HDM avec le soignant. Pour 91% des patients, cette information va les amener à porter une meilleure attention à leur propre HDM.

Sur les 69 soignants participants, principalement paramédicaux (IDE, AS et kinés), professionnels ou étudiants, 91% ont rempli un questionnaire. La plupart des professionnels a facilement

adhéré à la démarche (84%) et communiqué sans difficulté les messages (78%). Le temps consacré aux actions a été le plus souvent d'au moins 5 minutes (moins de 5 minutes dans 33% des cas). 75% des soignants estiment que la démarche a été plutôt bien accueillie. Au final, 95% des soignants ont considéré que cette démarche avait sa place dans la prise en charge du patient et 79% pensent pouvoir l'intégrer en routine.

CONCLUSION

Les équipes opérationnelles d'hygiène (EOH) concernées ont identifié un bénéfice direct de cette démarche pour les patients, plutôt agréablement surpris. Cette action participe aussi à l'engagement individuel du soignant sur ses actions futures vis-à-vis de l'HDM. La plupart des EOH envisagent de reproduire cette démarche en 2013 (autres services et/ou période plus longue). Cette évaluation va permettre d'affiner les conditions de réalisation de ce projet pour une diffusion à plus large échelle.

CL-18

ORGANISATION DE L'ACCUEIL DE PATIENTS COLONISÉS À ENTÉROCOQUES RÉSISTANTS AUX GLYCOPEPTIDES (ERG+) EN HÉMODIALYSE

*BECLIN E., ODDOUX O., SUEUR A.S., HIBON G., MAC NAMARA E., DESCAMPS D.
CH Béthune, BETHUNE, FRANCE*

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Notre établissement est confronté en 2008-2009 à une importante épidémie à ERG qui débute en néphrologie, puis concerne le secteur d'hémodialyse dans lequel 14 patients y sont découverts colonisés. Nous décrivons l'organisation de ce service au moment de l'épidémie (2008-09), puis en période post-épidémique (2010-11) et lors du déménagement dans de nouveaux locaux (2012).

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'accueil des patients ERG+ s'est organisé autour du respect des précautions complémentaires contact (PCC), du regroupement des séances pour les porteurs avec du personnel dédié, et de dépistages réguliers de l'ensemble des patients. La sectorisation géographique sera adaptée à l'architecture et au nombre de patients ERG+.

RÉSULTATS

Entre mars et septembre 2008, 5 cas sont acquis dans le service qui dispose de 17 postes de dialyse. L'organisation des séances est initialement revue pour regrouper celles des patients colonisés (2 postes dédiés). Les patients « contacts » sont accueillis en PCC et dépistés (J0, J7, J14). Des dépistages mensuels de tous les patients sont progressivement instaurés.

Une bouffée épidémique en janvier 2009 fait passer la cohorte à 14 patients ERG+. Le dimensionnement du secteur des porteurs permet un regroupement géographique plus strict avec des circuits et du personnel infirmier et aide-soignant dédiés. Les dépistages sont maintenus et un renforcement du bionettoyage mis en place de façon pérenne. Cette organisation est maintenue en 2010 et 2011, et aucun nouveau cas de colonisation n'est identifié (tableau 1). Début 2012, le service déménage et dispose de 22 postes de dialyse. Un nouveau secteur est alors réservé aux 8 patients ERG+ se partageant les séances du lundi, mercredi et vendredi (matin et après-midi, 4/séance). Le cohorting du personnel est alors limité aux infirmières. En plus du dépistage mensuel de l'ensemble des patients hémodialysés, le suivi de la colonisation des patients porteurs d'ERG est maintenu. Entre 2010 et 2012, aucun prélèvement positif à ERG n'est retrouvé pour l'ensemble des patients (tableau 1). Un travail est mené en parallèle sur le bon usage des antibiotiques et sur les pratiques d'hygiène.

CONCLUSION

La prévention de la transmission croisée lors de l'accueil de patients ERG+ en hémodialyse est fortement dépendante de l'architecture, du nombre de patients concernés et de la répartition du personnel (1 IDE/4 postes). La réalisation de dépistages réguliers permet de garantir l'absence de transmission croisée. Une évaluation est en cours sur le statut des patients ERG+ non excréteurs (dépistages et antibiothérapie).

SP7 - Communications libres 4 paramédicales

CL-19

EVALUATION DE LA RÉACTIVITÉ DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LORS DE LA SURVENUE D'UN ACCIDENT D'EXPOSITION AU SANG OU AUX LIQUIDES BIOLOGIQUES

THIRIET L., JEUNESSE K.

Centre Hospitalier, SEDAN, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au sang et/ou aux liquides biologiques (AES) est mise à disposition des professionnels de santé sous forme de protocoles et d'affiches accessibles dans les salles de soins. Nous avons souhaité mesurer le niveau de maîtrise sur ce sujet en réalisant un quick-audit de leurs connaissances.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'unité d'hygiène a élaboré un questionnaire comportant 8 questions à réponses fermées illustrant des situations d'AES et proposant plusieurs options de réactivité. Réunis par groupes de 10 personnes maximum, les professionnels de santé de toutes catégories ont été invités à renseigner ce document. Après un temps de réflexion, les questionnaires étaient restitués à l'auditeur, et la correction réalisée dans l'enchaînement. A cette occasion la version actualisée du poster relatif à la conduite à tenir en cas d'AES était distribuée et commentée, et le circuit de prise en charge d'un AES était rappelé aux participants.

RÉSULTATS

Cette évaluation a concerné 299 agents.

Le risque infectieux lié à un AES était mal apprécié : 11% des professionnels sous-estimaient celui lié aux objets piquants ou tranchants, 13% celui consécutif à une projection sur peau lésée, 60% celui en relation avec les sécrétions respiratoires.

En cas d'AES, 24% des agents interrogés feraient saigner la plaie, 73% ignoraient le délai préconisé de 4 heures pour consulter le médecin référent, 50% des agents méconnaissaient la procédure administrative de déclaration.

Le seul point positif concernait le choix de l'antiseptique à appliquer après nettoyage de la plaie (95% de bonnes réponses).

CONCLUSION

Les résultats de cette évaluation mettent clairement en évidence le niveau médiocre de connaissance des professionnels et donc leur vulnérabilité en cas d'AES. Malgré la formation à la prise de fonction dans l'établissement, et la mise à disposition de documents, la réactivité en cas d'AES serait généralement inadaptée.

L'unité d'hygiène a réalisé une action de formation au décours immédiat de l'audit (diffusion d'un nouveau poster, rappels sur la nécessité d'une prise en charge rapide après l'accident). Le circuit administratif a été simplifié avec centralisation des documents au niveau du service des urgences.

Trois mois après la fin de l'audit, un questionnaire de satisfaction a été adressé aux agents évalués. Le taux de retour a été de 37,1%, 40% des agents se déclarant très satisfaits de la démarche, 50% satisfaits. Ces résultats nous incitent à réitérer cette approche afin d'améliorer le niveau de compétence des agents de l'établissement face au risque infectieux lié aux AES.

CL-20

PRISE EN CHARGE DE CATHÉTER CENTRAL PAR INSERTION PÉRIPHÉRIQUE - PICC - PAR LES ÉQUIPES PARAMÉDICALES

DEMANGEM.G., FOURNERET-VIVIERA., VUILLERMETC., RAVRY M.L., GASPARDEL B., POLI F., KHAMOU I., PEILLON A.S., BESSAYAH A., BIBOUD A., MEYER S., MALLAVAL F.O.

CH Chambéry, CHAMBÉRY, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les cathéters centraux d'insertion périphérique (PICC) sont des abords vasculaires centraux de moyenne durée, insérés par une veine périphérique du bras dont la partie distale se situe au niveau de la jonction de la veine cave supérieure et de l'oreillette droite. Ils sont fixés à l'aide d'un boîtier spécifique adhésif afin de limiter le risque infectieux dû aux points de sutures.

Les PICC sont arrivés sur notre centre hospitalier (CH) fin 2010 via les établissements extérieurs et leur pose s'est accentuée dans notre CH avec l'arrivée d'un radiologue interventionnel. Ce nouvel abord nécessite une formation spécifique pour les

utilisateurs, par ses particularités : longueur du cathéter, sa localisation, et son pansement spécifique qui le maintient à la peau.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Devant l'émergence de ce dispositif et le risque infectieux qui en incombe, l'EOH (équipe opérationnelle en hygiène) et la direction des soins ont créé en mai 2012 un groupe de travail réunissant des infirmières du pôle cancérologie, une IDE (infirmier diplômé d'état) de l'EOH et un médecin de l'EOH afin de rédiger un protocole sur l'utilisation du PICC pour le personnel paramédical. Devant la spécificité du maintien du cathéter, le groupe a souhaité compléter le protocole par la réalisation d'une vidéo pour illustrer la pratique. Le tournage de cette vidéo a nécessité 15 jours de préparation et de réalisation. Ce film a permis d'évaluer la faisabilité de notre protocole.

Des sessions de formations ont été réalisées par une IDE du CH en collaboration avec un laboratoire, qui distribue ces cathéters avec la diffusion de la vidéo.

L'EOH est resté disponible pour accompagner les IDE lors de la réfection de ces pansements à la demande des unités de soin.

RÉSULTATS

323 IDE, cadres de santé et manipulateurs en radiologie ont été formés en l'espace de 2 mois. Ce qui représente 35% de ce personnel. Ces formations ont permis de diffuser des notions rattachées aux PICC telle que le rinçage pulsé, l'utilisation des valves...

La vidéo est visible de tous les offices de soins car accessible sur l'intranet de l'établissement tout comme le protocole.

CONCLUSION

L'ensemble de ces mesures : formation, vidéo et l'accompagnement sur le terrain a permis de rendre ce nouveau matériel plus accessible à l'ensemble du personnel.

Ces formations ont permis de révéler qu'il restait des questions d'ordre médical qui n'étaient pas résolues telles que les indications pour la pose de ces PICC, la place du PICC vis-à-vis des autres voies centrales, l'obstruction du cathéter... Et a débouché sur la création d'un groupe de travail médicale sur ce sujet.

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les excreta représentent une source majeure de diffusion des entérobactéries multirésistantes (E BLSE, EPC) et autres bactéries digestives (*Clostridium difficile*, ERV). L'objectif de l'étude était de recenser les équipements et les pratiques de gestion des excreta dans une institution hospitalière publique réunissant 38 hôpitaux.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une enquête un jour donné a été réalisée en 2012 à l'aide d'un questionnaire permettant de recueillir les caractéristiques des patients présents, de recenser les équipements et d'évaluer les pratiques en vigueur.

RÉSULTATS

Au total, 536 services de toutes spécialités appartenant à 28 des 38 hôpitaux de l'institution ont participé à l'enquête. Un total de 13230 lits a été inclus : 7546 lits de MCO dont 1079 de pédiatrie et 5684 lits de SSR/SLD. Parmi les patients présents le jour de l'enquête, 5697 (43%) portaient des changes complets (22% des patients de MCO et 71% des patients de SSR /SLD) et 1767 (13%) utilisaient un bassin.

Près de 61% des lits ont accès à des WC partagés, 43% des WC sont équipés de douchettes rince-bassin dont l'utilisation favorise la projection d'aérosols de bactéries fécales dans l'environnement.

Seuls 15% des services utilisent des couvercles pour le transport des bassins souillés, 8% utilisent des sacs à usage unique de recueil des excreta.

68% des services sont équipés de lave-bassins : plus de 80% des services en MCO et 37% en SLD. Les deux tiers de ces lave-bassins ont subi au moins une panne technique dans l'année, qui a entraîné une immobilisation d'au moins deux semaines pour 40% d'entre eux. Seuls 52% des locaux des lave-bassins sont équipés de solution hydro-alcoolique.

Dans 79% des services recourant à l'utilisation de bassins, un rinçage du bassin est effectué avant la désinfection, le plus souvent dans la chambre du patient (87% des cas). La raison avancée est une inadéquation entre les modèles de bassins disponibles et les lave-bassins en place, ce qui entrave le nettoyage correct des bassins dans les lave-bassins. Seuls 8% des personnels interrogés déclarent avoir suivi une formation sur la gestion des excreta.

CONCLUSION

Cette enquête montre que, dans la lutte contre la diffusion des entérobactéries multirésistantes et parallèlement à la promotion de l'hygiène des mains, la gestion des excreta est un point clé, souvent négligé. Une évaluation des équipements et des pratiques devrait être proposée dans chaque établissement de santé.

CL-21

ENQUÊTE SUR LA GESTION DES EXCRETA DANS UNE LARGE INSTITUTION HOSPITALIÈRE

LEPAINTEUR M.⁽¹⁾, **NÉROME S.**⁽²⁾, **MONTEIL C.**⁽¹⁾, **BENDJELLOUL G.**⁽³⁾, **COTTARD-BOULLE B.**⁽⁴⁾, **HUANG M.**⁽¹⁾, **ARLIER V.**⁽¹⁾, **FOURNIER S.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Siège AP-HP, PARIS, FRANCE ; ⁽²⁾ Hôpital Beaujon, CLICHY, FRANCE ; ⁽³⁾ Hôpital Bichat, PARIS, FRANCE ; ⁽⁴⁾ Hôpital Ambroise Paré, BOULOGNE-BILLANCOURT, FRANCE

CL-22

ANALYSE D'UNE ÉPIDÉMIE D'INFECTIONS SUR CATHÉTER D'HYPODERMOCLYSE EN GÉRIATRIE

WAROQUET G.⁽¹⁾, **POUBELLE DEVOS C.**⁽²⁾, **OLLIVIER Y.**⁽²⁾, **DESCAMPS C.**⁽¹⁾, **MECHKOUR S.**⁽²⁾, **BLANCKAERT K.**⁽²⁾

⁽¹⁾ Polyclinique de RIAUMONT, LIEVIN, FRANCE ; ⁽²⁾ CHRU Lille, LILLE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En juin 2012, le secteur de gériatrie signale via le circuit de matériovigilance des cas d'abcès cutanés associés à l'usage de cathéters sécurisés introduits pour la réalisation des perfusions sous cutanée en remplacement de cathéters non sécurisés changés quotidiennement. Le service a spontanément repris l'usage des anciens cathéters. L'équipe opérationnelle d'hygiène effectuera un signalement externe en juillet en raison du caractère épidémique. Une analyse à l'aide d'outils de la gestion des risques est proposé.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

La chronologie des faits a été établie en effectuant l'investigation des cas sur dossier et une recherche rétrospective sur la base du laboratoire. Un audit de la pose des cathéters a été réalisé. Pour identifier les causes immédiates, contributives et latentes, à l'origine de l'épidémie une réunion de crise regroupant la direction des soins, l'équipe d'hygiène et les acteurs de terrain a été organisée. La description des différentes causes a été effectuée à l'aide du **Diagramme de causes et effets (5M)**.

RÉSULTATS

Entre janvier et juin 2012, 6 résidents hébergés dans le secteur de gériatrie ont présenté des infections cutanées au niveau des sites d'insertion des cathéters posés par hypodermoclyse. 3 des 6 patients ont présenté un abcès drainé chirurgicalement, 3 autres une dermohypodermite. Il s'agissait de cathéters épicroâniens sécurisés présentés par le laboratoire comme convenant à l'hypodermoclyse et pouvant rester en place 5 jours. L'audit de la pose et de l'entretien des cathéters a mis en évidence des défauts de préparation cutanée et un maintien en place des cathéters jusqu'à 5 jours. L'ablation de la perfusion était souvent réalisée par les aides-soignants. Les principales causes identifiées étaient liées à la matière (patient âgé incontinent), à la méthode (procédure ancienne non révisée, non respect des 4 temps, absence de traçabilité), au milieu (la surcharge de travail, organisation du service), à la main d'œuvre (absence de formation, dépassement de tâche), matériel (nouveau cathéter, pansement de taille insuffisante).

CONCLUSION

La méthode a permis l'élaboration d'un plan d'action. La prescription de la réhydratation en fonction des besoins hydriques des patients a été revue. La diminution des prescriptions de réhydratation par hypodermoclyse a permis de

soulager la charge de travail. L'EOH a formé et accompagné le service pour la mise en place du nouveau protocole. Une check list a été élaboré pour faciliter la mise en place de ces cathéters. Cet épisode a permis la mobilisation de l'ensemble du service (médecin, infirmière et aide soignante).

CL-23

LES PRÉCAUTIONS COMPLÉMENTAIRES DE TYPE CONTACT SONT-ELLES BIEN MISES EN OEUVRE ?

OLLIVIER Y., **MECHKOUR S.**, **BLANCKAERT K.**

ARLIN Nord Pas de Calais, LILLE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La maîtrise de la transmission croisée des bactéries multi-résistantes passe par la mise en place de mesures barrières dans les établissements de santé (ES). Cette maîtrise de la résistance bactérienne aux antibiotiques est un objectif prioritaire du PROPIN 2009-2013. Dans ce contexte, un outil d'évaluation de la mise en place des précautions complémentaires de type contact (PCC) a été proposé aux établissements de la région.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une liste de 9 points clefs a été élaborée par un groupe de travail d'IDE hygiénistes. Ces points clefs étaient vérifiés par l'EOH à la réception de l'alerte du laboratoire dans les services de soins. Un outil informatique permettant la saisie des audits, leur analyse et le rendu de façon automatique sous format d'un poster, a été fourni.

Les principaux objectifs de cette évaluation étaient d'évaluer le suivi des recommandations des PCC, de permettre un réajustement en temps réel lors d'observations non-conformes et de sensibiliser le personnel soignant à l'importance de ces mesures.

RÉSULTATS

20 ES ont rendu leurs résultats pour les 10 premiers mois de l'année 2012. 476 observations ont pu être recueillies dans 145 services différents.

Les principaux résultats montrent que dans 98% des observations, le service avait été informé de la nécessité de la mise en œuvre des PCC mais pour 28% des observations, il n'y avait pas de prescriptions médicales. La signalisation était conforme aux recommandations de l'établissement dans 75% des cas. La mise à disposition du matériel (SHA, surblouse, gants) était conforme dans 90% des observations. Par contre, la conformité globale regroupant tous les critères précédemment cités est obtenue pour 50% des observations.

Le soignant responsable du patient auquel s'appliquaient les PCC connaissait son statut infectieux dans 95% des observations. L'information du portage de la BMR était faite au patient dans 78% des observations effectuées.

CONCLUSION

Hormis la prescription médicale et l'information des patients, qui sont les critères les plus difficiles à satisfaire, la mise en place des PCC semblent maîtrisée pour les ES qui nous ont transmis leurs résultats. Cette évaluation ne doit pas se soustraire à des audits sur l'hygiène des mains, ou le bio nettoyage de l'environnement, afin d'apprécier plus en détail le respect des PCC.

CL-24

106 SLOGANS POUR ZÉRO BIJOU : PAROLES DE SOIGNANTS POUR UN ACTE PRÉPARATOIRE

BAGHDADI N., LOUKILI N., CAUCHY L., D'HALLUIN F., MAERTEN C., TRONCHON I., BORMS S., FAURE K., GUERY B., GRANDBASTIEN B.
CHRU de LILLE, LILLE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Un concours de slogans autour du thème « zéro bijou » a été proposé aux soignants par l'équipe opérationnelle en hygiène (EOH) pendant la semaine « sécurité des patients » de novembre 2012. Nous avons analysé les propositions pour comprendre les représentations des soignants sur le non port de bijou et percer ainsi la recette secrète du meilleur slogan.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

106 slogans ont été suggérés par 21 unités de soins, soit 26% des services du centre hospitalier, relayés par intranet et soumis au vote des patients et des soignants qui ont visité les stands animés par l'EOH lors de cette semaine. Le slogan élu, sera institutionnel en 2013. Ensuite pour chaque proposition, une étude de texte a permis de relever la connotation positive ou négative du slogan, le genre, le type et la tonalité du récit. Enfin, l'analyse des figures de style et des champs lexicaux a permis d'identifier les représentations des soignants.

RÉSULTATS

75% des slogans présentaient une connotation positive. Le type du récit est argumentatif à 45%, explicatif à 33% et injonctif à 22%. Les soignants interpellent leurs pairs en usant d'abord de persuasion, puis cherchent à donner du sens. Le recours à la règle reste minoritaire. Le ton adopté est lyrique pour 38 %, comique pour 26%, didactique pour 20%, dramatique pour 13 % et tragique pour 3 %. Le registre adopté est celui de l'affectif ou de l'humour : ils sont peu nombreux à faire peur pour convaincre. Les champs lexicaux les plus abordés sont ceux des microorganismes cités 22 fois, de l'or, du brillant (n=15) avec une connotation négative voire péjorative, la notion du propre et du sale (n=8), la sécurité et le risque (n=8), la lutte (n=5), le patient (n=5) et la valorisation des soignants (n=5). L'alliance n'est citée que 2 fois avec un détournement de sens. La figure

de style utilisée (72%) est l'antithèse marquant la césure entre prévention du risque infectieux et port de bijoux.

CONCLUSION

Cette action a permis de susciter la discussion au sein des équipes, d'impulser une démarche ludique proactive et positive autour du non port de bijoux. Ce concours faisait donc partie d'une succession d'animations pour « préparer le terrain » pour l'engagement autour du zéro bijou. L'appropriation des messages et leur restitution par les soignants nous renvoient des slogans qui parlent de renforcement positif, d'émotion et d'humour et évitent certains thèmes comme l'alliance. Le slogan élu répond-il à tous ces critères et quelles sont les perles ?

SP8 – Communications libres Junior

CLJ-01

EVALUATION DE LA MAÎTRISE DU RISQUE INFECTIEUX DANS LES EHPAD DE CÔTE D'OR

LECAS G.⁽¹⁾, GUERRE G.⁽²⁾, ASTRUC K.⁽²⁾, ADAM F.⁽³⁾, BELPOIS-DUCHAMP C.⁽¹⁾, MARTIN A.⁽¹⁾, AHO GLÉLÉ L.S.⁽²⁾, TIV M.⁽³⁾

⁽¹⁾ Centre Hospitalier de Beaune, BEAUNE, FRANCE ; ⁽²⁾ ARLIN Bourgogne, DIJON, FRANCE ; ⁽³⁾ CHU de Dijon, DIJON, FRANCE

INTRODUCTION

Le programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social demande aux EHPAD de promouvoir une démarche d'analyse de risque par le biais de la formalisation d'un document d'analyse du risque infectieux (DARI) en se basant notamment sur le manuel national d'auto-évaluation élaboré par le GREPHH. L'objectif de cette étude réalisée sous l'égide de l'ARLIN Bourgogne, était d'évaluer sur un échantillon représentatif la maîtrise du risque infectieux dans les EHPAD de Côte d'Or.

MÉTHODE

Cette étude descriptive transversale a été réalisée de juin à juillet 2011 en incluant 30 EHPAD tirés au sort (sur 94). Le recueil des données a été réalisé sur site par une infirmière hygiéniste en utilisant le manuel du GREPHH. Sept chapitres ont été étudiés: organisation des moyens de prévention, gestion de l'environnement et des circuits, gestion du matériel, gestion des soins, vaccinations contre les affections respiratoires, gestion des risques épidémiques et prévention des accidents d'exposition au sang.

RÉSULTATS

Sur les 30 EHPAD, 12 établissements étaient du secteur public et 18 du secteur privé. La capacité moyenne des EHPAD inclus était de 83 lits (ET = 54) variant de 19 à 280 lits. Au total, le pourcentage moyen d'objectifs atteints était de 71%, variant de 45 à 92% (Tableau 1).

Tableau 1. Résultats de l'auto-évaluation de la maîtrise du risque infectieux dans les EHPAD de Côte D'Or (n = 30), 2011.

Score	EHPAD public	EHPAD privé	Total
Résultat global	77	67	71
Organisation des moyens de prévention	74	58	65
Gestion de l'environnement et des circuits	80	77	78
Gestion du matériel	54	30	39
Gestion des soins	80	58	67
Vaccinations contre les affections respiratoires	72	69	70
Gestion des risques épidémiques	84	76	79
Prévention des accidents d'exposition au sang	77	70	72

La quasi-totalité des EHPAD disposaient un médecin coordonnateur mais seuls 7 bénéficiaient de l'intervention d'une EOH. Plus de 2/3 des établissements ont défini une politique de prise en charge des BMR mais le suivi de ces infections était réalisé dans moins de la moitié des cas. Moins de 20% des établissements ont défini une politique antibiotique et seuls 10% des EHPAD réévaluaient la prescription entre la 48 et 72 heures. Tous les établissements valorisaient les produits hydro-alcooliques mais 13% utilisaient encore des gants poudrés. Hormis sur l'hygiène des mains, les soins de nursing, les précautions standard et complémentaires, les EHPAD ne disposaient que de peu de protocoles.

CONCLUSION

Cette enquête montre que, de façon globale, les EHPAD de Côte d'Or ont initié une politique de gestion du risque infectieux.

CLJ-02

UN MODÈLE STATISTIQUE POUR ESTIMER LE RISQUE D'INFECTION NOSOCOMIALE LIÉ À DES EXPOSITIONS MULTIPLES AU SEIN D'UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

PAYET C.⁽¹⁾, **VOIRIN N.**⁽²⁾, **VANHEMS P.**⁽²⁾, **ECOCHARD R.**⁽²⁾

⁽¹⁾ CNRS, LYON, FRANCE ; ⁽²⁾ Hospices Civils de Lyon, LYON, FRANCE

INTRODUCTION

La survenue d'une infection dépend d'une exposition à une personne contagieuse mais en cas d'expositions multiples, il peut être complexe d'identifier l'exposition associée à la survenue de la maladie. De plus, l'exposition n'est pas toujours observée ou observable, les effets de l'exposition sont différés dans le temps et la contagiosité des personnes sources varie. Un modèle statistique intégrant ces spécificités au niveau individuel est proposé afin d'estimer, chez des patients, le risque d'infection nosocomiale au sein d'un établissement de santé.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le modèle explore l'effet différé d'une exposition observée, de la contagiosité de la personne source et d'expositions non observées. Il a été utilisé à partir de données de syndrome grippal (SG) collectées prospectivement chez des patients au sein d'un hôpital universitaire, pendant 3 saisons grippales de 2004 à 2007. Un total de 64 cas de SG incidents a été observé chez 21 519 patients à risque de SG totalisant 138 411 patients-jours de suivi.

RÉSULTATS

Le risque de SG associé à une exposition observée était d'environ 12,9 (IC 95% 8,5-18,3) pour 1000 patients-jours. Ce risque était associé à 72% à une exposition à des patients ou des soignants le jour précédent et à 41% au 1er jour de contagiosité de la source. Le risque de SG associé à une exposition non observée était de 0,08 (IC 95% 0,03-0,16) pour 1000 patients-jours en situation communautaire non épidémique et de 0,43 (IC 95% 0,04, 1,1) en situation d'épidémie communautaire.

CONCLUSION

Le modèle proposé pourrait être un outil épidémiologique intéressant permettant une meilleure évaluation des contributions relatives des expositions observées et non observées sur le risque d'infection nosocomiale dans un établissement de santé. Il pourrait permettre d'analyser plus précisément le lien d'imputabilité entre une infection et un séjour dans un établissement de santé.

CLJ-03

INFLUENCE DE L'USAGE DES FLUOROQUINOLONES SUR LA COLONISATION PAR STAPHYLOCOCCUS AUREUS RÉSISTANT À LA MÉTICILLINE

JOLIVET S., **COUDERC C.**, **SALOMON J.**, **THIÉBAUT A.**, **GUILLEMOT D.**

Institut Pasteur, PARIS, FRANCE

INTRODUCTION

Des souches de *S. aureus* résistant à la métilcilline (SARM) ont émergé dans les années 1960 et ont rapidement progressé en milieu hospitalier, limitant les possibilités thérapeutiques. Actuellement, la maîtrise de leur diffusion est une préoccupation importante, fondée principalement sur la diminution de la transmission. De récentes études suggèrent que l'exposition de ces souches aux fluoroquinolones (FQ) pourrait accroître le risque de colonisation par SARM. Aucune étude pharmaco-épidémiologique n'a cependant spécifiquement examiné cette hypothèse. L'objectif de ce travail était d'analyser les facteurs de risque d'acquisition de SARM, et en particulier l'influence de l'usage des FQ.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une cohorte prospective multicentrique a été composée de patients initialement non colonisés par *S. aureus* hospitalisés en médecine physique et réadaptation entre janvier 2008 et octobre 2010 pour une atteinte neurologique. Nous avons mis en œuvre deux analyses cas-témoins appariées nichées dans cette cohorte. Un cas était un patient nouvellement colonisé par *S. aureus* (SARM et/ou *S. aureus* sensible à la métilcilline [SASM]) dans les 13 semaines suivant son inclusion. Un témoin était un patient dont tous les prélèvements nasaux étaient négatifs à *S. aureus*. Chaque cas SARM ou SASM a été apparié respectivement à trois ou deux témoins selon trois critères : le centre, la date de premier prélèvement microbiologique et la durée de suivi. Les odds-ratios (OR) et intervalles de confiance à 95 % (IC_{95%}) des facteurs de risque spécifiques de l'acquisition de SARM et de SASM ont été estimés grâce à deux modèles de régression logistique conditionnelle.

RÉSULTATS

Parmi les 451 patients inclus dans la cohorte, 75 cas SARM ont été appariés à 204 témoins et 113 cas SASM à 210 témoins. Trois facteurs étaient indépendamment associés à l'acquisition de SARM : une charge en soins plus lourde à l'admission chez les hommes (OR=4,80 ; IC_{95%}=1,97-11,67), des antécédents d'hospitalisation en réanimation trois mois avant l'admission (OR=2,09 ; IC_{95%}=1,10-3,97) et la prescription de FQ depuis l'admission (OR=2,70 ; IC_{95%}=1,13-6,44). Le seul facteur de risque d'acquisition de SASM en analyse multivariée était l'aide à la toilette (OR=2,91 ; IC_{95%}=1,40-6,04).

CONCLUSION

L'exposition aux FQ est un facteur de risque spécifique d'acquisition de SARM et non de SASM. La maîtrise de la diffusion des SARM devrait à la fois porter sur des politiques de bon et de moindre usage des FQ et sur la prévention de la transmission.

CLJ-04

ÉPIDÉMIE D'ACINETOBACTER BAUMANNII MULTI-RÉSISTANT EN RÉANIMATION : ÉVALUATION DE L'ANTIBIOTHÉRAPIE.

BOSCHER C., LLORENS M., GETTE S., SELLIES J., GOETZ C., RONDELLOT G.
CHR Metz-Thionville Hopital Mercy, ARS-LAQUENEXY, FRANCE

Acinetobacter baumannii est fréquemment responsable d'épidémies en milieu hospitalier en raison de ses capacités de survie prolongée sur des surfaces inertes et d'accumulation de mécanismes de résistance aux antibiotiques. Entre mars 2010 et mars 2011, deux épisodes épidémiques d'*A. baumannii* multi-résistant (AbMR) ont touché le service de réanimation de notre hôpital.

Notre étude, rétrospective, a été menée par un réanimateur, un pharmacien, un hygiéniste et un interne en pharmacie. Les données recueillies (62 items) ont été saisies sur le logiciel Sphinx®. Les 2 critères principaux d'évaluation étaient : la

conformité de l'antibiotique initial par rapport au référentiel (antibioguide®) et la présence d'une justification de la réévaluation du traitement à 48-72h dans le dossier.

Un AbMR a été identifié chez 39 patients. 38 patients ont reçu des antibiotiques avant la mise en évidence d'un AbMR. Les familles antibiotiques les plus prescrites sont dans l'ordre les fluoroquinolones, les pénicillines du groupe A, les uréidopénicillines, les aminosides, les céphalosporines de 3^{ème} génération et les oxazolidinones. Nous avons une plus forte exposition aux fluoroquinolones et aux uréidopénicillines que le réseau antibio Raisin de surveillance de la consommation des antibiotiques (données 2009). L'antibiotique prescrit était conforme au référentiel dans 76% des cas. D'autres études menées sur notre hôpital ne retrouvent pas un taux de conformité aussi élevé. Ce bon taux s'explique par une équipe fortement engagée dans le bon usage des antibiotiques au quotidien. La réévaluation de l'antibiothérapie est justifiée dans 55% des cas. Ce bon résultat s'explique par le dossier patient informatisé, dans lequel les réanimateurs rentrent leurs observations quotidiennement.

Cette forte exposition aux fluoroquinolones et aux uréidopénicillines demande à être confirmée par une étude cas témoins afin de déterminer si cela constitue un facteur de risque d'acquisition d'AbMR ou si la variabilité observée correspond à une différence de pratiques d'antibiothérapie de notre service (étude en cours). Ces premiers résultats vont déjà permettre de sensibiliser les médecins sur leur pratique de prescription des antibiotiques, notamment sur l'état de leur consommation d'antibiotiques et sur l'importance de la justification de la réévaluation à 48-72h.

S P 1 1

L'ENNEMI PUBLIC N°1 : LES ENTÉROBACTÉRIES BLSE**CP17 - GESTION D'UNE ÉPIDÉMIE D'EBLSE EN PÉDIATRIE**ISABELLE LE-GUINCHE ET JEAN-RALPH ZAHAR, *Paris***INTRODUCTION**

L'endémie d'Entérobactéries sécrétrices de bêta lactamase à spectre élargi (EBLSE) que présente en France, depuis les années 2000, a des répercussions importantes au sein des structures hospitalières. Nous décrivons une politique de maîtrise des EBLSE ayant permis d'endiguer une situation « explosive » dans un service de pédiatrie générale.

CONTEXTE

Suite à la découverte de deux cas d'infections à *Klebsiella pneumoniae* dans le service de pédiatrie générale associée à une augmentation récente de l'incidence des cas cliniques acquis, nous proposons la réalisation d'un dépistage anal pour la recherche d'EBLSE un jour donné. Les résultats mettent en évidence que 45% des enfants présents sont porteurs d'une EBLSE. Dans ce contexte nous avons entrepris une démarche « multi facettes » de maîtrise du risque.

Dans un premier temps et afin de sensibiliser les soignants nous avons souhaité **identifier le réservoir**. Pour se faire nous avons déployé une politique de dépistage. L'analyse des données nous a permis de souligner la fréquence des patients à risque de portage à l'admission. Ainsi dans l'unité, la prévalence du portage était de 13,5%, parmi lesquels 58,5% des enfants admis avaient un antécédent d'hospitalisation dans les 6 derniers mois, 45% avaient reçu une antibiothérapie récente et 23% étaient porteurs de dispositifs invasifs ou avaient eu une procédure invasive à l'admission.

De façon parallèle nous avons souhaité **évaluer le respect des précautions standard**. Pour se faire, nous avons effectué un audit des pratiques observées montrant certes une observance importante de l'hygiène des mains (91%), mais une faible compliance (durée de friction inappropriée dans 70% des cas). Enfin cet audit nous a permis de mettre en évidence le non respect du port de gants notamment lors des changes de couches.

Fort de ces deux constatations et devant un risque majeur de diffusion des EBLSE, nous avons entrepris une démarche d'amélioration « classique » incluant

- 1- un plan de formation pour les soignants médicaux et para médicaux
- 2- des audits répétés en alternance avec des périodes d'accompagnement des équipes permettant de former et de réajuster les pratiques en temps réel .
- 3- un suivi hebdomadaire des colonisations
- 4- la mise en place de recommandations strictes quant à l'isolement des enfants

Cette démarche a rencontré plusieurs « obstacles » ayant pour conséquence une prolongation de ce phénomène endémique. Ceci s'explique par la méconnaissance du risque et la grande discordance entre l'incidence élevée des colonisations et la faible incidence des infections, mais également par la réticence des professionnels à modifier leurs pratiques et à la nécessité de maintenir le développement et l'éveil de l'enfant.

Malgré l'introduction des différentes mesures et la présence continue des membres de l'EOH auprès des soignants, la persistance des acquisitions nous ont conduit à un regroupement des patients dans une même unité de lieu avec des soignants dédiés.

A l'issue de 14 mois de suivi, nous avons pu maîtriser cette situation inhabituelle. Plusieurs enseignements sont à tirer de cette situation endémique :

- 1- Il existe une réelle discordance entre colonisation et infection ; l'indicateur de maîtrise du risque ne devrait il pas être basé sur l'incidence des colonisations acquises ?
- 2- La maîtrise du risque passe, dans un premier temps, par la connaissance et le respect des précautions standard et notamment lors des contacts avec les liquides biologiques
- 3- Seule la présence d'un « leader » local permet de mobiliser et de mettre en place des mesures correctives et d'en assurer le suivi.
- 4- La réalisation d'audits ne suffit pas, dans cette situation, à limiter le risque de transmission croisée, mais en l'associant à une politique d'accompagnement des équipes soignantes, avec une présence continue, sur une période donnée, de l'EOH permet de maîtriser le risque.

RÉFÉRENCES

1. Benenson S, Levin PD, Block C, Adler A, Ergaz Z, Peleg O, Minster N, Gross I, Schaffer K, Moses AE, Cohen MJ. Continuous surveillance to reduce extended-spectrum β -lactamase *Klebsiella pneumoniae* colonization in the neonatal intensive care unit. *Neonatology*. 2013;103(2):155-60.
2. Rivard-Yazigi L, Zahar JR, Le Guillou S, Chalouhi C, Lecuyer H, Bureau C, Nassif X, Gendrel D, Abadie V. Risk factors associated with extended-spectrum β -lactamase-producing *Enterobacteriaceae* carriage at admission in an infant cohort at a tertiary teaching hospital in France. *Am J Infect Control*. 2013 Feb
3. Zahar JR, Masse V, Watier L, Lanternier F, Degand N, Postaire M, Descamps P, Nassif X, Lortholary O. Is hand-rub consumption correlated with hand hygiene and rate of extended-spectrum beta-lactamase-producing *Enterobacteriaceae* (ESBL-PE)-acquired infections? *J Hosp Infect*. 2012;80(4):348-50.
4. Hilty M, Betsch BY, Bögli-Stuber K, Heiniger N, Stadler M, Küffer M, Kronenberg A, Rohrer C, Aebi S, Endimiani A, Droz S, Mühlemann K. Transmission dynamics of extended-spectrum β -lactamase-producing *Enterobacteriaceae* in the tertiary care hospital and the household setting. *Clin Infect Dis*. 2012;55(7):967-75.
5. Conseil scientifique de la société d'hygiène hospitalière. Transmission croisée : éléments de réflexion pour une analyse de risque. *Hygiène S*. 2012, Volume XX, 3 :123-130.

SP12 - Communications libres 5 paramédicales

CL-25

EVALUATION DES PRATIQUES EN HYGIÈNE PAR ESTIMATION DU RISQUE LIÉ AUX FACTEURS PROMOTEURS D'INFECTION LORS DE LA PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT PORTEUR D'UNE SONDE VÉSICALE

THIRIET L., JEUNESSE K., GIZZI A., IBARISSENE B.
Centre Hospitalier, SEDAN, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans le cadre du programme 2012 de lutte contre les infections liées aux soins, nous avons mené une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) relative à la prise en charge des patients porteurs d'une sonde vésicale. L'objectif était d'identifier les événements promoteurs d'infection urinaire, puis de les classer par niveau de risque dans le but de hiérarchiser la mise en œuvre des actions correctives.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Cette EPP a été conduite en mode projet, sous la forme d'un audit de pratiques combinant observations directes et interviews des professionnels. Les questionnaires ont été élaborés à partir du protocole de l'établissement. Toutes les unités d'hospitalisation complète ont été concernées. Les auditeurs étaient les membres de l'unité d'hygiène.

RÉSULTATS

20 observations de toilette périnéale, 20 interviews sur le thème de la réalisation d'un prélèvement urinaire, et 20 interviews relatives à la surveillance du patient sondé ont été réalisées entre le 03/09/12 et le 02/11/12.

Le respect des précautions standard (PS) était partiel (60% à 80% de conformité selon les items étudiés).

La toilette a été réalisée dans 50% des cas avec un savon en pain (technique non validée).

La fixation de la sonde au décours du soin était inexistante, et le positionnement du collecteur était incorrect dans 30% des audits.

Le port des gants lors du prélèvement d'urines était insuffisant (70% d'observance des recommandations). Dans 5% des interviews, le professionnel a déclaré qu'il déconnectait le système clos pour recueillir les urines.

La surveillance de la sonde était bien réalisée quotidiennement,

mais était souvent inappropriée (25% à 80% de conformité selon les items étudiés).

CONCLUSION

Après élaboration des grilles de cotation de la vraisemblance de survenue (V) et de la gravité (G) en termes d'effet pro-infectieux, l'estimation du risque infectieux lié aux non-conformités a été réalisée par expression de la criticité (V x G). La restitution des résultats sous cette forme a simplifié l'identification des points critiques, et facilité l'édification du plan d'action. En plus des écarts aux PS, il est apparu que c'est dans le cadre de la surveillance quotidienne du dispositif de sondage urinaire qu'étaient retrouvées les principales non-conformités. Les axes d'amélioration décidés par le groupe projet furent :

- 1- Intensifier la formation continue sur les PS sous forme d'ateliers de mise en situation professionnelle,
- 2- Mettre en place une check-list relative à la surveillance d'une sonde urinaire.

Une nouvelle EPP permettra de mesurer l'impact des mesures correctives appliquées.

CL-26

MISE EN PLACE DE RÉFÉRENTS GRIPPE AU SEIN D'UN ÉTABLISSEMENT

FOUCAULT S.⁽¹⁾, MIR P.⁽²⁾, JACOB C.⁽²⁾, HUE R.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Service d'hygiène, Centre Hospitalier Loire Vendée Océan, CHALLANS, FRANCE ; ⁽²⁾ Service Santé au travail, Centre Hospitalier Loire Vendée Océan, CHALLANS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'établissement a mis en place depuis 2010 un programme de formation de référents grippe (RG). L'objectif principal est de diminuer la nosocomialité de la grippe en améliorant le taux de vaccination anti-grippale (VA). Les objectifs secondaires sont d'améliorer l'adhésion des soignants (S) à la VA en leur facilitant l'accès à celle-ci et en diffusant une information scientifique actualisée et validée sur la grippe et la VA.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Ce programme est le fruit d'une collaboration entre le service d'hygiène et le service de santé au travail, qui forment conjointement les RG. Cette démarche est validée par le Comité

de Lutte contre les Infections Nosocomiales, et soutenue par la direction. Le rôle des RG est de vacciner leurs collègues et de répondre à leurs questions. Ces RG - infirmiers, cadres de santé ou manipulateurs en radiologie - sont recrutés, dans les services de soins, sur la base du volontariat. Le médecin du travail délivre une délégation de prescription au terme d'une formation spécifique, qui vise à améliorer les connaissances scientifiques des RG sur la VA pour combattre les idées reçues et vaincre la résistance des S à celle-ci. Les S disposent ainsi d'un accès privilégié à la VA au sein de leur service, ce qui permet de la réaliser dès qu'ils le souhaitent. Avant chaque campagne de VA, les RG bénéficient d'une actualisation de leurs connaissances lors d'une réunion bilan de la campagne de l'année passée. Un kit de VA, incluant une documentation scientifique, leur est alors délivré.

RÉSULTATS

En 2010, le taux de vaccination global de l'établissement est de 16,08%. En 2011, il est de 24,7%. De 2010 à 2011, le taux de vaccination des services avec référents grippe progresse alors que celui des services n'en ayant pas régresse. En 2011, le taux moyen de VA des services avec RG est de 27,4% (22% en 2010), celui des services sans RG est de 11,9% (13% en 2010). Les taux de VA de 2011 sont comparés par le test du Khi 2, dont le résultat montre une différence statistiquement significative entre les services sans référents et ceux qui en sont dotés.

CONCLUSION

Ces résultats objectivent une amélioration du taux de VA dans les services dotés de RG et montrent l'efficacité de cette démarche. Les S montrent une réelle satisfaction à être vaccinés au sein de leur service, même si celle-ci n'a pas été évaluée de façon formelle. Le programme de RG est désormais en place depuis plus de deux ans et la démarche doit se poursuivre car le taux de VA reste insuffisant.

CL-27

«MAITRISONS NOS DÉCHETS.CH»

BERNARD A.

Centre Hospitalier Ardèche Méridionale, AUBENAS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Afin d'améliorer la maîtrise des déchets, enjeu de taille pour tout établissement de santé, la Direction du CH a mandaté en 2010 un consultant externe pour réaliser un audit complet des pratiques sur 3 sites du CH. L'équipe d'hygiène est désignée par la Direction pour l'élaboration du plan d'actions, son management et sa mise en œuvre.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Un groupe de travail pluridisciplinaire restreint est constitué de 6 membres dont 3 de l'équipe d'hygiène. Impliqué au

quotidien, décisionnaire dans l'organisation ou intérêt sont les motivations des 3 autres membres.

En 2 ans, le groupe s'est réuni 25 à 30 fois : réunions plénières, en binôme pour des actions directes sur le terrain, en sous-groupe pour la rédaction de documents.. Chaque fois que possible, des professionnels ressources du terrain pouvaient intégrer le groupe. La cible finale était la maîtrise des déchets.

3 objectifs ont été priorisés :

- Amélioration du circuit
- Valorisation des déchets
- Maîtrise des coûts

5 principales actions ont été déclinées selon le diagramme d'Ishikawa et planifiées à court, moyen et long terme.

RÉSULTATS

Les actions se résument en termes de :

Méthode : mise en conformité réglementaire, réorganisation et amélioration des collectes, rédaction /réactualisation des procédures

Milieu : réaménagement des locaux de stockage, projet architectural, choix de nouveaux prestataires

Main d'œuvre : formation/information, communication, sensibilisation

Matière : amélioration du tri, création de nouvelles filières, réduction et valorisation de certains déchets

Matériel : achats de chariots de collecte et de contenants spécifiques

A l'issue de ces 2 années on note

- une diminution des coûts
- une baisse de production des DASRI (- 10 %)
- une maîtrise des risques avec un suivi des incidents internes et externes
- une réelle implication du personnel

Un registre des déchets est créé et permet de suivre mensuellement les productions.

CONCLUSION

2013, le groupe de travail continue les actions entreprises. Des difficultés sont bien présentes et de tout ordre (réglementaire, comportementales, architecturales, organisationnelles...). Elles sont souvent un frein dans l'avancée et dans la pérennisation des actions. Des projets sont en réflexion : filière biodéchets, formation du groupe de travail, visite de sites de traitement, journée communication ouverte aux professionnels du CH et autres établissements, mais aussi aux usagers et collégiens du territoire. 2014, un nouvel audit semble incontournable afin de valider les améliorations apportées et le travail du groupe.

CL-28

D'UNE ALERTE EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ À UN OUTIL DE GESTION DES RISQUES

BERNET C.⁽¹⁾, **LAPRUGNE-GARCIA E.**⁽¹⁾, **FASCIA P.**⁽¹⁾, **GAUTIER C.**⁽²⁾, **SAVEY A.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Hôpital Henry Gabrielle, SAINT GENIS LAVAL, FRANCE ;

⁽²⁾ CHU Pellegrin, BORDEAUX, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La pose de cathéter sous-cutané est un acte fréquent dans les établissements de santé et médico-sociaux. L'enquête nationale de prévalence 2012 évalue à 15 % l'exposition à un cathéter sous-cutané en soins de longue durée.

En 2010, la survenue à 6 mois d'intervalle de 3 abcès sous-cutanés à la suite de perfusions par hypodermoclyse en service de long séjour dans un centre hospitalier, enclenche au 2^e cas, un signalement d'infectiovigilance avec une demande d'aide à l'investigation. Un contexte qui a abouti à une démarche élargie de gestion des risques.

Ce travail présente une démarche globale de gestion des risques infectieux associés aux soins.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une démarche d'analyse approfondie des causes a été réalisée lors de l'aide à l'investigation de l'établissement. Elle a permis l'élaboration d'une fiche Retour d'Expérience en collaboration avec l'établissement. Toutes les causes immédiates et profondes identifiées dans le signalement ont été soigneusement reprises pour en détailler leur analyse. Les solutions ciblées sur les causes principales ont été rapportées. Cette information a servi de base de travail à l'élaboration d'une "analyse de scénario" par un comité technique de gestion des risques en région dont l'objectif est de produire des scénarii thématiques, accessibles par tous sur un site internet.

RÉSULTATS

La fiche REX « Abcès sous-cutanés en service de long séjour à la suite de perfusions par hypodermoclyse » est mise à la disposition et téléchargeable par les professionnels dans les mois suivants, 3304 téléchargements en 2012 (1986 en 2011).

L'analyse de scénario est à disposition sur site Internet avec une information relayée auprès des professionnels et organisation de formation des hygiénistes à son utilisation.

Cette démarche sera prolongée en 2013 par une enquête multicentrique par questionnaire sur les pratiques d'hypodermoclyse auprès des établissements.

CONCLUSION

L'analyse de "risque a priori" participative, anticipative et déculpabilisante a le mérite d'aller à la rencontre des professionnels. L'implication dans cette démarche de gestion des risques introduit une culture de la sécurité des soins,

facilite la communication entre les différents acteurs d'un même programme de prévention et enfin favorise une bonne réactivité.

CL-29

DE STOPRISK À STOPRISK PLUS DES PRÉCAUTIONS STANDARD AUX PRÉCAUTIONS COMPLÉMENTAIRES

MONIER S., **SAVEY A.**

HENRY GABRIELLE, SAINT GENIS LAVAL, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans le cadre de la lutte contre les infections associées aux soins (IAS), des recommandations pour éviter la transmission d'agents infectieux associent deux niveaux de précautions :

- les précautions standard à appliquer quel que soit le statut infectieux du patient, par tout soignant pour tout patient,
- les précautions complémentaires dans certaines situations, sur prescription médicale, définies en fonction de l'agent infectieux et de l'infection.

Une structure d'appui interrégionale propose depuis 2009 un programme de sensibilisation concernant les précautions standard : StopRisk Suite à une forte mobilisation, un nouveau programme sur les précautions complémentaires StopRisk Plus lui fait suite.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Ces 2 programmes proposent des outils de communication et pédagogiques afin que les structures puissent réaliser un programme adapté à leur contexte. Tous les outils sont téléchargeables sur le site sans condition.

Pour StopRisk les établissements inscrits bénéficient de l'envoi d'affiches, d'affichettes et de tracts et le retour d'un questionnaire de suivi permet un réajustement des outils.

StopRisk Plus, disponible au cours du 1^{er} trimestre 2013, propose une démarche pédagogique s'appuyant sur le concept de la communication engageante et un processus pédagogique décliné en 3 étapes. Une 1^{ère} étape favorise, par l'intermédiaire d'actes préparatoires, l'engagement de la direction, chefs de service, cadres de santé et professionnels ; une 2^{ème} étape est centrée sur la pédagogie visant l'acquisition de compétences et une 3^{ème} étape permet d'évaluer l'impact du programme sur les représentations et comportement des professionnels.

RÉSULTATS

A ce jour, 523 établissements de l'inter-région se sont engagés dans StopRisk et 246 ont validé leurs actions (renvoi d'un questionnaire d'évaluation après leurs actions).

Plus de 20 000 professionnels et plus de 4 000 usagers ont participé avec un impact pour les professionnels estimé à 3,8/5. Ces professionnels travaillent majoritairement en CH (69),

MCO (45), SSR (56), HL (32), de petite et moyenne taille (89 établissements <100 lits, 100 entre 100 et 300 lits).

Un envoi de plus de 5 000 affiches, 20 000 affichettes et 100 000 tracts (moyenne de satisfaction à 4,1/5) a été réalisé. Les outils pédagogiques présentent une moyenne de satisfaction à 4/5.

Le programme StopRisk Plus a été annoncé aux professionnels des établissements et débutera début 2013.

CONCLUSION

Apprendre en jouant semble facilitant. Le participant devient acteur et s'implique pour s'approprier des connaissances, comprendre, agir pour acquérir des compétences.

CL-30

«ENDO-SCOPIE» D'UNE ACTIVITÉ À RISQUE

MINCHACA C., FONSAT A., MARNY P.J., MARNY G., PEPE V., LOMBARD F., GALAS M.

Chu Fort de France, FORT DE FRANCE, MARTINIQUE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans un CHU de 1200 lits avec une activité de 2604 actes d'endoscopie digestive par an, une EPP est menée afin de mesurer le risque de défaillance lié au traitement des endoscopes souples thermosensibles dans un contexte budgétaire difficile et un projet de fusion inter établissement.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'existant est mesuré par la méthode de visite de risque dans le secteur de gastro-entérologie entre juin et septembre 2012. Des auditeurs ont été formés par le pilote de l'EPP (IDEH) et un groupe de travail pluridisciplinaire a conduit l'étude (Cadre de santé des consultations, IDE Hygiéniste, IDE et AS du service, cadre supérieur de pôle). Les outils utilisés ont servi à analyser la base documentaire et mener des audits de pratique et organisationnels. Des entretiens individuels (PH, cadre de santé, gestionnaire de risque, biomédical, santé au travail) nous ont permis de mesurer la perception du risque lié à l'activité d'endoscopie. Suite à la restitution des résultats, un plan d'actions a été établi avec les agents selon une matrice multicritère de sélection (criticité/impact/faisabilité). Des indicateurs de suivi ont été choisis seront intégrés au tableau de bord de l'activité d'endoscopie afin d'assurer le suivi et le maintien des améliorations.

RÉSULTATS

Non-conformités relevées (audits et entretiens individuels) :

- analyse documentaire : 1 document sur 22 est présent
- manque de formation du personnel
- absence de contrôles microbiologiques
- absence de maintenance préventive des endoscopes
- transport inadéquat des endoscopes

• contrôle de la concentration des vapeurs de désinfectant
Points forts observés (audits et entretiens individuels) :

- traçabilité de la désinfection, du stockage et des patients
- produits utilisés conformes
- disponibilité du matériel de protection
- programmation conforme du LDE

Le tableau de perception du risque ciblait le défaut de maintenance comme le plus porteur d'incident.

CONCLUSION

L'adhésion à l'EPP a été satisfaisante et a engagé une démarche d'amélioration de la qualité-sécurité des soins. Grâce à une implication des unités auditées, des actions d'amélioration ont été amorcées dans ce secteur (contrôles micro-biologiques, stockage et transport des endoscopes, travail avec le biomédical). Cette démarche a été conduite dans d'autres secteurs d'endoscopie. Le plan d'actions est en cours de suivi. La fusion des établissements a donné des perspectives de création d'une centralisation du traitement des endoscopes, par la libération de locaux, et donne à cette EPP une dimension institutionnelle.

SP13 - Communications libres 6

BMR/BHR

CL-31

GESTION DES BACTÉRIES HAUTEMENT RÉSI- TANTES AUX ANTIBIOTIQUES : À PROPOS DE 15 PRISES EN CHARGE

*GRANDBASTIENB., DUBOISP., LOUKILIN., CAUCHYL.,
BAGHDADI N., D'HALLUIN F., MAERTEN C.,
TRONCHON I., BORMS S., FAURE K., GUERY B.
CHRU de LILLE, LILLE, FRANCE*

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Notre protocole de gestion des patients retrouvés positifs à *Enterococcus faecium* résistant aux glycopeptides (ERG) a été adapté des réflexions qui ont conduit à l'avis du Haut Conseil de la santé publique en 2010. Exposé à plusieurs « crises » depuis, nous avons décrit ces situations, analysé les mesures mises en place et évalué leur impact sur la transmission.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Toutes les situations entre 2008 et 2011 où un ERG était identifié ou connu chez un patient hospitalisé ont été incluses. Le contexte d'identification, les mesures de prévention mises en place, le nombre de patients « contacts » identifiés, dépistés ainsi que les conditions de ces dépistages ont été systématiquement relevés. La durée de ces crises, leur ampleur (nombre de patients concernés) et la survenue de cas secondaires ont été mesurés.

RÉSULTATS

Quinze situations ont été identifiées. Il s'agissait de la prise en charge d'un patient connu (n=2), une identification en cours d'hospitalisation (n=6), une information transmise avec retard (n=6), dont d'un autre service (n=2) ou d'un autre établissement (n=4) et un contact se positivant à distance. L'équipe d'hygiène était toujours intervenue ; les mesures spécifiques d'hygiène étaient systématiquement mises en place. Pour 7 crises, le cas était transféré vers un secteur spécialisé. Les admissions étaient stoppées dans 23% des cas, et une sectorisation géographique créée dans 31%. Sur les 672 contacts (de 11 à 364 par crise), 80% avaient été dépistés au moins une fois, 56% deux fois et 50% trois fois à J30, majoritairement dans l'établissement. La gestion de ces situations a duré moins de 30 jours pour les patients déjà connus et en moyenne 85 jours pour les crises. Pour 5 d'entre elles, aucun cas secondaire n'a été identifié. Huit

ont concerné le cas index et un cas secondaire et pour 3, plus de 2 cas secondaires. Ils étaient alors corrélés à l'intensité du retard à l'information sur la positivité (plus de 8 jours) ou sur la durée d'hospitalisation avant la découverte (p=0,04). Il n'y a pas eu de cas secondaire après la mise en place des mesures d'hygiène.

CONCLUSION

Dans un contexte d'épidémie régionale, notre établissement a souvent été confronté à des patients porteurs d'ERG. L'intervention systématique de l'équipe d'hygiène et la mise en place immédiate des mesures de contrôle expliquent probablement leur faible transmission. Ces résultats militent pour une adaptation des recommandations à l'épidémiologie locale et à la connaissance du niveau de respect des précautions d'hygiène, pour maîtriser la diffusion des ERG.

CL-32

MAITRISE DE LA DIFFUSION DES ENTÉROBAC- TÉRIES PRODUCTRICES DE CARBAPÉNÈMASE DANS UNE LARGE INSTITUTION PUBLIQUE : 9 ANS D'EXPÉRIENCE

*FOURNIER S., MONTEIL C., BRUN-BUISSON C.,
RICHARD C., JARLIER V., RÉSEAU DES EOH.
AP-HP, PARIS, FRANCE*

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le contrôle des entérobactéries productrices de carbapénèmase (EPC) représente un enjeu majeur pour les années à venir. A la suite d'une épidémie survenue en 2004, un programme de surveillance et de contrôle des EPC a été mis en place dans 38 hôpitaux d'une même institution.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Depuis 2004, les informations suivantes ont été recueillies de façon prospective pour chaque alerte EPC : lieu d'admission, lien avec l'étranger, infection ou colonisation, bactéries et enzymes impliquées, survenue de cas secondaires, mesures de prévention mises en place.

En 2008, il a été recommandé aux hôpitaux de l'institution d'isoler et dépister tout patient transféré d'un hôpital d'un pays étranger à forte prévalence d'EPC.

En 2009, des recommandations visant à prévenir les épidémies ont été diffusées : isolement des cas, dépistages des patients contacts et, en cas d'épidémie, regroupement des cas et des contacts dans des secteurs dédiés distincts.

L'impact des mesures prises a été testé à l'aide de tests non paramétriques.

RÉSULTATS

Depuis 2004, 140 alertes impliquant une EPC ont été recensées, dont 73 en 2012. Parmi ces 140 alertes, 84% ont impliqué un patient ayant un lien récent avec l'étranger. Ces patients ont été accueillis en réanimation dans 32% des cas.

Les espèces bactériennes les plus fréquentes étaient *Klebsiella pneumoniae* (64%) et *Escherichia coli* (24%), les principales enzymes impliquées OXA-48 (59%) et KPC (22%).

Ces 140 alertes ont concerné 200 patients, dont un tiers a développé une infection. Parmi ces infections, un tiers étaient des bactériémies. Quarante-trois patients sont décédés (22%), sans qu'un lien entre une infection à EPC et le décès ne puisse être établi.

Dix-sept alertes ont donné lieu à des épidémies (2 à 14 cas). La proportion d'épidémies parmi les alertes est passée de 40% à 10% après 2009, $p=0.02$. La proportion de cas secondaires parmi l'ensemble des cas est passée de 69% à 23%, $p<0.001$, montrant l'efficacité des mesures de prévention et de contrôle des épidémies mises en place. L'analyse des 17 épidémies montre que 6 sont survenues malgré des précautions complémentaires contact instaurées dès l'admission du patient index ; dans 11 autres cas un retard à l'identification du patient index, et donc à la mise en place des mesures de prévention, était constaté.

CONCLUSION

Le nombre d'alertes concernant des patients porteurs d'EPC s'accroît nettement, particulièrement depuis 2011. La majorité de ces patients ont un lien récent avec l'étranger. Une politique active de détection des cas et de prévention des épidémies permet de limiter la diffusion des EPC dans les hôpitaux.

CL-33

ÉPIDÉMIE À PSEUDOMONAS AERUGINOSA BÉTA-LACTAMASE À SPECTRE ÉTENDU DANS UN SERVICE D'ONCO-HÉMATOLOGIE PÉDIATRIQUE

SALAUZEB.⁽¹⁾, **CHAUVINS.**⁽¹⁾, **ROSSID.**⁽¹⁾, **FOURNIERS.**⁽²⁾, **QUINET B.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ A.TROUSSEAU (AP-HP), PARIS, FRANCE ; ⁽²⁾ Direction politique médicale- APHP, PARIS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Décrire les investigations au cours d'une épidémie d'infections/colonisations à *Pseudomonas aeruginosa* BLSE (PA-BLSE) dans un service d'onco-hématologie pédiatrique.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Entre juillet 2011 et août 2012 9 cas d'infections/colonisations à PA-BLSE sont survenus. Une enquête épidémiologique est réalisée à la recherche d'un réservoir environnemental et/ou d'une transmission croisée.

RÉSULTATS

Les 4 premiers cas sont survenus entre juillet et novembre 2011 (2 septicémies, 2 colonisations digestive, génitale). Trois des 4 cas avaient séjourné dans une même chambre (CH); chambre équipée d'un lavabo pour hygiène des mains, d'un cabinet de toilette (avec lavabo et baignoire équipés d'une filtration terminale et d'un WC). L'analyse de l'eau de ces points ne retrouve pas la souche épidémique. Tous les points d'eau sont nettoyés et désinfectés. Une filtration terminale est mise en place sur le seul point d'eau non filtré (lave mains). La recherche systématique par le laboratoire de PA-BLSE sur les selles et/ou écouvillonnage rectal des enfants hospitalisés est réalisée.

Trois nouveaux cas surviennent entre février et avril 2012 (colonisation génitale, ORL et digestive) chez des enfants hospitalisés dans la CH. L'enquête environnementale est répétée (analyse de l'eau, siphons...): une souche de même phénotype est isolée au niveau du siphon de la baignoire.

Mesures mises en place : chargement des robinets, nettoyage désinfections des siphons de CH, ré-hospitalisation systématique des cas en chambre seule avec isolement précautions contacts, et utilisation renforcée des produits hydro-alcooliques. Deux nouveaux cas sont identifiés en juillet- août (colonisation génitale et septicémie), 1 patient ayant fréquenté la CH. Le nettoyage/ désinfection hebdomadaire et la surveillance microbiologique des siphons au niveau de CH sont mis en place. Cette surveillance ne permettra pas de mettre en évidence la souche épidémique.

L'étude des isolats (9 cas et 1 environnement) montre qu'ils sont identiques (génotype par random-PCR). Ils produisent une β -lactamase à spectre étendu SHV-2a, une superproduction de la céphalosporinase AmpC et présentent une altération de porine (OprD).

Un portage digestif a été mis en évidence chez 4 des 9 cas, un portage génital chez 6/9.

CONCLUSION

Cette épidémie à PA-BLSE a touché 9 patients, dont 7 avaient fréquenté la même chambre. Une contamination de l'environnement est probable. Une transmission croisée ne peut être éliminée. La mise en place d'une désinfection hebdomadaire de siphons a permis de contrôler l'épidémie.

CL-34

LES ENTÉROBACTÉRIES BLSE N'ÉPARGENT NI LES MAMANS NI LES NOUVEAUX-NÉS DANS UNE MATERNITÉ DE CHU

DE LAROUZIÈRE S., BAUD O., ROBIN F., DELPIROU F., VENDITTELLI F., TRAORE O.
 CHU de Clermont-ferrand, CLERMONT-FERRAND, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Contexte : L'incidence des entérobactéries productrices de BLSE (EBLSE) est en constante augmentation. L'observation de cas de portage d'EBLSE chez la femme enceinte et le nouveau-né (NN) alors qu'il s'agit d'une population à risque, nous incite à réaliser cette étude.

Objectifs : établir le taux d'incidence du portage d'EBLSE chez la femme au cours de la grossesse et en périnatalité immédiate et décrire leurs caractéristiques épidémiologiques.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Cette étude prospective recense à partir du laboratoire de bactériologie les prélèvements positifs à EBLSE des femmes en pré ou périnatalité immédiate et des NN (prélèvements périphériques) d'une maternité de CHU. Chaque cas correspond à un prélèvement positif identifié chez la maman ou le NN ou les deux. Pour chaque parturiente, des données sociales et géographiques sont colligées. Les antécédents d'infections urinaires récidivantes et d'actes invasifs avant la grossesse sont recherchés ainsi que la survenue, en cours de grossesse, d'infection, d'antibiothérapie ou d'éventuelles hospitalisations.

RÉSULTATS

Entre janvier 2011 et décembre 2012, 24 cas sont recensés, tous sont des portages à *E coli* BLSE. Le taux d'incidence de portage (mère et NN) est de 3,3/1000 naissances. 21 fois seul le nouveau-né ou la maman sont porteurs (11 NN, 10 mamans), pour 3 cas la maman et le NN ont au moins un prélèvement positif (placenta + périphériques de NN). Parmi ces 24 cas 29 prélèvements positifs sont recensés : 14 périphériques de NN, 5 urinaires maternels et 4 vaginaux, 6 placentaires. Dans la population étudiée, seuls 2 cas ont un antécédent d'acte invasif ou d'infections urinaires récidivantes. Au cours de la grossesse, sur 24 mamans, 10 ont été hospitalisées et 10 ont eu une antibiothérapie par bêta-lactamines. Deux parturientes sont des professionnelles de santé. 13 présentent des particularités sociales et/ou géographiques ; 8 ont une situation sociale particulière (dénis de grossesse, gens du voyage ...) et 7 sont d'origine étrangère (dont 5 turques).

CONCLUSION

Bien que le taux d'incidence observé soit faible, il est préoccupant du fait des difficultés thérapeutiques liées aux EBLSE et à la fragilité de cette population. La situation sociale, la prise d'antibiotique et l'hospitalisation au cours de la grossesse

ainsi que l'origine géographique sont fréquemment retrouvés dans notre étude. Afin de confirmer ces éventuels facteurs de risque d'acquisition d'EBLSE, cette étude doit être poursuivie.

CL-35

MAÎTRISE D'UNE ÉPIDÉMIE D'ENTÉROBACTÉRIES PRODUCTRICES DE CARBAPÉNÈMASE: INTÉRÊT D'UNE ÉQUIPE MOBILE DÉDIÉE À LA PRISE EN CHARGE DES CAS

LOTTHÉ A., BLASCO A., SIMON M., GEOFFROY M., CHAIZE P., ALARCON V., PAQUIS M.P., BURGEL L., MOUTI L., PARER S.
 CHRU de Montpellier, MONTPELLIER, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans le cadre du Plan Local de Maîtrise d'Epidémie (PLME) de notre CHRU, nous avons créé en 2012 une équipe mobile dédiée (EMD), spécifiquement formée à la prise en charge de patients porteurs de germes émergents ou transmissibles, et mobilisable selon une procédure institutionnelle annexée au Plan Blanc. La survenue en novembre 2012 d'une épidémie d'entérobactérie productrice de carbapénèmase a mis le dispositif à l'épreuve de la réalité de terrain.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une *Klebsiella pneumoniae* productrice de carbapénèmase (KpOXA 48) a été détectée dans les urines d'un patient rapatrié du Maroc, non dépisté à son admission. L'identification et le dépistage des cas contacts ont été organisés. Pour tout cas secondaire décelé, l'investigation s'est étendue aux nouveaux contacts et secteurs de soins. La carbapénèmase a été confirmée pour chaque cas et des comparaisons de souches ont été faites par biologie moléculaire. L'EMD a été mobilisée selon la procédure du PLME.

RÉSULTATS

Entre le 29/11 et le 31/12/2012, l'investigation autour du cas *index* a concerné plus de 200 patients. Au total, 9 cas ont été diagnostiqués dans 3 services (médecine, soins intensifs et réanimation), impliquant 2 clones de KpOXA 48 épidémiologiquement non liés. La mobilisation de l'EMD, d'abord aux soins intensifs puis en médecine, a permis une sectorisation effective des patients au prix d'une brève réduction d'activité. En réanimation, le renfort a été organisé en interne, avec des soignants volontaires en heures supplémentaires. Compte tenu de la période, le remplacement dans leurs services d'origine des agents de l'EMD a nécessité le recrutement de personnel intérimaire. Le renforcement des ressources humaines dans les unités touchées, le suivi rapproché des contacts et l'accompagnement quotidien des équipes ont abouti à la maîtrise des 2 épidémies en 1 mois.

CONCLUSION

En situation épidémique, le recours à une équipe mobile dédiée, spécifiquement formée, permet d'optimiser la sectorisation des patients et la qualité des soins, même en contexte de pénurie de personnel. Le dispositif institutionnel de maîtrise d'épidémie permet une réponse rapide et adaptée à chaque situation.

dont 88 restants en cours. Quatre épisodes de cas groupés (2 à EPC, 2 à ABRI), avec chacun 1 cas secondaire, ont été mis en évidence. Les 2 épisodes à EPC et 1 à ABRI résultaient d'un retard d'identification du patient en salle d'hospitalisation avec transmission au voisin de chambre.

CL-36**BACTÉRIES HAUTEMENT RÉSISTANTES (BHR) : UNE PRISE EN CHARGE ADAPTÉE EST-ELLE UNE ALTERNATIVE À L'ÉQUIPE DÉDIÉE ?**

JANSEN C., CIZEAU F., GOUOT C., BRUN-BUISSON C.
Albert Chenevier - Henri Mondor, CRÉTEIL, FRANCE

CONCLUSION

Le délai d'identification des patients à risque est à l'origine d'un nombre élevé de contacts et des épisodes de cas groupés de BHR. Une alerte dès l'admission de ces patients est indispensable à une prise en charge adaptée. Celle-ci, adaptée à la charge en soins et au secteur d'hospitalisation, avec un accompagnement des services cliniques, semble être une alternative raisonnable à l'équipe dédiée.

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La prise en charge de patients porteurs de BHR est un enjeu de santé publique majeur pour les établissements de santé. L'objectif de cette étude est de décrire les cas de portage de BHR détectés dans un centre hospitalier universitaire (CHU), leur prise en charge et les conséquences pour le CHU.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Depuis novembre 2010, l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) du CHU suit en prospectif tous les patients à risque de portage de BHR signalés (antécédents d'hospitalisation hors France métropolitaine ou contact). Ces patients sont dépistés à 3 reprises à 2 jours d'intervalle (rectum et gorge) et les précautions complémentaires sont appliquées. Pour chaque patient porteur, l'EOH évalue la charge en soins et selon le secteur d'hospitalisation, met en place des mesures spécifiques pour maîtriser la diffusion des BHR.

RÉSULTATS

En 27 mois de surveillance, 38 épisodes impliquant 1 à 3 BHR et 43 patients, ont été investigués : 15 impliquaient une entérobactérie productrice de carbapénémase (EPC), 11 un entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) et 12 un *Acinetobacter baumannii* résistant à l'imipénème (ABRI). Parmi les 43 patients, 35 avaient été hospitalisés à l'étranger (80 %), notamment au Maghreb ou Moyen-Orient pour 19 cas (55 %). Un patient, résident en France, avait voyagé en Turquie et 5 patients étaient identifiés comme contact (4 cas acquis dans le CHU et 1 importé). Seulement 11/38 cas index (29%) étaient initialement admis en réanimation/USC. L'EPC identifiée était une OXA-48 ou OXA-48 *like* dans 93 % des épisodes, dont 2 non associées à une BLSE. Sept épisodes (18%) ont conduit à la mise en place d'une équipe dédiée et 4 à des sectorisations. Dans les autres cas (76 %), les soins étaient regroupés en fin de planning de soin, avec sensibilisation et formation du personnel soignant et audits interventionnels des pratiques. L'EOH a identifié et suivi 1237 patients contacts,

SP14 - ACTUALITÉS EN HYGIÈNE HOSPITALIÈRE

CP-22 PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION RESPIRATOIRE « AIR » « GOUTTELETTES »

ANNE BERGER-CARBONNE, *Paris* et BÉATRICE CROZE, *Valence*

Les recommandations « Air ou Gouttelettes » étaient attendues après la publication en 2009 de la réactualisation des recommandations pour les précautions standard d'hygiène et les précautions complémentaires « contact ». Ces dernières années, voire ces dernières semaines, des épidémies, qu'elles soient de grippe, de SRAS ou même plus récemment l'arrivée dans certains de nos hôpitaux de patients porteurs de tuberculose multirésistante ont rappelé l'importance que revêt la prévention dans la lutte contre la transmission croisée. Les précautions mises en place pour la prévention de la transmission par voie respiratoire sont destinées à protéger en premier lieu les professionnels exposés à des patients infectés et indirectement les patients auxquels le professionnel qui aurait contracté l'infection pourrait la transmettre.

Ce document se veut simple et pragmatique et donne aux équipes des éléments solides d'orientation. En effet, les éléments récents de la littérature qui ont été analysés pour la rédaction de ce guide permettent de penser que le port d'un appareil de protection respiratoire (APR) est à réserver aux pathogènes qui se transmettent par voie aérienne (tuberculose, rougeole...) et aux éventuels pathogènes émergents (nouveau coronavirus...) dont on ne connaît pas encore le mode de transmission.

Pour les infections respiratoires à transmission gouttelettes (grippe, coqueluche...), le port d'un APR n'a pas montré sa supériorité par rapport au masque chirurgical. Pour les précautions « gouttelettes », une autre nouveauté concerne la distance à partir de laquelle le masque chirurgical doit être porté : cette distance pouvant aller jusqu'à 6 mètres selon les publications.

En revanche, pour les patients porteurs de BMR au niveau des voies aériennes et présentant des signes d'infection respiratoire, le groupe de travail est resté fidèle au document de 2009 pour la prévention de la transmission croisée de type « contact » qui préconise les précautions standard dans ce cas (port d'un masque chirurgical lors des soins).

Concernant la tuberculose, il était nécessaire de refaire le point sur les conditions de mise en oeuvre et de suspension des précautions « AIR ». Malheureusement la littérature ne montre rien de révolutionnaire dans ce domaine, nous avons surtout synthétisé les recommandations nationales et internationales récentes afin de donner aux soignants tous les éléments pour prendre la bonne décision au cas par cas. La prise en charge des patients atteints ou suspects de tuberculose MDR ou XDR va faire l'objet de recommandations spécifiques émanant du ministère...

Sur le plan pratique,

Le document cible le comportement de toute personne qui tousse, patient/résident, visiteur, ou soignant.

Il renforce le socle des « Précautions Standard » pour tout patient, par tout le personnel, à tout moment y compris pour la prévention de la transmission croisée respiratoire.

Il décline, en complément du respect des « Standards de l'hygiène » les mesures barrière d'hygiène dont la mesure essentielle est le port du masque.

Il souligne l'importance d'une formation à l'ajustement et au port des équipements respiratoires pour tout professionnel et pour tout porteur.

La prévention de la transmission croisée se décline désormais en 4 temps ...



CP23 - RECOMMANDATIONS POUR LA PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION CROISÉE DES « BACTÉRIES HAUTEMENT RÉSISTANTES AUX ANTIBIOTIQUES ÉMERGENTES » (BHRE)

DIDIER LEPELLETIER, BRUNO GRANDBASTIEN ET PHILIPPE BERTHELOT
pour le groupe de travail HCSP – SF2H.

L'émergence de la résistance aux antibiotiques est en enjeu de santé publique. La maîtrise de la diffusion des bactéries multi-(BMR) ou hautement (BHR) résistantes aux antibiotiques repose sur une double stratégie de réduction de la prescription des antibiotiques et de prévention de la diffusion à partir des patients porteurs.

Les précautions standard sont applicables par tout professionnel de santé lors de la prise en charge de tout patient alors que des mesures plus spécifiques, complémentaires des précautions standard, sont recommandées pour des patients porteurs de maladies infectieuses transmissibles ou de BMR en situations sporadique ou épidémique. Des précautions encore plus ciblées peuvent être proposées à des populations particulièrement à risque infectieux comme pour les patients porteurs de BHR. Notre capacité à détecter et identifier précocement les patients porteurs de BHR émergentes (BHRe) et à assurer leur suivi, à travers une communication efficace entre tous les acteurs concernés, représente un challenge important dans cette maîtrise de la diffusion de la haute résistance aux antibiotiques des bactéries.

Dans ce contexte, le Haut Conseil de Santé Publique a élaboré un guide actualisant et harmonisant l'ensemble des recommandations existantes concernant la prévention de la transmission croisée de bactéries commensales émergentes comme les entérobactéries productrices de carbapénémases et des entérocoques résistants aux glycopeptides.

Les recommandations, proposées dans ce guide, adaptées aux connaissances scientifiques et opérationnelles connues en 2013, présentent différents niveaux de prévention ciblés sur les patients porteurs de BHRe et les patients dits « contact ». L'application effective de ces recommandations sur le terrain doit prendre en compte le contexte local, l'expertise de l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène, les différentes situations de détection des BHRe (à l'admission, en cours d'hospitalisation, etc.) et de maîtrise de la situation (cas sporadique, cas secondaires) et les différentes filières de soins concernées. Une même situation pourra donc être prise en charge différemment selon le contexte, qui doit à chaque fois, éviter toute perte de chance pour le patient afin de garantir une qualité et sécurité des soins et une orientation dans la filière de soins adaptée à sa prise en charge.

Résumés des Posters Congrès et Junior

P-001

ETUDE DE LA CONTAMINATION BACTÉRIOLOGIQUE DES BASSINS, DES LAVES BASSINS ET DE LEUR ENVIRONNEMENT

VANHARENS., DUPORTC., COADICD., MAGNENEYM., DOUCET-POPULAIRE F., **DECOUSSER J.W.**
CHU Antoine Béclère, CLAMART, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'augmentation de l'incidence du portage digestif des entérobactéries productrices de béta-lactamase à spectre étendu (BLSE) et des infections à *Clostridium difficile* replace la gestion des excréta au cœur de la lutte contre la transmission croisée. La gestion des bassins constitue un véritable point critique dans cette stratégie de maîtrise des risques.

L'objectif de ce travail est d'évaluer la contamination bactérienne des bassins, des lave-bassins et de leur environnement.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

La contamination bactérienne a été recherchée en ciblant les germes d'origine fécale (entérobactéries et *C. difficile*) et hydrique (*Pseudomonas aeruginosa*) au moyen de milieux sélectifs. L'étude monocentrique a concerné les 15 unités possédant au minimum un lave-bassin. Les prélèvements ont été réalisés 3 fois consécutivement à 1 mois d'intervalle et ont concernés (i) les bassins nettoyés et stockés (3 bassins prélevés, 3 prélèvements par bassin), (ii) les lave-bassins (3 points à l'intérieur et 3 à l'extérieur), (iii) des supports de stockage des bassins (2 points), (iii) l'environnement (air, point d'eau, surfaces touchées).

RÉSULTATS

17 lave-bassins et leur environnement ont été prélevés entre mars et juillet 2012.

Sur les 245 prélèvements réalisés sur les bassins prêts à être utilisés, 4 étaient positifs à *Escherichia coli* (surface supérieure à 2 reprises, intérieur ou poignée) et 3 à *P. aeruginosa*. Le lieu de stockage des bassins a été trouvé parfois contaminé par *E. coli* (1/33) ou *P. aeruginosa* (2/33). Sur 225 prélèvements réalisés sur et dans les lave-bassins, 8 *E. coli* ont été identifiés (dont 2 BLSE), 3 *P. aeruginosa*, 1 *Acinetobacter baumannii* et 1 *Klebsiella oxytoca*; *E. coli* et *K. oxytoca* ont été retrouvés sur la poignée ou les touches de l'appareil. Dans l'environnement des lave-bassin (214 prélèvements), seuls les points d'eau sont parfois contaminés par *P. aeruginosa* (3) ou *E. coli* (2). Aucun prélèvement n'a retrouvé *C. difficile*.

CONCLUSION

La logistique de l'élimination des excréta est souvent défaillante. Le lave-bassin ou son environnement peuvent être des réservoirs d'entérobactéries ou de *P. aeruginosa*. Les lieux de stockage des bassins ou les bassins eux-mêmes sont parfois insuffisamment décontaminés et peuvent être potentiellement à l'origine de transmissions croisées. L'entretien et le stockage des bassins doivent faire l'objet de protocoles écrits et tracés. Les lave-bassins doivent quant à eux bénéficier d'un entretien et d'un suivi à la hauteur de leur place stratégique dans la gestion du « nouveau » péril fécal.

P-002

BILAN D'UNE POLITIQUE DE RECHERCHE DE PORTAGES DIGESTIFS AUTOUR DE PATIENTS INFECTÉS PAR ESCHERICHIA COLI PRODUCTEUR DE BÉTA-LACTAMASE À SPECTRE ÉLARGI

THIRIET L., GIZZI A., JEUNESSE K.
Centre Hospitalier, SEDAN, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Conformément aux recommandations publiées par le Haut Conseil de Santé Publique en février 2010, nous avons initié en janvier 2011 une démarche de recherche des portages digestifs autour d'un patient infecté par *Escherichia coli* producteur de Beta-lactamase à spectre élargi (*E. coli* BSLE). Après un an d'application de cette politique, nous avons établi un premier bilan.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

A chaque identification d'*E. coli* EBLSE dans un prélèvement à but diagnostique, l'unité d'hygiène a procédé au recensement des sujets contacts : voisin de chambre et/ou patients pris en charge par la même équipe de soins de nursing, et ayant séjourné ensemble dans l'unité de soins pendant au moins 24 heures. Les selles des patients contacts ont été prélevées une seule fois, par écouvillonnage rectal.

RÉSULTATS

En 2011, 8 patients ont été infectés par *E. coli* EBLSE, et 37 sujets contacts ont été identifiés. Parmi les 32 (86,5%) dépistages réalisés, 4 (12,5%) furent positifs, dont 3 autour d'un même patient. Pour cet épisode, une transmission croisée était envisageable, mais nous n'avons pas pu étayer notre hypothèse car l'étude génotypique des souches isolées, trop onéreuse, ne fut pas réalisée.

CONCLUSION

Dans le contexte de maîtrise partielle des précautions standard de notre établissement, ces résultats étaient difficiles à interpréter, et peu contributifs sur le plan pédagogique. Deux paramètres avaient pu impacter négativement sur l'estimation de la dissémination d'*E. coli* BLSE : définition du sujet contact, et qualité du prélèvement de dépistage. En 2012, nous avons modifié la caractérisation du sujet contact en limitant le recrutement aux 2 chambres situées de part et d'autre du lit du patient infecté, et en imposant une durée minimale d'hospitalisation concomitante de 72 heures entre sujet infecté et contacts potentiels. Nous avons également changé la technique de prélèvement (écouvillonnage de selles préalablement recueillies). Malheureusement, nous n'avons pas pu évaluer l'apport des évolutions proposées, car nous nous sommes heurtés à la résistance des soignants (taux de réalisation des dépistages des contacts identifiés de 30%), peu convaincus par cette approche contraignante pour le patient et les équipes.

Notre expérience nous laisse circonspects sur la pertinence de la réalisation en routine de la recherche de porteurs autour d'un patient infecté par *E. coli* BLSE. Les difficultés de prélèvement (technique de recueil, moment optimal), et l'implication aléatoire des équipes soignantes, rendent délicate l'interprétation des résultats, et donc incertain le rapport coût/bénéfice de cette démarche.

P-003

GESTION D'UNE ÉPIDÉMIE À ACINETOBACTER BAUMANII RÉSISTANT À L'IMIPÉNEM (ABRI) EN RÉANIMATION

MARSAL L., DIAW F., HAKOUNE V.

GH Diaconesses Croix Saint-Simon, PARIS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Une hyper endémie de colonisation et/ou infection à ABRI a été constatée au sein de l'unité de réanimation polyvalente (9 lits) de notre établissement (286 lits de MCO) lors de l'été 2012. Nous présentons ici les mesures prises pour contrôler ce phénomène sans fermeture de l'unité.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une cellule de crise, pilotée par l'EOH, a été chargée de l'enquête épidémiologique et de la mise en place des mesures de contrôle sachant que la direction générale et la CME souhaitaient éviter dans la mesure du possible une fermeture de la réanimation. Le praticien hygiéniste de l'établissement, membre de l'EOH, est gestionnaire des risques et coordonnateur des risques associés aux soins de l'établissement. Les cas ont pu être diagnostiqués car il existe dans l'unité de réanimation

un protocole de dépistage systématique des BMR basé sur un prélèvement anal pour les entérobactéries à l'entrée et ensuite tous les 10 jours jusqu'à la sortie.

RÉSULTATS

Sept cas sont survenus entre l'hospitalisation du cas index le 28 mars et fin août 2012. L'analyse génotypique des souches a montré que les 6 premiers cas étaient tous porteurs de la même souche, mais que la souche du cas n°7 était différente. Il s'agissait 6 fois d'une colonisation et une fois d'une infection pulmonaire (cas index). Tous les patients, à l'exception du cas n°7, étaient déjà isolés au moment du diagnostic d'ABRI et l'isolement d'un ABRI est survenu après au moins 10 jours de réanimation. La durée moyenne du séjour en réanimation des cas était de 40 jours avec 3 décès sur limitation de traitement. Les ABRI étant connus pour survivre dans l'environnement hospitalier, il a été décidé de bloquer les admissions en réanimation, de mettre en place un cohorting pour prendre en charge les patients colonisés à ABRI (cas 6 et 7), de prélever systématiquement tous les patients à leur sortie de l'unité avec mise en isolement dans l'attente du résultat, d'effectuer un double nettoyage complet des chambres au fur et à mesure de leur libération (protocole habituel au détergent-désinfectant de surface suivi d'un nettoyage complet à la vapeur en insistant sur la literie) ainsi que des parties communes du service. De plus, une évaluation de l'hygiène des mains de tous les professionnels a été effectuée. Cela a pris 2 semaines. Les admissions ont été à nouveau autorisées. Aucun cas n'est survenu depuis.

CONCLUSION

Un ensemble de mesure dont un renforcement du bionettoyage et un cohorting des professionnels a été mis en place pour gérer cette hyper endémie à ABRI sans fermeture de l'unité.

P-004

RÔLE DE L'ENVIRONNEMENT DANS LA PERSISTANCE D'UNE ÉPIDÉMIE À KLEBSIELLA PNEUMONIAE SÉCRÉTRICE DE BLSE DANS UN SERVICE DE RÉANIMATION

GIBERT L., BOYER S., MARINI H., FRÉBOURG N., LEMÉE L., MERLE V., LEBARON C., GOURICHON L., PASCAL E., CHEFSON-GIRAULT C., NOUVELLON M.
CHU-Hôpitaux de Rouen, ROUEN, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Klebsiella pneumoniae (*K. p.*) à β -lactamase à spectre élargi (BLSE) est l'un des principaux germes pourvoyeurs d'épidémies associées aux soins. Nous rapportons ici le rôle de

l'environnement dans la persistance d'une épidémie à *K. p.* BLSE dans un service de réanimation.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Devant la persistance depuis plusieurs mois de cette épidémie, il a été décidé de réaliser des prélèvements environnementaux. Un écouvillonnage au niveau du pourtour des lavabos des 10 chambres de ce service a été effectué après bionettoyage. Après mise en culture dans un bouillon Eugon®, la sélection s'est faite sur un milieu Drigalski contenant 1mg/l de ceftazidime. Une identification (Phoenix, BD) et un antibiogramme en milieu gélosé ont été réalisés pour chacun des isolats. Les souches isolées chez les patients porteurs de *K. p.* BLSE et celles retrouvées dans l'environnement ont été typées par technique de type RAPD (REP PCR).

RÉSULTATS

De novembre 2010 à juin 2012, 25 patients ont été colonisés ou infectés par un clone épidémique de *K. p.* BLSE. En effet, malgré les mesures prises après les 11 premiers cas en vue d'éviter la transmission croisée (renforcement des précautions standard (PS), précautions complémentaires contact (PCC), audit hygiène des mains, dépistage hebdomadaire des patients présents), 7 nouveaux cas se sont déclarés. D'autres mesures ont été mises en place (audit PS, PCC, bionettoyage, intervention de l'ARLIN : observation des toilettes, soins, locaux) n'empêchant pas la survenue de 6 autres cas. Des prélèvements environnementaux ont alors été réalisés et le clone épidémique a été mis en évidence au niveau du pourtour des lavabos dans 2 des 10 chambres. Ceci constituait donc un réservoir pouvant expliquer la persistance du germe dans l'environnement. Ces lavabos, servant à la fois au lavage des mains du personnel ou pour l'approvisionnement en eau pour les toilettes des patients, constituaient une source de contamination potentielle. Des joints de silicone ont donc été refaits au niveau du lavabo de chaque chambre de ce service en attendant une réfection totale des plans de travail et des points d'eau. Depuis lors, l'épidémie a pu être jugulée.

CONCLUSION

Dans cette épidémie à *K. p.* BLSE où 25 patients ont été contaminés, la propagation se sera faite par manuportage, l'environnement ayant joué un rôle de réservoir.

P-005

LES ACTIONS MISES EN OEUVRE FACE À L'ÉVOLUTION INQUIÉTANTE DE BACTÉRIEMIES À EBLSE

VÉRONA.⁽¹⁾, DOS SANTOS S.⁽¹⁾, GIRARD N.⁽¹⁾, **VANDER MEE-MARQUET N.**⁽¹⁾, GROUPE DES SURVEILLANCES DU RHC.⁽²⁾

⁽¹⁾ Centre Hospitalier Universitaire, TOURS CEDEX, FRANCE ;

⁽²⁾ Réseau des Hygiénistes du Centre RHC, TOURS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Nous décrivons 91 bactériémies à EBLSE (Bact-EBLSE) et 218 bactériémies à SARM (Bact-SARM) diagnostiquées sur une cohorte stable de 2007 à 2012, et présentons notre future stratégie pour prévenir la part évitable des Bact-EBLSE.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

La surveillance annuelle des bactériémies est menée dans 35 établissements de >50 lits MCO. L'analyse des données d'incidence est documentée par celle des portes d'entrée (PE) et des facteurs de risque, ainsi que par l'analyse moléculaire des BMR (antibiorésistance, PFGE).

RÉSULTATS

Pour 2007-2012, l'incidence a augmenté pour les Bact-EBLSE (0,013 vs 0,065) alors qu'elle a diminué pour les Bact-SARM (0,089 vs 0,081). Les bactériémies à EBLSE et à SARM sont majoritairement associées aux soins (56/91 EBLSE, 61% et 166/218 SARM, 76%).

Les Bact-SARM sont majoritairement associées à une PE cutanée/opératoire (39%) ou à un dispositif intraveineux (18%). La diversité génétique des SARM est importante, suggérant une origine endogène fréquente. Les actions de prévention du risque infectieux associé à un geste invasif (préparation cutanée) ont été suivies d'une baisse de l'incidence des bact-*S. aureus* post-chirurgicales (0,049 en 2011 vs 0,024 en 2012), à PE urinaire (0,032 en 2008 vs 0,019 en 2012), aux CVPs (0,019 en 2009 vs 0,009 en 2012) et aux CVCs (0,032 en 2010 vs 0,019 en 2012).

Les Bact-EBLSE sont majoritairement associées à une PE urinaire (46 %) ou digestive (26 %). Les Bact-EBLSE d'origine communautaire impliquent majoritairement la femme >65 ans (68 %) et *E. coli* (87 %). A l'inverse, les Bact-EBLSE associées aux soins sont associées à *K. pneumoniae* (40 %) ou *E. coli* (48 %) et majoritairement diagnostiquées chez l'homme (74 %) présentant des antécédents de sondage (51 %). La diversité génétique est élevée pour *E. coli* (suggérant l'origine endogène des bactériémies) mais limitée pour *K. pneumoniae* en lien avec des transmissions croisées intra-hospitalières.

CONCLUSION

Nos résultats sont concordants avec ceux d'EARSS qui montrent une évolution alarmante de l'épidémiologie des infections invasives à EBLSE.

Le respect des précautions d'hygiène, des précautions complémentaires, et l'amélioration de la préparation cutanée avant un geste invasif ont montré leur efficacité pour diminuer la part évitable des Bact-SARM.

Nos résultats nous encouragent à améliorer la préparation cutanée précédant le sondage urinaire, promouvoir le strict respect des précautions d'hygiène en particulier concernant la gestion des excréta, et renforcer le respect des précautions complémentaires autour des porteurs de EBLSE : ce sont nos axes prioritaires d'action.

P-006

EVOLUTION RÉGIONALE DE L'INCIDENCE DES ENTÉROBACTÉRIES PRODUCTRICES DE BÊTA-LACTAMASES À SPECTRE ÉTENDU (EBLSE) ENTRE 2007 ET 2011 À PARTIR DES DONNÉES DU RÉSEAU NATIONAL DE SURVEILLANCE DES BACTÉRIES MULTIRÉSISTANTES AUX ANTIBIOTIQUES (BMR-RAISIN)

ARNAUD I.⁽¹⁾, **BLANCHARD H.**⁽¹⁾, **BAJOLET O.**⁽¹⁾, **BERTRAND X.**⁽¹⁾, **CAILLAT-VALLET E.**⁽¹⁾, **DUMARTIN C.**⁽¹⁾, **EVEILLARD M.**⁽¹⁾, **FOSSE T.**⁽¹⁾, **HOFF O.**⁽¹⁾, **GARREAU N.**⁽¹⁾, **MARTYN.**⁽¹⁾, **MAUGATS.**⁽²⁾, **MOUCHOTL.**⁽¹⁾, **PARNEIX P.**⁽¹⁾, **REYREAUDE.**⁽¹⁾, **SAVEYA.**⁽¹⁾, **TRYSTRAMD.**⁽¹⁾, **SENECHAL H.**⁽¹⁾, **SIMON L.**⁽¹⁾, **SOUSA E.**⁽¹⁾, **COIGNARD B.**⁽²⁾, **JARLIER V.**⁽¹⁾, **ASTAGNEAU P.**⁽³⁾

⁽¹⁾ BMR-RAISIN (Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales), -, FRANCE ; ⁽²⁾ INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE, SAINT-MAURICE, FRANCE ;

⁽³⁾ Cclin Paris-Nord, PARIS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En France, les infections à *S. aureus* résistants à la méticilline (SARM) diminuent depuis plusieurs années alors que celle à entérobactéries productrices de bêta-lactamases à spectre étendu (EBLSE) augmentent. Devant cette émergence (en particulier *E. coli*) depuis 2006, des recommandations nationales spécifiques à la prévention des EBLSE sont parues en 2010.

L'objectif de ce travail est de décrire l'évolution des incidences des EBLSE par région entre 2007 et 2011.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les données sont issues du réseau national de surveillance des bactéries multirésistantes aux antibiotiques (BMR) mis en

place en 2002 : surveillance de 3 mois par an, établissements de santé (ES) volontaires, souches isolées de prélèvements à visée diagnostique, dé-doublonnées sur la période d'étude. Les incidences des EBLSE ont été calculées pour 1 000 journées d'hospitalisation (JH) sur une cohorte d'ES participant chaque année de 2007 à 2011 et stratifiées par région. Une régression de Poisson a été utilisée pour évaluer les tendances.

RÉSULTATS

De 2007 à 2011, 454 ES ont participé chaque année au réseau BMR, dont 377 ES avec du court séjour, 165 ES avec de la réanimation et 354 avec du soin de suite et/ou de longue durée (SSR-SLD). Les incidences des EBLSE/1000 JH ont augmenté entre 2007 et 2011 pour toutes les régions ayant plus de 2 ES participant à la cohorte passant de 0,24 en 2007 [Lorraine, 0,06-Ile de France, 0,42] à 0,50 en 2011 [Pays de la Loire, 0,25-Ile de France, 0,72]. L'incidence a augmenté de 0,32 [Lorraine, 0,09-Ile de France, 0,56] à 0,65 [Alsace, 0,34-Ile de France, 0,95] en court séjour, de 1,16 [Alsace, 0,29-Aquitaine, 5,18] à 1,91 [Champagne Ardenne, 0,59-Auvergne, 5,28] en réanimation, et de 0,14 [Franche Comté, 0-Ile de France, 0,27] à 0,28 [Haute Normandie, 0,10-PACA, 0,49] en SSR-SLD.

La différence d'incidence calculée entre 2007 et 2012 montre une augmentation, pour les régions ayant plus de 2 ES, très significative de 101% [Languedoc Roussillon, 30%-Lorraine, 420%]. Cette différence est aussi très significative en court séjour (+100%, [Languedoc Roussillon, 20%-Lorraine, 365%]), réanimation (+65%, [Aquitaine, 60%-Auvergne, 810%]) et SSR-SLD (+108%, [Haute Normandie, 17%-Rhône-Alpes, 865%]).

CONCLUSION

Ces résultats suggèrent une augmentation de l'incidence des EBLSE pour la totalité des 19 régions ayant plus de 2 ES participant entre 2007 et 2011. Cette augmentation régulière doit inciter les ES à renforcer les mesures de prévention recommandées, en particulier les précautions contacts et la gestion des excréta.

P-007

VARIATION RÉGIONALE DE L'INCIDENCE DES SARM ET EBLSE : RÉSULTATS DU RÉSEAU NATIONAL DE SURVEILLANCE DES BACTÉRIES MULTIRÉSISTANTES AUX ANTIBIOTIQUES (BMR-RAISIN) ET COMPARAISON AVEC LES INDICATEURS NATIONAUX DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ENTRE 2008 ET 2010

ARNAUDI ⁽¹⁾, **BLANCHARD H.** ⁽¹⁾, **BAJOLETO** ⁽¹⁾, **BERTRAND X.** ⁽¹⁾, **CAILLAT-VALLET E.** ⁽¹⁾, **DUMARTIN C.** ⁽¹⁾, **EVEILLARD M.** ⁽¹⁾, **FOSSE T.** ⁽¹⁾, **HOFF O.** ⁽¹⁾, **GARREAU N.** ⁽¹⁾, **MARTY N.** ⁽¹⁾, **MAUGAT S.** ⁽²⁾, **MOUCHOT L.** ⁽¹⁾, **PARNEIX P.** ⁽¹⁾, **REYREAU E.** ⁽¹⁾, **SAVEY A.** ⁽¹⁾, **TRYSTRAM D.** ⁽¹⁾, **SENECHAL H.** ⁽¹⁾, **SIMON L.** ⁽¹⁾, **SOUSA E.** ⁽¹⁾, **COIGNARD B.** ⁽²⁾, **JARLIER V.** ⁽¹⁾, **ASTAGNEAU P.** ⁽¹⁾

⁽¹⁾BMR-RAISIN (Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales), -, FRANCE ; ⁽²⁾ INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE, SAINT-MAURICE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les bactéries multirésistantes (BMR), en particulier les *Staphylococcus aureus* résistants à la méticilline (SARM) et les entérobactéries productrices de bêta-lactamases à spectre étendu (EBLSE), sont une préoccupation importante pour les établissements de santé (ES) et sont surveillées par le réseau BMR-RAISIN depuis 2002. Parallèlement, des indicateurs nationaux de la politique de prévention des BMR incluant la consommation des produits hydro-alcoolique (ICSHA) et l'indicateur composite de bon usage des antibiotiques (ICATB) sont renseignés chaque année par les ES. Notre étude vise à évaluer la variation de l'incidence de ces bactéries multirésistantes aux antibiotiques (BMR) parmi les 26 régions françaises et leur relation avec les indicateurs nationaux.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'incidence SARM ou EBLSE pour 1000 jour d'hospitalisation (JH) a été calculée pour une cohorte de 598 ES du réseau BMR-RAISIN entre 2008 et 2010. Pour chaque région, l'incidence a été comparée aux indicateurs nationaux ICSHA et ICATB dans un sous-ensemble d'ES comparables en taille et en activité. Chaque ES a été classé en 5 catégories, de A à E selon les bornes définies à partir de la méthode percentile pour l'année de référence 2008. La relation entre la proportion d'ES classés en A et B dans chaque région et l'incidence SARM ou EBLSE a été testée par régression linéaire simple.

RÉSULTATS

Entre 2008 et 2010, l'incidence médiane de SARM a diminué dans 19 régions sur 26 (-13,4%, [0,9-82,7]), alors qu'elle a augmenté dans 7 régions (+10,3 %, [3,1-157,1]). L'incidence

médiane des EBLSE a augmenté dans 23 régions (+60,8%, [21,2-671,2]). 80% des ES appartenaient à la catégorie AB pour ICSHA dans 16 régions et pour ICATB dans 22 régions en 2010. Aucune relation significative n'a été observée entre la répartition régionale des deltas d'évolution des indicateurs nationaux et les deltas d'évolution de l'incidence des BMR entre 2008 et 2010 (R^2_{ICSHA} et $R^2_{ICATB} = 0$ pour SARM, $R^2_{ICSHA} = 0$ et $R^2_{ICATB} = 0,1$ pour EBLSE).

CONCLUSION

Bien que la diminution de l'incidence des SARM soit encourageante, l'incidence des EBLSE continue à augmenter fortement en dépit des efforts de lutte en cours, comme le suggère l'amélioration des indicateurs nationaux dans la plupart des régions.

P-008

PLACE DES ENTÉROBACTÉRIES PRODUCTRICES DE β -LACTAMASES À SPECTRE ÉLARGIÉ DANS LES BMR DANS UN HÔPITAL PÉDIATRIQUE

HEROUAL N. ⁽¹⁾, **DERKOU H.** ⁽²⁾, **BELKHORISSET M.** ⁽²⁾, **BELANTEUR F.** ⁽²⁾, **HASSEINE M.** ⁽²⁾, **TADJEDDINE A.** ⁽²⁾

⁽¹⁾ EHS Canastel, ORAN, ALGÉRIE ; ⁽²⁾ EHS CANASTEL, ORAN, ALGÉRIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La résistance bactérienne aux antibiotiques est un enjeu majeur aussi bien en milieu hospitalier que communautaire. C'est dans le cadre de la surveillance des infections nosocomiales que le laboratoire d'analyse médicale déclare au service d'épidémiologie tout cas de bactérie multirésistante « BMR » identifié. Ce travail a pour objectif de décrire le profil bactériologique des BMR diagnostiquées par le laboratoire en particulier celui des entérobactéries productrices de β -lactamases à spectre élargi « BLSE ».

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'étude a concerné l'ensemble des prélèvements à visé diagnostique effectués chez des enfants âgés de moins de 15 ans hospitalisés ou suivis en ambulatoire durant la période 2011-2012. Les variables étudiées étaient : âge des enfants, sexe, service, type de prélèvement, germes identifiés et résultats de l'antibiogramme. Les doublons ont été exclus de l'étude.

RÉSULTATS

Sur les 1248 prélèvements positifs, l'examen des urines représentait 63,3% et l'hémoculture 14,2%. Parmi les germes identifiés, 66% étaient des bacilles à Gram négatif. On note

la prédominance des entérobactéries dans plus de 70% des examens des urines et les staphylocoques dans 60% des hémocultures. L'incidence globale des entérobactéries BLSE était de 2,4 pour 1000 journée d'hospitalisation (3,7 en 2011 vs 1,2 en 2012). Plus de 60% des souches de *Klebsiella* et 16% d'*Escherichia coli* étaient des BLSE.

CONCLUSION

Les BMR de façon générale et les entérobactéries BLSE en particulier, par leur fréquence et /ou par les difficultés qu'elles engendrent en thérapeutique justifient une surveillance de la consommation des antibiotiques et la mise en place de mesures préventives pour maîtriser leur dissémination.

P-009

EVOLUTION DE L'INCIDENCE DES BACTÉRIES MULTI-RÉSISTANTES DANS UN CENTRE HOSPITALIER

VUILLOD I., BUCCHIOTTY P., DELESALLE S., REVEIL J.C.
CH de Charleville-Mézières, CHARLEVILLE-MÉZIÈRES CEDEX, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La surveillance des BMR est réalisée au Centre Hospitalier depuis 1996 selon le protocole de l'ARLIN puis du RAISIN à partir de 2004. L'incidence des SARM dans les prélèvements à visée diagnostique a diminué lentement et régulièrement. L'objectif de cette étude est d'étudier l'évolution de l'incidence des BMR entre 2008 et 2012, en particulier l'incidence des *E. coli* BLSE en dépistage et en prélèvement à visée diagnostique.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective sur 5 ans. La définition des BMR est conforme aux recommandations nationales. Le recueil des données pour les prélèvements à visée diagnostique a été réalisé à partir des fiches du protocole national BMR RAISIN. Le recueil des données pour les prélèvements de dépistage ont été obtenus directement à partir des logiciels du laboratoire. Les recueils étaient réalisés en continu sur chaque année, les résultats ont été dédoublonnés.

RÉSULTATS

Concernant les prélèvements à visée diagnostique, les premiers résultats montrent pour les SARM : une incidence de 121 cas en 2008 et de 60 cas en 2012. La majorité des SARM proviennent de prélèvements respiratoires non protégés. Les proportions de SARM acquis et importés sont de respectivement de 58% et 42%.

Pour les *E. coli* BLSE : une incidence de 32 cas en 2008 et de 42 cas en 2012. La majorité de *E. coli* BLSE proviennent des urines. Les proportions de *E. coli* BLSE acquis et importé sont respectivement de 33% et 67%

Concernant les prélèvements de dépistage, les résultats montrent pour les SARM : une incidence de 99 cas en 2008 et de 86 cas en 2012. Pour les *E. coli* BLSE : une incidence de 19 cas en 2008 et de 73 cas en 2012.

Le calcul de l'Incidence mensuelle en fonction des entrées directes et des journées d'hospitalisation des différentes BMR est détaillé. L'évolution de l'incidence des *E. coli* BLSE entre 2008 et 2012 retrouvés lors des prélèvements de dépistage est en forte hausse, celle-ci peut être en partie biaisée par une modification de la politique de dépistage dans certains services. De plus, dans les prélèvements à visée diagnostique les *E. coli* BLSE sont majoritairement importés, ce qui augmente la pression de colonisation au sein de l'établissement.

CONCLUSION

Cette étude montre l'importance de la surveillance en continue de l'incidence des BMR dans un établissement de soin. Les centres hospitaliers génèrent de moins en moins de patients porteurs de BMR, en revanche ils sont soumis à une importante pression de colonisation due à l'importation de nombreux patients colonisés dans la communauté.

P-010

EPIDÉMIE À KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUCTRICE DE CARBAPÉNÉMASE OXA-48 DANS UN CENTRE DE SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTION

MAURANNE C.C., CHOMATZ JABOULAY S., GIRARD R., GARDES S.
Hcl - ghs, PIERRE BENITE CEDEX, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Une épidémie de 4 cas de patients porteurs de *Klebsiella pneumoniae* productrice de carbapénémase OXA-48 (KPC OXA-48) a été observée dans un centre de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR). Deux cas index (cas 1 et cas 2) ont transférés depuis 2 différentes unités de chirurgie. Le cas 1, rapatrié de Libye, a été détecté tardivement pendant son séjour en SSR. Le cas 2, pris en charge en urgence suite à une intervention chirurgicale en Tunisie, a été dépisté en fin de séjour de chirurgie.

Suite à la détection des 2 cas index, un dépistage des patients « contact », ciblés par l'Unité d'Hygiène et Epidémiologie (UHE) et les médecins de SSR, a mis en évidence 2 cas de contaminations croisées (cas 3 et cas 4).

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une cellule de crise s'est constituée dès l'apparition du premier cas de KPC, associant des personnels de la Direction de l'établissement, des personnels de l'UHE, de l'ARLIN et de l'ARS, ainsi que des médecins, le cadre de l'unité concernée et les cadres rééducateurs. Des décisions ont été prises par la direction de l'établissement, entérinées par l'ARS, pour faire face à la réorganisation des soins et garantir le projet de rééducation des patients (gymnase dédié...). L'organisation du retour à domicile pour ces patients a été une priorité pour l'équipe médicale, en collaboration avec l'HAD, après l'accord de l'ARS.

RÉSULTATS

Les patients ont été regroupés dans une unité d'hospitalisation car l'organisation en cohorting complets'est avérée impossible. L'épidémie a été prise en charge par des mesures incluant la limitation des déplacements des 4 patients concernés à l'extérieur de l'unité d'hospitalisation. Un accompagnement hebdomadaire de l'équipe de l'unité et des rééducateurs, leur formation et le suivi épidémiologique ont été menés par l'UHE. Des dépistages mensuels systématiques de tous les patients « contact » de cette unité ont été réalisés dès la découverte de l'épidémie. Aucun cas n'a été découvert ultérieurement. Durant leur séjour ou après leur sortie de SSR, ces patients ont dû bénéficier de prise en charge dans d'autres unités d'hospitalisation ou de consultation (cardiologie, chirurgie, réanimation...). Des mesures ont été adaptées individuellement par l'UHE, dans les unités d'accueil, avec la même vigilance auprès des équipes concernées.

CONCLUSION

La complexité de prise en charge de cette épidémie de KP OXA-48 lors de séjours hospitaliers long, démontre la nécessité du dépistage précoce en cas de rapatriement selon les recommandations en vigueur, et l'utilité de mesure de regroupement pour limiter la diffusion de l'épidémie.

P-011

INVESTIGATION DE 10 CAS DE MÉNINGITE APRÈS RACHIANESTHÉSIE DANS UNE CLINIQUE MCO

ATIF M.L.⁽¹⁾, **MESBAH S.**⁽²⁾, **LASSAK K.**⁽³⁾, **BEZZAOUCHA A.**⁽¹⁾, **BELLOUNI R.**⁽¹⁾, **YOUSFI M.**⁽³⁾

⁽¹⁾ Université de Blida, BLIDA, ALGÉRIE ; ⁽²⁾ Direction de la santé, BLIDA, ALGÉRIE ; ⁽³⁾ Etablissement Hospitalier de Boufarik, BOUFARIK, ALGÉRIE.

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les méningites sont des complications rares mais graves des rachianesthésies. Leur incidence est inférieure à 4,5 cas pour 100 000 rachianesthésies. Le 18/12/2012, un cas de méningite après rachianesthésie a été signalé par le service des maladies infectieuses d'un Centre Hospitalier. Dans les 15 jours suivants, 9 autres cas ont été hospitalisés dans le même service. Tous les cas ont bénéficié d'une rachianesthésie dans la même clinique MCO. L'objectif de notre travail était d'investiguer cette épidémie de méningite après rachianesthésie.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'investigation a comporté les étapes suivantes : enquête épidémiologique descriptive (définition et dénombrement des cas, recherche des facteurs de risque), analyse bactériologique (liquide céphalorachidien (LCR) et prélèvements d'environnement), analyse de l'organisation du bloc opératoire (planning du personnel, locaux, équipements), audit des pratiques, analyse technique (conformité des procédures techniques et des produits désinfectants, expertise des 3 autoclaves). Un cas était défini par l'apparition d'hyperthermie et de signes méningées francs après rachianesthésie avec à l'analyse du LCR une cellularité accrue constituée essentiellement de polynucléaires et une diminution de la glycorachie.

RÉSULTATS

Le taux d'attaque est de 9 méningites/100 rachianesthésie (10/112 patients opérés sous rachianesthésie entre le 9 et le 20/12/2012). Le délai médian de survenu de la méningite est de 4 jours (1 à 5 jours). La courbe d'incidence épidémique est en faveur d'une transmission croisée. *Serratia marcescens* a été identifié dans le LCR de 8 cas de méningite et sur un cathéter récupéré dans un collecteur pour déchet piquants. La rachianesthésie des 10 cas de méningite a été réalisée par le même médecin anesthésiste. L'expertise et l'audit révèlent de nombreux facteurs évoquant le risque de transmission par manuportage : insuffisance des précautions en hygiène, inadéquation de produits ou procédures, personnel en sous effectif, turn-over élevé, formation insuffisante.

CONCLUSION

Cette épidémie d'ampleur exceptionnelle est probablement la conséquence d'une contamination par manuportage à partir du même anesthésiste. Cette épidémie doit permettre de renforcer la vigilance autour des mesures d'hygiène au cours de cette pratique médicale invasive, considérée jusqu'ici comme à très faible risque infectieux.

P-012**PORTAGE D'EBLSE ET SES CONSÉQUENCES CLINIQUES DANS UN SERVICE DE RÉANIMATION MÉDICALE**

RAZAZI K., JANSEN C., LESPRIT P., BRUN-BUISSON C.
Hôpital Henri Mondor, CRÉTEIL, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'épidémiologie des EBLSE a été modifiée depuis le début des années 2000, cependant l'impact sur les infections est peu décrit.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous avons étudié l'évolution du portage d'EBLSE et ses conséquences cliniques lors de l'admission et au cours du séjour dans un service de réanimation médicale entre 2010 et 2012.

RÉSULTATS

Le portage à l'admission en réanimation est relativement stable, respectivement 10%, 10.5%, 9% en 2010, 2011 et sur les 6 premiers mois de 2012. *E. coli* (58% à 70% des portages à l'admission) ou *K. pneumoniae* (15% à 28%) prédominent parmi les espèces isolées. Les infections à BLSE à l'admission restaient très rares (moins de 3 cas/an). Cependant on note une augmentation, parmi les porteurs à l'admission, du nombre de patients ayant des prélèvements cliniques positifs à EBLSE au cours de leur séjour, respectivement 13 (12%) 18 (16%) et 10 (18%) entre 2010 et 2012, soit un taux global d'infection chez ces patients de 15.3% à 18.5%. Dans la moitié des cas, le premier site clinique positif est urinaire, avec un délai médian entre ce prélèvement et l'entrée en réanimation de 8 à 13 jours. En 2010, 2011 et 2012, respectivement 31, 52 et 31 patients (incidence globale de 6/1000 JH) ont acquis un portage d' EBLSE durant le séjour, avec un délai médian d'acquisition de 8 à 15 jours. La distribution des espèces associées à l'acquisition de portage est différente de celle observée à l'admission, *E. coli* (19%) et *K. pneumoniae* (30%) étant moins représentées au profit d'*E. cloacae* (47%). L'acquisition de portage rectal d'EBLSE précède toujours le prélèvement clinique avec un délai médian de 2 à 5 jours. Les infections observées sont essentiellement pulmonaires (25%) et urinaires (40%). Le taux d'infection à EBLSE chez les malades ayant acquis un portage était de 25% (variant de 10% à 33% sur la période). L'incidence globale d'infection à EBLSE était de 4.1/ 1000 JH.

CONCLUSION

Les infections à EBLSE ont une incidence croissante en réanimation, reflétant la prévalence élevée du portage à l'admission, et une incidence de cas acquis proche de

6/1.000 JH. Le taux d'EBLSE à l'admission apparaît cependant stable au cours des 3 dernières années, autour de 10% des admissions. *E. coli* est l'espèce prédominante à l'admission mais *K.pneumoniae* et surtout *E. cloacae* prédominent lors des acquisitions de portage, témoignant probablement de bouffées épidémiques. Les infections à EBLSE à l'admission en réanimation restent exceptionnelles ; cependant, le taux d'infection chez les porteurs (à l'admission ou avec portage acquis) est élevé, témoignant d'un impact clinique similaire des deux types de portage.

P-013**AMÉLIORATION DES PRATIQUES EN RÉANIMATION SUR LA PRÉVENTION DES PNEUMOPATHIES ACQUISES SOUS VENTILATION MÉCANIQUE (PAVM)**

FRÉREAU C., GAIGNER S., PONCE M., CHENAOUÏ T., KERSUZAN C., RIVOAL M., TOLEDANO N.
CH Arpajon, ARPAJON, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La prévention des PAVM est un axe de travail émanant du CLIN et des revues de morbi-mortalité de réanimation. Elle relève d'une multitude de mesures.

L'objectif de ce travail est d'évaluer, par un deuxième audit, les mesures effectivement mises en places et prévues par un protocole et un premier audit pour tenter de limiter la survenue des PAVM.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Un protocole interne intitulé « Protocole de prévention des PAVM » établi par le service de réanimation et l'équipe opérationnelle d'hygiène, décrit les mesures de prévention choisies (fortement recommandées, probablement efficaces et considérées comme applicables par le personnel). Ce protocole est validé par le CLIN. L'audit a été réalisé par une externe en pharmacie, auprès des infirmières du service de réanimation, d'après une grille dont chaque critère reprend une des mesures de prévention.

RÉSULTATS

7 infirmières sur 15 ont été évaluées sur 10 critères. Les mesures suivantes ont été appliquées par l'ensemble des infirmières auditées (100 % de conformité) :

- Lavage des mains au SHA avant et après chaque soin
- Intubation orale privilégiée à l'intubation nasotrachéale
- Réalisation d'une aspiration endotrachéale toutes les 4 heures avec port de gants

- Mesure de la pression du ballonnet contrôlée à l'aide d'un manomètre, présent dans chaque chambre
- Changement du filtre du système de ventilation tous les jours
- Évaluation de la sédation toutes les 4 heures
- Position semi-assise du patient entre 30 et 45°
- Mise en place d'une kinésithérapie respiratoire chez certains patients

En revanche, une infirmière ne réalisait pas les soins de bouche selon le protocole (toutes les 4 heures avec recours toutes les 8 heures à une solution antiseptique prête à l'emploi et sans alcool) ; elle diluait la solution antiseptique. D'autre part, il n'y a aucune traçabilité, dans le dossier du patient, de la valeur de la pression du ballonnet mesurée par le manomètre.

CONCLUSION

Ce deuxième audit montre que toutes les actions correctives décidées lors du premier audit ont été effectivement mises en place et sont suivies.

Une nouvelle formation quant à l'importance de la traçabilité des données et l'utilisation de la solution antiseptique pour les bains de bouche doit être réalisée.

L'impact éventuel sur la diminution des PAVM pourrait être objectivé par le programme de surveillance des infections nosocomiales en réanimation.

et de personnes. La seconde phase analytique s'est basée sur deux approches (cohorte et cas-témoins), et ce, dont le but d'identifier l'aliment responsable et 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 25.6 % (10/39) 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 RR = 1.78 [1.07 - 2.77]. 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 l'épisode épidémique a confirmé l'existence d'un certain nombre de points critiques relevés tout au long du processus des préparations culinaires au niveau de la cuisine centrale de notre établissement. Ainsi, dans le cadre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins, la prévention des TIAC doit rester l'un des objectifs prioritaires de la sécurité alimentaire au sein de notre établissement.

P-014

INVESTIGATION D'UNE TOXI-INFECTION ALIMENTAIRE COLLECTIVE CHEZ LE PERSONNEL D'UN ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE

DALI-ALIA., ZINA M., ZEMMOUR L., CHOUGRANI S., AGAG F., BELDJILALI H., OUHADJ S., BACHIRI S.M., MIDOUN N.

Etablissement Hospitalier et Universitaire, ORAN, ALGÉRIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Un Etablissement Hospitalier et Universitaire a connu la survenue d'une Toxi-infection Alimentaire Collective (TIAC), chez le personnel exerçant en son sein, une année après l'ouverture de sa cuisine centrale.

L'objectif de notre étude est 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 survenue au sein d'un établissement hospitalier et universitaire. 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

P-015

PERCEPTION DU RISQUE INFECTIEUX ET CONNAISSANCES D'HYGIÈNE DES MÉDECINS DENTISTES DE LA RÉGION DE BIZERTE - TUNISIE

MRABET K.⁽¹⁾, ARFAOUI S.⁽²⁾, MAATOUK F.⁽²⁾, KAMMOUN H.⁽¹⁾, HAMZA R.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Direction de la santé de Bizerte, BIZERTE, TUNISIE ;

⁽²⁾ Faculté de médecine dentaire, MONASTIR, TUNISIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le contrôle du risque infectieux en milieu de soins dentaires doit être une priorité institutionnelle, c'est une obligation déontologique, morale et juridique de prodiguer des soins dans de bonnes conditions d'hygiène de manière à réduire le risque infectieux lors d'actes de soins dentaires. La problématique qui se pose dans le contexte tunisien est avant tout une mauvaise perception du risque d'une part, et la non observance des précautions standards et supplémentaires d'autre part. C'est en vue d'appréhender la perception par les médecins dentistes des risques infectieux liés aux soins dentaires et d'évaluer leurs connaissances en matière de prévention de tels risques que nous avons mené une enquête auprès des médecins dentistes de la région de Bizerte.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Un questionnaire auto-administré a été utilisé pour le recueil des données. Le nombre d'items explorés s'élève à 43 répartis en trois rubriques : i) perception du risque infectieux au cabinet dentaire, ii) prévention générale des infections associées aux soins en milieu de soins dentaires ; iii) accidents d'exposition au sang. Le logiciel Epi-Info Version 6.04 a été utilisé pour la saisie et l'analyse des données.

RÉSULTATS

Le nombre de répondants au questionnaire d'évaluation des connaissances et de perception des risques s'élève à 62 médecins dentistes (18 dans le secteur public et 44 dans le secteur privé). Globalement, le niveau des connaissances des médecins dentistes interviewés qu'ils soient anciens ou nouveaux dans l'exercice du métier, qu'ils relèvent du secteur public ou privé, s'est avéré plutôt satisfaisant et la prise de conscience des risques infectieux en milieu de soins dentaires plutôt rassurante, avec des disparités entre les différents items explorés.

CONCLUSION

Tenant compte des résultats de cette étude, la première de son genre à notre connaissance dans la région de Bizerte, nous édictons les recommandations suivantes en vue d'améliorer la situation en matière d'hygiène et de sécurité des soins dentaires dans la région : sensibilisation des médecins dentistes sur le risque infectieux nosocomial, formation en matière d'hygiène et de sécurité des soins dentaires, élaboration de procédures et fiches techniques d'hygiène et de sécurité des soins dentaires. Nous sommes persuadés que la mise en œuvre de telles recommandations permettra le renforcement de l'hygiène et de la sécurité des soins dentaires dans la région de Bizerte et contribuera ainsi à la maîtrise du risque infectieux nosocomial lié aux soins dentaires.

P-016

AUDIT DES PRATIQUES D'HYGIÈNE EN MILIEU DE SOINS DENTAIRE DANS LA RÉGION DE BIZERTE -TUNISIE

MEZNIR⁽¹⁾, **ARFAOUI**⁽²⁾, **MAATOUKF**⁽²⁾, **KAMMOUNH**⁽¹⁾, **DHAOUADI M.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Direction de la santé de Bizerte, BIZERTE, TUNISIE ; ⁽²⁾ Faculté de médecine dentaire de Monastir, MONASTIR, TUNISIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le contrôle du risque infectieux représente actuellement une préoccupation majeure des médecins dentistes. Dans la région de Bizerte (nord de la Tunisie), beaucoup d'efforts ont été

déployés dans le cadre de la formation des médecins dentistes en hygiène et sécurité des soins. Mais qu'en est-il des pratiques d'hygiène dans les cabinets et unités de soins dentaires ? C'est en vue d'évaluer les pratiques de prévention du risque infectieux en milieu de soins dentaires qu'un audit a été réalisé dans des unités de soins dentaires publiques et des cabinets dentaires privés de la région de Bizerte.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Cet audit a été effectué par une observation des pratiques et par entretien au courant des mois de février, mars et avril 2012. Une grille a été construite pour recueillir les données comportant 30 critères regroupés en trois rubriques : "Précautions standard" (10 critères), "Traitement du matériel et des surfaces" (15 critères) et "Gestion des déchets à risque infectieux" (5 critères). Le logiciel Epi-Info Version 6.04 a été utilisé pour la saisie et l'analyse des données.

RÉSULTATS

L'audit a été conduit au niveau de 16 unités de soins dentaires publiques et 46 cabinets dentaires privés. Le taux global de conformité moyen est de 44,5% avec des extrêmes de 3,4% et 76,6%. Le taux partiel de conformité moyen de la rubrique "Précautions standard" est de 52,4% avec des extrêmes de 0 et 90%. Le taux partiel de conformité moyen de la rubrique "Traitement du matériel et des surfaces" est de 51,0% avec des extrêmes de 6,6% et 92,8%. Enfin, le taux partiel de conformité moyen de la rubrique "Gestion des déchets à risque infectieux" est de 9,7% avec des extrêmes de 0% et de 60%.

CONCLUSION

Au vu des résultats de cet audit, il y a lieu de d'élaborer et de mettre en œuvre un plan d'action visant le renforcement de la formation et de la sensibilisation des médecins dentistes en usant de stratégies multimodales, l'élaboration et la diffusion de procédures d'hygiène et de sécurité des soins dentaires et l'amélioration de la gestion des déchets d'activités de soins dentaires.

P-017

ANALYSE DU RISQUE DE TRANSMISSION CROISÉE MANUPORTÉE AU COURS DE L'ÉVACUATION DU LINGE SOUILLÉ DU PATIENT ET MISE EN PLACE D'UN PLAN D'ACTION

THIRIET L., **JEUNESSE K.**, **GIZZI A.**
Centre Hospitalier, SEDAN, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La dissémination épidémique des bactéries multi-résistantes aux antibiotiques (BMR) à portage digestif, et l'émergence d'entérobactéries productrices de carbapénémases invitent à réaliser un état des lieux des pratiques plaçant le professionnel de santé au contact de la flore fécale des malades. Nous avons choisi d'estimer le risque de transmission croisée lors de la gestion du linge souillé des patients.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Cette évaluation des pratiques professionnelles (EPP) a été conduite en mode projet. Après constitution d'un groupe pluri-professionnel, un audit de pratique fut réalisé. Nous avons utilisé le protocole Eval PS-PC 2010. Tous les services d'hospitalisation de l'établissement hormis la maternité ont été concernés. Les auditeurs étaient les membres du groupe projet.

RÉSULTATS

L'audit s'est déroulé en décembre 2010. Le recrutement fut de 57 observations.

Une hygiène des mains fut réalisée dans 84,2% des cas avant l'acte technique (taux de port de bijoux : 3,5%)

73,7% des professionnels ont enfilé une protection de leur tenue, qui fut dans 90% des cas un tablier de soin à usage unique.

Le linge souillé fut pré-trié correctement dans la chambre dans 82,4% des cas, et évacué dans un contenant spécifique dans 14% des situations observées.

La répartition dans les sacs de linge respecta le protocole de l'établissement dans 100% des cas.

Le moment choisi pour le retrait de la protection de la tenue fut conforme aux recommandations dans 95,2% des cas.

L'hygiène des mains après gestion du linge sale fut réalisée dans 89,5% des audits.

Le bio-nettoyage du chariot collecteur de linge a été effectué dans 100% des cas, mais cet acte ne fut jamais tracé.

CONCLUSION

Après élaboration de grilles de cotation de la vraisemblance de survenue (V), et de l'impact en termes de transmission croisée (G), l'estimation du risque consécutif à l'absence de respect des précautions standard (PS) ou complémentaires (PCC) a été réalisée par expression de la criticité (V x G). Cette approche, facilitant l'appréciation du risque, a simplifié l'élaboration du plan d'action. Les principaux points critiques identifiés furent : le recours insuffisant à une protection de la tenue professionnelle, et l'évacuation habituelle du linge souillé de la chambre par portage sans recours à un collecteur. Le groupe projet a proposé d'acquiescer des guéridons adaptés aux soins de nursing (toilette, réfection du lit) afin de sécuriser le transport du linge souillé, et d'intensifier la formation sur les PS/PCC au moyen d'ateliers de mise en situation professionnelle. Les progrès accomplis seront estimés grâce à une nouvelle EPP.

P-018

EPIDÉMIOLOGIE DES INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS ET LEURS FACTEURS DE RISQUE EN NÉONATOLOGIE DANS UN HÔPITAL PUBLIC

ALLANIR.⁽¹⁾, **BOUGUERRA C.**⁽²⁾, **MAHDIF.**⁽³⁾, **BLIBECHS.**⁽⁴⁾, **BELLAAJ R.**⁽²⁾, **DOUAGI M.**⁽⁴⁾

(1) Département de médecine préventive et communautaire - Faculté de Médecine de Tunis, TUNIS, TUNISIE ; (2) Service d'hygiène hospitalière et de protection de l'environnement - Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis, TUNIS, TUNISIE ; (3) Direction Générale de la Santé Militaire, TUNIS, TUNISIE ; (4) Service de néonatalogie - Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis, TUNIS, TUNISIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les infections nosocomiales constituent un problème majeur de santé publique ; particulièrement chez le nouveau-né. Elles sont à l'origine d'une morbidité importante, d'une mortalité non négligeable et d'un coût considérable. L'objectif de notre étude était de préciser les caractéristiques épidémiologiques des infections nosocomiales néonatales, de mesurer son incidence et d'étudier ses facteurs de risque.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude prospective réalisée sur une période de 1 mois allant du 24 mars au 24 avril 2010 au service de Néonatalogie et Réanimation Néonatale d'un hôpital militaire à caractère universitaire.

RÉSULTATS

Parmi les 120 nouveau-nés hospitalisés, 15 cas d'infections nosocomiales ont été recensés, soit une incidence de 12,5%. Le Taux d'incidence était de 2,8 par 100 jours d'hospitalisation. L'infection s'est présentée essentiellement sous formes de septicémie dans 53,3% et d'infection pulmonaire dans 20,0% des cas. Les infections nosocomiales étaient confirmées par une bactériologie positive dans 86,7% des cas. La bactériologie était nettement dominée par *Acinetobacter baumannii* (46,2%) suivie par *Enterobacter cloacae* (30,8%). Le taux de mortalité par infection nosocomiale était de 3,3%, avec un taux de létalité de 26,7%. Les facteurs de risque identifiés dans notre étude comme étant statistiquement significatifs de l'infection nosocomiale néonatale étaient la durée d'hospitalisation, la ventilation assistée, le cathéter veineux périphérique et central, la prématurité, l'alimentation parentérale, l'absence d'allaitement maternel, le faible poids de naissance et l'antibiothérapie préalable.

CONCLUSION

Le relevé des infections nosocomiales néonatales et l'analyse de l'épidémiologie clinique et bactérienne devraient permettre une meilleure efficacité des mesures préventives et curatives. Cette efficacité est étroitement liée à la sensibilisation de l'ensemble du personnel soignant et administratif aux risques et aux conséquences des infections nosocomiales.

P-019

RÔLE DU CONDITIONNEMENT DANS LA CONTAMINATION BACTÉRIENNE DES BANDETTES POUR LE DOSAGE DE LA GLYCÉMIE CAPILLAIRE

VAN HAREN S.⁽¹⁾, ESPINASSE F.⁽²⁾, BARBUT F.⁽³⁾, ZAHAR J.R.⁽⁴⁾, FIDMANV.⁽⁵⁾, DUPORTC.⁽¹⁾, DOUCET-POPULAIREF.⁽¹⁾, DECOUSSER J.W.⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU Antoine Béclère, CLAMART, FRANCE ; ⁽²⁾ CHU AMBROISE PARE, BOULOGNE BILLAN COURT, FRANCE ; ⁽³⁾ CHU SAINT ANTOINE, PARIS, FRANCE ; ⁽⁴⁾ CHU NECKER - Enfants Malades, PARIS, FRANCE ; ⁽⁵⁾ CHU LOUIS MOURIER, COLOMBES, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le rôle des dispositifs médicaux dans la transmission des microorganismes est débattu. Les bandelettes pour la mesure de la glycémie capillaire (BGC) peuvent être considérées comme des réservoirs potentiels de bactéries (Vanharen *et al.*, Am J Infect Control 2011). Néanmoins l'étude princeps ne concernait qu'un seul type de bandelette et de conditionnement.

L'objectif de ce travail est d'évaluer la contamination bactérienne en cours d'utilisation des BGC de 3 marques et conditionnements différents : 2 flacons multi-usages (A et B) et un conditionnement unitaire (C).

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les BGC ont été collectées un jour donné dans 4 CHU: les conditionnements ouverts contenant moins de 50% du nombre initial de BGC ont été prélevés dans différents services et centralisés. Chaque bandelette a été placée dans 1 ml de NaCl et 100µL de la suspensionensemencés sur milieux gélosés. Le dénombrement des Unités Formant Colonies (UFC) a été réalisé après 48h d'incubation à 37°C. Une activité antibactérienne des BGC a été recherchée. L'association statistique entre le type de conditionnement et la contamination bactérienne a été testée (Chi2). Des contrôles ont été réalisés sur des conditionnements témoin non ouverts.

RÉSULTATS

526 BGC provenant de 17 services et 80 bandelettes témoin ont été testées. Le pourcentage de BGC contaminées est de 9,7% pour les conditionnements multi-usages et 2,5% pour les BGC en conditionnement unitaire ($p < 0,05$). Les bactéries isolées étaient des staphylocoques à coagulase négative. La charge bactérienne moyenne par bandelette et les valeurs extrêmes étaient de 135 UFC et [10-900 UFC] pour la marque A, 56 UFC et [10-230 UFC] pour la marque B et 10 [10-10] pour le conditionnement unitaire C. Une activité anti-bactérienne a été mise en évidence pour un type de bandelettes (A). Une contamination des BGC témoins a été retrouvée dans 20 bandelettes sur 80, à un niveau correspondant au seuil de détection (1 UFC pour 100µL soit 10 UFC par bandelette).

CONCLUSION

Le pourcentage de bandelettes contaminées est inférieur à celui retrouvé dans l'étude princeps (9,7% vs 25,7%) mais la contamination quantitativement plus importante (135 et 56 UFC par bandelette vs 27). Le conditionnement des BGC impacte sur la contamination bactérienne en cours d'utilisation. La contamination des bandelettes en conditionnement unitaire correspond au « bruit de fond » liée à la méthode. Cette spécificité doit être incluse dans les critères de choix des BGC. L'impact de cette contamination sur la transmission croisée et la qualité des résultats de glycémie doit être évalué.

P-020

ACCIDENTS EXPOSANT AU SANG CHEZ LE PERSONNEL D'UN ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE : PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE ET FACTEURS DE RISQUE

DALI-ALI A.⁽¹⁾, ZINA M.⁽¹⁾, BENDJELID F.⁽²⁾, MIDOUN N.⁽¹⁾
⁽¹⁾ Etablissement Hospitalier et Universitaire, ORAN, ALGÉRIE ; ⁽²⁾ Centre Hospitalier et Universitaire, ORAN, ALGÉRIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Une enquête est réalisée auprès du personnel de notre Etablissement Hospitalier et Universitaire afin de décrire le profil épidémiologique des accidents exposant au sang (AES) et d'identifier les principaux facteurs de risque.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une enquête transversale descriptive réalisée durant le mois d'avril de l'année 2012. Un échantillon de 10% des personnels représentant les différentes catégories professionnelles a été retenu en utilisant la méthode des quotas. Deux cent vingt neuf

(229) personnels issues des différentes catégories, appartenant à 37 services ont été interviewées par entretien direct.

RÉSULTATS

Près de 30% des personnels enquêtés ont été victimes, d'au moins un AES depuis leur recrutement au niveau de notre établissement. Le sang constitue le produit biologique le plus incriminé avec 92,8% des cas. Le mode d'accident le plus fréquent est représenté par la piqûre à l'aiguille creuse avec 63.3% des cas.

Les principaux facteurs de risque identifiés par l'étude sont : une ancienneté supérieure à 2 ans dans le poste ($p < 0.05$), le sexe féminin ($p < 0.05$), la non prise des mesures de précautions « standard » devant tout geste de soins ($p < 0.01$) et une surcharge de travail très importante.

La conduite à tenir devant un AES n'est connue que par 33.6% des répondants et seulement 22,3 % sont correctement vaccinés contre l'hépatite B. Par ailleurs, la sérologie post vaccinale n'a été réalisée que chez 6,2 % de notre personnel.

CONCLUSION

Les résultats de notre étude mettent en exergue l'importance indéniable de renforcer les actions de sensibilisation et de formation vis-à-vis des AES au profit du personnel de notre établissement et de les intégrer dans le cadre de la politique locale du comité de lutte contre les infections nosocomiales.

P-021

EPIDÉMIOLOGIE ET COÛT DES PNEUMOPATHIES ACQUISES SOUS VENTILATION MÉCANIQUE DANS UN SERVICE D'ANESTHÉSIE RÉANIMATION

BOUGUERRA C., *LEBBI A., YOUSFI M.A., HAJJEJ Z., FERJANI M., BELLAJ R.*

Hôpital militaire de Tunis, TUNIS, TUNISIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les pneumopathies acquises sous ventilation mécanique (PAVM) sont généralement les infections nosocomiales les plus fréquentes dans les services de réanimation. Elles sont de diagnostic particulièrement difficile et compliqueraient le séjour de 7 à 40% des patients sous assistance ventilatoire.

Les objectifs de notre étude étaient de : déterminer l'incidence des pneumopathies acquises sous ventilation mécanique (PAVM), chercher les facteurs de risque et d'évaluer le coût des PAVM.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective menée sur une période de six années du 1^{er} janvier 2006 jusqu'au 31 décembre 2011, dans un service d'anesthésie réanimation.

Les critères d'inclusion des patients étaient : patient âgé de 18 ans ou plus et qui a nécessité une intubation trachéale et ventilation mécanique de durée supérieure ou égale à deux jours. Les critères de non inclusions : intubation trachéale et ventilations mécaniques post opératoire et/ou de cause traumatique. Au cours de cette période 200 patients ont répondu aux critères d'inclusion, parmi eux 108 ont développé une PAVM.

RÉSULTATS

L'âge moyen des patients est de 54 ± 20 ans. 132 patients sont de sexe masculin (66%). L'incidence des PAVM était de 54%. La densité d'incidence des PAVM était de 50,28/1000 jours d'intubation. Les pneumopathies nosocomiales étaient confirmées par une bactériologie positive dans 93,5% des cas. Les germes les plus fréquemment en cause étaient *Acinetobacter baumannii* (41,4%), *Pseudomonas aeruginosa* (17,1%) et *Klebsiella pneumoniae* (12,5%). Les facteurs de risque des PAVM identifiés dans notre étude comme étant statistiquement significatifs étaient, le tabac, les BPCO, durée d'intubation ≥ 10 jours, et la dénutrition. Les facteurs prédictifs des PAVM étaient le score Igs II ≥ 33 et/ou score Apach II ≥ 16 . Le taux de mortalité était 40,74% chez les patients sous ventilation mécanique et présentant une PAVM contre 15,21% dans le groupe ventilé et ne présentant pas de PAVM. Le coût moyen de la prise en charge d'une PAVM était de 875 euros.

CONCLUSION

Les PAVM sont responsables d'une augmentation de la morbi-mortalité, et d'un allongement de la durée de ventilation mécanique et de la durée de séjour en réanimation et d'un surcoût de la prise en charge des patients. Des mesures de prévention doivent donc être mise en place pour lutter contre les PVAM.

P-022

EVALUATION DE LA SENSIBILISATION DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE AUX ENJEUX DE L'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE

DEBREUVE-THERESSETTE A., *ASSAMI S., VALLET C., BUREAU-CHALOT F., BAJOLET O.*

CHU de REIMS - Hôpital Maison Blanche, REIMS CEDEX, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'enseignement universitaire en hygiène hospitalière est intégré au programme des études médicales mais la formation pratique reste un point-clé dans la prévention des infections associées aux soins. Une première enquête menée en 2010 par l'Equipe Opérationnelles d'Hygiène (EOH) auprès des étudiants en médecine du CHU a permis de connaître leurs pratiques en termes d'hygiène. Elle a été suivie de la mise en place de mesures correctives : formation systématique dans les unités de soins lors de la prise de fonction en DCEM2, mise à disposition de lingettes désinfectantes pour l'entretien du matériel médical, élargissement des horaires d'ouverture des lingerie. Notre objectif est d'évaluer l'impact de ces mesures grâce à une seconde enquête réalisée en 2012.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le même questionnaire anonyme, rédigé par l'EOH a été soumis aux externes de l'établissement en décembre 2010 et en décembre 2012. Il portait sur les modalités de formation universitaire et dans les unités de soins, la tenue de travail, les pratiques d'hygiène des mains et d'entretien du stéthoscope et du marteau à réflexes.

RÉSULTATS

Le taux de participation était de 69% en 2010 (137 répondants sur 200 questionnaires distribués) et 71% en 2012 (285/400). Les résultats sont présentés dans le tableau suivant :

	2010	2012	p
Formation dans les unités de soins (%)	54,0	80,2	<0,001
Hygiène des mains (HdM)			
Port de bagues (%)	11,7	5,7	0,030
Pratique d'une HdM après le retrait de gants (%)	83,2	91,4	0,018
Tenue de travail (blouse)			
Port en dehors des unités (%)	71,9	48,2	<0,001
Fréquence moyenne de changement (jours)	20,7 ± 8,8	14,4 ± 8,4	<0,001
Changement immédiat en cas de souillure (%)	7,7	34,0	<0,001
Lavage à domicile (%)	39,7	27,4	0,011
Entretien quotidien du matériel			
Stéthoscope (%)	16,9	37,6	<0,001
Marteau réflexe (%)	9,6	20,6	0,006
Utilisation de lingettes désinfectantes (%)	8,0	77,8	<0,001

CONCLUSION

Si les mesures mises en place après la 1^{ère} enquête ont montré leur efficacité, notamment concernant l'hygiène des mains, la tenue de travail et l'entretien du matériel médical personnel, les pratiques restent néanmoins perfectibles. Le programme d'amélioration des pratiques en hygiène hospitalière auprès de cette population sera couplé à un audit de pratiques en 2013.

P-023

LUTTE CONTRE LES BACTÉRIES MULTI-RÉSISTANTES ET CIRCUIT DE L'INFORMATION

IZOARD S.⁽¹⁾, **BRENET A.**⁽¹⁾, **ASTAGNEAU P.**⁽²⁾, **KADI Z.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Antenne Régionale du CCLIN Paris Nord en Picardie, AMIENS, FRANCE ; ⁽²⁾ CCLIN Paris Nord, PARIS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La maîtrise de la transmission des Bactéries Multi-Résistantes (BMR) demeure l'une des priorités du Plan National Stratégique 2009-2013 de Prévention et de Lutte contre les Infections Associées aux Soins. L'antenne régionale a réalisé un état des lieux des actions et moyens engagés dans cette lutte afin d'en déterminer les meilleurs points d'appui et de renforcer les actions de prévention et de maîtrise des BMR.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'enquête a été proposée aux 76 établissements de la région. Les questionnaires pouvaient être remplis sur support papier ou par internet. Les données ont été saisies et analysées sur une application informatique à l'aide du logiciel Epi-Info 6.04D.

RÉSULTATS

41 établissements (54%) ont participé à cette enquête. 66% déclarent posséder un système de surveillance continue des BMR permettant le repérage des cas groupés, et 39% des établissements déclarent avoir le même type de dispositif pour le repérage des cas ré-hospitalisés. En outre, 63% des répondants indiquent ne pas élaborer de support de transmission pour les patients porteurs de BMR en vue d'informer la structure d'accueil lors d'une hospitalisation ultérieure. Lors de la découverte de patients porteurs de BMR dans l'établissement, 34% des repérages de cas chez des patients ré-hospitalisés s'effectuent grâce au dossier du patient et aucun via une requête du logiciel administratif. 57% des établissements déclarent mettre en place une politique de dépistage systématique des BMR. Elle concerne près d'un tiers des patients considérés comme « à risques » (ex : hospitalisations multiples, antécédents d'antibiothérapie) et se déroule dans plus de la moitié des secteurs accueillant des

patients porteurs de BMR émergentes. Les BMR appartenant le plus fréquemment à la liste de dépistage systématique sont respectivement le SARM (46%), les EPC (44%), les ERG (44%) ainsi que les EBLSE (41%). Pour les établissements publics, les analyses microbiologiques sont réalisées pour moitié dans le laboratoire propre à l'établissement, et à près de 90% dans un laboratoire externe conventionné dans le cas des établissements privés.

CONCLUSION

Les éléments de maîtrise des BMR recueillis au sein des établissements de la région ont permis de dégager les points critiques, en particulier en matière de suivi des patients porteurs de BMR. Les actions à entreprendre seront définies après présentation de ces résultats au groupe de travail régional.

P-024

AUDIT NATIONAL PRÉCAUTIONS STANDARD 2011 : RÉSULTATS DE L'AUTO-ÉVALUATION RÉALISÉE SUR 11 ÉTABLISSEMENTS D'UN DÉPARTEMENT ET COMPARAISON AUX DONNÉES RÉGIONALES.

HUE R.⁽¹⁾, **DALIBARD V.**⁽²⁾, **FOUCAULTS.**⁽¹⁾, **CHARRIER P.**⁽²⁾, **PIVETEAU N.**⁽¹⁾, **JAUSSERAND C.**⁽²⁾, **GUERIN L.**⁽¹⁾, **LACOUR M.P.**⁽²⁾, **ORSONNEAU S.**⁽²⁾, **PROUTEAU M.D.**⁽²⁾, **KAC G.**⁽²⁾

⁽¹⁾ Service d'hygiène, Centre Hospitalier Loire Vendée Océan, CHALLANS CEDEX, FRANCE ; ⁽²⁾ Service d'hygiène, CHD Vendée, LA ROCHE SUR YON, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le GREPHH a proposé en 2011 l'audit national Précautions Standard (PS). Les objectifs principaux étaient d'évaluer la politique institutionnelle, les ressources disponibles pour l'application des PS ainsi que la formation et les attitudes du personnel (P) au niveau des établissements (ES). L'association départementale (D) regroupant 2 réseaux d'hygiène l'a réalisé.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Cette auto-évaluation mixte de procédures et de ressources était proposée à tout établissement de santé sanitaire (ESS) et établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD). Elle comportait 3 questionnaires : ES, service (S) et un par P évalué. Les données D ont été comparées aux données régionales (R) figurant entre crochets.

RÉSULTATS

9 ESS et 2 EHPAD ont participé à l'audit D soient 153 S et 2139 P, ce qui représentait 15,5% des 71 ES, 24% des 643 S et 25% des 8716 P de la région ayant participé.

Les ES atteignaient les objectifs à 84% [75%] pour la promotion des PS, 91% [87%] pour la procédure PS, 100% [89%] pour la conduite à tenir en cas d'Accidents d'Exposition au Sang (CAT en cas d'AES) et 91% [84%] pour l'évaluation (partielle) des PS. 100% [75%] des paramédicaux et 45% [41%] des médicaux étaient formés aux PS. La surveillance des AES était réalisée dans 100% [93%] des ES.

Les S atteignaient les objectifs à 93% [93%] pour la procédure des PS, 99% [96%] pour la CAT en cas d'AES, 94% [94%] pour la disponibilité des matériels, 96% [98%] pour l'emplacement adapté des PHA, 91% [80%] pour la bonne utilisation des collecteurs et 85% [78%] pour le transport adapté des prélèvements biologiques, du linge et des instruments souillés. Les P se répartissaient en 35% [37%] d'IDE, 40% [34%] d'aides-soignants ou auxiliaires de puériculture, 12,8% [10%] d'agents hospitaliers et 1% [6%] de médecins.

Les P déclarant être formés aux PS était de 86% [82%], dont 69% [56%] dans les 5 dernières années. 92% [88%] trouvaient la procédure ou la CAT en cas d'AES. Parmi les attitudes déclarées des P, les pourcentages les plus élevés étaient les bonnes pratiques en cas d'AES 88% [69%], l'utilisation appropriée des gants 81% [75%]. Les pourcentages les plus faibles étaient le port des équipements de protection individuels : masques 44% [38%], surblouses/tabliers 39% [30%] lunettes/masques à visière 22% [13%].

CONCLUSION

Cet audit, en dépit du biais déclaratif, nous a incités à développer de nouveaux outils de communication auprès des P, afin d'améliorer l'impact de notre politique active de formation aux PS à l'échelle du D.

P-025

RÉSULTATS D'UNE INTERVENTION POUR L'APPLICATION D'UN PROTOCOLE INTÉGRAL (LES SOINS, LA TECHNOLOGIE ET L'ASSAINISSEMENT) POUR LA CHIRURGIE D'ARTHROPLASTIE

CRISTINAM.L., **SPAGNOLOA.M.**, **SARTINIM.**, **OTTRIAG.**, **ORLANDO P.**, **PERDELLI F.**
Université de Gènes, GENOVA, ITALIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le taux d'infections du site opératoire est fortement influencé par l'organisation des soins, par les comportements des équipes chirurgicales, par les caractéristiques technologiques

et l'ingénierie du service de chirurgie, par les protocoles d'assainissement, mais aussi par leur application réelle.

Pour améliorer les résultats de la chirurgie d'arthroplastie d'un hôpital on a mis en place un plan d'action prévoyant la réorganisation de l'activité sanitaire qui a impliqué la formation du personnel, le choix partagé des protocoles organisationnels les plus appropriés et la mise en place d'un système de vérification de leur application et des résultats cliniques.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

On a analysé le processus des activités et pour chacune d'entre elles, en conformité aux lignes directrices internationales, on a choisi et partagé le protocole opérationnel considéré comme le plus approprié.

Afin de vérifier l'application des protocoles de comportement on a préparé une liste de contrôle et le personnel a reçu une formation sur son utilisation.

Pour vérifier le processus d'assainissement et de gestion des installations on a préparé un plan de surveillance des caractéristiques microbiologiques environnementales.

Pour la vérification des résultats on a préparé une procédure de follow-up des patients pendant un an afin de déterminer l'amélioration des conditions physiques et d'éventuelles infections tardives.

RÉSULTATS

L'application des protocoles a résulté égale à 94,3%. En particulier, les résultats du plan de surveillance de l'environnement ont montré la bonne application des protocoles de gestion et d'entretien. En fait, les valeurs moyennes de l'air détecté par la méthode passive et active sont respectivement égales à 10 et 1 UFC/m³ IMA/h.

En ce qui concerne les résultats, la surveillance épidémiologique pour 255 patients a mis en évidence une nette amélioration de l'état clinique des patients après une intervention chirurgicale et, en ce qui concerne les infections du site opératoire, on a eu seulement un cas (0,89%), superficiel d'ailleurs, par le *Staphylococcus aureus*; l'enquête épidémiologique a montré que la source de l'infection a été liée à un manque de conformité dans la mise en œuvre des protocoles pour la gestion de la plaie chirurgicale.

CONCLUSION

La réorganisation des soins de santé ainsi que la formation du personnel, l'application des protocoles et la mise en œuvre des listes de contrôle ad hoc et partagée ont mis en évidence la possibilité d'optimiser le travail du service et d'obtenir d'excellents résultats cliniques.

P-026

ETUDE D'INCIDENCE DES INFECTIONS URINAIRES NOSOCOMIALES DANS LES SERVICES DE MÉDECINE - SSR

FEINARD G., BRETHER N.

Hopital Intercommunal Sèvre et Loire, VERTOU, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans le cadre d'un programme de prévention des infections urinaires nosocomiales (IUN), une étude d'incidence des IUN a été réalisée dans 4 services de Médecine - Soins de Suite et de Rééducation (109 lits). L'objectif de ce travail était d'évaluer l'incidence des IUN dans ces services pendant 3 mois et de décrire leurs caractéristiques.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Cette étude prospective a eu lieu entre le 11/04/2011 et le 10/07/2011. Elle a inclus tous les patients présents au début de l'étude et ceux qui ont été admis pendant la durée de l'étude. Pour tous les examens cyto-bactériologiques des urines (ECBU) non stériles qui ont été pratiqués 48 heures après l'admission du patient, les auditeurs recueillaient des informations sur le patient, sur la clinique et sur la microbiologie de cet épisode. En accord avec le médecin prenant en charge le patient, l'auditeur classait ou non l'épisode comme une IUN. Le nombre de sujets hospitalisés ayant un sondage urinaire a été également recensé.

RÉSULTATS

38 ECBU non stériles et prélevés plus de 48 heures après l'admission des patients ont été inclus. Ils correspondent à l'inclusion de 38 patients âgés en moyenne de 78 ± 13 ans avec 74% de femmes et 26% d'hommes. 28 patients étaient non sondés et 10 l'étaient. 8 patients étaient porteurs d'une sonde urinaire à demeure et pour les 2 autres, des sondages évacuateurs itératifs étaient effectués. 95% des ECBU inclus étaient considérés comme positifs au niveau de la leucocyturie et de l'uroculture. 41 bactéries ont été identifiées dont 5 bactéries multi-résistantes. 68% des patients présentaient des signes cliniques d'infection urinaire. 68% des épisodes étaient des IUN dont 96% ont été acquises dans l'établissement. Parmi les IUN acquises, 16% des patients étaient sondés. La densité d'incidence des IUN était de 2,8 pour 1000 jours d'hospitalisation. La densité d'incidence chez les patients sondés n'a pas été calculée car des données étaient manquantes.

CONCLUSION

La densité d'incidence des IUN dans les services de Médecine - SSR était semblable à celles retrouvées dans les études spécifiques aux SSR gériatriques (de 1,2 à 2,49 pour 1000 jours

d'hospitalisation). Ces résultats ont été présentés aux médecins lors d'une commission médicale d'établissement. Cette étude a été suivie d'un audit par auto-questionnaire sur le sondage vésical à demeure. Suite à ces travaux, une réactualisation des protocoles sur la prévention des infections urinaires et sur le sondage urinaire a été réalisée. Des ateliers de formation sur ce thème ont été organisés pour présenter ce travail et sensibiliser les soignants.

P-027

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DU SONDAGE VÉSICAL A DEMEURE DANS UN ÉTABLISSEMENT SANITAIRE ET MEDICO-SOCIAL

BRETHER N., FEINARD G.

Hôpital Intercommunal Sèvre et Loire, VERTOU, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans le cadre d'un programme de prévention des infections urinaires nosocomiales, une évaluation des pratiques professionnelles sur le sondage vésical à demeure (SVD) a été réalisée dans tous les services de l'établissement (Médecine, SSR, USLD, EHPAD et MAS). L'objectif de ce travail a été d'évaluer les connaissances du personnel et de connaître les différences de pratiques d'un soignant à l'autre.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Un audit par auto-questionnaire a été élaboré à l'aide du protocole du SVD de l'établissement : une grille concernait les infirmiers (IDE), les médecins et l'autre concernait les aides-soignants (AS), les aides médico-psychologiques (AMP), les agents de service hospitalier (ASH). L'audit a porté sur la pose et l'entretien quotidien d'une sonde urinaire à demeure (SAD).

RÉSULTATS

110 soignants (32 IDE, 6 médecins, 34 AS, 5 AMP, 30 ASH et 3 soignants non identifiés) ont répondu à l'audit. 92% des professionnels réalisent toujours une toilette périnéale et une antisepsie du méat urinaire avant la pose d'une SAD. La toilette périnéale quotidienne est réalisée le plus souvent, avec du savon doux (56%). Les non conformités sont liées à l'utilisation :

- d'antiseptiques pour la toilette (25%),
- d'un savon antiseptique ou d'un antiseptique alcoolique pour l'antisepsie (16%).

L'hygiène des mains est toujours réalisée avant la toilette périnéale et avant la pose d'une SAD. La friction hydro alcoolique est la référence. Cependant, 16% des soignants

n'effectuent qu'un lavage simple avant la pose d'une SAD. 74% des IDE et médecins gonflent le ballonnet avec de l'eau stérile ou de l'eau distillée mais 26% des soignants utilisent du sérum physiologique, produit non conforme. Le système clos est conservé par 97% des soignants pour réaliser un ECBU mais le collecteur à urines est changé dans 21% des cas sans un changement de sonde. Le port de gants non stériles est systématique pour la réalisation de la toilette périnéale. 97% des professionnels ont recours aux gants stériles pour la pose d'une SAD. Seulement 72% des AMP, AS et ASH maintiennent le collecteur à urines en déclivité et 50% le mettent en contact avec le sol.

CONCLUSION

Ces résultats ont été présentés lors d'une commission médicale d'établissement et aux correspondants hygiène. Une réactualisation des protocoles sur la prévention des infections urinaires et sur le sondage urinaire a été réalisée par un groupe de travail pluridisciplinaire ainsi que l'élaboration d'affiches ludiques synthétisant les axes d'amélioration. Des ateliers de formation sur ce thème ont été organisés pour présenter ce travail et sensibiliser les soignants.

P-028

EVALUATION DES CONNAISSANCES DU LAVAGE CHIRURGICAL DES MAINS CHEZ LES CHIRURGIENS DE L'HÔPITAL MILITAIRE DE TUNIS ' TUNISIE

MEHDI F.⁽¹⁾, BOUGUERRA C.⁽²⁾, YOUSSEFI M.A.⁽²⁾, BELLAJ R.⁽²⁾

⁽¹⁾ Ministère de la Défense Nationale, TUNIS, TUNISIE ; ⁽²⁾ Hôpital Militaire Principal d'Instruction de Tunis, TUNIS, TUNISIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les infections nosocomiales constituent un problème de santé publique. Elles sont à l'origine d'une morbidité importante, d'une mortalité non négligeable et d'un surcoût considérable. Les mains constituent un réservoir connu des micro-organismes et le manu-portage est responsable de 75 à 90% des infections nosocomiales. La non observance et/ou le non respect des recommandations du lavage chirurgical des mains en bloc opératoire constitue l'un des facteurs de risque de l'infection du site opératoire.

L'objectif de notre travail était d'évaluer les connaissances les attitudes et les pratiques sur le lavage chirurgical des mains chez les chirurgiens à l'hôpital militaire principal d'instruction de Tunis.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Notre étude était transversale et observationnelle et s'est déroulée du 1^{er} au 31 octobre 2012. Ont été inclus dans notre

étude les chirurgiens (60 médecins quelque soit la spécialité chirurgicale) travaillant dans l'hôpital militaire de Tunis et ayant accepté de remplir le questionnaire d'évaluation des connaissances.

Le référentiel utilisé pour évaluer les connaissances et les pratiques du lavage chirurgical des mains est celui de la société française d'hygiène hospitalière.

RÉSULTATS

Seulement 66,7% des chirurgiens travaillant à l'hôpital ont accepté de répondre au questionnaire. Près du trois quart des médecins ont répondu que le lavage chirurgical des mains est fait d'une seule étape qui est l'étape de brossage. 80% des médecins font le brossage des ongles mais aussi le brossage des mains et des avant bras avec la face rigide. 100% des médecins ne connaissent ni la qualité de l'eau ni le type du savon utilisé pour le lavage chirurgical des mains. 100% des médecins utilisent un seul essuie-mains stérile pour le séchage des deux mains. 5% seulement des médecins connaissent la durée totale du lavage chirurgical des mains.

CONCLUSION

Le lavage des mains constitue le premier moyen d'efficacité prouvée contre les infections nosocomiales. Tout programme de prévention ou bien la réduction du taux des infections du site opératoire dans les services de chirurgie commence par augmenter l'observance et améliorer la qualité du lavage chirurgical des mains dans les blocs opératoires.

P-029

LES PRÉCAUTIONS STANDARD ET COMPLÉMENTAIRES : UN KIT DE FICHES PRATIQUES

DOUSSET M.C.

Centre hospitalier, SAINT NAZAIRE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Pour accompagner la mise en place des précautions complémentaires, l'équipe d'hygiène s'appuyait sur des procédures regroupées dans un classeur, et des plaquettes cartonnées représentant différentes mesures. Le besoin s'est fait sentir de documents plus explicites pour les équipes, motivant l'élaboration de « fiches réflexes ». L'idée d'un kit comprenant l'ensemble des fiches adaptées aux différentes situations et facilement transmissible à des établissements de santé ou médico-sociaux a ensuite guidé le travail.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Au point de départ, un poster reprenant les précautions standard avait fait l'objet d'un travail de validation collective par l'intermédiaire du bulletin d'information du réseau de proximité avant de susciter l'intérêt de l'Arin pour une diffusion régionale. L'élaboration des fiches réflexes s'est ensuite effectuée sur la base des recommandations en vigueur et au moyen de la consultation des correspondants de l'équipe d'hygiène. Plusieurs situations ont été distinguées : une fiche précautions contact, avec deux fiches complémentaires pour la gale et le Clostridium difficile, une fiche précautions air et une fiche gouttelettes. Un document explicatif « mode d'emploi » reprenant les codes couleur a ensuite précisé l'utilisation de chacun des documents. Le travail de mise en page et les illustrations ont bénéficié des compétences de l'imprimeur. L'ensemble a fait l'objet d'une validation conjointe équipe réseau- équipe Arlin.

RÉSULTATS

Le réseau et l'Arin disposent aujourd'hui d'une pochette cartonnée dans laquelle prennent place les 5 fiches réflexes au format A4 qui peuvent se glisser sur un chariot d'isolement, 3 plaquettes applicables sur la porte de la chambre du patient, un poster précautions standard en A3 et un mode d'emploi. Les informations essentielles pour les soignants sont facilement repérables grâce aux codes couleur. La qualité des documents permet d'envisager une utilisation répétée. C'est l'aboutissement de presque 2 ans d'une collaboration équipe réseau équipe Arlin et imprimeur. L'Arin entend mettre à profit cette réalisation par une diffusion du kit à tous les établissements de la région. Déjà il sert de support dans les formations.

CONCLUSION

Le kit représente un support pédagogique facilitant la présentation et la mise en œuvre des précautions complémentaires. La phase suivante consistera à évaluer l'impact du kit sur les pratiques.

P-030

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES SUR LE RESPECT DE LA PRÉPARATION DU SOIGNANT ET DU PATIENT INCLUANT LA PRÉPARATION CUTANÉE AVANT LA POSE D'UNE AIGUILLE DE HUBER RÉALISÉE SUR 3 SERVICES D'HÔPITAL DE JOUR

KAC G., ORSONNEAU S.

CHD Vendée, LA ROCHE SUR YON, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Suite à la survenue en 2010 de plusieurs infections de chambres à cathéter veineux implantables (CCI) à distance de la pose dues à des micro-organismes cutanés, une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) ciblée sur la préparation du soignant et du patient incluant la préparation cutanée avant la pose d'une aiguille de Huber a été réalisée.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une évaluation mixte de connaissances et de pratiques réalisée sur 3 services d'hôpital de jour d'Oncologie, de Gastro-entérologie et de Pneumologie a été effectuée par une IDE hygiéniste sur 3 ans. Elle a consisté en :

- (i) un 1^{er} tour en mai-juin 2011 avec auto-évaluation des IDE en charge des soins de CCI (70 questionnaires ; 14 critères) associée à un audit observationnel des pratiques (35 observations (obs.) d'IDE différentes; 17 critères);
- (ii) un 2^e tour d'audit observationnel en mai-juin 2012 (31 obs.) et
- (iii) un 3^e tour en cours (> 30 obs.). Les résultats de l'auto-évaluation initiale ont été exprimés sous la forme d'un score de conformité (SC) aux 14 critères (note max. :14). Entre le 1^{er} et le 2^e tour, une rétro-information personnalisée auprès de chaque IDE auditée associée à une formation au protocole ont été dispensées. Une comparaison des taux de conformité entre les 2 tours a été effectuée.

RÉSULTATS

Pour le 1^{er} tour, les résultats de l'auto-évaluation (n=70) montraient que 60% des IDE déclaraient avoir reçu une formation spécifique (74% < 5 ans) et 90% connaître l'existence du protocole. Les critères les moins bien connus du protocole (<80%) étaient : l'obtention de la mousse blanche de l'antiseptique cutané (67%), le respect du temps de séchage de l'antiseptique (61%) et le port du masque par le patient (59%). Le SC moyen était de 12,4 pour les IDE avec formation < 5 ans, de 11,4 avec formation > 5 ans et de 10,6 pour les IDE non formées. Les résultats comparés auto-évaluation/obs. montraient des résultats cohérents. Les critères les moins respectés du protocole (<80%) lors des obs. étaient : le port du masque par le patient (71%), le dégagement de l'hémicorps (69%), l'obtention de la mousse blanche de l'antiseptique cutané (51%) et le respect du temps de séchage de l'antiseptique (49%).

Concernant le 2^e tour, l'ensemble des 14 critères audités était à plus de 90% de conformité.

Les résultats du 3^e tour sont en cours et seront présentés.

CONCLUSION

Une rétro-information personnalisée auprès des IDE en charge de la prise en charge des CCI sur 3 services a permis une amélioration significative sur l'ensemble des critères ayant un faible taux de conformité. Un support d'informations a été élaboré pour le patient.

P-031

SENSIBILISER LES USAGERS POUR PRÉVENIR LES INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS

GENGLER M.E.⁽¹⁾, **LEGAL G.**⁽²⁾, **FASCIA P.**⁽¹⁾, **VINCENT A.**⁽¹⁾
⁽¹⁾ Hôpital Henry Gabrielle, SAINT GENIS LAVAL, FRANCE ;
⁽²⁾ Collectif Interassociatif Sur la Santé Rhône-Alpes, LYON, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le maintien de l'usager au centre du dispositif est l'une des orientations du Programme National de Prévention des Infections Nosocomiales (PROPIN) 2009-2013. Il y est notamment demandé de mieux associer les usagers aux instances du dispositif de lutte contre les Infections Associées aux Soins (IAS) : ARLIN, CCLIN, Instances de pilotage national. Le Collectif Interassociatif Sur la Santé Rhône-Alpes (CISS-RA) créé en 2001, est le premier réseau associatif pour les usagers de la santé de cette région ; Il réunit plus de 110 associations qui souhaitent défendre la solidarité du système de santé et promouvoir les droits des usagers.

Afin de répondre aux exigences du PROPIN, l'ARLIN s'est rapprochée du CISSRA. Cette rencontre ainsi que la réflexion et le partage de leurs compétences respectives ont abouti à des projets communs, dont l'objectif est d'améliorer l'information vers le public et les patients.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le premier projet développé conjointement est une plaquette souhaitée par les hygiénistes d'un centre de rééducation de la région, confrontés à une communication difficile avec les familles de patients porteurs d'une bactérie hautement résistante (BHR). L'objectif de cette plaquette est d'informer et accompagner les familles sur les mesures de prévention à mettre en place lors du séjour en rééducation et au retour à domicile d'un patient porteur de BHR.

Le second projet est la rédaction d'un questionnaire de sensibilisation des usagers. Ce questionnaire sera distribué sur des stands placés dans des établissements de soins et sur la voie publique, animés par le CISSRA lors de la Journée Européenne des Droits des Patients, le 18 avril 2013. L'objectif de ce questionnaire est de faire prendre conscience aux usagers du rôle qu'ils peuvent jouer dans la prévention des IAS.

RÉSULTATS

Ce sont ces deux documents ainsi que l'analyse du questionnaire qui seront présentés lors du congrès de la SF2H.

CONCLUSION

Pour répondre aux mieux à l'orientation du PROPIN, demandant d'associer les usagers aux instances du dispositif de lutte contre les IAS, les ARLIN-CCLIN doivent se rapprocher des associations d'usagers de leur région. Ce travail conjoint avec le CISS Rhône-Alpes souligne l'importance de l'information vers les usagers afin de les sensibiliser sur l'importance de leur rôle dans la prévention des IAS.

« La participation des usagers est essentielle pour des soins plus sûrs ».

P-032

MISE EN ÉVIDENCE D'UN DÉFAUT GLOBAL DE LA PRESCRIPTION DE L'ANTIBIOPROPHYLAXIE CHIRURGICALE PAR UN AUDIT RÉTROSPECTIF DANS UN SERVICE D'ORTHOPÉDIE

NOEL C., LECOINTE D.

Centre hospitalier sud Francilien, CORBEIL ESSONNES, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les infections de site opératoire (ISO) rendent défavorable l'issue des interventions chirurgicales. L'antibioprophylaxie (ABP) chirurgicale permet de diminuer ce risque de 50%. Des protocoles d'ABP existent depuis 2006 au sein de notre établissement mais leur respect n'avait jamais été évalué. Le but de ce travail était d'évaluer ce respect dans un service de chirurgie. Ses objectifs étaient

- 1) de connaître le pourcentage de dossiers d'anesthésie traçant l'ABP chirurgicale et
- 2) de mesurer le pourcentage d'écarts par rapport aux référentiels.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les dossiers médicaux et d'anesthésie de 30 patients du service d'orthopédie ont été audités rétrospectivement. Les 9 critères de la grille de recueil étaient : « ABP programmée en consultation d'anesthésie ? », « Terrain du patient renseigné ? », « Heure de l'incision chirurgicale tracée ? », « Heure d'administration des ATB tracée ? », « Dose unitaire de l'ATB tracée ? », « Durée de l'ABP strictement inférieure à 48 heures ? », « ATB conforme ? », « Dose unitaire conforme ? », « Nombre d'injections / réinjections conforme ? ».

RÉSULTATS

Trois critères étaient totalement conformes : traçabilité et conformité de la dose unitaire, et nombre d'injections / réinjections. Les autres critères étaient partiellement ou

totalement non conformes. L'ABP n'était pas tracée pendant la consultation d'anesthésie dans 73,3% des dossiers et n'était pas nécessaire dans les autres cas. Le terrain du patient n'était pas renseigné dans 16,7% des dossiers. L'heure de l'incision et/ou de l'injection de l'ATB n'était pas tracée dans 13,3% des dossiers. Dans un cas, l'ABP a dépassé 48 heures sans justification médicale. Dans deux cas, l'ATB n'était pas conforme.

CONCLUSION

Si la mise en œuvre globale de l'ABP au bloc opératoire apparaissait le plus souvent conforme aux procédures, sa prescription lors de la consultation d'anesthésie n'était jamais tracée, suggérant qu'elle n'y était jamais prescrite. Lors de la rétro-information orale des résultats au Conseil de Bloc, les anesthésistes ont argumenté que la prescription ne s'imposait pas lors de cette consultation, ce qui est contraire aux recommandations de la Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR). Cet audit - bien que mené sur un seul service - a révélé un défaut global d'organisation de la prescription de l'ABP sur l'ensemble de l'établissement. Une revue des recommandations de la SFAR avec les anesthésistes a été proposée, avant d'auditer précisément l'organisation de la prescription de l'ABP.

P-033

EVALUATION DES PRATIQUES DE TRI DES DÉCHETS DE SOINS DANS UN ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

MIDOUN N., DALI-ALI A., TOUAHRI F., CHOUGRANI S., BACHIRI S.M.

Etablissement Hospitalier et Universitaire, 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 travail est de faire un « état des lieux » de la gestion des DASRI au niveau de notre Etablissement Hospitalier et 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 29 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-034

STRATÉGIE DE PRÉVENTION DU RISQUE INFECTIEUX LIÉ AU SANG : PRATIQUES DU PERSONNEL D'UN CHU

*HACHED N., GUERCHANI M.K., BENHABYLES B.
CHU Mustapha, ALGER, ALGÉRIE*

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Afin d'élaborer une stratégie de prévention des accidents exposant au sang (AES) adaptée à notre CHU, une enquête a été réalisée dans l'objectif d'apprécier les pratiques de prévention du risque infectieux lié au sang du personnel médical et paramédical.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'enquête de type transversal a concerné l'ensemble des personnels des services de soins ayant accepté de participer à l'étude. Elle est basée sur un questionnaire anonyme auto administré. Le traitement et l'analyse des données ont été effectués avec le logiciel Epi Data.

RÉSULTATS

330 questionnaires ont été renseignés parmi les 900 distribués. 79,7 % déclaraient respecter les précautions standard en fonction de l'état du patient. 75,5 % se lavaient toujours les mains après avoir effectué un soin, 88,8 % se lavaient toujours les mains après un contact avec du sang, les gants n'étaient toujours portés qu'une fois ou moins d'une fois sur deux quelque soit le geste pratiqué (y compris pour les gestes à risque de contact avec du sang). Les gestes et les comportements à risque d'exposition au sang étaient de pratique courante (recapuchonnage des aiguilles, non port de gants lors des prélèvements sanguins réalisés respectivement par 39,7 % et 73,5 % des répondants, transvasement de sang de tube à tube...). 63 % affirmaient être vaccinés contre l'hépatite B (03 injections), ce taux était significativement plus élevé chez les infirmiers.

CONCLUSION

Les données sur les pratiques rapportées par les répondants sont susceptibles d'être sur ou sous estimées mais sont confortées par les différentes enquêtes d'observation réalisées au CHU par notre service. Elles renforcent l'engagement à poursuivre les mesures préventives déjà mises en place dans une approche pluridisciplinaire tels que organiser des séminaires d'information sur les AES, des enquêtes et audits sur le tri des déchets suivis de formation, acquérir des containers pour objets piquants, coupants et tranchants et inclure dans toutes les formations la nécessité des vaccinations.

P-035

CONNAISSANCE DES PRÉCAUTIONS STANDARD CHEZ LES INFIRMIERS LIBÉRAUX

*IZOARD S.⁽¹⁾, BRENET A.⁽¹⁾, GUILLON M.O.⁽²⁾,
ASTAGNEAU P.⁽³⁾, KADI Z.⁽¹⁾*

(1) Antenne Régionale du CCLIN Paris Nord en Picardie, AMIENS, FRANCE ; (2) Union Régionale des Professionnels de Santé Infirmiers de Picardie, AMIENS, FRANCE ; (3) CCLIN Paris Nord, PARIS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans un contexte de mise en œuvre du Programme National 2009-2013 de Prévention et de Lutte contre les Infections Associées aux Soins, le respect des Précautions Standard a été évalué dans le secteur hospitalier et médico-social mais insuffisamment en secteur libéral. A ce jour, il n'y a pas d'évaluation de ce type dans notre région. Dans le cadre de ses missions, l'antenne régionale, en collaboration avec l'union régionale des professionnels de santé infirmiers, a réalisé une enquête « Connaissances et Attitudes » pour faire une première évaluation de ces thématiques de base.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'enquête a été réalisée sur la base d'un questionnaire individuel auto-administré et anonyme. L'enquête a concerné les différents axes des Précautions Standard. Les données ont été saisies et analysées sur une application informatique à l'aide du logiciel Epi-Info 6.04D.

RÉSULTATS

Sur 73 participants, 52 questionnaires ont été recueillis et analysés. Les connaissances relatives à la protection du personnel restent à consolider. 19% des infirmiers libéraux interrogés déclarent mettre des gants quel que soit le soin réalisé. 37% d'entre eux portent systématiquement un masque lorsqu'ils réalisent un soin dans l'environnement immédiat d'un patient présentant une infection respiratoire aiguë avec toux. Concernant la toilette au lit d'un patient, ils sont 16% à ne jamais porter de tablier de protection, et 38% à s'interroger sur son utilité. Il a été également proposé aux infirmiers libéraux une mise en situation sur le risque d'accident exposant au sang et produits biologiques. Dans le cas où ils doivent effectuer une prise de sang à un patient identifié comme porteur d'une hépatite C, 96% d'entre eux optent pour le port de gants. 80% des infirmiers libéraux interrogés concèdent qu'il leur arrive de ne pas respecter certaines Précautions Standard. Ils évoquent le contexte d'urgence, le manque de temps, de moyens, mais également des lacunes en termes de connaissances de ces thématiques.

CONCLUSION

Bien que l'échantillonnage soit réduit par rapport aux 1400 infirmiers libéraux exerçant dans la région, ces résultats sont le reflet des connaissances d'une partie de la profession, impliquée dans ces thématiques puisque l'enquête s'est déroulée lors d'une journée de formation continue infirmière. Aussi, nous nous proposons de coordonner une enquête « Connaissances des Précautions Standard » plus large suivie d'une formation/action à l'échelon régional.

P-036

EVALUATION D'UNE PREMIÈRE PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT INFECTÉ À BHR EN RÉ-ANIMATION CHIRURGICALE

*LEJEUNE D., DANIEL L., COSSE M., CABON S., PATRIS N., BARON R., SALIOU P.
CHRU BREST, BREST, FRANCE*

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'émergence des bactéries hautement résistantes (BHR) est un problème majeur de santé publique. Ce phénomène est encore

peu connu dans les services de soins. La réanimation a vécu son premier épisode en novembre 2012. L'objectif de cette étude était de recueillir le ressenti de l'équipe soignante face à leur première prise en charge de patient infecté par *Enterobacter aerogenes* sécréteur de carbapénémase de type Oxa 48.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Un questionnaire standardisé et anonyme a été adressé aux médecins et aux paramédicaux du service de réanimation afin d'apprécier leurs connaissances sur les BHR, d'évaluer la prise en charge proposée par l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) et de recueillir leurs impressions.

RÉSULTATS

Le taux de réponse était de 52% (27/52). La majorité des professionnels (96%) connaissait l'existence des BMR et 66% d'entre eux celle des BHR. Seuls 62,5% des médecins et 40% des paramédicaux ont trouvé les mesures recommandées par l'EOH adaptées et facilement applicables. Les médecins, contrairement aux paramédicaux se sont sentis suffisamment soutenus et suivis par l'EOH (83,3% vs 36,4%). Cependant, des précautions supplémentaires (calot, surchaussures, douche des professionnels) ont été mises en place par le service sans consulter l'EOH. Le personnel (87,5%) craignait la diffusion de la bactérie aux autres patients et seuls 50% d'entre eux avaient peur d'être contaminés par la bactérie. Ces précautions étaient plutôt jugées comme adéquates et rassurantes (56% et 64%), qu'exagérées ou source de confusion (32% et 36%). Au cours de l'épisode, les personnels ayant été en contact avec le sujet infecté se sont dits inquiets à 35,7%, confiants à 28,6% et indifférents à 35,7%. Bien que l'équipe en contact a jugé moyenne à 42,9% la prise en charge globale de l'épisode, 62,5% des médecins se sentent prêts et 53,9% des paramédicaux confiants pour affronter un futur épisode. Le personnel qui a travaillé directement au contact du patient se sent mieux formé. La demande de formation était forte concernant l'épidémiologie et les risques liés aux BHR, les précautions complémentaires type BHR et les risques encourus par les professionnels. Plusieurs commentaires soulignaient le manque de consensus entre les mesures préconisées par l'EOH et celles de l'équipe médicale du service.

CONCLUSION

Cette étude nous a permis de mieux appréhender le ressenti des équipes soignantes face à un premier cas d'infection à BHR et de cibler des actions d'amélioration pour la prise en charge de futurs épisodes.

P-037

STRUCTUROVIGILANCE MÉDICALE : PLACE ET INTÉRÊT AU SEIN D'UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

*FERRÉOL L., TACCO F., DURAND M., MÉRY D.
CHI André Grégoire, MONTREUIL, FRANCE*

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans le cadre de la nouvelle gouvernance en 2008, une Commission de Structurovigilance Médicale (SVM) a été institutionnalisée afin de participer à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Ses missions œuvrent à la mise en place et au suivi des maintenances préventives et/ou curatives du domaine technique en rapport direct avec le patient. Un bilan à 4 ans de maîtrise de la gestion des risques dans les domaines de l'eau, des traitements d'air et des fluides médicaux est proposé.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Sous la présidence d'un pharmacien, la Commission est composée des ingénieurs technique et biomédical, d'un médecin, de l'infirmière hygiéniste, et d'un représentant du Service Achats qui se réunissent 3 fois par an en séance plénière. Un règlement intérieur, validé par la CME, définit le périmètre d'action et les modalités de fonctionnement de la SVM. Plan d'action et rapport d'activité annuels sont présentés en C.M.E.

RÉSULTATS

La Structurovigilance Médicale est engagée dans la démarche d'amélioration de la sécurité des réseaux de traitement et/ou de distribution des gaz médicaux (cartographie des circuits, traçabilité des bouteilles d'oxygène), de l'eau (renforcement de la gestion du risque légionellose, conformité sécuritaire du traitement d'eau pour dialyse et rédaction d'une charte contractuelle, cartographie des effluents) et de l'air (suivi sécuritaire des centrales de traitement d'air). Les carnets sanitaires Eau et Air sont en dossiers informatisés partagés, rassemblant résultats des contrôles microbiologiques et physico-chimiques, rapports d'intervention technique, planification des opérations de maintenance. L'état d'avancement des actions de la Commission est notifié sur une « fiche projet » spécifique comportant opérateurs, étapes, indicateurs associés au domaine suivi.

CONCLUSION

La composition pluridisciplinaire et le mode de fonctionnement de la Structurovigilance Médicale a permis d'accélérer les processus de formalisation et de mise en place de la démarche globale de gestion des risques liés aux fluides médicaux,

à l'air et à l'eau. La mutualisation de l'information par l'instauration de dossiers informatiques partagés a amélioré la communication entre les différents acteurs. Lors de la démarche de certification V2010, les experts visiteurs ont réservé un accueil très favorable à ce principe d'organisation. Ces modalités de travail, décloisonnant les « chasses gardées » des professionnels, permettent d'envisager une extension des secteurs abordés : déchets, linge...

P-038

AUDIT DE CONNAISSANCES ET PRATIQUES CONCERNANT LE TRI DES DÉCHETS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DE LA RÉGION

*IZOARD S.⁽¹⁾, BRENET A.⁽¹⁾, ASTAGNEAU P.⁽²⁾, KADI Z.⁽¹⁾
⁽¹⁾ Antenne Régionale du CCLIN Paris Nord en Picardie, AMIENS, FRANCE ; ⁽²⁾ CCLIN Paris Nord, PARIS, FRANCE*

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les activités de soins génèrent une quantité croissante de déchets entraînant des risques particuliers liés notamment à leur caractère infectieux. Dans le cadre de l'amélioration de l'organisation des soins, les établissements de santé développent l'évaluation de leurs pratiques notamment au travers d'audits. Aussi, l'antenne régionale a mis en place un groupe de travail régional « déchets d'activité de soins » et a organisé un audit des connaissances et pratiques relatives au tri des déchets.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude transversale proposée à l'ensemble des personnels pouvant produire des déchets de soins au sein des établissements de santé publics ou privés ainsi que des maisons de retraite et d'hospitalisation à domicile de la région. L'audit a été réalisé au moyen d'une fiche enquête complétée selon le mode « interview ». L'auditeur a été formé à la méthode et n'appartient pas au service audité. Les données ont été saisies et analysées sur une application informatique à l'aide du logiciel Epi-Info 6.04D.

RÉSULTATS

1755 personnels médicaux, paramédicaux et médico-techniques ont répondu à l'enquête. Les participants se composent majoritairement d'infirmiers (39%), Aides-Soignants et Auxiliaires de Puériculture (AS/AP : 26%), Agents de Service Hospitalier (ASH : 18%). Les praticiens, internes, étudiants en médecine représentent 6,0% (N= 104) des interrogés. Concernant les moyens mis en œuvre, près de 90% des infirmiers, ASH et AS/AP ont connaissance qu'une procédure écrite relative à l'élimination des déchets est en place dans leur

établissement. La moitié d'entre eux déclare l'avoir consultée au moins une fois durant l'année écoulée. A propos des connaissances afférentes au tri des déchets, autour de 25% des personnels infirmiers et médicaux (hors internes) déclarent que les collecteurs d'objets perforants doivent contenir uniquement des aiguilles recapuchonnées. Cette affirmation se retrouve chez un tiers du personnel médico-technique et 72% des internes. Ces résultats sont à rapprocher de ceux du réseau AES 2011 du CCLIN Paris nord où il est observé que la manipulation d'aiguilles (dont 23% de recapuchonnage et de désadaptation à la main) occasionne la moitié des accidents percutanés.

CONCLUSION

L'audit de connaissances et de pratiques concernant le tri des déchets est un préalable à un audit observationnel des moyens engagés dans l'organisation du circuit des déchets. Ce dernier doit compléter les « interviews » des professionnels en apportant des informations objectives, vérifiées sur le terrain.

P-039

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES À PROPOS DES SOINS SUR LES CHAMBRES À CATHÉTER IMPLANTABLE POUR ACCÈS VEINEUX (CCI OU CIP)

SALLES F., WILLEMIN B., RIEGER J., BURGER S., MEUNIER O.

Centre Hospitalier Haguenau, HAGUENAU, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les CCI sont de plus en plus souvent proposées aux patients en prévision de soins de longue durée. C'est une technique particulièrement intéressante qui améliore la qualité de vie de nos patients et facilite les traitements par un accès direct au système intraveineux pour des traitements continus ou répétés tout en préservant le capital veineux périphérique du patient.

Au moment où la Société française d'Hygiène Hospitalière publie un document consensuel sur « la prévention des infections associées aux CCI » (mars 2012), nous avons réalisé une enquête des pratiques par questionnaire d'autoévaluation auprès des infirmières du CHH et des infirmières libérales du secteur.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Un questionnaire comportant une vingtaine d'items a été distribué par l'intermédiaire des cadres de santé auprès des infirmières des services de soins. A chacune des questions posées en relation avec une étape de la procédure de soins sur CCI, il convenait de cocher les cases « toujours », « souvent », « rarement » ou « jamais ».

RÉSULTATS

69 questionnaires complétés ont été récupérés pour l'exploitation des résultats.

Si le rinçage de la CCI après injection est quasi systématique (83 % toujours et 12 % souvent), il n'est pas toujours réalisé de manière pulsée (74 % toujours, 12 % jamais). La désinfection cutanée est toujours large et se fait en respectant les « 5 temps ». La perméabilité de la CCI est vérifiée avant chaque injection (88 % toujours et 10 % souvent). La gestion des tubulures est souvent conforme aux recommandations en fonction du type de produit administré (100 % pour le sang, 74 % pour les suspensions lipidiques). En revanche, les points de ponction de la CCI ne sont pas systématiquement changés, les connecteurs et robinets ne sont pas toujours désinfectés avant leur utilisation (54 %), un accessoire de protection de la main n'est pas toujours utilisé lors du retrait de l'aiguille (83 %) et la traçabilité du soin n'est pas systématique dans le livret du patient (56 %).

CONCLUSION

L'enquête permet de sensibiliser les acteurs de ces soins aux bonnes pratiques nouvellement formalisées par la SF2H et montre à l'EOH les points sur lesquels il convient de communiquer pour que les soignants changent leurs habitudes et respectent les consignes de la procédure institutionnelle actualisée. Les résultats ont été présentés aux correspondants en hygiène, aux instances et ont fait l'objet d'un article dans le bulletin d'information interne « l'EOH communique... ».

P-040

COMPLICATIONS SUR CHAMBRE À CATHETER IMPLANTABLE

RIEGER J., WILLEMIN B., BOURSAS M., SALLES F., BURGER S., MEUNIER O.

Centre Hospitalier Haguenau, HAGUENAU, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les chambres à cathéter implantables (CCI) sont largement utilisées pour l'administration de traitements injectables de longue durée pour le confort et la préservation du capital veineux périphérique des patients. L'infection est la première cause de retrait. La publication en mars 2012 d'un guide pour la « Prévention des infections associées aux chambres à cathéter implantables pour accès veineux » par la SF2H a permis la réactualisation de la procédure de pose et entretien des CCI. Une auto-évaluation des pratiques auprès des infirmières a été réalisée dans l'établissement.

Nous réalisons une enquête rétrospective de 50 dossiers cliniques tirés au sort parmi les patients (n= 114 patients)

ayant bénéficié d'une pose en 2011 pour chiffrer le risque de complications infectieuses.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les critères retenus sont l'âge, l'IMC, l'indication de la CCI, la date de retrait et/ou de dernière hospitalisation, le nombre d'injections effectuées selon le protocole de chimiothérapie prescrit, les résultats bactériologiques et les comptes-rendus médicaux d'infection.

RÉSULTATS

8 patients sont perdus de vue. Le sexe ratio est de 1.1, l'âge moyen de 65 ans et l'IMC de 25. Dans 86% des cas, la CCI est posée pour l'administration de chimiothérapie seule et dans 14% pour l'administration de chimiothérapie et de nutrition parentérale. La durée moyenne de suivie de la CCI est de 239 jours et le nombre moyen d'injections est de 41.3 par CCI.

14% des patients ont présenté une hémoculture positive sur CCI mais le diagnostic d'infection n'a été confirmé que chez 10% des patients. Les infections surviennent après 248 jours en moyenne. Les microorganismes impliqués sont *C. parapsilosis*, *S. epidermitis*, *P. aeruginosa*, *E. faecalis* et *E. coli*. La CCI a été retirée chez deux patients. L'incidence des infections est de 0.4 infections pour 1000 journées de cathétérisme.

CONCLUSION

Dans notre étude, la charge de soins appliquée sur la CCI est associée à un risque infectieux plus important ($p < 0.05$). Une étude prospective est toutefois proposée pour essayer de dégager des facteurs de risque d'infection plus précis et un cahier de surveillance de la CCI est mis en place pour mesurer la charge de soins réellement appliquée sur la CCI tant à l'hôpital qu'au domicile. Il permet d'impliquer davantage le patient dans la surveillance de sa CCI et de sensibiliser les intervenants à la prévention des infections.

P-041

AUDIT DE PRATIQUE SUR LA POSE ET L'ENTRETIEN DES CATHETERS PÉRIPHÉRIQUES DANS UN CENTRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER (CLCC) DANS UN CONTEXTE D'INFORMATISATION DU DOSSIER SOIGNANT. COMPARAISON AVEC LES DONNÉES DE 2009

LE MARCHAND M., COUTANT S., LEMARIE F.
Centre Francois Baclesse, CAEN, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

De part la fragilité des patients accueillis dans les CLCC, il s'avère nécessaire de porter une attention particulière aux accès veineux. Le but de ce travail était d'évaluer dans un contexte d'informatisation du dossier soignant, l'évolution des pratiques suite à des actions de sensibilisation mises en place lors d'un premier audit réalisé en 2009.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Cet audit comme celui de 2009 a été réalisé selon la méthodologie du Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière (GREPHH).

Les critères généraux audités étaient la présence du protocole, la traçabilité de la pose, la durée du maintien du cathéter et la préparation cutanée.

L'audit a été conduit d'octobre 2012 à décembre 2012 dans 6 services de soins, les fiches d'auto évaluation étaient complétées en présence de l'auditeur, les données ainsi collectées ont été analysées avec le logiciel EXCEL®.

RÉSULTATS

Le protocole de l'établissement existait, était accessible dans 100% des services en 2012 comme en 2009. Seule la notification de la date d'ablation faisait défaut, par ailleurs il était conforme aux recommandations de la Société Française d'Hygiène Hospitalière. Sur les 120 pratiques auditées la traçabilité de la pose était effectuée dans 92% vs 100% en 2009.

Pour 114 patients, la durée de maintien de cathéter n'excédait pas 96 heures (soit 95%); les 5 patients restant étaient hospitalisés en unité de soins palliatifs.

La procédure en 4 temps pour la préparation cutanée était respectée dans 77% des cas, contre 69% en 2009. La déterision était réalisée dans 87% des cas contre 72% en 2009.

100% des manipulations sur les lignes veineuses étaient précédées d'une hygiène des mains vs 91% en 2009, dont 73% avec des solutions hydro alcoolique et 27% avec un lavage antiseptique.

Dans le cadre des pratiques réglementaires vis-à-vis des accidents d'exposition au sang on remarquait que le non port de gants restait fréquent (27% vs 22% en 2009) en revanche on a observé 88% d'élimination immédiate du mandrin contre 79% en 2009.

CONCLUSION

On note une amélioration globale des pratiques, avec protocole présent dans tous les services. Les expositions supérieures à 96 heures sont retrouvées chez des sujets hospitalisés en soins palliatifs, cela s'explique par la recherche d'une évaluation bénéfique/risque.

A la mise en place de l'informatisation une perte d'information a été observée à terme après modifications notamment concernant la date de retrait le dossier soignant informatisé apparaît comme un outil rapide et complet pour le suivi de la traçabilité.

P-042

UNE CHECK LIST POUR LE SONDAGE URINAIRE

DESMONS S., LORY A., DELAROZIERE J.C.
Hôpital Sainte Marguerite, MARSEILLE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les résultats de l'ENP 2006 placent l'infection urinaire au 1^{er} rang des infections nosocomiales. La prévention de ces infections est donc importante dans nos établissements.

Le but de cet outil est de répondre à un des objectifs du programme national 2009/2013 : « 100% des établissements utilisent des outils d'aide à l'observance des mesures de prévention des infections lors de la pose et de l'entretien des sondes urinaires (type check liste par exemple) ».

Nous voulons proposer aux professionnels utilisateurs de ce dispositif invasif un outil d'aide à l'observance des mesures de prévention des IAS lors de la pose et du suivi d'une sonde urinaire à demeure.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

La constitution d'un groupe de travail avec des professionnels pluridisciplinaires de notre région PACA en partenariat avec l'ARS a permis d'élaborer ce document.

La check-list est proposée en recto verso :

Recto : les différents points à contrôler avant et lors de la pose, la surveillance journalière de la sonde urinaire.

Verso : explication sur les différents critères de cette check-list. Elle est accompagnée d'un mode d'emploi texte long pour aider les professionnels à la compréhension de cet outil. Cette check-list a été évaluée dans les établissements sanitaires et médico sociaux de la région grâce à un questionnaire distribué aux professionnels utilisateurs.

RÉSULTATS

Cette évaluation a concerné 62 professionnels qui ont posé (quelque soit les services) une sonde en utilisant la check-list. Globalement cet outil paraît simple et rapide d'utilisation pour les professionnels. Concernant l'utilisation de la check-list en routine, on peut scinder les services évalués en 2 groupes :

- les services tel que : la chirurgie, la médecine, la réanimation où la possibilité d'utiliser la check-list en routine semble moins importante
- les autres services comme la gériatrie, les USLD, les urgences où cette check-list apporte un plus en ce qui concerne l'aide, l'organisation du soin, la pratique.

CONCLUSION

Cette check-list lors de la pose d'un dispositif invasif représente un support incontournable dans la gestion du risque à priori. Il conviendra d'étudier ultérieurement l'acceptabilité et

l'utilisation de cet outil dans les établissements de santé sur le long terme. Des sessions de formation pour faciliter l'implantation de ce document seront organisées dans la région et une check-list cathéter veineux périphérique devrait voir le jour courant 2013.

P-043

MAÎTRISE DE LA QUALITÉ DE L'EAU POUR SOINS STANDARD DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ : MISE EN PLACE D'UNE DÉMARCHÉ QUALITÉ

ASSAMI S., DEBREUVE A., VALLET C., BUREAU-CHALOT F., POTERLOT F., DEPRES F., BAJOLET O.
CHU REIMS, REIMS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les risques sanitaires liés à l'eau sont bien connus dans les établissements de soins (ES). Depuis, plusieurs années une démarche d'amélioration de la qualité microbiologique de l'eau a été instaurée dans notre ES, cette démarche intégrait les risques liés aux légionelles et la maîtrise de la qualité de l'eau dans les secteurs à risque.

Depuis 2011, une politique de contrôle et d'amélioration de la qualité de l'eau pour « soins standard » a été implantée dans toutes les unités de soins. Notre objectif est d'évaluer l'impact de ce programme en 2011 et 2012.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le travail s'est déroulé dans un ES régional qui comporte 1421 lits de court, moyen, long séjour et 942 lits d'hébergement. En 2011, un premier état des lieux a été réalisé dans les unités de court séjour à l'exclusion des unités bénéficiant d'un programme de contrôle spécifique. L'eau des postes de lavage des mains des salles de soins infirmiers a été prélevée pour réaliser une analyse microbiologique de type « eau pour soins standard ». Lorsque les résultats étaient non conformes (flore revivifiable à 22°C et/ou à 37°C > 1000 UFC ou > 100 UFC/ml et/ou présence de coliformes totaux ou de *Pseudomonas aeruginosa*/100ml), un détartrage et une désinfection du robinet étaient réalisés. Le protocole de détartrage des périphériques dans les unités de soins a été réactualisé ainsi qu'une mise en place de la traçabilité. En 2012, toutes les analyses ont été reconduites en incluant toutes les unités de l'ES. En cas de résultats non conformes, des mesures correctives étaient prises et des contrôles trimestriels étaient réalisés.

RÉSULTATS

En 2011, le % de non conformité était de 34,4% (21/61), présence de *P. aeruginosa*=11, flore à 22°C ou à 37°C

10 fois la norme n=10. Au 1er trimestre 2012, le % de non conformité était de 15,9% (20/126), présence de *P. aeruginosa* n=18, flore à 22°C ou à 37°C 10 fois la norme n=2. Suite aux actions correctives engagées en cas de non conformité, seuls 5 points sont restés non conformes. Au total en 2012, le % de non conformité n'est donc que de 4% (5/126).

CONCLUSION

Le programme mis en place autour de la qualité de l'eau pour soins standard a permis d'améliorer la qualité de l'eau utilisée dans toutes les unités prenant en charge des patients. L'intégration du détartrage des périphériques des lavabos des unités de soins dans les protocoles de ménage et la sensibilisation des agents des unités de soins ont été des points clé de ce programme d'amélioration.

P-044

BILAN DES ALERTES À BACTÉRIES HAUTEMENT RÉSISTANTES ET ÉMERGENTES DANS UN HÔPITAL UNIVERSITAIRE DE 2005 À 2012

VALLET C., DEBREUVE A., ASSAMI S., BUREAU-CHALOT F., BAJOLET O.
CHU REIMS, REIMS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La gestion des patients colonisés par des bactéries hautement résistantes aux antibiotiques et émergentes fait l'objet de recommandations spécifiques en France.

Ce travail a pour but d'établir la synthèse des alertes relatives à l'identification de patients colonisés ou infectés par des bactéries productrices de carbapénémase (BPC) ou par des entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG) entre 2005 et 2012.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une investigation a été réalisée à chaque hospitalisation d'un patient colonisé ou infecté par une BPC ou un ERG. L'hospitalisation de ces patients pouvait engendrer 3 situations : absence de patient contact, génération de contacts puis de cas secondaires, et absence de cas secondaire.

RÉSULTATS

Six alertes BPC et 16 alertes ERG ont été observées entre 2005 et 2012. Les résultats sont présentés dans le tableau suivant :

	Alertes ERG			Alertes ERG		
	Hospitalisation du cas index	Cas contacts (n)	Cas secondaires (n)	Hospitalisation du cas index	Cas contacts (n)	Cas secondaires (n)
2005	Neurologie	DM*	0	-	-	-
2006	-	-	-	-	-	-
2007	Hématologie Néphrologie	DM* 410	0 26	-	-	-
2008	Réanimation Néphrologie Néphrologie Néphrologie	26 27 44 71	0 0 0 0	-	-	-
2009	Néphrologie Néphrologie	66 0	0	-	-	-
2010	Hématologie Médecine SSR Gastro-entérologie	66 136 24 362	0 4 0 9	-	-	-
2011	Traumatologie Néphrologie	171 10	0 0	Réanimation Mal. Infectieuses	36 0	1
2012	Urologie	130	0	Réanimation Neurologie Réanimation Néphrologie	77 104 18 25	0 0 2 0

*DM : Donnée manquante

Les espèces productrices de carbapénémases identifiées étaient : *Acinetobacter baumannii* n=3 (OXA23 et OXA24), *Klebsiella pneumoniae* n=2 (KPC et OXA 48), *Pseudomonas aeruginosa* n=1 (VIM).

Parmi les 6 alertes BPC, 5 concernaient des rapatriements sanitaires de l'étranger. Les cas index ont été identifiés en réanimation pour la moitié des alertes BPC. Un patient présentait une infection parmi les 6 cas index. Seules 2 alertes BPC ont généré des cas secondaires de portage (1 et 2 cas).

Les cas index des alertes ERG ont été identifiés en néphrologie dans près de 50% des cas. Seul 1/4 des patients index (4/16) présentait une infection. Parmi les 16 alertes ERG, 3 alertes ont généré des cas secondaires : 1 alerte 26 cas secondaires dont 2 infections, les 2 autres alertes respectivement 4 et 9 colonisations.

CONCLUSION

Les alertes ERG ont diminué de 2005 à 2012 contrairement aux alertes BPC qui sont en augmentation.

Le signalement précoce et la mise en place immédiate des mesures décrites dans les recommandations nationales ont permis, dans la grande majorité des cas, de limiter la diffusion des souches.

P-045

DÉMARCHE DE SÉCURISATION DE L'UTILISATION DES CHAMBRES À CATHÉTERS IMPLANTABLES (CCI) : EXEMPLE DE PARTENARIAT PATIENT, PROFESSIONNELS HOSPITALIERS ET LIBÉRAUX

GRAIN A.⁽¹⁾, **LARGOT M.**⁽¹⁾, **BERARD V.**⁽¹⁾, **BEAUCLAIR P.**⁽¹⁾, **BROCVIELLE C.**⁽¹⁾, **MOUSSAOUI M.**⁽¹⁾, **FERRIEUX E.**⁽¹⁾, **LYONNET L.**⁽²⁾, **VARLOTEAUX N.**⁽²⁾, **CROZE B.**⁽³⁾, **HAJJAR J.**⁽³⁾
⁽¹⁾ Centre Hospitalier, SAINT-MARCELLIN, FRANCE ; ⁽²⁾ Cabinet libéral, SAINT-MARCELLIN, FRANCE ; ⁽³⁾ Centre Hospitalier, VALENCE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Devant l'hétérogénéité des pratiques, la multiplicité des intervenants (hospitaliers et libéraux) et l'augmentation des infections associées aux CCI, une démarche d'évaluation des pratiques en groupe pluridisciplinaire intégrant patient, infirmiers exerçant en cabinet libéral, prestataire de santé à domicile, professionnels paramédicaux et médicaux hospitaliers a été initiée avec pour objectif de développer une stratégie de prévention des risques dans le cadre d'un réseau de soins.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

La première partie de la démarche a consisté en une observation des pratiques de terrain par un observateur indépendant afin de formaliser le processus puis de le comparer au référentiel SF2H sur la Prévention des infections associées aux CCI.

Dans un second temps, une analyse de risque de type AMDEC a été menée par le groupe pluridisciplinaire abordant les différentes étapes de l'utilisation de la CCI, de la pose de l'aiguille à son retrait. La méthode a permis d'approfondir les causes et conséquences, ainsi que les mesures barrières déjà présentes, des modes de défaillances identifiés et hiérarchisés selon leur criticité (échelle à 5 niveaux de fréquence et sévérité).

RÉSULTATS

115 modes de défaillances ont été mis en évidence par le groupe. Ils concernent l'hétérogénéité des pratiques (antisepsie, montage et changement de la ligne, utilisation du site proximal, rinçage pulsé et gestion de l'absence de reflux, traçabilité), l'organisation du soin et notamment aux points de transitions (entrée et sortie, en lien avec le domicile), l'information et l'éducation du patient et de son entourage actuellement peu réalisés. Cette méthode participative a permis le partage d'expérience, la prise de conscience des risques, une meilleure prise en compte du rôle de chacun et de la place du patient dans le réseau de soins. Ce mode

de communication efficace entre professionnels a entraîné rapidement une appropriation du référentiel et l'application des mesures d'amélioration. Les axes développés sont l'élaboration d'un protocole commun ville-hôpital de prise en charge de la CCI à visée pratique (soignants) et informative (patient) comprenant la mise à disposition de matériel et d'outils facilitant l'observance des professionnels, la formation des professionnels par des référents infirmiers identifiés faisant partie du groupe de travail et l'éducation du patient.

CONCLUSION

Ce travail pluridisciplinaire a permis de structurer une organisation de prévention des risques évitables liés à la CCI tout au long du parcours du patient entre son domicile et l'hôpital.

P-046

EPISODES MULTIPLES DE CAS DE BACTÉRIES HAUTEMENT RÉSISTANTES DANS UN CENTRE HOSPITALIER. COMMENT RÉSISTER ?

BERNET C.⁽¹⁾, **DAVIDIAN S.**⁽²⁾, **KHOUIDER N.**⁽¹⁾, **LAPRUGNE-GARCIA E.**⁽¹⁾, **SAVEY A.**⁽¹⁾, **HAJJAR J.**⁽³⁾
⁽¹⁾ Hôpital Henry Gabrielle, SAINT GENIS LAVAL, FRANCE ; ⁽²⁾ CH Montélimar, MONTÉLIMAR, FRANCE ; ⁽³⁾ CH Valence, VALENCE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Depuis 2011, l'interrégion est confrontée à la prise en charge d'épisodes de patients porteurs d'*Enterococcus faecium* résistants à la vancomycine (ERV) notamment par une souche très épidémiogène "Saint Julien1". En juillet, un centre hospitalier a accueilli un de ces patients en service de gastroentérologie sans information du portage ERV. A partir de cet événement, des cas secondaires sont identifiés. En novembre à l'issue de la 3^e cellule de crise une aide externe est demandée sur la stratégie de prise en charge des cas et contacts. Ce travail illustre l'apport des structures régionales d'appui dans l'investigation et la maîtrise d'une épidémie en l'absence de praticien hygiéniste dans l'établissement à cette période.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une aide extérieure a été coordonnée avec une visite sur site en novembre.

La démarche a comporté un état des lieux épidémiologiques, un rappel des mesures à mettre en œuvre pour ces cas, l'identification des organisations et pratiques pouvant exposer à un risque de transmission croisée, ainsi qu'une évaluation des coûts.

RÉSULTATS

Les résultats de l'investigation n'ont pas mis en évidence le réservoir. On observe que sur la période de l'été, dans cette unité où la charge en soins des patients est lourde, le service n'a disposé que d'un seul clinicien et d'un nombre plus important de personnel paramédical intérimaire. En décembre, un patient porteur d'une carbapénémase (EPC) dans les urines est identifié sans notion d'hospitalisation à l'étranger. Depuis, 9 patients positifs ont été identifiés (4 sont décédés sans imputabilité et un s'est négativé) mais aucune transmission secondaire.

Les mesures barrières sont renforcées (précautions standard et précautions complémentaires contact), un secteur de 6 lits est mis en place avec une équipe dédiée paramédicale de mars à juillet 2012 accueillant les patients porteurs d'ERV ou d'EPC, générant 102 nouveaux contacts avec double dépistage. Une redéfinition des critères de dépistage a été réalisée.

Au total, 33 patients positifs (ERV ou EPC), 1139 patients contacts répertoriés, 4170 prélèvements de dépistage. Le coût de l'épisode a pu être évalué (total 327 159 €):

- réorganisation des soins : 0.90 ETP IDE/mois 31 500 €/3 mois, 0.90 ETP AS/mois 26 250 €/3 mois
- matériel de protection : 9 203 €
- fermeture de lit : perte de 63 000 €
- coût des prélèvements : 197 206 €.

CONCLUSION

L'épidémie d'ampleur inhabituelle a permis une coopération des acteurs locaux, régionaux et de l'interrégion, comprenant l'information régulière aux établissements de transfert de la région des patients contacts.

P-047

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES D'HYGIÈNE EN SALLE DE NAISSANCES

KARNYCHEFF E., GRAVISSE J., MARQUES N., MIGEON A., GRADE F., LARCHER M., PERSEVERANTE M., ALTET K., CHERVALIER F., BEDDOCK R., DALMON C., GUENON DES MESNARDS V., ROUGEOT V., FOUCHER K., VASSE M.
Hôpital Foch, SURESNES, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

A la demande de la salle de naissances un audit des pratiques d'hygiène a été réalisé. Il a pour but l'harmonisation des pratiques lors des gestes à risques infectieux, la sensibilisation du personnel aux pratiques d'hygiène, aux précautions « standard » et aux risques d'accident d'exposition au sang (AES). Cet audit a pu s'inscrire dans la démarche d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) pour la certification V2010. Ce poster présente la démarche des 2 tours d'EPP.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il a été constitué un groupe de travail pluridisciplinaire composé de sages-femmes, obstétricien, pédiatre, anesthésiste, infirmière, aide-soignante, une qualitiennne de l'hôpital, les infirmières et le praticien en hygiène. Ce groupe a identifié seize situations à risques infectieux.

Il s'agit d'un audit d'observation du type audit clinique ciblé selon l'HAS, effectué à l'aide d'une grille d'audit. Pour chaque situation à risques, les mêmes critères ont été observés : hygiène des mains, tenue vestimentaire, matériel utilisé, antiseptie et antiseptiques utilisés.

Le 1^{er} audit a été réalisé en 2008 et le 2^{ème} en 2010/2011. Les observations effectuées par l'équipe d'hygiène, ont eu lieu de jour du lundi au vendredi. Le personnel audité était le personnel médical et para médical, étudiant ou pas.

Après validation, les données ont été saisies dans un logiciel qualité. Pour chaque audit, un rapport a été proposé pour validation au groupe de travail. Puis une rétro information aux équipes a eu lieu avec les actions proposées et leur suivi.

Le 2^{ème} audit s'est intéressé seulement aux gestes à risques ayant nécessité des actions.

RÉSULTATS

Le 1^{er} audit a permis 403 observations. Les actions mises en place ont concerné l'hygiène des mains, les produits utilisés et la préparation cutanéomuqueuse.

Le 2^{ème} audit a permis 198 observations. Les critères nécessitant une action ont concerné l'hygiène des mains, la préparation cutanée, la tenue vestimentaire, la prévention des AES.

Les actions mises en place ont été :

- travail trimestriel pour chaque critère à améliorer
- participation au réseau national de surveillance des infections nosocomiales en maternité
- mise en place d'indicateurs
- définition d'actes traceurs.

CONCLUSION

Les résultats du 2^{ème} audit ont montré peu de progression. Après le 2^{ème} audit, la salle de naissances a emménagé dans de nouveaux locaux, les équipes ont changé. Les personnes du groupe de travail qui ont participé aux deux audits sont toujours motivées. Une nouvelle dynamique est lancée.

P-048

GESTION D'UNE ÉPIDÉMIE À ACINETOBACTER BAUMANNII PRODUCTEUR DE CARBAPÉNÈMASE OXA-23, UNE APPROCHE PLURIDISCIPLINAIRE.

VELARDOT D., CHACHATY E., GACHOT B., RIVET E., ROUSSEAU I., BLOT F., NAPOLY L., GAUDIN A.
Institut Gustave Roussy, PARIS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Début septembre 2012 l'équipe opérationnelle d'hygiène a dû faire face à des cas groupés de patients colonisés ou infectés à *Acinetobacter baumannii* résistant à l'imipénème. Le contrôle dans le temps et l'espace de cette épidémie au sein du service de réanimation était un enjeu important face aux risques de dissémination chez les sujets immunodéprimés traités dans notre institution.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le contrôle de l'épidémie a nécessité la mise en place de plusieurs types de mesures mettant à contribution plusieurs secteurs professionnels :

- (1) La gestion des patients colonisés ou infectés avec un transfert en zone dédiée « carba » puis dès l'apparition du 2^e cas, sectorisation de la réanimation en 3 zones distinctes avec des lits tampons (vides), arrêt des admissions.
- (2) Des mesures d'hygiène renforcées applicables par l'ensemble des professionnels auprès des patients hospitalisés en réanimation et des sujets contact transférés en isolement complémentaire « contact » : mise en place d'un système clos d'aspiration bronchique, nettoyage et désinfection du matériel commun et organisation adaptée du bionettoyage.
- (3) Information et formation du personnel médical, paramédical et des professionnels transversaux : rencontre avec l'équipe de bionettoyage, formation d'une cellule de crise avec la direction et d'une cellule de suivi EOH/Réa hebdomadaire.
- (4) Des séries de dépistage des sujets contact (bronches/poumon, digestif, plaies et peau), prélèvements environnementaux appareils et lieux communs.
- (5) Signalement aux tutelles, ARS et Arlin/Cclin Paris Nord et diffusion de l'information auprès des EOH des établissements d'accueil des patients contacts transférés.

RÉSULTATS

Le premier cas a été identifié le 29/08/12 et le dernier le 14/09/12. La réanimation a progressivement accueilli de nouveaux patients dès fin septembre après plusieurs séries de prélèvements négatifs chez les sujets contact, au niveau des matériels et de l'environnement. Au total 4 patients hospitalisés en réanimation ont été infectés ou colonisés et 47

sujets contacts ont été identifiés. Le 05 octobre les résultats du 3^e contrôle des prélèvements bactériologiques chez les patients de Réanimation, l'ensemble des sujets contacts transférés ainsi que ceux réalisés chez les nouveaux entrants depuis le lundi 1^{er} octobre sont tous négatifs.

CONCLUSION

La prise en charge précoce et pluridisciplinaire de cette épidémie a permis de limiter sa durée et de la restreindre au service réanimation tout en gardant une activité dans ce service indispensable.

P-049

SAISONNALITÉ DES INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS EN RÉANIMATION ADULTE : ENQUÊTE PILOTE DE L'INTER RÉGION NORD

CAMPION C., MILIANI K., L'HÉRITEAU F., ASTAGNEAU P.
Cclin Paris-Nord, PARIS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les infections associées aux soins (IAS) en réanimation adulte sont surveillées au niveau national depuis 2004 dans le cadre du réseau de surveillance REA RAISIN. Ce réseau prévoit un rendu annuel des données saisies en plus du rendu sur 6 mois attendu par la méthodologie nationale pour les établissements volontaires. D'éventuelles variations saisonnières n'ont pas été explorées dans ce réseau, l'objectif ici étant de décrire ces variations.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une cohorte de 7 services de réanimation a été constituée à partir des données recueillies de l'inter région Nord. Tous les patients hospitalisés plus de 2 jours ont été inclus. L'incidence des pneumonies (PNE) pour 100 patients intubés, des colonisations de cathéter veineux central pour 100 cathéters cultivés (COL) et des bactériémies pour 100 patients hospitalisés (BAC) ont été calculées de façon hebdomadaire.

RÉSULTATS

De 2009 à 2011, les taux d'incidence annuel variaient pour les PNE de 6,9 à 7,7. Pour les COL de 5,1 à 6,7 et pour les BAC de 2,3 à 1,8. L'incidence hebdomadaire variant de 0 à 23,8 pour les PNE, de 0 à 16 pour les Col et de 0 à 7,6 pour les BAC. L'analyse de la saisonnalité ne montre pas de variation significative sauf pour l'incidence des BAC qui semble plus élevée en période estivale.

CONCLUSION

Les résultats de cette étude pilote suggèrent qu'il pourrait exister une saisonnalité pour certains des indicateurs d'IAS en réanimation. Une corrélation des ces variations d'incidence avec des variations d'effectifs médicaux ou paramédicaux reste à explorer.

P-050

VALIDATION DE L'UTILISATION D'UNE UNITÉ MOBILE DE TRAITEMENT DE L'AIR POUR OBTENIR UNE CLASSE ISO 5 DANS UNE CHAMBRE CLASSÉE ISO 7

GRINGOZ A., BOUSSEAU A., LATUS J., PETONNET C., THEVENOT S., LALAND C., KAUFFMANN-LACROIX C., CASTEL O.

CHU Poitiers, POITIERS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La maîtrise de la contamination aéroportée est indispensable dans les services accueillant des patients à risque aspergillaire. La problématique de la conduite à tenir en cas de panne ou de maintenance des centrales de traitement de l'air (CTA) des chambres des patients du secteur allogreffe du service d'Oncologie Hématologique et Thérapie Cellulaire s'est posée dans notre centre hospitalier. Ce service dispose de 8 chambres classées ISO5 et B1 (secteur allogreffe) et de 16 chambres classées ISO7 et B10 (secteur conventionnel) reliées à des CTA indépendantes. L'établissement possède déjà des appareils mobiles de traitement d'air DOPAIR® (ATA Climatisation). L'objectif de cette étude a été de valider l'utilisation de ces unités mobiles en complément de la CTA existante, dans une chambre classée ISO7 et B10 afin d'atteindre et de maintenir les classes ISO5 et B5 (avec absence d'*Aspergillus spp.*) en respectant le confort du patient. Une cinétique de décontamination particulière (CP[0,5]) de 5 minutes était demandée.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Plusieurs configurations ont été testées (positions, débits...) en fonction des critères de confort (stabilité de la température, niveau sonore inférieur ou égal à 55dB, encombrement). Après sélection des configurations, des comptages particulaires, des aérobiocontaminations bactériologiques et fongiques ont été réalisées. Les prélèvements ont été effectués au repos et conformément aux normes NF EN ISO 14644 et NF EN ISO 14698.

RÉSULTATS

Après étude bibliographique, les débits de 600 à 1500 m³/h ont été testés (soit des taux de brassage de 37 à 55 volumes/h)

sans qu'il ne soit noté de variation de la température ambiante de la chambre. L'étude du niveau sonore a permis d'éliminer les débits de 1400 et 1500m³/h. Les objectifs de qualité de l'air ont été atteints dans la chambre pour le réglage à 1200m³/h soit 49 volumes/h. Dans la salle de bains, seule une classe ISO6 a pu être obtenue. Aucun champignon filamenteux n'a été isolé dans les prélèvements d'air et le nombre de bactéries isolées n'a pas dépassé 3 UFC/m³. Après contamination artificielle, la CP(0.5) mesurée a été de 2 minutes dans la chambre et 5 minutes dans la salle de bains.

CONCLUSION

Dans ces conditions d'essais, l'utilisation du DOPAIR® à 1200 m³/h (soit 49 volumes/h) a permis d'obtenir en 30 minutes les classes ISO5 et B5 dans les chambres conventionnelles d'Hématologie et de les maintenir sur 24h. Les systèmes de traitement d'air mobiles, à condition d'avoir été validés in situ, permettent ainsi de palier les éventuelles pannes ou maintenances des CTA.

P-051

DESCRIPTIF DES INFECTIONS SUR CATHETERS VASCULAIRES AYANT DONNE LIEU À UNE DEMANDE D'INDEMNISATION À PARTIR DE LA BASE DE DONNÉES SHAM SUR LA PÉRIODE 2000-2010

BRUNON-GANGNEUXA.⁽¹⁾, TIMSIT J.F.⁽²⁾, LEPAPE A.⁽³⁾, BERTHELOT P.⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU de Saint-Etienne, SAINT-ETIENNE, FRANCE ; ⁽²⁾ CHU de Grenoble, GRENOBLE, FRANCE ; ⁽³⁾ CHU de Lyon, LYON, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Décrire les infections liées aux cathéters vasculaires (ILC) conduisant à un recours pour indemnisation auprès de la SHAM, principal assureur des hôpitaux.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Etude rétrospective descriptive à partir de la base de données des dossiers SHAM (requête dans base de données par les mots clés infection et cathéter) pour la période du 01/01/2000 au 31/12/2010. Ont été recueillies par un seul enquêteur les données descriptives concernant les établissements, le type de cathétérisme, les procédures, les infections sur cathéter et les conséquences pour le patient et en termes de demande d'indemnisation auprès de l'assureur. Une étude de l'évitabilité de ces infections est en cours.

RÉSULTATS

583 dossiers sélectionnés, 75 correspondaient effectivement à des recours pour ILC et 71 dossiers ont été retenus pour l'analyse (4 dossiers avec données insuffisantes). 80 % des recours pour ILC concernaient des hôpitaux de plus de 500 lits. Les hospitalisations en urgence, les hospitalisations en service de médecine, les voies veineuses périphériques (VVP) constituaient respectivement 74, 51, et 60 % des recours pour ILC. 54 % des patients ne présentaient pas de comorbidité au moment de l'hospitalisation. 21 % des ILC ont entraîné un choc septique; une prise en charge (PEC) chirurgicale, en réanimation a été respectivement nécessaire dans 32% et 31% des cas d'ILC. Les ILC sur VVP ont entraîné un choc septique, une PEC chirurgicale, ou en réanimation dans respectivement 22, 30, et 23% des cas. Une documentation bactériologique du cathéter ou du point de ponction n'était obtenue que dans 38 % des cas dont 78 % de *S. aureus*. L'ILC était liée à une bactérie multi-résistante aux antibiotiques (BMR) dans 16 % des cas (10 souches de *S. aureus* méticilline résistant sur 11 BMR). 59 dossiers étaient clos à la date de l'enquête (octobre 2011). Le coût moyen des ILC pour la SHAM était de 18 153 euros (\pm 39 956, 0-231 700).

CONCLUSION

Les ILC ayant conduit à recours pour indemnisation auprès de la SHAM de 2000 à 2010 concernaient majoritairement des patients sans comorbidités mais conduisaient néanmoins dans près d'un tiers des cas à une prise en charge en réanimation. Elles étaient le plus souvent liées à une VVP et dues à *S. aureus*.

P-052

RÉFÉRENTS ANTIBIOTIQUES ET POLITIQUE DE BON USAGE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DU SUD-OUEST EN 2011 : ÉTAT DES LIEUX ET PISTES DE PROGRÈS

DUMARTIN C.⁽¹⁾, **ROGUES A.M.**⁽²⁾, **BERVAS C.**⁽¹⁾, **PEFAU M.**⁽¹⁾, **VENIER A.G.**⁽¹⁾, **PARNEIX P.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CCLIN Sud-Ouest, BORDEAUX, FRANCE ; ⁽²⁾ Inserm 657, BORDEAUX, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les recommandations nationales et textes officiels pour le bon usage des antibiotiques (AB) dans les établissements de santé (ES) ont promu, depuis 2002 notamment, les actions de rationalisation de l'usage des AB, l'informatisation et la nomination d'un référent « antibiotiques ». Une étude a été conduite dans des ES du Sud-Ouest afin de décrire, de façon plus détaillée que l'indicateur national ICATB, le niveau de mise en place de ces mesures en 2011 et d'identifier les pistes d'amélioration.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

La politique de bon usage des AB en place en 2011 a été recueillie rétrospectivement dans des ES volontaires, par questionnaire portant sur l'organisation, les ressources informatiques et humaines, les actions éducatives et restrictives.

RÉSULTATS

Plus de 98% des 244 ES répondant (représentant 70% des lits de l'interrégion) avait une commission AB et surveillaient la consommation d'AB. Des recommandations de traitement des principales infections existaient dans 96%, actualisées en fonction des résistances bactériennes locales dans 64%. Des référents AB avaient été nommés dans 91% des ES. Toutefois, moins de la moitié de ces référents avaient un des diplômes recommandés et seuls 45% des ES pouvaient quantifier l'activité du référent : temps médian de 0,46 jour / 100 lits / semaine (soit 1 ETP/1100 lits). Les référents étaient : réanimateurs (18%), pharmaciens (15%), infectiologues (14%), microbiologistes (14%). Le temps hebdomadaire médian consacré par les pharmaciens à la dispensation des AB était de 2h/100 lits (1 ETP/2000 lits). Des évaluations de pratiques avaient eu lieu dans 78% des ES mais les résultats avaient été présentés aux prescripteurs dans 17% seulement. La gestion des AB était informatisée dans moins de 3/4 ES. Une dispensation contrôlée de tous les AB était en place dans 33%. Les nouveaux prescripteurs bénéficiaient d'une formation sur les AB dans 64%.

CONCLUSION

Malgré la diffusion de l'indicateur public ICATB depuis 2006, l'étude conduite sur des ES volontaires en 2011 montre la nécessité de renforcer certaines mesures comme l'informatisation et la dispensation contrôlée. Une meilleure définition du rôle des professionnels impliqués dans le bon usage des AB, et un fonctionnement en équipes pluridisciplinaires, pourrait permettre de recentrer l'activité des référents AB qualifiés vers leur rôle de conseil thérapeutique et d'élaboration de protocoles de traitement. La nouvelle version de l'indicateur ICATB2 va dans ce sens. De plus, l'élaboration d'outils de formation et d'évaluation sous l'égide des Cclin/Arclin, Omedit et sociétés savantes apportera une aide précieuse.

P-053

LES INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS EN SECTEUR LIBÉRAL ATTENTES DES IDE

BESSON M., **ROBERTI M.**, **BAUD O.**

CHU Clermont-Ferrand CCLIN Sud-Est, CLERMONT-FERRAND, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La prise en charge des patients a nettement évolué ces dernières années. Les sorties d'hospitalisation sont plus précoces, la chirurgie ambulatoire est devenue classique pour beaucoup de spécialités et de nouveaux équipements ou dispositifs médicaux qui sont régulièrement mis sur le marché. Parallèlement, les mesures pour limiter l'incidence des infections nosocomiales se sont affinées et le terme d'infections associées aux soins a vu le jour. Le secteur de ville est donc plus que jamais proche du secteur hospitalier en raison des soins à risque qui sont pratiqués mais aussi dans la démarche de lutte contre les infections associées aux soins.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Un questionnaire a été adressé par courrier postal aux IDE libéraux de la région afin de mieux connaître leurs préoccupations et attentes en matière d'hygiène, de lutte contre les infections associées aux soins et de lutte contre la dissémination des Bactéries MultiRésistantes aux antibiotiques (BMR).

RÉSULTATS

Sur les 1718 questionnaires envoyés, nous avons seulement 35 réponses (2,04%). Les professionnels qui ont répondu travaillent majoritairement en groupe (91,43%) et leur activité s'exerce au domicile des patients mais également en EHPAD (6%) et en HAD (17%). 10 IDE ont eu une formation entre 2005 et 2012 mais seulement 5 concernaient la prévention des infections associées aux soins (IAS). Elles étaient organisées par une IDE Hygiéniste ou par un HAD ou par un organisme de formation. Tous les IDE souhaitent une information en lien avec les infections associées aux soins. Sur les 11 thèmes que nous leur avons proposés, les 4 retenus sont par ordre décroissant : les pansements des plaies chroniques, les recommandations pour la prévention de la transmission des germes (précautions standard, précautions complémentaires d'hygiène), les dispositifs invasifs (chambre implantable, Picc-Line) et les bactéries multirésistantes aux antibiotiques.

CONCLUSION

Ce faible taux de réponses mérite que l'on s'interroge sur la méthode utilisée pour mener une enquête dans le secteur libéral. Cependant, aujourd'hui, nous n'avons pas à notre disposition de mailing des infirmiers(ères) libéraux. Il est possible que la réalisation de cette enquête en fin d'année et en période de congés n'ait pas été propice. Néanmoins, l'analyse des réponses au questionnaire montre que certains thèmes préoccupent le secteur libéral. Nous prévoyons donc de proposer des sessions de formation-information ouvertes à ce secteur.

P-054

FACTEURS DE RISQUE DE LA PNEUMOPATHIE ASSOCIÉE AUX SOINS EN MILIEU DE RÉANIMATION

BEN REJEB M., NAIJA W., LATIRI H., KHEFACHA S., JAIDANE N., NOUIRA A., DHIDAH L., SAID R. CHU Sahloul, SOUSSE, TUNISIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les Pneumopathies Associées aux Soins (PAS) sont particulièrement plus fréquentes en réanimation avec des conséquences médico-économiques plus lourdes. Dans notre hôpital, la surveillance épidémiologique mise en place en réanimation a révélé une fréquence élevée de ces IAS. La mise en œuvre d'un programme de lutte a été ainsi décidée. Elle doit passer inéluctablement par la connaissance des facteurs de risque potentiels de ce type d'infection. Dans cette optique, notre étude a été menée. Son objectif était d'étudier les facteurs de risque des pneumopathies associées aux soins en milieu de réanimation.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude cas-témoins nichée dans une surveillance épidémiologique menée sur une année du 1^{er} juillet 2010 au 30 juin 2011 dans les services de Réanimation chirurgicale et médicale du CHU Sahloul. Les cas étaient représentés par les patients hospitalisés en Réanimation et atteints d'une PAS. Les témoins étaient représentés par les patients hospitalisés en Réanimation et indemnes d'une PAS. La saisie et l'analyse des données sont effectuées par le logiciel SPSS 19.

RÉSULTATS

La surveillance épidémiologique a permis de déceler, parmi les 272 patients inclus dans notre étude, 34 atteints d'une PAS avec une incidence de 12,5 %. Ces patients ont formé le groupe cas. L'analyse a mis en évidence l'intubation ($p = 0,001$), la durée de l'intubation (0,0009) et l'IGSII ($<10-3$) comme facteurs de risque de PAS.

CONCLUSION

Nos résultats nous incitent à sensibiliser le personnel soignant à respecter les bonnes pratiques d'hygiène relatives à l'intubation. Ces mesures doivent être renforcées chez les patients critiques dont les scores de gravité sont très élevés.

P-055

PRÉCAUTIONS STANDARD ET COMPLÉMENTAIRES EN EHPAD : TROP PEU CONNUES, TROP PEU RESPECTÉES*FASCIA P.⁽¹⁾, GIRAUD O.⁽²⁾, VINCENT A.⁽¹⁾**⁽¹⁾ ARLIN Rhône-Alpes, Hospices Civils Lyon, SAINT GENIS LAVAL, FRANCE ; ⁽²⁾ EHPAD Marcel Sicre, ANDRÉZIEUX BOUTHÉON, FRANCE***INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL**

En EHPAD, lieu de vie, le Document d'Analyse du Risque Infectieux comprend un volet précautions standard (PS) et précautions complémentaires (PC). La connaissance et l'application de ces précautions doivent prévenir la transmission des agents infectieux. L'objectif de ce travail est d'évaluer l'application de ces mesures dans 3 EHPAD.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une auto évaluation des pratiques professionnelles concernant les PS et PC contact et gouttelettes a été conduite sur 3 EHPAD. La saisie et l'analyse des données ont été faites à l'aide du logiciel Epi-info 6.04.

RÉSULTATS

Sur 93 questionnaires distribués, 53 ont été remplis : 17% d'infirmières, 26% d'aides-soignants et 44% d'agents de service participant aux soins d'hygiène. L'évaluation des PS montre que la friction des mains avec une SHA entre 2 résidents n'est pas systématique pour 24% des professionnels. Le port de gant n'est pas systématique en cas de contact avec des liquides biologiques (17%), une muqueuse (26%), une peau lésée ou du linge souillé (32%). Il n'est pas systématique non plus lors de la gestion des excréta telle que change de protection (53%), vidange du bassin (34%) ou d'une poche de colostomie (26%). Le changement de gants entre 2 résidents n'est pas fait systématiquement pour 15% des professionnels. Le tablier protecteur n'est toujours porté que dans un tiers des indications (soin mouillant ou souillant). En cas de PC contact, le tablier est toujours porté en cas de contact avec le patient pour 1 quart des professionnels, la friction avec une SHA n'est systématique avant la sortie de chambre que pour 43% d'entre eux. Un tiers des professionnels s'estime non concerné par l'entretien de l'environnement. Pour les PC gouttelettes, le résident ne porte jamais de masque pour 57% des professionnels questionnés et le port du masque en cas de contact rapproché n'est systématique que pour 19% des professionnels.

CONCLUSION

Les PS et les PC ne sont pas maîtrisées par les professionnels de santé dans ces 3 EHPAD, en partie en raison d'un turn over rapide des professionnels. La compréhension, la connaissance et l'application des PS sont la base de la démarche de prévention des infections associées aux soins aussi bien en secteur médico-social qu'en secteur sanitaire. Tous les acteurs de santé doivent se sentir concernés par la connaissance de ces mesures et par leur application au quotidien, notamment dans la gestion des excréta, acte particulièrement à risque de contamination de l'environnement du résident.

P-056

ACCOMPAGNEMENT DES EHPAD DANS UNE DÉMARCHE D'ÉVALUATION DU RISQUE INFECTIEUX*GUERRE G.⁽¹⁾, AHO GLELEL.S.⁽¹⁾, ASTRUCK.⁽¹⁾, TIVM.⁽¹⁾, LE DENMAT C.⁽²⁾**⁽¹⁾ CHU Dijon, DIJON, FRANCE ; ⁽²⁾ ARS, DIJON, FRANCE***INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL**

Le plan stratégique national 2009-2013 de prévention des IAS demande aux EMS d'entrer dans une démarche d'évaluation du risque infectieux. La circulaire du 15/03/2012 décline le processus à mettre en œuvre. Ils doivent formaliser un Document d'Analyse du Risque Infectieux (DARI) dans le cadre de leur évaluation interne. Pour ce faire, l'ARS met en place un dispositif d'accompagnement pérenne pour les EHPAD coordonné par la cadre de santé (CS) de l'ARLIN, en créant des équipes d'hygiène de territoire (EHT) composées d'IDE hygiénistes. Celles-ci sont rattachées à des EOH existantes. L'objectif est que tous les EHPAD réalisent leur DARI lors de leur évaluation interne et déclinent des axes d'améliorations à court, moyen et long terme avec l'aide des IDE hygiénistes.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Après répartition des EMS volontaires sur les EHT, des conventions sont élaborées pour préciser les missions et fixer les modalités d'interventions. Chaque IDE hygiéniste accompagne les EMS de son secteur selon un processus préétabli. La CS de l'ARLIN participe à l'accompagnement des EMS et coordonne le dispositif. Elle réalise des points d'étapes auprès des EHT, recense les difficultés rencontrées, fait part de retours d'expériences, collige les résultats obtenus, identifie les principales non conformités, élabore 2 rapports destinés au GREPHH, via le C CLIN, et à l'ARS avec des propositions d'amélioration.

RÉSULTATS

En novembre 2012, sur les 287 EHPAD, 281 ont adhéré à ce dispositif d'accompagnement, soit 97.90%. 141 ont réalisé leur autoévaluation, soit 49.12%. Le pourcentage d'objectifs atteints est de 60.96% sur l'ensemble des EHPAD. Les visites de terrain permettent de constater des disparités entre les EMS en termes de maîtrise du risque infectieux et de moyens humains et matériels. Un des points sensibles pour un grand nombre d'EHPAD est l'absence de médecin coordonnateur ce qui ne permet pas de développer des modalités stratégiques et institutionnelles de prévention des risques infectieux.

CONCLUSION

Les EMS rencontrés font preuve d'intérêt envers la démarche d'évaluation et jugent utile l'accompagnement. Ce dispositif innovateur permet à chaque EMS d'identifier son référent hygiène de proximité qui connaît ses problématiques spécifiques : il permet aux acteurs concernés de s'engager dans un processus de collaboration à long terme. Enfin, il facilite la mise en œuvre d'actions régionales. Espérons que les efforts conjoints permettront de répondre à l'objectif national pour améliorer qualité et sécurité des soins des résidents.

P-057

LE CATHÉTÉRISME PÉRIPHÉRIQUE : UN GESTE SÛR POUR LE PATIENT ET LE SOIGNANT. SÉCURISER POUR PRÉVENIR.

LAPRUGNE-GARCIAE.⁽¹⁾, **BESSONM**.⁽²⁾, **KHOUIDERN**.⁽³⁾, **CHANDEZE E**.⁽⁴⁾, **LYONNET F**.⁽⁵⁾, **MONTAGNE P**.⁽⁶⁾, **LESELLIER C**.⁽⁷⁾, **JOUVENCEL R**.⁽⁸⁾, **SAVEY A**.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Hôpital Henry Gabrielle, SAINT GENIS LAVAL, FRANCE ; ⁽²⁾ ARLIN Auvergne, CLERMONT-FERRAND (63), FRANCE ; ⁽³⁾ ARLIN Rhône-Alpes, LYON (69), FRANCE ; ⁽⁴⁾ CHU Clermont-Ferrand, CLERMONT-FERRAND (63), FRANCE ; ⁽⁵⁾ CH Roanne (42), ROANNE (42), FRANCE ; ⁽⁶⁾ CH Thiers, THIERS (63), FRANCE ; ⁽⁷⁾ Médipôle de Savoie, CHÂLE LES EAUX (74), FRANCE ; ⁽⁸⁾ BD Medical - Medical Surgical Systems, GRENOBLE (38), FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'utilisation de cathéters périphériques concerne un nombre croissant de patients dans les établissements de santé. Cette pratique peut donner lieu à l'observation d'infections locales, générales et de bactériémies. Le programme national de lutte contre les infections nosocomiales et le plan stratégique national 2009-2013 des établissements de santé fixent comme priorité la réduction des infections associées aux dispositifs intravasculaires et demandent aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes de développer pour le

personnel soignant des actions de formation aux bonnes pratiques.

Les résultats de l'audit national «Cathéter Veineux Périphérique», réalisé en 2009-2010, auprès des 219 établissements de l'inter-région Sud-Est ont permis de dégager des orientations d'amélioration des pratiques sur la préparation cutanée du site d'insertion, la gestion du dispositif, le respect des mesures d'asepsie, l'application des précautions standard, la réactualisation du protocole écrit et des supports de traçabilité. Sur ce constat, nous avons souhaité proposer des outils adaptés de formation pour la maîtrise du risque infectieux lié aux cathéters périphériques veineux et sous cutanés.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Un groupe de travail constitué de professionnels en hygiène a souhaité mettre à la disposition des établissements de santé ou médico-sociaux et des instituts de formation des outils pédagogiques afin de les aider à répondre aux exigences ci-dessus. L'objectif final recherché est de sécuriser la pratique autour du cathéter périphérique, pour le patient et le professionnel, afin de prévenir les infections associées aux soins et les accidents d'exposition au sang.

RÉSULTATS

L'outil comprend 2 modules : cathéter sous cutané et cathéter veineux périphérique. Le premier support de formation « voie sous cutanée » se compose d'un diaporama avec des vidéos intégrées, un argumentaire pour les formations dispensées par un formateur et un accompagnement par une voix off pour les formations individuelles en ligne. Il est réparti en chapitres abordant les indications/complications, le choix du matériel, le choix du site d'insertion, la préparation du soin, le déroulement de la pose, l'entretien et la traçabilité. La durée de ce module de formation est d'environ 15 min. Deux documents ont été créés et sont téléchargeables, une fiche pratique et un outil d'aide à l'observance.

CONCLUSION

Le travail du groupe va se poursuivre avec le module cathétérisme veineux périphériques (adulte-enfant). Une campagne sera réalisée pour faire la promotion de ces outils qui seront disponibles gratuitement via Internet.

P-058**ANALYSE A POSTERIORI DE CAS GROUPÉS D'INFECTIONS SUR HYPODERMOCLYSE EN EHPAD PAR LA MÉTHODE ALARM**

MOGENOT E., DA SILVA I., HILAIRE J.C., NEULIER C., MERRER J.

CH Versailles, LE CHESNAY, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

A la suite du signalement de 2 abcès après utilisation de nouveaux cathéters sous cutanés chez des patients de l'EHPAD, une analyse des causes a été réalisée.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une méthode ALARM a été utilisée lors d'une revue de morbi-mortalité (RMM) associant les personnels de l'EHPAD et l'équipe d'hygiène. Les causes patentes et latentes de ces événements indésirables (EI) ont été déterminées et des actions correctrices et préventives ont été mises en place selon les points critiques identifiés. Des indicateurs de suivi seront utilisés pour objectiver la mise en place de ces mesures.

RÉSULTATS

Les causes patentes identifiées sont :

1. Causes organisationnelles : absence de planification et de traçabilité écrite des poses, pansements et retraits de cathéters,
2. Causes liées aux individus : une méconnaissance de la surveillance et des durées de cathétérisme ainsi que du protocole d'antisepsie.

Les causes latentes identifiées sont :

1. Causes institutionnelles : absence de protocole de soins hypodermoclyse, une inaccessibilité aux procédures sur le site intranet, une surcharge en soins,
2. Causes organisationnelles : absence de support unique de traçabilité et l'absence de formation à l'utilisation de nouveaux dispositifs médicaux.

Un protocole hypodermoclyse a été réalisé en collaboration avec les équipes de soins. Sa diffusion, son accès via l'intranet, ainsi que celle du protocole d'antisepsie cutanée, a été organisée. Une formation est dorénavant prévue lors de l'introduction de nouveaux dispositifs médicaux. Six mois après, un audit de connaissance a été réalisé auprès des infirmières (IDE) de jour (N=19 soit 73 % des IDE). Les réponses ont été jugées appropriées dans 71% des cas, mais il persiste encore de mauvaises pratiques concernant l'antisepsie (souvent non alcoolique) et la traçabilité. La création d'un support unique de traçabilité des cathéters avec les dates de pose, les sites, les pansements et les retraits est en cours.

CONCLUSION

Ces déclarations d'EI et leur analyse par la méthode ALARM ont permis de mettre en évidence de nombreux points critiques. Les mesures correctrices passent, notamment, par une évaluation continue des connaissances du personnel et par des indicateurs de suivi.

P-059**PRÉVENTION DU RISQUE ÉPIDÉMIQUE DANS LES EHPAD**

BLANCKAERT K.⁽¹⁾, OLLIVIER Y.⁽¹⁾, CHAUD P.⁽²⁾, WYNDELS K.⁽²⁾, PUISIEUX F.⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHRU Lille, LILLE, FRANCE ; ⁽²⁾ CIRE, LILLE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Un dispositif de surveillance et d'alerte relatif aux risques infectieux épidémiques a été mis en place en 2009 dans un échantillon d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de notre région.

Afin d'évaluer l'impact de ce dispositif sur la mise en oeuvre des précautions standard et l'organisation des EHPAD vis-à-vis du risque épidémique, une enquête téléphonique déclarative a été réalisée auprès des médecins coordonnateurs. Celle-ci avait pour objectif de faire un état des lieux de la prévention et de la gestion des risques infectieux épidémiques.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les questionnaires standardisés, avaient pour objectif de faire un état des lieux de la prévention et de la gestion des risques infectieux épidémiques.

Les réponses étaient saisies sous EpiData et ont été analysées à l'aide du logiciel Stata. Les variables qualitatives étaient exprimées par leur pourcentage et les variables quantitatives par leur moyenne et écart-type ou médiane et étendue interquartile. Les comparaisons de moyennes ont reposé sur le test de Kruskal Wallis, les comparaisons de fréquences sur le test du chi².

RÉSULTATS

Cent dix huit EHPAD ont accepté de répondre à l'enquête (57 EHPAD ayant participé au dispositif d'alerte et 61 EHPAD n'ayant pas participé). Ces structures disposaient majoritairement d'une convention tripartite, employaient un médecin coordonnateur et avaient organisé la vaccination antigrippale de leurs résidents. Les précautions standard avaient fait l'objet d'une diffusion ou d'une information du personnel dans 83 % des EHPAD interrogés. Pour l'ensemble des items

évaluant la mise en œuvre concrète des précautions standard, il n'a pas été observé de différences significatives entre les 2 échantillons. Il n'a pas été mis en évidence de différences entre les pratiques d'hygiène de l'échantillon ayant bénéficié d'une sensibilisation au risque infectieux via le signalement et celles de l'échantillon témoin. Plus d'une fois sur deux (l'établissement interrogé disposait de procédures de gestion des épidémies (gastroentérites ou infections respiratoires basses)).

CONCLUSION

Le dispositifs de signalement et d'alerte n'a pas eu d'impact sur les pratiques au sein de l'échantillon d'EHPAD sélectionnées pour le tester. Cette étude a permis d'identifier des axes de travail pour les établissements de la région : développer des outils de formation des professionnels soignants de ces structures aux précautions standard et mieux faire respecter l'usage unique des gants, des sur blouses lors des soins souillants. Nos observations semblent en cohérence avec d'autres publications sur le sujet.

P-060

ORGANISATION POUR LA PRÉVENTION ET LA MAÎTRISE DU RISQUE INFECTIEUX DANS LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL EN FRANCHE-COMTÉ

BERJAMYE⁽¹⁾, TISSOTÉ⁽¹⁾, SLEKOVECC⁽¹⁾, BAVERELJ⁽²⁾, FLORET N.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Chu de besançon, BESANÇON, FRANCE ; ⁽²⁾ Agence régionale de santé Franche-Comté, BESANÇON, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Un des enjeux de la politique globale de prévention des IAS défini par le plan stratégique national 2009-2013 est de conforter l'expérience des établissements de santé et de l'étendre aux secteurs médicosocial et ambulatoire. C'est dans ce contexte que la Franche-Comté s'est dotée d'un dispositif d'appui territorialisé aux établissements médico-sociaux (EMS). L'objectif de cette étude est de réaliser un premier état des lieux de la mise en place de ce dispositif.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le dispositif d'appui a été mis en place 1^{er} trimestre 2012. Il est décliné selon 2 axes : d'une part, l'appui technique et logistique pour la réalisation du document d'analyse du risque infectieux (DARI) par un médecin gériatre hygiéniste et un pharmacien hygiéniste, d'autre part, la mise à disposition des EMS cibles (établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), les maisons d'accueil spécialisé (MAS)

et les foyers d'accueil médicalisés (FAM)), d'infirmiers diplômés d'État (IDE) de territoire (au total 8,5 ETP correspondant à 10 personnes répartis en 8 territoires). Leurs missions sont programmées (soutien des référents hygiène à la mise en œuvre du programme de prévention des infections associées aux soins rédigé à l'issue du DARI) et non programmées (gestion d'épisode infectieux à potentiel épidémique).

RÉSULTATS

Au 31 décembre 2012, parmi les 157 EMS de Franche-Comté, 67 EMS (42,7%) avaient réalisé leur DARI dans le cadre de ce dispositif. L'ensemble des DARI devraient être finalisés d'ici à fin avril 2013. Les IDE ont été recrutés dans 7 des 8 territoires. Des interventions programmées et non programmées ont d'ores et déjà permis aux IDE d'assurer leur mission de soutien à ces structures.

CONCLUSION

Une quasi totalité des EMS a adhéré au dispositif permettant d'une part une harmonisation dans la réalisation du DARI (ce qui facilitera la mise en place d'outils régionaux adaptés aux EMS) et d'autre part une meilleure réactivité lors d'épisodes infectieux à potentiel épidémique.

P-061

PERFUSIONS SOUS CUTANÉES : UN GUIDE RÉGIONAL POUR UNE HARMONISATION DES PRATIQUES

RAYMOND F.⁽¹⁾, DELILLE F.⁽²⁾

⁽¹⁾ CHU NANTES, NANTES, FRANCE ; ⁽²⁾ CH LE MANS, LE MANS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La perfusion sous-cutanée est un acte de soins courant dans la majorité de nos établissements médico-sociaux et sanitaires. La littérature nous rapporte peu d'infections liées aux cathéters sous-cutanés. Celles-ci sont rares et les conséquences sont surtout locales, cependant il ne faut pas sous-estimer les risques notamment celui d'accidents d'exposition au sang. Les principales recommandations disponibles actuellement concernent les cathéters centraux. Les professionnels ne disposent pas de recommandations sur lesquelles ils peuvent s'appuyer dans leur pratique quotidienne. En 2010, un audit régional sur la perfusion sous-cutanée est réalisé dans les établissements médico-sociaux et sanitaires de la région des Pays de la Loire. Il a mis en évidence une absence de protocoles et une absence de tracabilité sur l'ensemble des établissements participants.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Fort de ce constat, un groupe de travail régional pluridisciplinaire paramédical et médical issus de la gériatrie et de l'hygiène s'est constitué. Ce groupe co-animé par un cadre de l'ARLIN et le médecin coordonnateur du réseau départemental d'hygiène « LUTIN 72 » s'est réuni 8 fois pour élaborer un document d'aide à la rédaction de protocoles. Ce document a été soumis pour relecture à différents « experts » régionaux et nationaux.

RÉSULTATS

Le document final regroupe 12 propositions majeures. Il prend en compte le patient/résident et sa douleur, l'administration médicamenteuse, le choix du matériel et son mode d'utilisation, la prévention du risque infectieux lors de la pose et de la manipulation du cathéter sous-cutané, ainsi que l'aspect surveillance et traçabilité. Il propose également des outils d'aide à l'observance et à l'évaluation du protocole. Toutes les propositions sont déclinées de la même façon, accompagnées d'un argumentaire qui fait référence à des publications ou des recommandations lorsqu'elles existent, extraites en particulier des documents de référence de ORIG (2009) et celles émises par la SFHH HCSP « Surveiller et prévenir les infections associées aux soins » (2011).

CONCLUSION

Ce travail entre professionnels issus d'établissement sanitaire et d'établissement médico-sociaux a été très enrichissant par ses échanges et a permis d'élaborer un document commun, pratique et synthétique utilisable par l'ensemble des professionnels de la région. Il est diffusé à l'ensemble des 750 établissements par l'ARLIN et fera l'objet d'une évaluation quant à son utilité.

P-062

LES PRÉCAUTIONS STANDARD AU COEUR DE LA TOILETTE DU PATIENT DÉPENDANT

BATTAGLIOTTI P., LARROUMES N., AMSELLEM-DUBOURGET S., CHAPUIS C.

EQUIPE SECTORIELLE DE PREVENTION DU RISQUE INFECTIEUX, SAINT GENIS LAVAL, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La toilette du patient dépendant, très fréquemment réalisée dans les secteurs de soins longue durée et les Etablissements d'Hébergement de Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), est un acte de soins qui peut être complexe et potentiellement contaminant pour les mains, la tenue du soignant et l'environnement. L'application des précautions standard (PS)

est alors essentielle pour prévenir la transmission croisée des micro-organismes. Une équipe inter-établissements a réalisé une évaluation des PS lors de la toilette du patient dépendant sur l'ensemble de son secteur, de manière à élaborer un outil d'aide à l'observance.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

La population incluse est constituée de l'ensemble des professionnels susceptibles de réaliser une toilette. L'outil de mesure retenu est le questionnaire. Une première grille portant sur les aspects organisationnels du soin au sein du service concerné est remplie avec l'aide du cadre de santé ou de l'infirmière coordinatrice. Une seconde grille est administrée individuellement auprès de chaque soignant. Elle porte sur l'application de l'hygiène des mains, le port d'équipement de protection (gants, tablier), les modalités de nettoyage du matériel et de l'environnement.

RÉSULTATS

Cette enquête multicentrique s'est déroulée dans 1 établissement de Soins Longue Durée (SLD) et 8 Etablissements EHPAD, soit 944 lits; 152 soignants ont répondu au questionnaire. Les toilettes sont majoritairement réalisées par les aides-soignants. Un protocole est disponible dans seulement 4 établissements. Les équipements individuels de protection sont globalement à disposition. L'hygiène des mains avant et après le soin et le port de gants, même s'il est parfois observé en excès, sont des points acquis. L'entretien de l'environnement et la protection de la tenue restent des pratiques à améliorer, tout comme l'hygiène des mains au retrait des gants.

CONCLUSION

Le questionnaire administré a été choisi car il permet de rencontrer les soignants et de reformuler au besoin certaines questions. Les résultats sont toutefois à interpréter avec prudence car il s'agit d'une enquête déclarative. Celle-ci confirme la diversité des pratiques et les situations de moindre application des PS. Elle a permis un temps de mise au point avec les professionnels interrogés, ceux-ci ne bénéficiant pas tous du même niveau de formation initiale en hygiène. La restitution des résultats et la diffusion d'un outil d'aide à l'observance type fiche mémo permettront de poursuivre la sensibilisation des professionnels à l'application des PS.

P-063**PRISE EN CHARGE ET GESTION D'UNE ÉPIDÉMIE DE GASTRO ENTÉRITE***LORY A., DELAROZIERE J.C.**Hopital Sainte Marguerite AP HM, MARSEILLE, FRANCE***INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL**

A la suite du téléthon en décembre 2010, (animation autour d'une paella) un établissement médico social de type EHPAD de 90 résidents appartenant à un groupe de santé a vu apparaître plusieurs cas de gastro entérites touchant à la fois les résidents et les professionnels de santé qui pouvait évoquer une TIAC ou une GEA virale.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une investigation a été menée par le personnel de l'EHPAD, l'ARLIN PACA et la CIRE sud.

Des prélèvements alimentaires et des coprocultures ont été faits à la recherche de la cause entre TIAC et GEA.

RÉSULTATS

Cette épidémie survenue en décembre a touché 46,6% des résidents (42 /90) avec 4 rechutes et 22,2% des professionnels de santé (12 /54).

Rapidement des précautions complémentaires d'hygiènes ont été mises en place.

Un chrono diagramme a permis d'effectuer le suivi des cas chez les résidents et les professionnels.

Le diagnostic de gastro entérite virale à norovirus a été fait par le Centre National de Référence des virus entériques.

Cette épidémie de gastroentérites n'a pas entraînée de décès ni d'hospitalisation.

CONCLUSION

La mobilisation conjointe de la direction, de l'équipe d'encadrement et du médecin coordonnateur avec le soutien de l'ARLIN ont permis de re sensibiliser les professionnels, de réactiver leur savoir.

Ces rencontres multidisciplinaires ont permis d'apporter une dynamique contributive à une implication de chacun dans une prise en charge de qualité des résidents de l'établissement.

L'intérêt de cet épisode a porté :

Sur le diagnostic différentiel avec une TIAC (période du téléthon et animation autour d'une paella)

Sur le développement d'une collaboration avec l'ARLIN, l'ARS et la CIRE pour la gestion de l'épidémie et la traçabilité des cas.

Sur un programme de réunion de travail pour appréhender la mise en place des bonnes pratiques dans l'établissement.

La mise en place de procédures écrites et validées ont permis

un meilleur suivi des pratiques.

Une amélioration du respect des bonnes pratiques lors de la prise en charge des résidents.

Les audits des pratiques et des organisations seront mis en place à distance de l'épisode.

P-064**ENQUÊTE SUR LES COOPÉRATIONS ENTRE ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES ET ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX DANS LE DOMAINE DE L'HYGIÈNE DANS LA RÉGION PACA***DELAROZIERE J.C., DESMONS S., LORY A.**APHM, MARSEILLE, FRANCE***INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL**

Les professionnels compétants en hygiène se trouvent le plus souvent dans les établissements sanitaires (ETS). Les établissements médico-sociaux (EMS) ont du mal à se procurer et à financer ce type de compétences en interne, d'où l'intérêt de mettre en place des coopérations entre ces différents types d'établissements. Le plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins met l'accent sur la mutualisation des moyens entre les établissements.

Objectifs de l'enquête :

Réaliser un état des lieux des coopérations ETS-EMS dans le domaine de l'hygiène en région PACA

Réaliser un annuaire des ETS disposés à passer des conventions

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Enquête par questionnaire postal envoyé aux ETS et aux EMS de la région (avril 2012)

Une relance par mail a été faite.

RÉSULTATS

38,6% des ETS, 46% des EHPAD et 3,7% des FAM-MAS ont répondu.

Les ETS répondants :

Statuts des établissements ETS : 52% privés, 10,2% PSPH, 37,8% publics

Taux de réponse par département : de 32,4% à 47,6%.

26% des ETS répondants ont au moins une convention avec un EMS (nombre de conventions avec les EMS : 54,5% une convention, 21,2% deux, 24,2% trois et plus).

45,4% des ETS avec convention ont une compensation financière.

Les ETS prêts à passer des conventions avec de nouveaux EMS : 72,7% des ETS avec une convention sont prêts à passer des

conventions avec d'autres EHPAD

47,8% des ETS sans convention actuelle sont prêts à passer des conventions avec d'autres EHPAD

Les EMS répondants :

Taux de réponse par département : de 29,9% à 47,7%. 35,6%

des EMS répondants ont une convention avec un ETS. 54,2%

des EMS avec convention payent une compensation financière

Quels sont les apports fournis par les ETS aux EMS :

- 93,7% Procédures

- 91,1% Conseils

- 83,5% Formations (in situ ou dans les ETS)

- 64% Visites

CONCLUSION

L'exhaustivité de notre enquête n'est pas parfaite mais on voit qu'il existe plus d'un tiers des EMS qui ont une convention. On notera que les FAM-MAS sont très peu répondants.

Cette coopération apporte surtout des conseils et des procédures, mais aussi de la formation. Les visites sur site sont moins utilisées probablement du fait du coût et de l'éloignement de certains territoires.

Beaucoup d'établissements sanitaires sont prêts à passer de nouvelles conventions avec les EMS.

Cette enquête a permis de constituer un annuaire pour que les EMS qui souhaitent coopérer dans le domaine de l'hygiène sachent quels ETS peuvent passer convention avec eux.

P-065

ETAT DES LIEUX DE L'HYGIÈNE DES MAINS DES RÉSIDENTS DANS UN RÉSEAU D'EHPAD'. ET QUELLES PISTES D'AMÉLIORATION ?

PERRON S., CHAPU M.

CH SAUMUR, SAUMUR, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Avec la déclinaison des recommandations et programmes de lutte contre les infections nosocomiales au niveau des établissements médico-sociaux, le résident devient acteur de ses soins. L'hygiène des mains étant la principale mesure de lutte contre les infections nosocomiales, il n'est donc pas étonnant de la voir si souvent mentionnée. Une enquête a été réalisée au sein de 9 Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) d'un réseau d'hygiène (1117 lits), afin de réaliser un état des lieux du niveau d'hygiène des mains des résidents. L'objectif secondaire était de définir une stratégie permettant le développement de la politique en faveur de l'hygiène des mains des résidents, associant l'ensemble des professionnels.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Pour répondre au premier objectif, un audit de pratiques déclarées a été réalisé en Juin 2012 auprès du personnel en charge des soins et de l'animation (152 participants). Dans un second temps, le questionnaire permettait à l'agent de prioriser des actions d'amélioration en faveur d'une meilleure hygiène des mains des résidents. Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel Excel®.

RÉSULTATS

43% des professionnels déclarent qu'une politique d'hygiène des mains existe au sein de leur établissement. Nombre d'établissements ont mis en place des lingettes ou SHA au niveau des salles à manger, salon et salles d'activité, pour palier à l'absence de points d'eau. L'hygiène des mains des résidents est réalisée systématiquement lorsque les mains sont souillées (cité par 86.2% des professionnels), lors de la toilette (77%) et en cas d'épidémie (63.8%). 42.1% des professionnels déclarent qu'une hygiène des mains est parfois réalisée avant chaque repas, et avant les activités dans 25.7% des cas. Cette enquête a identifié plusieurs freins à l'utilisation de la SHA. Enfin, les axes d'amélioration prioritaires par les professionnels étaient l'emplacement stratégique des SHA (cité dans 78% des cas), la mise en place d'ateliers pédagogiques pour les résidents (62%) et de quick formation pour les agents (59%).

CONCLUSION

L'hygiène des mains des résidents est donc à encourager et développer au sein des EHPAD avec l'appui de la direction et l'adhésion de l'ensemble de professionnels. Suite à cette enquête, une première collaboration EOH-animateur(s) d'EHPAD a été mise en place dans le cadre de l'animation de la semaine de la sécurité des patients. Ce travail va se poursuivre en 2013 avec la réalisation de supports relatifs à l'hygiène des mains à destination des résidents.

P-066

ÉPIDÉMIE DE PSEUDO-ANGIOMATOSE ÉRUPTIVE (PAE) DANS UN ÉTABLISSEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES : ANALYSE CRITIQUE D'UNE SITUATION AYANT CONDUIT À DES MESURES DE CONFINEMENT

MÉRONI L.

CHI Caux Vallée de Seine, LILLEBONNE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La pseudo-angiomatose éruptive (PAE) est une dermatose rare caractérisée par une éruption transitoire de lésions évoquant des angiomes rubis. L'exanthème est bénin et spontanément

résolutif. Une origine virale est suspectée. L'objectif de ce document est de présenter une analyse critique de la gestion d'un épisode épidémique de PAE survenu dans un EHPAD (215 lits) rattachés à un établissement hospitalier.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le samedi, une éruption maculo-érythémateuse non prurigineuse sans autre symptôme fonctionnel est observée chez un résident. Rapidement elle est retrouvée sur 3 autres résidents de la même unité. Le lendemain, la totalité des 40 résidents de cette unité est touchée ainsi que 45 autres résidents dans 6 autres unités et 6 membres du personnel (taux d'attaque de 40% chez les résidents).

L'administrateur de garde informé prend la décision d'un confinement. Deux cellules de crise sont déclenchées le jour même pour suspicion d'un purpura pétéchial dans un contexte contagieux d'origine non déterminée mais sans diagnostic précis. L'accès à l'EHPAD est interdite aux personnes extérieures, les activités de groupe sont suspendues, les mesures d'hygiène renforcées (notamment dans l'objectif de protéger le personnel), une information aux familles et visiteurs est faite. L'épisode est signalé à l'ARS et l'ARLIN. Le CHSCT et le service de santé au travail sont également prévenus dans ce contexte très anxiogène pour le personnel.

RÉSULTATS

Dans un second temps, après concertation interne et appel de l'ARLIN, un avis complémentaire spécialisé est demandé à un dermatologue du CHU voisin ainsi qu'au médecin chef de pôle. Le diagnostic de PAE est alors posé permettant de lever les mesures de confinement lors de la 3^e réunion de la cellule de crise. Une biopsie cutanée est programmée chez 2 résidents pour le lendemain.

L'évolution a été favorable pour l'ensemble des résidents et soignants concernés. Aucun germe n'a été identifié.

CONCLUSION

A l'avenir, les recommandations de la cellule de crise devront s'appuyer sur un diagnostic confirmé par une confrontation collégiale éclairée si besoin d'un avis spécialisé extérieur. L'organisation doit tenir compte des contraintes de la structure (effectifs médicaux restreints) et prévoir une liste d'experts extérieurs consultables en cas de besoin.

D'autre part une information spécifique des soignants médicaux et non médicaux (intervenant dans les institutions gériatriques) sur la PAE serait intéressante à organiser en raison d'une trop faible connaissance de cette pathologie et des analogies possibles avec un diagnostic de purpura infectieux.

P-067

DÉMARCHE RÉGIONALE POUR L'AMÉLIORATION GLOBALE DE L'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE DANS LES EHPAD DES PAYS DE LA LOIRE

DE SALINS V.

CHU NANTES, NANTES, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

De nombreuses enquêtes montrent que la prise en charge de l'Hygiène Bucco Dentaire (HBD) dans les EHPAD est loin d'être satisfaisante en raison du manque de ressource en soins dentaire, mais aussi du manque de connaissance des soignants. En 2010, une enquête ARLIN auprès des EHPAD révèle que près de 80% des soignants répondants sont demandeurs de protocoles sur les soins bucco-dentaires, et 67% d'entre eux souhaitent participer à un groupe de travail pour l'élaboration d'un protocole sur l'HBD. Au delà de cet objectif, le souhait du groupe était d'aborder tout ce qui va avec le protocole : organisation, matériel, fréquence de l'HBD, évaluation de l'état bucco-dentaire en EHPAD, réflexion sur la possibilité d'avoir une visite de dentiste...

MATÉRIEL ET MÉTHODES

En 2011, un groupe de travail régional « Hygiène Bucco Dentaire en EHPAD » est créé en lien avec l'ARS, réunissant du personnel d'EHPAD (soignants ou administratifs), avec la participation d'un chirurgien dentiste, de nutritionnistes et d'un médecin de l'ARS pour essayer d'aborder l'HBD dans sa globalité.

Les premières réunions ont consisté à former les membres du groupe sur les maladies de la bouche par un chirurgien-dentiste et par un médecin coordonateur gériatre. Ensuite un travail de réflexion est mené pour l'élaboration de protocoles et d'outils utilisables par tout soignant lors de la prise en charge des résidents à l'arrivée et au quotidien.

RÉSULTATS

Un document régional est diffusé à l'ensemble des d'EHPAD rassemblant :

- une fiche d'évaluation de l'état et des besoins en santé bucco-dentaire de la personne âgée,
 - des fiches techniques de pratiques d'hygiène bucco-dentaire, des pistes d'organisation relative à la mise en œuvre de l'hygiène bucco-dentaire
 - Une affiche : « N'oubliez pas ma bouche »
- Parallèlement, en lien avec l'ARS est mené un projet « Nutrition, Hygiène et Suivi Bucco Dentaire des personnes vulnérables » dans lequel sera organisé :
- La formation d'un correspondant en santé orale par EHPAD

- Une information /sensibilisation pour tout personnel d'EHPAD sur ces trois thèmes
- Une évaluation bucco-dentaire par un chirurgien-dentiste proposée à tout nouveau Résident

CONCLUSION

Ce groupe de travail multidisciplinaire a permis de créer une dynamique régionale globale autour de l'hygiène bucco-dentaire dans les EHPAD avec la mise à disposition d'outils pour les soignants, mais également un projet d'accompagnement et de formation qui doit se mettre en place en 2013, coordonné par l'ARS et l'organisation d'une consultation par un dentiste pour tout nouveau résident d' EHPAD de notre région.

P-068

QUELS FACTEURS ASSOCIÉS À LA SURVENUE DE CAS GROUPÉS D'INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES EN SERVICE DE SOINS DE LONGUE DURÉE ?

BOULESTREAU H., LEROYER C., THEBAUT P., DE ZELICOURT C., MARIE V., JENN J., ROGUES A.M.
CHU Bordeaux, BORDEAUX CEDEX, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Décrire la prise en charge d'un épisode de cas groupés d'infections respiratoires aiguës lors de l'épidémie de grippe 2011-2012 et en souligner les facteurs favorisants.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'épisode concerne un SLD de 40 lits du pôle de gériatrie d'un établissement de 3300 lits. Un cas est défini par la survenue d'un tableau respiratoire aigu fébrile. Neuf échantillons de sécrétions respiratoires sont envoyés au laboratoire. Les cas sont recensés parmi les patients et les soignants, ainsi que la notion de vaccination antigrippale. Un traitement antiviral est administré et les mesures de prévention de la transmission croisée sont rappelées.

RÉSULTATS

7/20 professionnels (30%) ont été touchés et ont bénéficié d'un arrêt de travail de 3 à 8 jours. 14/40 patients (35%) ont été concernés dont 2 ont présenté des complications bactériennes sévères évoluant vers le décès pour l'un d'eux. Les patients ont bénéficié d'un traitement par Tamiflu® prophylactique pour 13 et curatif pour 4. 4/9 prélèvements adressés au laboratoire étaient positifs pour la grippe A H3 N2, les 5 autres étaient négatifs pour la grippe. La majorité des patients étaient vaccinés contre la grippe mais le taux de vaccination des professionnels n'était

que de 3/20. Les mesures rappelées concernaient les précautions complémentaires « gouttelettes » et le port du masque chirurgical systématique pour toute personne présentant des signes cliniques respiratoires, les règles d'hygiène des mains par friction (ICSHA 2011 = 128%), la vaccination des professionnels et le bionettoyage quotidien de l'environnement du patient.

CONCLUSION

La chronologie des événements et la faible couverture vaccinale sont en faveur d'une origine professionnelle à cette épidémie. Ecarter systématiquement tout professionnel présentant des signes respiratoires en période hivernale semble difficilement compatible avec le maintien de l'activité des services. Bien que connus, les facteurs de prévention de ces épisodes restent difficiles à appliquer, nécessitant de réitérer la sensibilisation des professionnels, visiteurs et patients. Des séances de vaccination organisées dans le service pourraient permettre d'améliorer le taux de couverture des professionnels. Une information des visiteurs avec mise à disposition de masques et de PHA doit être systématique à l'entrée des services. L'utilisation de la check list proposée dans le guide du HCSP (juillet 2012) devrait permettre de prévenir ou d'interrompre une épidémie débutante dans une collectivité de patients à risque.

P-069

ACCIDENTS D'EXPOSITION AU SANG (AES) EN EHPAD ?

ROCHE M.⁽¹⁾, ARMAND N.⁽¹⁾, DAVIDIAN S.⁽²⁾, POMORSKI D.⁽²⁾, FAURE C.⁽¹⁾, MICHEL C.⁽¹⁾, HAJJAR J.⁽¹⁾
⁽¹⁾ CH Valence, VALENCE, FRANCE ; ⁽²⁾ CH MONTELIMAR, MONTELIMAR, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Si les AES sont surveillés dans les établissements de santé français, il existe peu de données dans les autres secteurs.

Une étude a été menée par 2 équipes mobiles d'hygiène du sud de la France intervenant dans les EHPAD non rattachés à un établissement de santé. Les objectifs principaux sont de déterminer le nombre d'AES recensés et définir les catégories professionnelles les plus touchées.

Secondairement, il s'agit d'évaluer l'implication des directions dans la gestion de ces accidents en vue de sensibiliser les professionnels.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

En 2011, cette évaluation complète le travail initié à l'état des lieux des établissements (bilan de l'existant et des moyens, élaboration d'un protocole type et de conventions de prise en charge).

Un suivi annuel est mis en place avec le remplissage d'une

grille par les directeurs des EHPAD. Les objectifs sont de renseigner le nombre d'AES recensés sur l'année, les catégories professionnelles concernées et le type d'exposition.

RÉSULTATS

67,4% des EHPAD sollicités ont répondu

AES : 25 soit 0,9 AES en moyenne par EHPAD

- 52% déclarent au moins 1 AES

- 28% déclarent au minimum 2 AES

Type d'AES

- 52% (13) piqûres surtout déclarées par les IDE (12), 1 seule AS

- 24% (6) projections surtout déclarées par les AS (2 IDE)

- 24% = autres

Catégorie professionnelle

- IDE : 68% dont 23% étudiants IDE ou intérimaires

- AS : 16%

- ASH : 8%

- Inconnu : 8%

Les IDE sont la catégorie professionnelle déclarant le plus grand nombre d'AES et les victimes des AES à risque de transmission le plus élevé.

Le taux non négligeable de professionnels intérimaires ou étudiants accidentés associé au turn-over récurrent du personnel dans ces structures soulève la question de la formation de ces agents, notamment aux mesures de prévention des AES.

Les équipements de protection et du matériel sécurisé sont à la disposition des professionnels. La formation à l'utilisation de ces outils est primordiale car mal utilisés, ils peuvent être à l'origine d'AES.

CONCLUSION

En 2011, nous avons démontré un accès limité aux dispositifs sécurisés et développé une démarche de sensibilisation. Elle visait à favoriser l'introduction du matériel sécurisé dans les soins et la formation du personnel à leur utilisation, avec en parallèle une incitation à la déclaration et au recensement des AES. Cette démarche est à poursuivre au vu de l'amélioration de l'implication des directions et du nombre plus important de déclaration de la part des professionnels.

P-070

GRIPPE 2011-2012 : SÉRIE NOIRE EN EHPAD

ARMAND N., ARMAND N., ROCHE M., MICHEL C., HAJJAR J.
Centre hospitalier de valence, VALENCE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Parmi les 921 foyers d'infections respiratoires aiguës basses (IRA) survenus durant la saison hivernale 2011-2012, en

collectivités de personnes âgées, un certain nombre a été attribué au virus de la grippe de type A (H3N2).

Cet abstract décrit les épisodes de grippe dans des EHPAD non adossés à un établissement de santé et leur gestion par une équipe mobile d'hygiène (EMH).

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'alerte donnée par le médecin coordonnateur déclenche le déplacement de l'EMH. Elle s'assure de la mise en place des mesures barrières, si besoin de la fourniture des TDR grippe et aide à l'investigation, la gestion de l'épisode infectieux, au signalement aux autorités de santé (ARS) et à la levée des précautions complémentaires gouttelettes.

RÉSULTATS

· 6 foyers d'IRA ont été signalés à l'EMH et aux ARS ; 5 ont été attribués à (H3N2).

· Couverture vaccinale sur ces structures:

- 89% pour les résidents

- 22,5% pour les professionnels (un établissement non répondeur)

· 159 cas probables ou confirmés par TDR parmi 480 résidents et 24 professionnels toutes structures confondues. Les taux d'attaque variaient entre 8% et 50%. Il y a eu 6 décès.

2 structures ont interdit les visites des familles (accès à l'EHPAD fermé). La levée des mesures a été progressive par la mise en place de salon d'accueil des familles des résidents convalescents ou sains. 3 EHPAD ont concomitamment connu une recrudescence de selles diarrhéiques restées par ailleurs d'étiologie inconnue. 3 établissements ont mis en place la chimioprophylaxie par oseltamivir.

L'EMH s'est déplacée de 1 à 3 fois sur les établissements.

CONCLUSION

La couverture vaccinale des professionnels des EHPAD est inférieure à la moyenne nationale. L'origine d'un épisode est attribuée à un professionnel.

Ces épisodes se caractérisent par :

· Un taux d'attaque moyen 33,1% supérieur à la moyenne nationale observée (26%)

· Une alerte tardive au moment du pic épidémique

· Le respect des recommandations en matière de gestion et de signalement à l'ARS mais le signalement est tardif

· Des difficultés pour limiter les entrées des familles

· Un nombre élevé de professionnels en arrêt maladie entraînant une désorganisation des équipes.

Les nouvelles recommandations nationales en terme de gestion des cas groupés et de mise en place de la prophylaxie associées à un programme d'action local (formations courtes et campagne de vaccination contre la grippe incisive) devraient permettre une approche plus sereine de la saison 2012-2013.

P-071

LES PAYS DE LA LOIRE : UNE ORGANISATION RÉGIONALE IMPACTANT SUR LES INDICATEURS

AVRIL C.

CHU NANTES, NANTES, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Depuis 1994, sous la pression de la DRASS, la lutte contre les infections nosocomiales dans la région est organisée en réseaux d'hygiène de proximité. Des équipes opérationnelles d'hygiène mutualisées interviennent ainsi sur un territoire autour d'un centre hospitalier « pôle ». Une association régionale (APLEIN) réunissant les hygiénistes a permis l'élaboration d'une politique de concertation et de coopération efficace. L'ARLIN des Pays de la Loire a donc été mise en place dans la prolongation de cette organisation régionale. Ce dispositif, dont la pertinence a été évaluée à plusieurs reprises, a permis un déploiement rapide de la gestion du risque infectieux vers les structures médico-sociale.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Des réunions régulières des praticiens responsables des 8 réseaux ligériens, avec l'ARLIN permettent d'élaborer un programme régional. Ce programme est décliné par les EOH des réseaux de proximités avec la participation de l'ARLIN chaque fois que nécessaire. Ces dernières années, l'efficacité de ces réseaux a permis d'intégrer les EHPAD dans le programme de gestion des risques infectieux en optimisant les moyens en place, sans détourner l'ARLIN qui conserve son rôle de coordinateur et de lien avec les autres structures régionales.

RÉSULTATS

85 % des établissements sanitaires appartiennent à un réseau d'hygiène, 100% ont une EOH. Cette organisation est accompagnée d'une incidence positive sur les indicateurs nationaux de la lutte contre les infections nosocomiales : SARM et BMR, consommation de SHA, prévalence d'infection nosocomiales et sur la consommation d'antibiotique.

Tous les EHPAD de notre région ont la possibilité de bénéficier d'une EOH mutualisée et 93% d'entre eux ont reçu une formation sur les précautions standard et la gestion d'épidémie depuis décembre 2010. Des outils d'aide à la gestion des épidémies, d'aide à la mise en place de précautions complémentaires ont été diffusés et largement accompagnés par les réseaux. L'impact est notable sur le signalement en provenance des Ehpads qui est exceptionnellement élevés dans notre région.

CONCLUSION

Le modèle d'organisation des Pays de la Loire démontre son efficacité à travers les différents indicateurs nationaux qui classe souvent notre région en pool position pour l'hygiène dans les établissements sanitaires. Plus récemment, l'élargissement du champ d'action vers les EHPAD a bénéficié de la réactivité de ces structures qui travaille en collaboration avec l'ARLIN, apportant ainsi leurs connaissances et leur expertise au secteur médico-social. Un développement vers le secteur ambulatoire pourrait être également favorisé par ce modèle.

P-072

CHANGEONS NOS PRATIQUES ! DÉMARCHE D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS EN SECTEUR D'HÉMODIALYSE

ALBARET P., MATHIEU G., BOUSSARD P., MARCHAND A., BERNADOU B., RAGGIOLI C., GUIBERGIA C., CHARTIER V.
CH du Pays d'Aix, AIX EN PROVENCE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'unité d'hygiène d'hospitalière (UHH) a accompagné le service d'hémodialyse dans la mise en place d'une stratégie globale de maîtrise du risque infectieux lors des gestes de branchement-débranchement en vue de l'épuration extrarénale du patient. En effet, la réalisation de ce soin nécessite une bonne maîtrise de la technicité avec une adaptation constante aux recommandations. Cependant la répétitivité de ce soin reste souvent un frein à la réévaluation quotidienne de ses pratiques. Une démarche réflexive a soulevé des questionnements : Comment modifier les habitudes de façon durable ? Quelle stratégie peut-on mettre en place pour atteindre les objectifs fixés ?

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Un audit organisationnel et un audit ciblé d'observation des pratiques de branchement-débranchement ont été réalisés par l'UHH. Suite à ces audits et dans le cadre d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP), un groupe de travail pluridisciplinaire a été constitué pour la mise en œuvre des mesures correctives et d'indicateurs de suivi.

RÉSULTATS

L'audit organisationnel a mis en évidence la nécessité de réactualiser les procédures de soins ainsi que le réaménagement des postes d'hygiène des mains. L'audit des pratiques a montré pour les soins sur fistule un port non systématique d'équipements de protection individuelle par les soignants (25%), une non-conformité de la préparation cutanée (88%)

et l'absence de lavage des mains et du bras de fistule par le patient.

Les mesures correctives ont consisté à la réactualisation des procédures, à l'élaboration d'une fiche d'éducation des patients au lavage de la fistule et à la création d'une grille d'auto-évaluation. Une formation a été entreprise avec re-sensibilisation aux précautions "standard". Trois indicateurs de suivi ont été mis en œuvre: surveillance des infections d'accès vasculaire en incidence, indicateur de consommation de solutions hydro-alcooliques trimestriel et indicateur composite de qualité du soin calculé à partir de l'auto-évaluation semestrielle des pratiques.

CONCLUSION

Les changements de pratiques durables nécessitent une approche globale et réfléchie d'autant plus dans un service où les habitudes sont fortement ancrées. La mise en place d'un groupe EPP a permis le renforcement des mesures correctives. Les indicateurs de suivi vont permettre un réajustement permanent des pratiques soignantes et une sensibilisation à la démarche qualité de prise en charge du patient. L'engagement de toute l'équipe médicale et paramédicale a permis d'insuffler une dynamique de changement au sein de l'équipe d'hémodialyse.

P-073

INFECTIONS SUR CATHETER VEINEUX CENTRAL DOUBLE LUMIÈRE POUR HÉMODIALYSE : ÉTUDE COMPARATIVE ENTRE CATHÉTER TUNNELISÉ ET CATHÉTER SIMPLE

YOUSFI M.A., YOUSFI M.A., BOUGUERRA C., BAFFOUN A., JENNAN F., BELLAJ R., HMIDA J.
Hôpital militaire de Tunis, TUNIS, TUNISIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les infections sur cathéters veineux centraux pour hémodialyse sont responsables de nombreuses hospitalisations et d'un taux élevé de mortalité.

Objectifs du travail Comparer l'incidence des infections sur cathéter veineux central doubles voies simple et cathéters tunnelisés double voies ; déterminer les micro-organismes en causes et d'établir une stratégie thérapeutique face à ces infections.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Étude rétrospective, réalisée dans le service d'hémodialyse, sur une période de 18 mois.

RÉSULTATS

75 cathéters veineux centraux pour dialyse, dont 37 tunnelisés et 38 simples, ont été posés chez 65 patients dialysés. 82,66% d'entre eux ont constitué un premier abord vasculaire pour hémodialyse. 19 Infections, dont 7 sur cathéter tunnelisé, ont été diagnostiquées. Il s'agit de bactériémie dans 11 cas et d'infection locale dans 8 cas. L'incidence globale d'infection est de 4,52 infections/1000 jours cathéters. Les incidences d'infection sur cathéter tunnelisé et non tunnelisé sont respectivement de 3,08 et 7,9 infections/1000 jours cathéters. Les germes en causes sont les cocci gram positifs dans 90,9% des cas et les bacilles gram négatifs dans 9,1% des cas. Seuls les patients infectés avec bactériémies ont été hospitalisés. La durée moyenne d'hospitalisation est de 21,35 jours. Evolution était favorable dont 100% des cas pour les infections locales alors que pour les infections avec des bactériémies l'évolution était favorable dont 80% des cas.

CONCLUSION

Le respect des règles d'hygiènes universelles et la prise en charge précoce de l'insuffisance rénale chronique terminale diminuent le recours au cathétérisme veineux central, principale source de morbi-mortalité du patient dialysé.

P-074

CONTRÔLE DES INFECTIONS EN HÉMODIALYSE : UN TRAVAIL COLLABORATIF

GARDES S., DE SANTIS N., DULAC N., CARTERON S., PHILIBERT M., TROLLIET P., POUTEIL NOBLEC., VANEL M., GIRARD R.

HCL Groupement hospitalier Sud, PIERRE BENITE CEDEX, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les infections en hémodialyse chronique sont une des causes de morbidité chez les patients pris en charge. Les infections les plus caractéristiques sont les infections survenant sur les accès vasculaires, fistules ou cathéters. Depuis 2003, une équipe d'hémodialyse et l'unité d'hygiène et épidémiologie animent ensemble une politique permanente de prévention, associant surveillance, audits, formation et suivi des consommations de produits de friction.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'unité d'hémodialyse est une unité de 9 postes. La surveillance est conduite dans le réseau DIALIN (http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/Reseaux/DIALIN/sommaire_Dialin.html) qui regroupe des centres d'hémodialyse avec une méthode commune de

surveillance des infections avec production de ratios standardisés d'infection. Les audits ont été réalisés par observation directe des soins spécifiques (branchement ou débranchement sur fistule ou sur cathéter, entretien des générateurs et de l'environnement). Une méthode comparable a été utilisée en 2004, 2009 et 2010. Le calcul de consommation de produit de friction était : volume consommé par l'unité dans l'année, rapporté au nombre de séances d'hémodialyse.

RÉSULTATS

Les infections d'accès vasculaires sur cathéter étaient significativement plus fréquentes que dans les autres centres du réseau en 2006 et 2007, et pour les bactériémies en 2007. En 2008, le centre avait observé significativement moins de bactériémies que les autres centres et les infections de cathéters étaient comparables. Les points choisis comme indicateurs dans les audits successifs ont été améliorés, mais inégalement. Les points en amélioration très significative étaient l'hygiène des mains des soignants, le port d'une tenue de protection, le montage du circuit en fin de bio-nettoyage, et la désinfection des mains du patient en fin de séance. Par contre, certaines évolutions étaient encore insuffisantes, comme le port des bijoux et le respect par le patient de la désinfection des avant bras et des mains en début de séance. Les premières données de consommation disponibles correspondent à l'année 2006, avec seulement 5,6 ml de produit de friction utilisés par séance de dialyse. La consommation a ensuite monté, pour dépasser 12 ml en 2010.

CONCLUSION

Ce programme multimodal a montré son efficacité, mais il doit, comme tout programme de prévention continue, être dynamisé en permanence et les projets nouveaux, associés à un allègement des méthodes d'audit, peuvent lui permettre une meilleure pérennité. Parmi les projets, la mise en oeuvre d'un projet qualité basé sur une collaboration soignants et patients est envisagée.

P-075

PRATIQUES D'HYGIÈNE EN HÉMODIALYSE : RÉSULTATS D'UN AUDIT RÉALISÉ EN 2012 AU CHU

BRAHIMI G., BELKAID R., FACI R., SOUKEHAL A.
CHU Béni-Messous, ALGER, ALGÉRIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La maîtrise du risque infectieux en dialyse s'inscrit dans la démarche d'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient. Les objectifs de cet audit sont :

- Évaluer les pratiques d'hygiène au cours d'une séance d'hémodialyse sur Fistule Artério- Veineuse (FAV) ou cathéter veineux central (CVC)
- Evaluer le niveau d'observance de l'hygiène des mains (HM)

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'un audit réalisé du 8 au 10 octobre 2012, sur les pratiques d'hygiène au cours d'une séance d'hémodialyse. L'observation a eu lieu en trois temps, correspondant à trois outils de recueil ; une fiche soignant portant sur les phases de branchement/débranchement des patients ; une fiche opportunité d'hygiène des mains et de port de gants pour le soignant (IDE/AS) correspondant à la période hors "branchement/débranchement" et aux interventions de poste à poste ou d'urgence ; et une fiche de désinfection - nettoyage du générateur en fin de séance de dialyse. L'analyse des données a été réalisée sur le logiciel Epi-info6.

RÉSULTATS

Les données recueillies concernent 11 fiches soignants, 46 séances de branchements/ débranchements de patients dont 40 avec FAV et 6 avec CVC, et 74 opportunités d'HM. Le ratio personnel présent/patients est de 0,24 pour une seule session. Les précautions standard pour le branchement sont : le port de protection oculaire dans 13.04%, les masques chirurgicaux dans 15.21%, les fréquences sont plus faibles pour le débranchement. L'antisepsie est respectée dans 93.5 % des cas, les phases de détercion-rinçage ne sont appliquées que dans 16.7 % des cas pour les CVC et 17.5 % pour les FAV. Le respect du dernier temps de séchage est observé dans 4.3% des cas. L'HM est réalisée avant le branchement dans 76.1% des cas mais non conforme et avant la phase débranchement dans 93.5% des cas elle est adaptée dans 15.2 % (17/46). L'observance chute à 32.4 % concernant l'HM réalisée avant d'autres opportunités observées et 31 % après les dites opportunités. Dans 22 branchements sur 46 (47.8 %), il a été noté une faute d'asepsie lors du branchement du patient : manipulation des lignes de dialyse dans 68.1% et du tableau du générateur dans 31.8%. L'élimination des OPCT n'est pas conforme en raison d'absence du conteneur à proximité du poste. Le nettoyage désinfection du poste est réalisé "sans patient" dans 58.7 % des cas (27/46).

CONCLUSION

Le personnel insuffisant induit une surcharge de travail qui favorise le manque de respect des précautions d'hygiène. Il est nécessaire de réorganiser les séances, et de former le personnel soignant au respect des protocoles établis.

P-076

AUDIT DE PRATIQUES EN BLOC D'ORTHOPÉDIE DANS UN CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

OLTRA L., REGARD A., HULIN M., NICOLLE M.C., BENET T., GIRERD I., GUILLI T.

Groupepnet Hospitalier Edouard Herriot, LYON, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Fin 2012, un épisode de cas groupés d'infections du site opératoire (ISO) à *S. aureus* résistant à la méticilline chez des patients opérés dans deux blocs d'orthopédie (activité d'urgence et programmée), a justifié la réalisation d'un audit concernant les pratiques professionnelles couplé à une observation des pratiques en salle d'opération, une étude cas-témoin et des prélèvements environnementaux. L'objectif étant de décrire et d'analyser la désinfection chirurgicale des mains par frictions (DCF) et l'observance de la tenue de bloc à l'entrée des salles d'interventions.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Entre le 17 et le 20/12/2012 ont été observés les personnels médicaux et paramédicaux en poste durant 2 matinées opératoires, une à plusieurs fois dans les blocs concernés. Deux grilles d'audit ont été élaborées à partir des référentiels locaux et du GREPHH.

RÉSULTATS

Il a été observé 30 DCF (21 en activité programmée, 9 en activité d'urgence) et 276 habillages de personnels en tenue de bloc (60 en activité programmée, 216 en activité d'urgence). En activité programmée 8/21 DCF sont conformes pour 2/9 en activité d'urgence (cf. Tableau 1).

CONCLUSION

Dans les 2 blocs, les premières étapes de la DCF sont bien respectées, mais lors des deux temps de friction l'application du produit est incorrectement réalisée sur les zones attendues. Au bloc d'urgence, la coiffe est portée correctement dans moins de 50% des cas, on note une absence de port masque dans 19% des cas et il n'est pas mis correctement dans 30% des cas.

Cet audit couplé aux autres démarches n'a pas permis d'identifier la cause des ISO. Néanmoins, ces infections ont cessées et des axes d'améliorations concernant les pratiques professionnelles ont pu être dégagés.

P-077

ANALYSE DE RISQUE SUR LE CONTRÔLE BACTÉRIOLOGIQUE DANS LE CADRE DE LA QUALIFICATION DES PERFORMANCES DE L'HÉMODIAFILTRATION (HDF)

FOUCAULT L., LAGARCE F., CLERC M.A.

CHU Angers, ANGERS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La mise en route de l'HDF nécessite une qualification initiale bactériologique qui représente un problème dans de nombreux centres en raison de seuils maximaux admissibles bas. Pour éviter les faux positifs et ainsi rendre les résultats les plus justes au service de néphrologie, nous avons mis en place une analyse des risques sur les étapes de prélèvement et de filtration du liquide de substitution et du dialysat.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous avons appliqué la méthode d'Ishikawa. Des infirmières de néphrologie ont été désignées comme référentes et ont suivi une formation dispensée par l'E.O.H et le laboratoire FRESENIUS® afin d'effectuer les prélèvements dans les conditions les plus aseptiques possibles. L'habillage des techniciens de laboratoire a été validé par la pose de géloses contacts sur différentes zones. La filtration était anciennement réalisée au sein du laboratoire de bactériologie autour d'une flamme. Elle est désormais réalisée dans une zone à atmosphère contrôlée de classe A sous une hotte à flux laminaire vertical (JOUAN®).

Le matériel a été changé. Les poches possèdent trois embouts différents (prélèvement au dialyseur, évacuation de la poche, prélèvement pour le contrôle des endotoxines). Des cônes de filtration (0.45µm) à usage unique et à emballage individuel (MILLIPORE®) ont été sélectionnés. Les prélèvements ont été traités à l'aide de matériel stérilisé (pince péant, tuyau de filtration...). Avant son entrée en salle, la surface extérieure du conditionnement du matériel a été décontaminée au contact de l'Aniospray pendant 15 minutes dans un sas. Afin d'améliorer la méthode, nous avons contacté plusieurs centres d'hémodialyse. Des points importants ont été mis en application: réaliser un flush et suspendre les poches lors de la filtration.

RÉSULTATS

Pour valider notre nouveau protocole, nous avons réalisé un test de type TRA (Test de Remplissage Aseptique). Chaque technicien a filtré 5 poches de glucose 1L. Les filtres ont été déposés sur des milieux R2A et mis à l'étuve 22°C pendant 14 jours. Aucune colonie n'a poussé. Ce protocole minimise les prélèvements positifs sans toutefois les annuler. Il a ensuite été appliqué aux prélèvements: aucune pousse n'a été observée.

CONCLUSION

Une analyse des risques était indispensable pour limiter les modes de défaillance au cours du contrôle bactériologique. La contamination initiale nous semblait peu probable et ce problème n'est pas spécifique à notre établissement. Elle est à l'origine de l'arrêt de l'hémodiafiltration ce qui représente un coût pour l'établissement et une méthode thérapeutique efficace dont le patient ne peut bénéficier.

P-078

EVALUATION DES PRATIQUES DE BRANCHEMENT-DÉBRANCHEMENT SUR FISTULE ARTÉRIO-VEINEUSE (FAV) ET CATHÉTER VEINEUX CENTRAL (CVC) EN HÉMODIALYSE

*KOBEDZAM., SUEURA.S., HIBONG., MACNAMARAE., DUCROND C., BECLIN E.,
CH Béthune, BETHUNE, FRANCE*

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La prévention du risque infectieux en hémodialyse est un axe prioritaire du programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2009-2013 et a été inscrit au tableau de bord national (ICA-Dialyse). Suite à un travail d'actualisation des procédures de branchement-débranchement sur FAV et CVC, l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène a réalisé une évaluation de ces pratiques.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Quatre grilles ont été élaborées avec comme items : l'hygiène du patient, le respect des précautions standard et de l'asepsie, la gestion de l'environnement. Quarante observations ont été réalisées (10/grille) puis saisies et analysées sur Excel™.

RÉSULTATS

Le lavage du bras de fistule et des mains n'est pas proposé aux patients valides en début de séance, la détersion du bras étant assurée par les aide-soignantes (n=10). En fin de séance, le port de gants par le patient pour la compression de fistule est respecté mais aucune hygiène des mains (HDM) n'est observée (n=10). Le port de masque pour les patients porteurs de CVC est systématique (n=20).

Les infirmières protègent leur tenue et portent des gants pour tous les branchements-débranchements (n=40). Le port de masque est conforme dans 83% des observations (n=40). Les lunettes de protection sont sous-utilisées (n=8 observations/40).

Concernant l'HDM, l'absence de bijou est respectée dans 81% des observations. Le port de gants stériles vs non stériles ne

s'accompagne pas d'une meilleure observance de l'hygiène des mains avant leur enfilage (56% vs 73%) ou à leur retrait (66% vs 93%). L'absence de retrait des gants avant de toucher l'environnement (générateur, stylos...) est fréquemment observée. Les étapes de préparation cutanée sont respectées pour l'ensemble des branchements (n=20), avec un non respect du temps de séchage de l'antiseptique pour 3 observations. Les non conformités relevées concernent l'absence de préparation extemporanée de l'antiseptique et la qualité de la détersion. Le site de prélèvement n'est pas désinfecté dans 93% des observations lors de son utilisation.

L'évacuation au plus près de leur élimination des déchets et des étapes intermédiaires de bionettoyage de l'environnement et de certains matériels partagés sont à travailler.

CONCLUSION

La restitution des résultats de cet audit a été réalisée afin de sensibiliser le personnel et les patients à la prévention du risque infectieux. Une nouvelle évaluation est programmée en mars 2013 pour mesurer les progrès accomplis.

P-079

RISQUE INFECTIEUX AU BLOC OPÉRATOIRE PÉDIATRIQUE URO VISCÉRAL : TAUX D'ISO ET PISTES D'AMÉLIORATION

BRUCHON C.⁽¹⁾, VALDEYRON M.L.⁽¹⁾, GORDUZA D.⁽¹⁾, LARDON L.⁽¹⁾, GRANDO J.⁽¹⁾, MOURIQUAND P.⁽¹⁾, VANHEMS P.⁽²⁾

⁽¹⁾ Groupement Hospitalier Est des HCL, BRON, FRANCE ; ⁽²⁾ Hospices Civils de Lyon, LYON, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'objectif de ce travail a été de connaître l'épidémiologie des Infections du Site Opératoire (ISO) en chirurgie uro-viscérale pédiatrique, quatre ans après un déménagement dans des locaux neufs. Il existe peu d'étude en chirurgie pédiatrique, aussi il restait intéressant de comparer avec les résultats d'une surveillance faite en 2005. L'objectif était aussi de déterminer les facteurs de risque, les axes d'amélioration afin de diminuer le risque infectieux.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le protocole 2012 de surveillance des ISO du C CLIN Sud-Est a été utilisé. Cette étude a inclus les enfants opérés en chirurgie uro-viscérale et hospitalisés en service conventionnel, en réanimation et en néonatalogie du 1^{er} janvier 2012 au 31 mars 2012. Une partie des données a été recueillie par extraction à partir du dossier patient informatisé et les autres données, manuellement. Les logiciels utilisés ont été Business Object et EpiInfo.

RÉSULTATS

Cinq cent trente neuf enfants ont été suivis avec un âge moyen de 4.43 ans. L'activité ambulatoire représentait 27.8% (n=150) et les urgences 32.3% (n=174), la coeliocirurgie 23.6% et le recours à des procédures multiples 19,8%. Le suivi post opératoire était de 77% avec une durée moyenne de 51 jours après l'intervention. Sur les 539 enfants opérés, 13 ISO ont été détectées soit un taux de 2.41%, augmentation non significative par rapport à 2005 (7 infections pour 388 soit un taux de 1.8%). En chirurgie digestive, le taux était de 3.11% (10/322) et en urologie, 1.42% (3/211). Il n'y a eu aucune ISO en chirurgie ambulatoire. Les facteurs de risque mis en évidence étaient l'âge et l'urgence. Les enfants opérés de moins de 1 an ont 2.85 fois plus de risque de développer une ISO par rapport aux enfants âgés de plus de 1 an [1,01-8,02]). Huit ISO sur 13 relèvent d'interventions en urgence, un enfant opéré en urgence a 3.47 fois plus de risque de développer une ISO [1,11-10,77]). Chez les 13 patients infectés, dans 1 cas seulement, la traçabilité de la préparation pré opératoire a été retrouvée. Parmi les 13 enfants infectés, 5 venaient de réanimation et 3 de néonatalogie, services où les modalités de préparation n'étaient pas bien définies et connues de tous. La préparation des patients dans les différents cas d'urgence gagnerait aussi à être mieux formalisée.

CONCLUSION

Notre étude n'a pas montré qu'un déménagement d'un service dans des locaux neufs améliore le taux d'ISO. Des facteurs de risque ont pu être mis en évidence et des axes d'amélioration dégagés pour engager un travail dans les services d'hospitalisation (réanimation, néonatalogie, urgences).

P-080

ENQUÊTE SUR LES CONNAISSANCES- ATTITUDES ET PRATIQUES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ SUR LA DÉSINFECTION CHIRURGICALE DES MAINS PAR FRICTION AU BLOC OPÉRATOIRE EN 2013

AOUAMEURR.⁽¹⁾, **BRAHIMIG.**⁽²⁾, **ANIKK.**⁽¹⁾, **MEHMELG.**⁽¹⁾, **TERCHI S.**⁽¹⁾, **AMHIS W.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ EPH BOLOGHINE, ALGER, ALGÉRIE ; ⁽²⁾ Chu béni messous, ALGER, ALGÉRIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le bloc opératoire est une zone protégée où tous les moyens sont déployés pour prévenir la survenue des infections associées aux soins et plus précisément les infections du site

opératoire. L'hygiène des mains (HM) est le premier maillon essentiel de lutte contre ces infections et la transmission d'agents pathogènes.

Les recommandations émises par de nombreuses sociétés savantes privilégient fortement la désinfection chirurgicale des mains par friction au lavage chirurgical des mains. Pourtant les écarts entre les pratiques sur le terrain et les référentiels sont réels

1/ Evaluer les connaissances attitudes et pratiques (C.A.P) des professionnels de santé sur la désinfection chirurgicale des mains par friction au bloc opératoire.

2/ Sensibiliser les professionnels de santé à l'application des bonnes pratiques et proposer un plan d'amélioration des connaissances, et ce à partir de leurs propres résultats.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'un audit de C.A.P à l'aide d'un questionnaire anonyme auto-administré réalisée du 06/01/2013 au 10/01/2013 auprès des professionnels de santé concernés par le bloc opératoire (les services d'anesthésie réanimation, de chirurgie générale, et de gynécologie obstétrique). Les questionnaires recueillis dûment renseignés ont été validés et saisis. L'analyse des données a été réalisée sur les logiciels Epi-info6 V04 et Epi data.

RÉSULTATS

106 professionnels de santé ont adhéré à l'enquête (74% médecins et 26% personnel paramédical).

L'observance de la désinfection chirurgicale des mains par friction reste faible, car moins de 10% déclarent la réaliser.

La durée minimale nécessaire pour la désinfection chirurgicale des mains par friction et pour le lavage chirurgical n'est pas connu par l'ensemble des professionnels.

Les déclarations sur le taux d'observance ne change pas en fonction de la catégorie professionnelle ni en fonction de la spécialité.

Les principales raisons de la non observance évoquées sont essentiellement le manque de sensibilisation et le manque de formation.

CONCLUSION

Ces résultats montrent qu'il est urgent d'organiser un programme d'éducation de formation et d'actualisation sur l'HM au bloc opératoire pour tous les professionnels de santé.

Un important accent sur la formation initiale (lors du cursus) semble devoir être introduit pour pouvoir améliorer les pratiques.

P-081

APPORT D'UNE NOUVELLE TECHNIQUE DE ROBINETTERIE DANS LA PRÉVENTION DU RISQUE HYDRIQUE ASSOCIÉ À PSEUDOMONAS AERUGINOSA

DICKL., RECHERM., CHEFSON-GIRAULT C., HAMELD., BONMARCHAND G., BARTOLUCCI P., RICHARD J.C., MERLE V., NOUVELLON M.

CHU Charles Nicolle, ROUEN, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

E. coli est une bactérie saprophyte opportuniste responsable de 14% des infections nosocomiales observées en réanimation adulte, devant *E. coli* et *E. coli*. Le rôle de la voie exogène par transmission croisée dans la contamination des patients, notamment à partir des réservoirs environnementaux, a été démontré.

L'objectif de ce travail est d'évaluer l'efficacité des robinets à purge automatique dans la prévention du risque hydrique lié à *E. coli* dans un service de réanimation médicale adultes.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude prospective sur environ 20 mois consistant à rechercher *E. coli* dans les prélèvements d'eau effectués sur l'ensemble des points d'eau avant, pendant et après installation des robinets à purge automatique.

La technique utilisée est une filtration sur membrane suivie d'une mise en culture sur une gélose au cétrimide, milieu sélectif pour la culture du *E. coli*.

Les robinets à purge automatique installés sont des mitigeurs à bec fixe et décliptables, possédant une fréquence de rinçage réglée à 6 heures et une durée de rinçage fixée à 20 secondes.

RÉSULTATS

Avant la mise en place des robinets à purge automatique, quasiment la moitié des points d'eau (20/41, soit 49%) du service de réanimation médicale adultes étaient contaminés à *E. coli*, dont 3 robinets peu utilisés qui seront supprimés au cours de l'étude. Actuellement, près de deux tiers des points d'eau de ce service (24/38, soit 63%) sont équipés de robinets à purge automatique et un seul point (1/38, soit 3%) reste contaminé malgré l'installation d'un robinet à purge automatique.

Cette étude a montré une diminution significative ($p = 4.10^{-6}$) du nombre de points d'eau contaminés à *E. coli* dans le service de réanimation médicale adultes depuis la mise en place des robinets à purge automatique.

CONCLUSION

L'efficacité des robinets à purge automatique dans la prévention du risque hydrique associé à *E. coli* a été démontrée au cours de cette étude.

Toutefois, un entretien efficace et régulier des points d'eau est indispensable.

P-082

LA SURVEILLANCE DES INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS À TRAVERS LA RÉALISATION D'ENQUÊTES DE PRÉVALENCE À PASSAGES RÉPÉTÉS

KAMMOUN H.⁽¹⁾, ATIF M.L.⁽²⁾, DHAOUADI M.⁽¹⁾, HAMZA R.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Direction de la santé de Bizerte, BIZERTE, TUNISIE ;

⁽²⁾ CHU de Blida, BLIDA, ALGÉRIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Une des méthodes de surveillance des infections associées aux soins de réalisation aisée est la surveillance par enquêtes de prévalence répétitives, permettant de sensibiliser un grand nombre de professionnels, d'identifier les points prioritaires de la politique de prévention à mettre en place et d'évaluer l'impact global dans le temps d'une politique de prévention. La difficulté de ces enquêtes, est la grande variabilité de la population des patients d'une période à l'autre concernant les caractéristiques de personnes et l'exposition aux manœuvres invasives, pouvant influencer sur les taux d'infections.

Nous nous sommes proposé dans le cadre de ce travail d'utiliser une méthode d'ajustement des taux de prévalence enregistrés sur des caractéristiques de personnes et sur l'exposition aux manœuvres invasives afin que ces taux soient comparables dans le temps : la standardisation.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Cette méthode d'ajustement a été réalisée pour comparer dans le temps les résultats des enquêtes de prévalence menées dans la région de Bizerte (Nord Tunisien) durant sept années (2005-2011) au niveau de deux hôpitaux régionaux comptant 691 lits répartis sur 17 services hospitaliers.

RÉSULTATS

L'analyse descriptive des données recueillies durant les sept années a montré une réduction significative du taux de prévalence sur la période de surveillance ($p = 0,03$). La prévalence a diminué entre 2005 et 2007. Elle est passée de 7,4% en 2005 à 6,4% en 2007 pour augmenter en 2008 pour atteindre 11,5% (probablement en rapport avec le changement

de la période de surveillance). Le taux a diminué par la suite à partir de 2009 (5,4%) pour atteindre 4,8% en 2011.

L'analyse approfondie des résultats en effectuant une standardisation des variables sur les facteurs de risque des patients a montré une différence significative des taux de prévalence standardisée dans le temps ($p=0,006$).

CONCLUSION

Ces résultats pourraient témoigner de l'efficacité des actions de prévention mises en place depuis l'année 2005. La diminution de la prévalence des infections associées aux soins dans notre région devrait motiver les équipes à poursuivre leurs efforts en matière d'hygiène et d'amélioration de la qualité des soins.

P-083

DÉPISTAGE DU PAPILLOMAVIRUS

BELHAJ A.⁽¹⁾, **MRABET A.**⁽²⁾, **TOUNSI C.**⁽²⁾, **HADDAD L.**⁽¹⁾, **ALANI R.**⁽²⁾, **HADAOUJ A.**⁽¹⁾, **BEN JOMAA S.**⁽¹⁾, **BEN MOUSSA M.**⁽¹⁾, **DHAOUJ A.**⁽¹⁾, **CHIBANI M.**⁽¹⁾, **DOSS N.**⁽¹⁾
⁽¹⁾ *Hopital Militaire de Tunis, TUNIS, TUNISIE* ; ⁽²⁾ *Direction générale de la santé militaire, TUNIS, TUNISIE*

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Des arguments épidémiologiques et biologiques placent l'infection à papillomavirus (HPV) comme un facteur déterminant dans l'étiologie des cancers du col de l'utérus. L'Organisation mondiale de la santé indique que, chez les femmes ayant une cytologie normale du col de l'utérus, la prévalence du HPV est de 14,3% dans les régions les moins développées du monde et 10,3% dans les régions les plus développées. Ainsi, une détection précoce du génome viral par biologie moléculaire chez des femmes présentant un frottis normal en cytologie pourrait s'inscrire dans une politique de dépistage et améliorer la prévention. Le vaccin peut diminuer la prévalence notamment du cancer du col, mais la connaissance de la prévalence réelle de l'HPV et les génotypes en Tunisie est nécessaire afin d'introduire une stratégie de prévention vaccinale dans notre pays. Notre objectif était d'évaluer la prévalence de l'HPV et la distribution des génotypes chez les femmes recueillies par des frottis cervico-vaginaux de routine.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Étude prospective menée sur une période de six mois (janvier - juin 2012). 665 femmes ont été dépistées. Pour chaque femme, un examen du col utérin, frottis de routine et détection par PCR de l'ADN des virus HPV à haut risque oncogénique à partir de la cytobrosse ayant servi à l'étalement des cellules cervico-vaginales.

RÉSULTATS

L'âge moyen des femmes était de $41,56 \pm 9,12$ années (20-71 ans). 29% des femmes avaient un niveau d'enseignement primaire, 39% secondaire et 22% universitaire. L'âge moyen du mariage (qui correspondrait aux premiers rapports sexuels) était de $24,85 \pm 5$ ans (16-50 ans). L'âge moyen de la première grossesse était de $24,86 \pm 5,74$ ans (16-48 ans). 6% avaient déclaré des antécédents de lésions génitales chez les partenaires. 37% portaient ou bien avaient eu recours au stérilet et 48% utilisaient ou bien avaient eu recours à la pilule. 58% n'avaient jamais eu de frottis cervico-vaginal de dépistage et seulement 27% avaient eu l'occasion de réaliser un frottis cervico-vaginal. Dans leurs antécédents personnels, 65% des femmes ont déclaré avoir eu un écoulement vaginal, 25% une ulcération génitale et 4,5% des condylomes. Lors de l'examen du col utérin, 51% des femmes présentaient un col sain sans aucune anomalie clinique macroscopique. 41% des femmes avaient un col inflammatoire chez, 18% des leucorrhées, 7% des polypes et 3% des condylomes. La prévalence de l'HPV était de 2%.

CONCLUSION

Nos résultats ont montré une prévalence plus faible de l'HPV, probablement en raison de l'apparition ultérieure de la pratique sexuelle et moins de partenaires sexuels.

P-084

RÔLE DU CATHÉTER CENTRAL DANS LES BACTÉRIÉMIÉS DU PRÉMATURÉ: APPROCHE MOLÉCULAIRE

LEPAINTEUR M.⁽¹⁾, **DESROCHES M.**⁽¹⁾, **BOURREL A.S.**⁽¹⁾, **ABERRANE S.**⁽²⁾, **FIHMAN V.**⁽³⁾, **DOUCET-POPULAIRE F.**⁽¹⁾, **DECOUSSER J.W.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ *CHU Antoine Béclère, CLAMART, FRANCE* ; ⁽²⁾ *Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil, CRETEIL, FRANCE* ; ⁽³⁾ *CHU LOUIS MOURIER, COLOMBES, FRANCE*

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les bactériémies à staphylocoques à coagulase négative (SCN) constituent la principale infection nosocomiale chez les prématurés en réanimation néonatale. La porte d'entrée est de principe le cathéter veineux central (CVC). Cependant les confirmations bactériologiques sont rares (nombre d'hémocultures limité, CVC retiré tardivement après le début de l'antibiothérapie...) mais indispensables pour identifier les mesures préventives adaptées. L'objectif de cette étude est d'évaluer quantitativement la présence d'ADN de *Staphylococcus epidermidis* et *S. capitis* sur les CVC retirés de prématurés présentant une bactériémie liée au CVC (BLC) diagnostiquée par un néonatalogiste selon les critères clinico-biologiques habituels (> 1 hémoculture positive, traitement > 5j de vancomycine...).

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une PCR quantitative ciblant le gène *dnaI* de *S. capitis* et de *S. epidermidis* a été développée et testée sur des CVC témoins positifs (n=24) ou négatifs (n=63) obtenus par culture conventionnelle pour ces 2 espèces. Cette PCR a ensuite été testée sur 34 CVC retirés de grands prématurés (<32 semaines d'aménorrhées) ayant développé une BLC à *S. epidermidis* ou *S. capitis* et dont la culture conventionnelle des CVC était négative.

RÉSULTATS

Les résultats de la PCR sont concordants avec la culture conventionnelle : même espèce (24/24), quantification supérieure ou égale (21/24). Parmi les 63 CVC témoins négatifs, 47 ont été retrouvés négatifs en PCR ; parmi les 16 CVC positifs faibles (< 5. 10² UFC/ml), 10 avaient une colonisation des muqueuses connues à SCN. Parmi les 34 CVC négatifs en culture et retirés dans le cadre de BLC, seuls 8 (23.5%) étaient positifs en PCR, tous à l'espèce retrouvée dans l'hémoculture (5 *S. epidermidis* et 3 *S. capitis*). Ce pourcentage n'était pas statistiquement différent selon l'espèce, le délai entre la date d'insertion et le début du sepsis clinique ou le délai entre la date de prélèvement de la première hémoculture positive et le retrait du CVC.

CONCLUSION

Le CVC n'a été confirmé comme porte d'entrée que dans 23,5% des bactériémies pourtant considérées comme liées au cathéter. Ceci est cohérent avec la littérature qui souligne que l'origine des BLC est considérée comme non établie formellement dans 70% des cas. D'autres portes d'entrée comme la translocation digestive ont été évoquées. Cette étude confirme donc avec une nouvelle approche moléculaire la nécessité d'étudier la physiopathologie des bactériémies à SCN chez le grand prématuré afin de ne pas retirer par excès des CVC et de développer d'autres stratégies préventives que celles focalisées sur le CVC.

P-085

EVALUATION DE LA PRISE EN COMPTE DU RISQUE LIÉ AUX AGENTS TRANSMISSIBLES NON CONVENTIONNELS ET MESURE DE LA QUALITÉ DE LA TRAÇABILITÉ LORS DE LA RÉALISATION DES OPÉRATIONS DE DÉSINFECTION DES ENDOSCOPES SOUPLES

THIRIET L., GIZZI A., JEUNESSE K., IBARISSENE B.
Centre Hospitalier, SEDAN, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Deux mois après la mise en œuvre des recommandations de l'instruction n°2011/449 relative aux agents transmissibles non conventionnels (ATNC), nous avons réalisé une évaluation

des pratiques professionnelles (EPP) dans le but de mesurer le niveau d'application du protocole diffusé pour le traitement des endoscopes, d'étudier la qualité de la traçabilité des opérations de désinfection, et d'estimer le niveau de connaissance des professionnels concernés.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'EPP a été conduite en mode projet par un groupe pluri-professionnel. Elle a combiné revue de dossiers et audit par interview. Les questionnaires ont été élaborés à partir du protocole de l'établissement. Les auditeurs étaient les membres de l'unité d'hygiène. L'analyse a été réalisée avec Epi-info 6.04.

RÉSULTATS

L'EPP a été effectuée entre le 20/3/12 et le 5/4/12. Trente dossiers de patients, équitablement répartis entre les 3 sites d'endoscopie, ont été tirés au sort. Tous les professionnels concernés (16 agents) ont été interviewés.

Le formulaire d'estimation du risque ATNC a été retrouvé dans 22,5% des dossiers. Lorsqu'il était présent, il était correctement renseigné dans 89% des cas.

L'identification du patient sur les supports de traçabilité de la désinfection était complète dans 66,7% des cas. Deux dossiers n'ont pas été retrouvés dans l'informatique de pilotage de la station semi-automatique de désinfection.

L'identification de l'endoscope était tracée dans 90% des cas. La notification des étapes de traitement de l'endoscope était exhaustive dans 93,3% des audits.

Les caractéristiques du détergent (nom, lot, péremption) étaient notées dans 30% des cas, celles du désinfectant dans 60% des observations.

Les interviews ont révélé que le protocole de désinfection des endoscopes était connu par 100% des professionnels, que le formulaire d'estimation du risque ATNC était connu par 62,5% des agents, et exploité par 6,3% d'entre eux. Le décompte du nombre d'endoscopes pouvant être immergés par bain de désinfectant était réalisé dans 25% des cas.

CONCLUSION

Cette EPP a mis en évidence de sérieuses non-conformités que ce soit dans le cadre de la traçabilité de la désinfection des endoscopes, ou de leur prise en charge face au risque ATNC.

Quatre axes d'amélioration ont été proposés par le groupe projet :

- 1- révision du circuit du formulaire d'estimation du risque ATNC,
- 2- renforcement de la formation des professionnels,
- 3- affichage au plus près du site de désinfection des consignes fondamentales,
- 4- sécurisation de l'archivage dans la station informatisée.

Les progrès accomplis seront mesurés lors d'une EPP programmée pour fin 2012.

P-086

LAITON AB+ : ETUDE DE SON EFFET ANTIMICROBIEN POUR UNE MAÎTRISE DES BIOCONTAMINATIONS DES ÉQUIPEMENTS HOSPITALIERS

LACQUEMANT C.⁽¹⁾, RUELLE A.⁽¹⁾, DAMIANI C.⁽²⁾, TOTETA A.⁽²⁾, SEFARD C.⁽²⁾, LEKE A.⁽³⁾, BACH V.⁽⁴⁾, KHORSI CAUET H.⁽⁴⁾

⁽¹⁾ FAVI S.A. *Le Laiton Injecté*, HALLENCOURT, FRANCE ; ⁽²⁾ CHU Amiens Hôpital Sud, AMIENS, FRANCE ; ⁽³⁾ CHU Amiens Nord, AMIENS, FRANCE ; ⁽⁴⁾ Laboratoire PériTox, AMIENS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La prévalence des infections liées aux soins constitue un réel enjeu de santé publique. En France, 750 000 patients par an contractent une infection en milieu hospitalier. L'utilisation en milieu hospitalier de surfaces antimicrobiennes en cuivre pourrait contribuer à maîtriser le risque de survenue des infections nosocomiales. En effet, l'agence américaine de protection de l'environnement a officiellement reconnu depuis 2006 le cuivre et ses alliages comme agents antimicrobiens. L'objet de l'étude est d'évaluer un nouvel alliage, AB+, sans plomb, sans nickel et de couleur « Champagne », dans des services hospitaliers à risque élevé de survenue d'infections nosocomiales.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Afin de valider les aptitudes antimicrobiennes de l'alliage AB+, une étude in situ a été réalisée sur plusieurs mois dans deux services de Pédiatrie d'un Centre Hospitalier Universitaire : le service de Néonatalogie Réanimation Pédiatrique Polyvalente et le service de Pédiatrie Médicale Médecine de l'Adolescent. Dans ces secteurs sensibles, le potentiel antimicrobien de 14 poignées en laiton AB+ a été comparé à celui de 14 poignées témoins en inox. Durant 5 mois, les 28 poignées ont été écouvillonnées de façon périodique selon la norme NF ISO 18593 : 2004. Les écouvillons ont étéensemencés pour le dénombrement et l'identification des bactéries (aérobies totales, staphylocoques, entérocoques et streptocoques) et champignons. En virologie, ont été utilisées la culture cellulaire et la technique de RT-PCR.

RÉSULTATS

Le nombre de bactéries est significativement diminué sur les poignées tests en laiton par rapport aux poignées en inox (flore aérobie totale : $p=0,030$, staphylocoques $p=0,036$, streptocoques et entérocoques : $p=0,0030$). Aucun entérovirus n'a été mis en évidence aussi bien sur les poignées en laiton AB+ que celles en inox. Sur les 280 prélèvements réalisés, 29 espèces de champignons ont été identifiées. Sur les poignées témoins en inox, 19 espèces ont été retrouvées et 10 sur les poignées en laiton AB+. Un effet indicatif du matériau (laiton) sur la diminution du nombre de champignons est révélé ($p=0,07$).

CONCLUSION

Les diminutions significatives du nombre de bactéries témoignent des propriétés bactéricides du laiton AB+. L'absence d'entérovirus sur le laiton comme sur l'inox peut s'expliquer par la sensibilité des techniques utilisées et des prélèvements effectués hors périodes des pics épidémiques. Quant au nombre de champignons, celui-ci tend à diminuer sur les poignées en laiton AB+ par rapport aux poignées témoins en inox.

P-087

DÉVELOPPEMENT D'UN CARNET SANITAIRE INFORMATISÉ PARTAGÉ ENTRE LES SERVICES TECHNIQUES ET L'ÉQUIPE OPÉRATIONNELLE D'HYGIÈNE

BRETON N., IRANI P., FONTAINE G., HILAIRE J.C., PASQUIER P., NEULIER C., MERRER J.
CH Versailles, LE CHESNAY, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La circulaire du 22 avril 2002 demande la mise en place à l'hôpital d'un carnet sanitaire pour l'eau et l'air. L'objet de cet outil est un regroupement et partage d'informations entre les services techniques et l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH). Son contenu est défini par le cadre législatif. Ainsi, le carnet sanitaire doit regrouper : les plans et travaux sur le réseau, les résultats de surveillances (microbiologiques et températures) et les maintenances associées, les protocoles de maintenance et surveillance, les contrats de maintenance. Ces informations étant partagées par des équipes différentes, il est nécessaire de mettre en place un système performant permettant une accessibilité à tous les membres concernés, une traçabilité et un système d'alerte en temps réel.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Un groupe multidisciplinaire regroupant l'EOH et les services techniques a défini un cahier des charges répondant aux exigences de la législation. Des personnes ressources ont été désignées par le groupe de travail pour chacune des missions. La collaboration avec le service informatique a permis de créer un fichier partagé hébergé sur le site intranet de l'hôpital (logiciel SharePoint).

RÉSULTATS

Ce travail a abouti à un outil convivial permettant un réel échange d'informations entre plusieurs services. Ainsi l'interface sépare bien les carnets sanitaires Eau et Air. Dans chaque carnet sanitaire, il existe une traçabilité des maintenances préventives et correctives ainsi que des

surveillances. Nous avons également défini des seuils pour chaque type de surveillance (résultats microbiologiques, surveillance des températures) générant des alertes automatiques en temps réel par email aux responsables des services techniques dès leur dépassement (figure 1). Lorsque la maintenance corrective est effectuée, elle est associée à l'alerte puis archivée permettant ainsi une traçabilité. Il existe également une alerte automatique dans le sens inverse : des services techniques vers l'EOH en cas d'importants travaux nécessitant des avis avant remise en route. Il est également possible de saisir des résultats de prélèvements envoyés à l'extérieur (Légionelles). Dans le but de limiter les accès à ce dossier partagé, différents niveaux d'accès selon les intervenants ont été définis.

CONCLUSION

Cet outil convivial permet de renforcer la collaboration et d'améliorer la réactivité des différents intervenants. La collaboration avec le service informatique est donc essentielle afin de mettre en place des outils performants et simples.

P-088

POUR UNE HYGIÈNE DES MAINS EFFICACE : CAMPAGNE DE SENSIBILISATION SUR LE PORT DE BIJOUX SUR LES MAINS DES SOIGNANTS

VUILLERMET C., FOURNERET-VIVIER A., LEVAST M., FORESTIERE., ACIERNOL., RAVRYM.L., DEMANGEM.G., MEYER S., CHANOINE M.P., MALLAVAL F.O.
CH Chambéry, CHAMBERY, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Suite aux résultats de l'audit précautions standard réalisé en 2011, l'Equipe Opérationnelle en Hygiène a dégagé plusieurs axes de travail notamment l'hygiène des mains, le bon usage des gants... Le préalable à une hygiène des mains efficace est l'absence de bijou, montre, vernis, faux ongles sur les mains.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Durant l'année 2012, l'EOH, avec le soutien actif de la Direction des Soins, a lancé une campagne de sensibilisation contre le port de bijou sur les mains des soignants. Cette campagne s'est déroulée en plusieurs étapes.

Tout d'abord un état des lieux a été réalisé par les correspondants sous forme d'un audit évaluant le port de bijou sur les mains de soignants, un jour donné et toute catégorie professionnelle confondue.

Ensuite l'EOH est passée dans tous les services de l'hôpital et a proposé aux soignants portant des bijoux de les prélever sur

une boîte de Pétri. Une photographie de la boîte a été réalisée après 3 jours d'incubation.

Des affiches humoristiques illustrant les grands messages de la campagne ont été présentées durant toute l'année 2012 : affichage dans les vestiaires et remise d'un dessin tous les mois avec la fiche de paie.

Enfin, l'EOH a réfléchi et conceptualisée un accroche bijou afin de proposer une solution aux soignants ayant la crainte de perdre leurs bijoux.

RÉSULTATS

Le premier audit qui a évalué 1233 soignants a retrouvé 512 porteurs de bijou (soit 41,5%), au premier rang se retrouve l'alliance.

Les résultats de l'audit ainsi que les photos des cultures de bijou ont été présentés aux correspondants, en réunion d'encadrement et dans chaque pôle. Une copie des photos de chaque service a été remise à l'encadrement (chef de service et cadre).

La campagne d'affichage a rencontré un vif succès et a généré de nombreuses discussions.

La remise des accroches bijoux est prévue début 2013 et sera suivi d'un nouvel audit utilisant la même méthode que le premier.

CONCLUSION

Cette campagne n'est qu'une première étape dans le programme que l'EOH veut mener à bien dans l'application des Précautions Standard sur l'établissement et sera poursuivi en 2013 par le travail sur la bonne utilisation des gants.

P-089

PRÉVENTION DES PNEUMOPATHIES ACQUISES SOUS VENTILATION MÉCANIQUE (PAVM) EN RÉANIMATION : ÉVALUATION ET AMÉLIORATION DES PRATIQUES AUTOUR DU RISQUE INFECTIEUX ENDOGÈNE

LERE M.⁽¹⁾, CHASSAING G.⁽²⁾, EDELSON A.⁽²⁾, MARMOUGET S.⁽¹⁾, VALLEJO M.C.⁽¹⁾, LE CADRE M.⁽¹⁾, MALAVAL S.⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU TOULOUSE, TOULOUSE, FRANCE ; ⁽²⁾ CH Polynésie Française, PAPEETE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les pneumopathies représentent environ 14% des infections nosocomiales. En réanimation, les pneumopathies sont l'un des sites le plus fréquemment observés (53.4% des IN) et très majoritairement acquises sous ventilation mécanique (PAVM). Les infections, et particulièrement les PAVM en réanimation,

ont des conséquences importantes puisqu'elles entraînent une augmentation de la mortalité, de la durée d'hospitalisation ainsi que du coût des soins. La prévention des PAVM présente donc un intérêt majeur dans la prise en charge du patient de réanimation.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'origine de la contamination est soit exogène avec apport de micro-organismes lors des différentes manipulations du circuit, soit endogène avec une contamination principalement digestive. Pour celles-ci le mécanisme principal repose sur la survenue de micro-inhalations répétées associées à un défaut d'hygiène buccal, une position proclive < à 30°, une pression de ballonnet < à 25cmH2O.

Les résultats issus de la surveillance Réa Raisin 2010 a incité les équipes d'hygiène et de réanimation à initier une procédure d'amélioration des pratiques autour de la prévention des PAVM. L'équipe de réanimation et l'EOHH du centre hospitalier régional (A) ont élaboré un projet en 3 temps pour améliorer certaines pratiques paramédicales impliquées dans l'acquisition de PAVM. Le choix s'est porté sur une évaluation simple, rapide, reproductible, non contraignante pour les équipes de soins sur la base d'un « bundle », associant 4 critères. Tout d'abord une évaluation des connaissances, succincte et ciblée, a été proposée à l'équipe paramédicale, puis un audit sur quatre points clés de la contamination endogène a été réalisé ; la restitution a permis de proposer la mise en place de mesures correctives. Un audit à distance a permis de noter une amélioration encourageante des pratiques. En comparaison le même audit a pu être réalisé dans une réanimation polyvalente d'un CHU (B) ; l'audit de suivi est programmé pour le début 2013 alors que seule une restitution des résultats a été faite.

RÉSULTATS

Les résultats de l'audit en %	Eval 1 A	Eval 2 A	Eval 1 B
Taux de conformité position proclive	66	75	63
Taux de conformité pression du ballonnet	31	70	38
Taux de conformité traçabilité soins bouche	30	28	29
Taux de conformité traçabilité score de sédation	31	97	92

CONCLUSION

La mise en place d'une intervention active sur les facteurs de risque endogènes de PAVM a permis d'en améliorer la maîtrise ; l'incidence sur le taux des PAVM est plus difficile à démontrer, d'autres facteurs pouvant intervenir.

P-090

CONFORMITÉ DE L'ANTIBIOPROPHYLAXIE CHIRURGICALE DANS UN CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE 2012

TAIDIRT Z., BERKANE A., ZAIDI R., KEZZAR M., KHETTAL H., LAHDIRI R., HABETH R., BENHABYLES B.
Centre Hospitalo-Universitaire Mustapha, ALGER, ALGÉRIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Afin de juger la conformité de l'antibioprophylaxie chirurgicale et de sensibiliser les prescripteurs au bon et moindre usage des antibiotiques, nous avons mené une étude sur la consommation des ATB dans tous les services de chirurgie de notre Centre Hospitalo-universitaire.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'enquête a été menée entre Mars et Mai 2012 et a concerné les patients admis pour une intervention dans 11 services chirurgicaux.

Chaque service a été audité sur une durée d'une semaine et les patients ont été suivis depuis leur admission jusqu'à leur sortie. Les données ont été recueillies sur une fiche standard conçue par notre équipe comportant les informations concernant le patient, l'intervention, la consommation des antibiotiques durant l'hospitalisation et la prescription faite à la sortie.

La quantité des antibiotiques consommés a été calculée et exprimée en nombre de DDJ/1000JH.

La conformité des antibiotiques a été jugée sur la base de l'antibioguide de la SFAR 2010.

Les données ont été analysées avec le logiciel STATA version 11.

RÉSULTATS

128 malades ont été surveillés, 8800DDJ d'antibiotique/1000JH ont été consommés.

94 % des malades ont reçu pendant le séjour au moins un antibiotique et toutes les prescriptions étaient à visée prophylactique de l'infection post-opératoire.

Seulement 33 % des prescriptions étaient conformes. Les principales causes de non-conformité étaient : la prolongation de la durée de l'antibioprophylaxie (60 %), le moment d'administration incorrect (39 %), l'antibioprophylaxie non indiquée (36 %).

64 % des malades ont reçu une prescription d'antibiotiques à la sortie.

CONCLUSION

A la lumière de ces résultats, il est temps de mettre en place dans notre CHU une politique de l'usage des antibiotiques avec l'ensemble des concernés.

P-091

EVOLUTION DE LA QUALITÉ DE LA TRAÇABILITÉ DE LA PRÉPARATION CUTANÉE PRÉ-OPÉRATOIRE**FOUCAULT S.**, GUERIN L., PIVETEAU N., HUE R.

Service d'hygiène, Centre Hospitalier Loire Vendée Océan, CHALLANS CEDEX, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En 2007, la préparation cutanée de l'opéré (POP) a été évaluée dans l'établissement selon la méthodologie du GREPHH. Les résultats ont montré une traçabilité (T) insuffisante. Ils ont été restitués aux soignants (S) afin de les sensibiliser à l'importance de la T. Et la fiche de liaison bloc opératoire-service (FL), support de T, a été modifiée avec eux. Suite à ces actions, deux évaluations de la POP restreintes à la T ont été menées en 2009 et 2011, dont les résultats ont systématiquement été transmis aux S. L'objectif était d'évaluer l'évolution de la T de la POP.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Cet audit a été réalisé à chaque fois selon la même méthodologie. La T de la POP était évaluée dans le dossier patient. En 2009, un critère a été ajouté à ce quick-audit : la présence dans le dossier de la dernière version de la FL. En 2011, l'évaluation du remplissage de la check-list sécurité du patient au bloc opératoire a été menée parallèlement. Seul le résultat de l'évaluation du critère : présence de la check-list dans le dossier est restitué.

RÉSULTATS

Le nombre de dossiers patients audités est respectivement de 53 en 2007, 49 en 2009, et 111 en 2011. Le tableau ci-dessous présente la conformité des critères évalués.

Présence de la FL	2007	2009	2011
Présence de la check-list sécurité du patient au bloc opératoire	100 %	74,8 %	85 %
T de l'information du patient	17%	16,3 %	30,9 %
T pré-opératoire	94%	30,6 %	42,5 %
T du champ opératoire	0%	26,5 %	60,5 %
T globale de la préparation cutanée	0%	6,0 %	15,7 %

CONCLUSION

Une progression de la T est observée. La meilleure est celle de la T du champ opératoire. Toutefois la T reste faible notamment celle de l'information du patient. La T de l'hygiène corporelle et dépilation pré-opératoire dans les services diminue de façon

importante. L'absence des supports de T, fiches de liaison et check list est observée en 2011 respectivement pour 25 % et 15 % des patients.

La modification de la FL et la sensibilisation répétée des S au respect de la traçabilité a permis de l'améliorer mais celle-ci reste très insuffisante. La FL se limite à un document papier. L'absence d'informatisation de celle-ci est un obstacle soulevé par nombre de S. L'inclusion de cette FL dans le dossier patient informatisé est en cours. De nouvelles modalités de sensibilisation des S doivent être développées. Une évaluation de la T de la POP à distance de l'informatisation pourra déterminer si ce document permettra une meilleure conformité de la T.

P-092

EPIDÉMIE À SALMONELLA DUBLIN**BOGGINI L.**

Centre Hospitalier de Lons Le Saunier, LONS LE SAUNIER, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Début décembre 2011, un établissement de santé signale à l'Agence Régionale de Santé trois patients à hémocultures positives à Salmonella sérotype Dublin avec hyperthermie et altération de l'état général sans trouble digestif. Le Centre National de référence répertorie environ 80 isollements de Salmonella Dublin par an.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Dès les premiers cas, une investigation a été menée au sein de l'établissement de santé.

Différentes hypothèses ont été testées : contamination d'un aliment, rupture de la chaîne du froid, personnel porteur sain, transmission croisée, contamination de l'eau.

Parallèlement, des investigations de la Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations ont été menées. L'examen des menus pour les 5 premiers cas (même repas) n'a pas permis de repérer de viande bovine hachée, mais on trouve 2 fromages au lait cru servis dans les 15 jours précédant les symptômes.

RÉSULTATS

Sept cas de salmonelloses à Salmonella Dublin ont été détectés : six cas avec présence de Salmonella Dublin dans les hémocultures et un cas dans une ponction d'ascite.

L'électrophorèse à champ pulsé montre que les souches de Salmonella Dublin sont identiques.

La période d'incubation semble variable selon les patients et leurs pathologies sous-jacentes.

L'hypothèse d'une durée d'incubation supérieure à trois jours (classiquement retenus comme période d'incubation des salmonelloses) jusqu'à 15 jours est acceptable. On peut évoquer chez certains patients un portage du germe, avec révélation secondaire de l'infection à la faveur de l'immunodépression.

CONCLUSION

Tous les patients présentaient des polynucléaires neutrophiles supérieurs à 500. Une alimentation protégée est prescrite pour les patients ayant des polynucléaires neutrophiles inférieurs à 500. Devant la difficulté d'évaluer l'immunodépression de chaque patient, le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales et le Comité de l'Alimentation et Nutritionnelle a décidé de supprimer les fromages au lait cru dans son établissement de Santé sauf le Comté considéré comme un fromage au lait cru mais chauffé à 53°C pendant 30 min lors de sa fabrication.

P-093

COQUELUCHE CHEZ UN SOIGNANT : GESTION DE L'EXPOSITION DES PATIENTS ET PERSONNELS

HUE R.⁽¹⁾, **MIR P.**⁽²⁾, **FOUCAULT S.**⁽¹⁾, **PIVETEAU N.**⁽¹⁾, **RICHARD S.**⁽¹⁾, **GUERIN L.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Service d'hygiène, Centre Hospitalier Loire Vendée Océan, CHALLANS CEDEX, FRANCE ; ⁽²⁾ Centre hospitalier Loire Vendée Océan Service de santé au travail, CHALLANS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Ce travail décrit l'investigation d'une suspicion de coqueluche (C) chez une soignante (S) de médecine polyvalente (MP)

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le 6 juin 2012, un praticien de MP alerte l'EOH. Une S est en arrêt de travail depuis le 04 juin et traitée pour suspicion de C. Une recherche de Bordetella pertussis par PCR sur un prélèvement pharyngé du 05/06 est en cours. La S tousse depuis le 15/05 et a porté un masque de façon intermittente. Son conjoint commence à tousser et est traité pour C.

RÉSULTATS

Le 06/06, la direction est prévenue. La période de contagiosité déterminée est du 01/05 au 03/06. Une note du praticien hygiéniste (PH) et du médecin du travail (MT) est affichée en MP, afin d'informer les S. L'objectif est d'inciter les S dits à risque, définis dans les recommandations du 05/09/08 du Haut Conseil de la Santé Publique, à contacter le MT. Ils sont éligibles

pour une antibioprophylaxie (ATBP). 2 S sont enceintes. 1 a eu une ATBP, 1 autre est adressée à son gynécologue pour avis. Aucun autre S n'a justifié d'une ATBP. 94 patients (P) exposés sont recensés. Le 11/06, la PCR positive confirme la C. Une cellule de crise - composée de l'EOH, d'un biologiste, de la cadre et d'un praticien de MP, du MT et du directeur - se réunit. Une procédure de rappel est décidée. Les médecins des P exposés sont informés par téléphone et/ou courrier, pour prescrire l'ATBP des sujets à risques et le traitement des cas secondaires. Des 94 P : 9 sont encore en MP, 28 transférés dans un autre service, 46 retournés à domicile, 11 décédés d'autres causes. 32 appels téléphoniques sont passés, 79 courriers envoyés. Le MT, avec l'appui du chef de service de MP, a resensibilisé les S à la vaccination contre la C.

CONCLUSION

Un cas secondaire de C chez un P transféré dans un autre service de l'établissement a été diagnostiqué. Les médecins des autres P n'ont pas signalé de cas secondaire ni informé l'établissement des prescriptions d'antibioprophylaxie effectuées. Aucun cas secondaire n'a été observé chez les S des 2 services. Malgré la sensibilisation des S à la vaccination contre la coqueluche par le MT, aucun n'a souhaité la faire. La cellule de crise a permis une mise en place très rapide des mesures. Seule la vaccination des S contre la C associée au respect des précautions standard peut diminuer les risques induits par la survenue d'un cas de C chez un S. Depuis 2007, la MT propose aux S non à jour de leur vaccination lors du rappel décennal Diphtérie Tétanos Poliomyélite d'intégrer la valence C (DTCP).

P-094

MISE EN PLACE D'UN RÉSEAU RÉGIONAL DE PRATICIENS EN HYGIÈNE

RICHAUD B.

CHRU de Montpellier, MONTPELLIER, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Mise en place d'un réseau régional de praticiens réunissant les praticiens : médecins, pharmaciens et biologistes impliqués dans prévention et la surveillance des infections associées aux soins sur la région Languedoc Roussillon.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Un questionnaire a été mis en ligne du 13/11 au 30/11/2012. Ce questionnaire a été adressé aux praticiens des Equipes Opérationnelles d'Hygiène des établissements de santé, aux médecins coordonnateurs des EHPAD, aux biologistes et pharmaciens impliqués dans la prévention et la surveillance des infections associées aux soins.

Ce questionnaire a été diffusé auprès de :
150 établissements de santé et 356 EHPAD (environ 633 envois mail)

Il comportait 6 items :

- L'intérêt de la mise en place d'un réseau
- Les attentes des professionnels
- La fréquence des réunions
- Les modalités de réunions
- Les propositions de thèmes de rencontres
- Les retours d'expérience

RÉSULTATS

Sur 115 réponses recueillies : soit 18 % de retour
- 113 sont en faveur de la mise en place d'un réseau
- 2 réponses négatives (absence de disponibilité)

Etablissements représentés :

- 41% des établissements sanitaires
- 6% des EHPAD

a. Mise en place réseau

b. Attentes des Professionnels

- Partage d'expérience : 96%
- Ateliers pratiques : 77%
- Actualisation des connaissances : 96%

Autres : Documents communs, Veille réglementaire, Evaluation des pratiques inters établissements.

c. Fréquence des réunions

- 1 fois / an : 55%
- 2 fois / an : 45%

d. Modalités de réunions

- En demi-journée : 60%
- En journée : 23%
- En soirée : 17%

e. Propositions de thèmes de rencontres

CONCLUSION

Les résultats de ce questionnaire montrent que les professionnels impliqués dans la prévention des IAS sont en faveur de la mise en place d'un réseau de praticiens sur la région. Des praticiens ont accepté de présenter des retours d'expérience et des thèmes ont été proposés. Une rencontre sera planifiée pour l'année 2013.

P-095

ÉVALUATION DE LA MISE EN PLACE DU PROTOCOLE RELATIF À LA MAÎTRISE DE LA DIFFUSION DES BACTÉRIES HAUTEMENT RÉSI- STANTES AUX ANTIBIOTIQUES DANS UN SERVICE D'URGENCES ADULTES

*SIROTF.⁽¹⁾, CHANTALL.⁽²⁾, THEVENOTS.⁽¹⁾, PETONNETC.⁽¹⁾,
SCOTTO F.⁽¹⁾, LARDEUR J.Y.⁽¹⁾, CASTEL O.⁽¹⁾*

*(¹) CHU La Milétrie, POITIERS, FRANCE ; (²) ARLIN, POITOU-
CHARENTES, FRANCE*

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Évaluation menée dans le service des Urgences Adultes du CHU de Poitiers sur la mise en œuvre du protocole institutionnel validé suite à la parution de la circulaire du 6 décembre 2010 relative à la maîtrise de la diffusion des bactéries hautement résistantes aux antibiotiques importées en France, par des patients rapatriés ou ayant été hospitalisés à l'étranger dans les 12 mois précédents.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

PREMIERE PHASE: évaluation de la mise en pratique du protocole par une étude des dossiers de soins patients informatisés sur une durée 3 mois.

DEUXIEME PHASE: enquête par questionnaires, adressés aux médecins (n=24) et infirmiers (n=42) afin de comprendre les difficultés rencontrées lors de l'application du protocole.

RÉSULTATS

PREMIERE PHASE:

La recherche des antécédents d'hospitalisation à l'étranger est tracée dans 71% des dossiers des 10450 consultants inclus.

Une réponse positive cette question est retrouvée chez 67 patients (1%).

Parmi ces 67 patients, 23 patients ont été hospitalisés, seuls 2 ont bénéficié d'un écouvillonnage rectal et de précautions complémentaires (PPC).

DEUXIEME PHASE:

La participation a été forte (83% pour les médecins et 76% pour les IDE).

Parmi les « infirmiers d'accueil », 88% déclarent rencontrer des difficultés à poser la question (par oubli 55%, manque de temps 50% ou patient interrogeable 50%). En cas de réponse positive dans 72 % des cas le médecin n'est pas informé, dans 36% les PPC ne sont pas mises en place et dans 20% la notification n'est pas faite dans le dossier de soins.

En salle d'examen 1 médecin sur 3 et 4 IDE sur 5 ne vérifient jamais si la question a été posée à l'accueil.

En cas de décision d'hospitalisation de patients avec une

réponse positive, 1 médecin sur 3 ne prescrit pas les PCC, la moitié ne prescrit pas d'écouvillonnage rectal.

CONCLUSION

Cette enquête révèle 2 insuffisances : les patients ne sont pas interrogés et les réponses positives ne déclenchent pas d'action. Elle permet également de pointer des difficultés dans l'application du protocole liées à sa diffusion dans l'unité, à la maîtrise de son contenu et à son adaptation en fonction des problèmes inhérents au quotidien de l'unité.

Des axes d'amélioration sont proposés : sensibilisation du personnel, amélioration de la diffusion des informations, traçabilité de l'information, communication.

P-096

QUEL EST L'IMPACT DE L'UTILISATION DES PRODUITS BIOCIDES SUR LA QUALITÉ DES EFFLUENTS HOSPITALIERS ? UNE AUTRE QUESTION POUR LES HYGIÉNISTES

THEVENOT S.⁽¹⁾, *LE GUET T.*⁽²⁾, *DEBORDE M.*⁽²⁾, *ALLAVENA A.*⁽²⁾, *KARPEL N.*⁽²⁾, *RAUWEL G.*⁽³⁾, *CRIQUELION J.*⁽³⁾, *MANCHE M.*⁽³⁾, *BLANCHIER L.*⁽¹⁾, *CASTEL O.*⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU La Milétrie, POITIERS, FRANCE ; ⁽²⁾ Institut de chimie des Milieux et des Matériaux, IC2MP UMR 7285, POITIERS, FRANCE ; ⁽³⁾ Laboratoires ANIOS, LILLE-HELEMME, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Plusieurs dizaines de milliers de tonnes de produits biocides sont utilisés chaque année au CHU de Poitiers : détergents-désinfectants et désinfectants pour l'instrumentation, détergents-désinfectants de surface, eau de javel, solutions hydro-alcooliques, savons antiseptiques... La plupart de ces produits sont rejetés dans les effluents hospitaliers et certains de leurs composants sont connus pour leur écotoxicité. Ainsi, nous avons souhaité étudier la teneur en biocides des effluents d'eaux usées du CHU.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Deux composés ont été étudiés en raison des quantités utilisées et de leur écotoxicité: le digluconate de chlorhexidine et le chlorure de didécyltriméthylammonium (DDAC). Deux campagnes de prélèvement ont été réalisées sur 24 heures au niveau de 2 sites du CHU : en sortie immédiate du bâtiment principal de CHU et au niveau du bassin regroupant l'ensemble des effluents du CHU. Les analyses ont été menées par Chromatographie Liquide Haute Pression couplée à un détecteur de spectroscopie de masse (CLHP/SM).

RÉSULTATS

Au cours des 2 campagnes de prélèvements, le suivi des concentrations mesurées pour le digluconate de chlorhexidine et le DDAC ont montré de fortes variations avec des maxima de rejets sur la période 9h-17h, ce qui est tout à fait cohérent avec le rythme des activités hospitalières. Les valeurs maximales relevées ont toujours été inférieures respectivement à 100 µg/L et 2,6 mg/L. Ces valeurs dépassent toutefois largement les limites d'écotoxicité données par la littérature.

CONCLUSION

La pollution générée par les effluents de établissements de santé a été étudiée du point de vue microbiologique, des rejets radioactifs et médicamenteux mais très peu d'études ont abordé la problématique des produits biocides pourtant abondamment utilisés. En France, les rejets hospitaliers ne sont pas soumis à une réglementation stricte. Le Plan National Interministériel sur les Résidus Médicamenteux dans les Eaux a débuté fin 2009. Un de ses objectifs est justement d'étudier la nécessité éventuelle d'une telle réglementation qui pourrait conduire à la mise en œuvre d'un traitement in situ des effluents hospitaliers avant leur rejet. Nos résultats démontrent l'intérêt d'intégrer les rejets des produits biocide dans cette réflexion et dans la politique de développement durable des établissements de santé.

P-097

L'HYGIÈNE EN MÉDECINE GÉNÉRALE : ÉTUDE DES PRATIQUES AU CABINET MÉDICAL EN POITOU-CHARENTES

MARSAULT B.⁽¹⁾, *THEVENOT S.*⁽²⁾, *BOUSBAIN S.*⁽²⁾, *BOUSSEAU A.*⁽²⁾, *LALAND C.*⁽²⁾, *CASTEL O.*⁽²⁾

⁽¹⁾ Faculté de Pharmacie, POITIERS, FRANCE ; ⁽²⁾ CHU La Milétrie, POITIERS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Nous avons souhaité connaître les pratiques d'hygiène des médecins généralistes de la région Poitou-Charentes.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous avons bâti un questionnaire permettant d'interroger les médecins sur leur type d'exercice, leurs pratiques en terme d'hygiène des mains et de port de gants à l'occasion de différents actes, leurs pratiques en terme d'antisepsie et de bon usage des antiseptiques, les modalités de gestion de dispositifs médicaux (recours à l'usage unique, procédés de désinfection et de stérilisation, organisation de ces procédures...), l'entretien de différentes surfaces clés du cabinet médical.

Ces questionnaires ont été adressés par courrier à 407 des 1630 professionnels médicaux de la région Poitou-Charentes durant la dernière quinzaine de novembre avec un retour, par le biais d'une enveloppe timbrée également fournie, demandé pour la fin décembre. Le remplissage était anonyme.

RÉSULTATS

A ce jour 140 questionnaires nous ont été retournés ce qui représente un taux de retour de 34 %. Les résultats sont en cours d'analyse et seront présentés au congrès.

CONCLUSION

Les résultats sont en cours d'analyse et seront présentés au congrès.

P-098

IMPACT DE L'ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DANS L'AMÉLIORATION DE LA POSE ET DE LA MANIPULATION DES CATHÉTERS VEINEUX PÉRIPHÉRIQUES : COMPARAISON DE TROIS ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

HAYAUD S.⁽¹⁾, **CHEVALLIER N.**⁽²⁾, **LE BRIGANT F.**⁽³⁾, **MARTIN A.**⁽¹⁾, **GALLON O.**⁽²⁾, **PINA P.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ C.H. de Rambouillet, RAMBOUILLET, FRANCE ; ⁽²⁾ C.H. de Dourdan, DOURDAN, FRANCE ; ⁽³⁾ C.H. d'Etampes, ETAMPES, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La pose et la manipulation des cathéters veineux périphériques (CVP) exposent les patients à un risque infectieux et les professionnels à un risque d'exposition au sang (AES) important. Dans le cadre du programme d'évaluations des pratiques professionnelles en hygiène hospitalière, le GREPHH a proposé en 2009 un audit sur ce thème. Le but de notre travail a été de mesurer, deux ans après une première évaluation et la mise en place des actions d'amélioration, l'évolution des pratiques dans trois établissements de santé d'Ile-de-France.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une autoévaluation selon la méthodologie proposée par le GREPHH a été conduite dans tous les services posant des CVP de trois hôpitaux généraux, en 2010 et en 2012. Les professionnels évalués étaient principalement des infirmiers, infirmiers spécialisés, sages-femmes, et manipulateurs radiographiques.

RÉSULTATS

Le tableau reporte les taux de conformité (en pourcentage) des principales opérations de pose de CVP.

Etablissements	A		B		C	
	2010	2012	2010	2012	2010	2012
Effectif	(n=75)	(n=181)	(n=72)	(n=65)	(n=72)	(n=81)
Détersion du site d'insertion	54	43	60	83	60	68
Rinçage	97	96	95	100	95	100
Séchage	95	87	76	91	82	93
Désinfection du site	100	100	99	100	99	100
HDM avant insertion	27	76	56	86	75	88
Port de gants	52	62	34	48	48	60
OPCT à proximité	54	85	84	89	77	84
CVP sécurisé	0	27	0	92	17	98

CONCLUSION

On constate une bonne utilisation de CVP sécurisés lorsque les établissements les rendent disponibles (B et C). Toutefois, leur utilisation n'est pas systématisée dans l'établissement B, notamment en pédiatrie, alors qu'il l'est dans l'établissement C qui ne dispose pas de pédiatrie.

L'établissement A s'est doté de plateaux de soins sur lesquels s'adapte un collecteur d'OPCT, ce qui a permis de faire passer la disponibilité du collecteur à proximité du soin de 54 à 85%. Dans les trois établissements, la restitution des résultats de l'évaluation de 2010 et la formation des professionnels ont permis de faire progresser la pratique de l'hygiène des mains avant l'insertion (différences statistiquement significatives) et le port de gant (différences statistiquement non significatives). En effet, l'amélioration de la pratique du port des gants reste modérée malgré la sensibilisation des professionnels à la prévention des AES. Enfin, la détersion du site d'insertion n'a progressé significativement que dans l'établissement B.

La réalisation d'évaluations des pratiques à intervalles réguliers permet d'identifier les points à améliorer, de proposer les actions correctives et de mesurer la progression de la qualité des pratiques. Dans notre expérience, l'amélioration a été notable dans les trois établissements évalués.

P-099

RECHERCHE DES CAUSES D'UNE CONSOMMATION INSUFFISANTE DE SHA DANS UN SERVICE DE RÉANIMATION

MARTIN A., FADEL N., GUMY A., HAYAUD S., PINA P. C.H. de Rambouillet, RAMBOUILLET, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La friction hydroalcoolique (FHA) des mains est une pratique indispensable à la prévention des infections nosocomiales en réanimation. Malgré la promotion des solutions hydroalcooliques (SHA) et la formation des professionnels, la consommation de SHA ne progressait plus depuis 2009 et restait à 70% de l'objectif personnalisé du service, calculée sur une base de 48 FHA par patient et par jour.

Le but de notre travail a été de mesurer l'observance de l'hygiène des mains et d'identifier les obstacles à l'utilisation des SHA.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous avons réalisé un audit d'observation des infirmiers, aides-soignants et médecins (338 opportunités observées) et un entretien semi-directif avec 30% des professionnels du service.

RÉSULTATS

L'audit a montré une observance globale de l'hygiène des mains de 53%, avec 35% avant le soin et 67% après le soin. Le tableau reporte le pourcentage d'observance avant et après un soin en fonction du type de soin :

	Global	Avant	Après
Soins avec contact avec un dispositif invasif	60	44	72
Soins avec contact potentiel avec un liquide biologique	57	17	71
Soins avec contact cutané	50	34	64
Soins avec contact environnemental	39	22	50

L'hygiène des mains était réalisée avec une SHA dans 97% des cas et du savon doux dans 3%. La dose de SHA était insuffisante dans 59% des cas (< 3 ml).

Les entretiens ont montré que la majorité des professionnels avaient été formés à l'usage des SHA et avaient une bonne connaissance sur les indications, l'efficacité, les avantages et les modalités d'utilisation du produit. Il n'a pas été constaté d'opposition à l'usage des SHA.

CONCLUSION

Notre étude a montré une contradiction entre la connaissance des professionnels et les pratiques d'hygiène des mains. On

constate que l'observance après le soin est supérieure à celle avant le soin. L'observance au cours des soins avec contact d'un dispositif invasif est plus élevée que celle au cours des autres soins, mais elle reste insuffisante (44%). L'observance après un soin potentiellement contaminant est élevée (71%). Ces observations semblent démontrer une bonne évaluation des situations d'exposition à un risque professionnel, mais une très nette sous-évaluation du risque infectieux lié au soin et du risque de transmission croisée.

Notre étude a montré qu'une augmentation de l'observance de l'hygiène des mains associée à la prise d'une dose suffisante pouvait faire atteindre l'objectif personnalisé de consommation. La difficulté d'identification des opportunités d'hygiène des mains semble être une cause majeure de la consommation insuffisante de SHA dans notre service de réanimation.

P-100

ETUDE IN VITRO DE LA SENSIBILITÉ DES ANTI-FONGIQUES

GHEITH S.⁽¹⁾, SAGHROUNI F.⁽¹⁾, BOUAFIA N.⁽¹⁾, BANNOUR W.⁽¹⁾, BEN YOUSSEF Y.⁽¹⁾, MAHJOUR M.⁽¹⁾, KHELIF A.⁽¹⁾, NORMAND A.C.⁽²⁾, BEN SAID M.⁽¹⁾, PIARROUX R.⁽²⁾, NJAH M.⁽¹⁾, RANQUE S.⁽²⁾

⁽¹⁾ CHU FARHAT HACHED, SOUSSE, TUNISIE ; ⁽²⁾ CHU LA TIMONE, MARSEILLE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'incidence des infections fongiques a augmenté ces dernières années, notamment ceux causés par *Aspergillus*. Cette évolution s'est accompagnée d'une augmentation de la fréquence de résistance aux antifongiques. Les objectifs de notre étude sont :

- Evaluer in vitro le profil de sensibilité aux antifongiques des souches d'*Aspergillus* spp. isolée chez des patients admis dans le service d'hématologie de notre hôpital.
- Etudier in vitro le phénotype de ces *Aspergillus* spp. pour la caspofongine, essentiellement la reproductibilité intra-essai entre les méthodes E-test et Sensititre levure-One (SYO).

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Un total de 48 isolats d'*Aspergillus*, comprenant 20 *A. niger*, 6 *A. tubingensis*, 18 *A. flavus*, 2 *A. fumigatus*, un *A. westerdijkiae* et un *A. ochraceus*, sont inclus dans cette étude. Ces isolats étaient obtenus à partir de crachats des patients. Les concentrations minimales inhibitrices (CMI) des isolats étaient déterminées en utilisant E-test. A cause de la fréquence de l'effet de traîne (ET) de la croissance paradoxale (CP) avec la caspofongine, nous avons décidé d'étudier in vitro le phénotype de 10 isolats pour la caspofongine (6 *A. niger* et 4 *A. flavus*).

RÉSULTATS

La CMI50 et la CMI90 de toute les espèces étaient 0,63 et 13,2 mg /l, respectivement pour l'amphotéricine B et 0,5 et 2 mg / l, respectivement pour itraconazole. Douze *Aspergillus* spp. avaient des CMI pour l'amphotéricine B supérieures à la ECV (*epidemiological cut off values*), ce qui indique que 25% des isolats ont pu acquérir un mécanisme de résistance par mutation à l'amphotéricine B. De même 4% avaient des CMI supérieur à la ECV et aurait acquis un mécanisme de résistance par mutations à l'itraconazole et 8% ont pu acquérir un mécanisme de résistance par mutation à la caspofongine. Pour la caspofongine, nous avons observé un ET chez 42% des isolats et une CP chez 38% des isolats. La comparaison des résultats obtenus par E-test et SYO a montré que la CP ne s'est jamais produite à la fois avec E-test et SYO et l'ET était très reproductible en particulier en utilisant E-test dans les quatre isolats d'*A. flavus*. Le traitement antifongique de première ligne (Amphotéricine B) a été significativement associée à l'issue des patients ($p = 0,02$).

CONCLUSION

La résistance aux antifongiques devient un problème croissant. Il devient donc de plus en plus important d'effectuer des tests de sensibilité in vitro pour guider et surveiller le traitement antifongique.

P-101

PARTICULARITÉS DE L'ASPERGILLOSE INVASIVE CHEZ LES PATIENTS NEUTROPÉNIQUES

GHEITH S.⁽¹⁾, **SAGHROUNI F.**⁽¹⁾, **BOUAFIA N.**⁽¹⁾, **MAHJOUB M.**⁽¹⁾, **BANNOUR W.**⁽¹⁾, **BEN YOUSSEF Y.**⁽¹⁾, **KHELIF A.**⁽¹⁾, **NORMAND A.C.**⁽²⁾, **BEN SAID M.**⁽¹⁾, **PIARROUX R.**⁽²⁾, **NJAH M.**⁽¹⁾, **RANQUE S.**⁽²⁾

⁽¹⁾ CHU FARHAT HACHED, SOUSSE, TUNISIE ; ⁽²⁾ CHU LA TIMONE, MARSEILLE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'aspergillose invasive (AI) est une cause de morbidité et de mortalité importante chez les hôtes immunodéprimés essentiellement chez les patients d'hématologie.

Contrairement aux pays du Nord, on dispose de très peu de données épidémiologiques relatives à la fréquence de l'AI en Afrique du Nord. En effet, dans ces pays, le manque de moyens diagnostiques représente le principal obstacle à la surveillance épidémiologique de cette maladie. C'est dans ce cadre que s'inscrit notre étude dont l'objectif principal est de déterminer les particularités épidémiologiques de l'AI dans un service d'hématologie clinique en s'aidant des moyens de diagnostic standardisés.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Etude prospective d'incidence durant trois ans, menée auprès de 91 patients hospitalisés dans un service d'hématologie. Les données cliniques et mycologiques ont été collectées lors des 175 épisodes de neutropénie survenus chez les patients inclus à l'étude.

RÉSULTATS

Parmi les 91 patient inclus dans notre étude, huit patients ont été classés comme des cas d'AI probables et deux comme AI possibles selon les critères EORT / MSG. Douze patients étaient décédés prématurément avant la réalisation de scanner et ont été considérés ainsi comme des AI putatifs.

56 *Aspergillus* spp. ont été isolés dans 53 (6,5%) crachats prélevés chez 35 (20%) patients. 48 *Aspergillus* spp. ont été identifiés comme *A. niger* (42%); *A. flavus* (38%); *A. tubingensis* (13%); *A. fumigatus* (4%); *A. westerdijkiae* (2%) et *A. ochraceus* (2%).

Le dépistage de l'antigène galactomannane (GMA) a été positif dans 40% des épisodes de neutropénie. La PCR aspergillaire était positive dans 42% des sérums testés. Les sérums positifs en PCR étaient également positifs en GMA.

CONCLUSION

Le nombre de patients à risque d'AI est de plus en plus important dans les pays émergents tels que le nôtre. De ce fait, l'amélioration des moyens diagnostiques et surtout la mise en place d'un programme de gestion de ce risque infectieux s'avèrent nécessaires. Nos résultats mettent en évidence la prédominance de l'*Aspergillus* spp. à partir de sections *Nigri* et *Flavi* et le rôle marginal de *A. fumigatus*. D'autres études sont nécessaires pour déterminer si les mêmes caractéristiques épidémiologiques prévalent dans les pays voisins d'Afrique du Nord.

P-102

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DU PERSONNEL INFIRMIER EN MATIÈRE DE PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION CROISÉES DES BACTÉRIES MULTIRÉSISTANTES

MAHJOUB M., **BOUAFIA N.**, **BEN CHEIKHA.**, **HAFSA F.**, **NJAH M.**

CHU FARHAT HACHED, SOUSSE, TUNISIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La prévention de la résistance bactérienne est un objectif prioritaire de tout programme de lutte contre les infections associées aux soins. En effet, le taux des bactéries multi résistantes (BMR) représente un des indicateurs de qualité et de sécurité des

soins dans les établissements de santé. La maîtrise de la diffusion des BMR requiert d'une part une bonne connaissance de leurs particularités épidémiologiques et microbiologiques et d'autre part un respect des précautions standards et complémentaires d'hygiène. C'est dans ce cadre que s'inscrit notre travail dont l'objectif est de déterminer les connaissances, attitudes et pratiques du personnel infirmier en matière de prévention de la transmission croisée des BMR.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Etude descriptive de type CAP menée à l'aide d'un questionnaire auto-administré, auprès d'un échantillon de 60 infirmiers exerçant dans notre hôpital durant l'année 2012.

RÉSULTATS

- En matière de connaissances, 72% des répondants ignorent la définition des BMR et presque la quasi-totalité (95%) ne connaît pas les précautions d'hygiène à respecter pour prévenir la transmission croisée. Ainsi, la participation à des séances de formation sur les facteurs limitant la diffusion des BMR était signalée par tous les participants à l'étude.

- Relativement aux attitudes : La totalité des enquêtés accordent au dépistage une importance élevée dans la prévention de la diffusion de ces bactéries. Par ailleurs, 75% des enquêtées pensent que l'information du patient de son statut BMR positif augmente les chances de son adhésion (ainsi que son entourage) aux règles d'hygiène mises en place.

- Enfin concernant le respect des mesures barrières en cas d'infection à BMR, le port des gants et de surblouse étaient rapportés respectivement par 67% et 85% des répondants alors qu'en aucun cas les lunettes de protection ont été utilisées. L'hygiène des mains systématique entre chaque patient était déclarée seulement par 58% des infirmiers.

CONCLUSION

La prévention des BMR passe par une amélioration des connaissances des professionnels de la santé des facteurs favorisant et des facteurs limitant l'émergence et la diffusion des BMR.

Néanmoins, la prévention du risque infectieux des BMR doit s'intégrer dans une politique plus globale d'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients.

P-103

MESURE DE LA CULTURE DE SÉCURITÉ DES PATIENTS CHEZ LE PERSONNEL MÉDICAL

BOUAFIA N., MAHJOUR M., EZZI O., ABOUDA Y., BEN JALLEB N., NJAH M.

CHU FARHAT HACHED, SOUSSE, TUNISIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La sécurité des patients et la prévention des événements indésirables liés aux soins sont devenues d'importants sujets de préoccupation, tant sur le plan des politiques en matière de santé que sur le plan des pratiques de soins. En effet, de nombreuses études ont mis l'accent sur l'ampleur et la gravité des risques sanitaires dont une grande proportion était considérée évitable et dont l'absence de culture de sécurité était retrouvée parmi les principales causes de leur apparition. Dans notre pays, la prise de conscience de ce problème est un peu tardive et les quelques études menées à propos de ce sujet ont montré des incidences élevées d'événements indésirables liés aux soins. Ainsi, nous avons mené ce travail afin d'établir un diagnostic initial du niveau de culture de sécurité dans notre hôpital afin d'en prendre en considération dans les stratégies d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une étude descriptive transversale menée auprès d'un échantillon représentatif du personnel médical en contact direct avec les soins et exerçant dans notre Centre Hospitalo-universitaire. L'instrument de mesure utilisé est un questionnaire validé « The Hospital Survey on Patient Safety Culture » traduit en langue française, par le CCECQA, et comportant dix dimensions de la sécurité des soins.

RÉSULTATS

Au total, 86 médecins ont participé à ce travail (taux de réponses de 74,13%) dont 46,5% avaient une ancienneté professionnelle de plus de 10 ans. 75,6% des médecins déclarent que les études médicales représentent la principale source d'information sur la culture de sécurité.

Concernant les scores des dix dimensions de la culture de sécurité, la dimension ayant le score le plus développé est celle de la « Fréquence et signalement des événements indésirables » avec un score de 84,07%, alors que, la dimension avec le score le plus bas est celle en rapport avec le « Soutien du management pour la sécurité des soins » avec un score de 13,95%.

CONCLUSION

Le concept de culture de sécurité reste encore à développer auprès de nos médecins afin de promouvoir la qualité et la sécurité des soins prodigués aux patients. La culture de sécurité

devrait être favorable à travers l'ensemble du système de santé en créant un environnement de travail ouvert et confiant. Dans cet environnement, les personnels et les prestataires de soins de santé se sentent ainsi plus à l'aise de discuter des problèmes de sécurité.

P-104

PLACE DES BACTÉRIES MULTIRÉSISTANTES ÉMERGENTES AU SEIN DES SIGNALEMENTS EXTERNES D'UNE LARGE INSTITUTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE : EVOLUTION 2007-2012

LEPAINTEUR M., HUANG M., MONTEIL C., JARLIER V., FOURNIER S.
Siège AP-HP, PARIS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Décrire l'évolution des motifs de signalements externes d'infections nosocomiales au sein des 39 hôpitaux d'une large institution publique hospitalière au cours des 6 dernières années.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les caractéristiques des signalements d'infections nosocomiales émis par 39 hôpitaux publics (22 hôpitaux de court séjour (MCO), 16SSR-SLD, 1 HAD) ont été recueillies de façon prospective entre 2007 et 2012 : date du signalement, hôpital concerné, motif, mesures prises, nombre de cas...

RÉSULTATS

Le nombre de signalements a pratiquement doublé en 6 ans, passant de 94 en 2007 à 183 en 2012, ce qui représente en moyenne, en 2012, 9 signalements pour 1000 lits (10/1000 lits en MCO, 4/1000 lits en SSR-SLD). En 2012, 96% des signalements ont été transmis via le nouvel outil de télésignalement des infections nosocomiales esin.

Cette progression du nombre de signalements est liée à une augmentation des alertes à bactéries multirésistantes considérées comme émergentes (BMRe) en raison de leur mécanisme de résistance aux antibiotiques exceptionnel en France. Il s'agit des entérocoques résistants à la vancomycine, des entérobactéries productrices de carbapénèmes (EPC), et des *Acinetobacter baumannii* résistants à l'imipénème (ABRI). En effet, les BMRe représentaient 19 signalements (20%) en 2007 contre 122 (67%) en 2012. La majorité de ces BMRe ont été isolées chez des patients ayant été hospitalisés à l'étranger (84% des signalements d'EPC).

Parallèlement, le nombre des autres motifs de signalement est resté stable (épidémies de gastro-entérite, épidémies de grippe, infections à streptocoque du groupe A...) ou a diminué

(23 infections à *Clostridium difficile* en 2007 contre 7 en 2012 ; 11 légionelloses nosocomiales en 2007 contre 5 en 2012).

CONCLUSION

Depuis 6 ans, le nombre de signalements d'infections nosocomiales est en nette augmentation dans les 39 hôpitaux d'une large institution publique. Cette augmentation se fait principalement à la faveur des BMRe. Ces BMRe sont identifiées le plus souvent chez des patients rapatriés d'un pays étranger ce qui justifie d'isoler et dépister ces patients afin de limiter la diffusion de ces mécanismes de résistance aux antibiotiques.

P-105

CONTAMINATION DE SAVON À L'ORIGINE DE 2 INFECTIONS À SERRATIA MARCESCENS EN RÉANIMATION NÉONATALE

BLÉRIOT A., FAILLA V., GEBRAEL G., SIMAC C.
CHU sud, SAINT-PIERRE, RÉUNION

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Deux cas d'infections à *Serratia marcescens* en réanimation néonatale à conduit à réaliser une investigation microbiologique environnementale. L'origine était les flacons de savon dont les pompes doseuses se contaminaient lors de l'utilisation.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

La survenue, à quinze jours d'intervalle, de deux infections à *Serratia marcescens* chez des prématurés occupant la même chambre, a conduit le service à alerté l'équipe opérationnelle d'hygiène.

Outre une analyse des dossiers et la mise en place d'une surveillance prospective, des prélèvements de l'environnement (surfaces, solutions antiseptiques, savons...) du service ont été réalisés.

RÉSULTATS

Serratia marcescens n'a pas été retrouvé dans les prélèvements de surfaces et d'antiseptiques.

Par contre, la culture des flacons de savon utilisés pour la toilette des enfants a montré que :

les flacons non ouverts étaient non contaminés,
les flacons ouverts, savon prélevé par les pompes doseuses, étaient contaminés à *Serratia marcescens* et à d'autres Entérobactéries,

C'est donc lors de l'utilisation que les flacons se contaminaient. Les pratiques du service concernant l'utilisation des savons ont été recherchées :

Les dates d'ouverture ne sont pas notées.

Un flacon est utilisé pour plusieurs enfants car il est utilisé jusqu'à la fin.

Les soignants ont utilisé ce savon pour réaliser leurs hygiènes des mains suite à une rupture de stock du savon doux.

Mesures prises :

Ces savons pour la toilette ont été supprimés. En attendant la mise à disposition de conditionnement unidose, l'utilisation d'un flacon de savon par enfant a été recommandée.

Une nouvelle sensibilisation du personnel à l'utilisation des SHA a été réalisée.

CONCLUSION

Même si nous ne pouvons pas affirmer que les souches des savons et des enfants soient identiques puisque leur typage n'a pas été effectué, cet épisode a permis d'éliminer une source de transmission croisée. Un an plus tard, aucun autre enfant en réanimation néonatale n'a été infecté par *Serratia marcescens*.

P-106

PRÉVENTION DES INFECTIONS DU SITE OPÉRATOIRE (ISO) EN CHIRURGIE CARDIAQUE : INTÉRÊT DU DÉPISTAGE RAPIDE DU PORTAGE NASAL DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS LORS DE LA CONSULTATION PRÉOPÉRATOIRE

THEVENOTS., JAYLEC., TOUROULT-JUPINP., VERNETV., CORBI P., BURUCOA C., PLOUZEAU C.
CHU La Milétrie, POITIERS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le portage de *S. aureus* est un facteur de risque reconnu d'ISO. L'intérêt de son dépistage en vue d'une de la décolonisation des porteurs a été récemment démontré en Chirurgie cardiaque (Bode *et al.*, N. Engl. J. Med, 2010). La mise en place du dépistage de *S. aureus* en chirurgie se heurte à des problèmes organisationnels. Un dépistage à l'admission retarde la mise en route du protocole de décolonisation. Un dépistage par culture lors d'une consultation rend difficile l'information du patient colonisé.

Nous avons voulu évaluer l'intérêt de la mise en place d'une procédure de dépistage simple et rapide permettant au patient porteur d'être identifié avant la fin de la consultation préopératoire de Chirurgie cardiaque au CHU de Poitiers. Ceci permet de lui donner les consignes de décolonisation adaptées en consultation. Nous avons ainsi évalué la faisabilité et la compliance des patients et pourrions comparer l'incidence des ISO avec celle de la période précédente.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Population incluse : l'ensemble des patients programmés en Chirurgie cardiaque sur un an (environ 400).

Dépistage : Un écouvillonnage nasal est réalisé lors des consultations préopératoires (durée = environ 3 h). La PCR rapide MRSA/SA sur GeneXpert permet une analyse au laboratoire en 71 min.

Information du patient : En fin de consultation, un infirmier prend en charge les patients porteurs afin d'expliquer le protocole de décontamination.

Protocole de décolonisation : 3 applications intranasales/j de mupirocine et une douche antiseptique à J-2, J-1 à domicile, J0 à l'entrée puis à J+1, J+2 de l'intervention où le protocole est poursuivi en Réanimation.

Traçabilité : L'infirmier remet avec l'ordonnance une fiche sur laquelle le patient doit tracer chaque application nasale et chaque douche. Cette traçabilité est poursuivie dans les services de soins.

RÉSULTATS

Après 6 mois, 204 patients ont été inclus soit l'ensemble des patients programmés sur cette période. Tous ont accepté le dépistage, 57 étaient porteurs (28%), dont 3 de SAMR (1,5%). Le résultat était rendu en moins de 2h30 (pré et post analytique inclus) dans 85% des cas. A ce jour 46 patients ont été opérés avec un délai moyen entre le dépistage et la chirurgie de 27 jours. Tous ont appliqué le protocole de décolonisation et aucune ISO profonde n'a été identifiée.

CONCLUSION

Le dépistage rapide lors de la consultation préopératoire permet de mieux communiquer les mesures de décolonisation au patient. L'impact sur l'incidence des ISO pourra être évalué dans quelques mois.

P-107

SURVEILLANCE DES INFECTIONS DU SITE OPÉRATOIRE DANS UN ÉTABLISSEMENT PRIVÉ : 15 ANS D'EXPÉRIENCE

FONT-DUBARRYL.⁽¹⁾, RUBANAGNIELF.⁽¹⁾, BOUBLILD.⁽¹⁾, CHAPUIS C.⁽²⁾

⁽¹⁾ CLINIQUE DU PARC, LYON, FRANCE ; ⁽²⁾ EQUIPE SECTORIELLE DE PREVENTION DU RISQUE INFECTIEUX, SAINT GENIS LAVAL, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La surveillance des infections du site opératoire (ISO) est une priorité des établissements chirurgicaux. Un établissement privé de 210 lits a initié dès 1996 le recensement en continu des ISO. Cette surveillance est en place depuis plus de 15 ans.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

La fiche de surveillance du réseau ISO du CCLIN sud-est est renseignée et saisie au bloc pour l'ensemble des interventions. De 1996 à 2006, la détection des ISO est réalisée de manière rétrospective, sans sollicitation des praticiens, à partir des données mensuelles du laboratoire (laboratoire unique gérant les prélèvements d'hospitalisation et de consultation) et du dossier médical. A partir de 2007, la démarche devient prospective avec un système d'alerte informatique devant toute bactériologie positive. A chaque alerte, l'infirmière hygiéniste envoie au chirurgien une fiche de suspicion d'infection qui permet au praticien de préciser le motif de prélèvement, l'éventuelle présence de signes infectieux, les antécédents d'intervention et de classer l'infection comme, associée aux soins ou non, acquise dans l'établissement ou importée. L'EOH établit un bilan quadrimestriel des ISO à l'aide du module d'analyse proposé par le CCLIN.

RÉSULTATS

Un total de 124554 patients ont été inclus de 1996 à 2011 avec un taux d'ISO global évoluant entre 1.11% (1996) et 0.32% (2011). Les résultats stratifiés par niveau de risque sont envoyés à l'ensemble des chirurgiens et présentés en CLIN. En 2012 la surveillance globale par patient est abandonnée et l'établissement s'est engagé dans la surveillance globale agrégée proposée par le CCLIN.

CONCLUSION

L'établissement dans sa politique de gestion des risques a d'emblée fait le choix d'une surveillance globale en continue incluant toutes les spécialités de l'établissement. Bien que non exhaustive, le laboratoire constitue une source facilement accessible de détection des éventuelles infections qui sont ensuite confirmées par les données du dossier patient. Initialement la surveillance reposait exclusivement sur l'équipe d'hygiène. La mise en place en 2007 d'une fiche de suspicion d'infection a permis d'impliquer les chirurgiens. Toutefois le système est arrivé à une limite avec la délocalisation de certaines consultations. Les prélèvements bactériologiques faits en cabinet pour des ISO superficielles sont gérés par d'autres laboratoires et ne sont plus répertoriés. Une nouvelle étape est maintenant d'inciter les praticiens à la déclaration spontanée des cas d'infections comme de tout autre évènement indésirable.

P-108

ÉPIDÉMIES À BACTÉRIES MULTIRÉSISTANTES DANS DES SERVICES DE GRANDS BRÛLÉS : SYNTHÈSE DE LA LITTÉRATURE SELON LA GRILLE ORION

GIRERD I., BÉNET T., VANHEMS P.
Hôpital Edouard Herriot, LYON, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Environ 12 000 hospitalisations et 200 décès par an en France sont attribuables aux brûlures. Les grands brûlés sont particulièrement exposés aux infections du fait de la rupture de leur barrière cutanée et de altération de leur immunité innée et acquise. Ces complications sont gravissimes : en effet, 75% des décès survenant après la période de réanimation sont imputables à des complications infectieuses. Parmi les germes, les bactéries multirésistantes (BMR) sont particulièrement problématiques puisqu'elles limitent les possibilités thérapeutiques et sont souvent responsables d'un retard à la mise en place d'une antibiothérapie adaptée.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une synthèse de rapports d'épidémies à BMR dans des services de grands brûlés a été réalisée en s'appuyant sur la grille ORION. Les mots clés utilisés ont été : « burns surgery outbreak », « burns multiresistant outbreak ». Trente-sept articles ont été retrouvés, 23 ont été exclus car ne répondant pas à une épidémie d'infections à BMR dans des services de grands brûlés.

RÉSULTATS

Quatorze articles relatant des épidémies survenues de 1976 à 2006 ont été étudiés. Une grande diversité de ces épidémies a été relevée, tant au niveau des germes en cause, de la durée de l'épidémie (de 1 mois à plusieurs années), que du taux d'attaque (de 1,9% à 18,6%). Les germes les plus fréquemment en cause étaient le *S. aureus* résistant à la méthicilline et *A. baumannii*. Un dépistage du personnel a été réalisé dans 6 études et retrouvait 0 à 20% de portage. Des prélèvements environnementaux ont été réalisés dans 7 études, et étaient positifs dans 5 d'entre elles. Une comparaison des souches à l'électrophorèse a été réalisée dans 9 études : 56% des épidémies étaient monoclonales. Le taux de mortalité chez les patients infectés variait de 0 à 33%. Les autres complications rapportées étaient un retard de cicatrisation, une mauvaise prise des greffons cutanés, et une augmentation de la durée d'hospitalisation. Plusieurs auteurs ont mis en avant la difficulté de gestion de ces épidémies. En effet, la mise en place correcte des mesures de précaution complémentaire n'était pas toujours suffisante et une fermeture de l'unité s'est révélée indispensable dans 3 épidémies. Le manque de consensus sur la gestion de ce type d'épidémie a été souligné.

CONCLUSION

Les infections ou colonisations à BMR sont responsables d'une augmentation de la morbi-mortalité dans cette population fragilisée. La prise en charge de ce type d'épidémie est problématique du fait d'une part d'une transmission plurifactorielle et d'autre part de possibilités thérapeutiques limitées chez une population vulnérable.

P-109

HYGIÈNE ET GESTION DU RISQUE INFECTIEUX EN FOYERS D'ACCUEIL MÉDICALISÉ ET MAISONS D'ACCUEIL SPÉCIALISÉES : ÉTAT DES LIEUX RÉGIONAL ET ATTENTES DE CES STRUCTURES

*LUCAS M., THILLARD D., GERMAIN J.M.
ARLIN Haute Normandie, ROUEN, FRANCE*

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les foyers d'accueil médicalisé (Fam) et maisons d'accueil spécialisées (Mas) sont concernés par le programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social. L'objectif de cette enquête était de connaître leurs caractéristiques et attentes en matière d'hygiène et gestion du risque infectieux.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Un questionnaire a été envoyé à l'ensemble des Fam et des Mas de la région. Il comprenait 8 parties concernant, les caractéristiques de l'établissement (E), le personnel, l'organisation des locaux, l'hygiène des mains, la gestion des soins, de l'environnement et les attentes des E dans le domaine de l'hygiène et la gestion du risque infectieux. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel Epi-info.

RÉSULTATS

18 Fam et 8 Mas ont répondu (68% des E). La capacité d'hébergement variait de 5 à 68 résidents (médiane à 38). Une grande diversité de personnes intervenaient auprès des résidents. Les principaux actes invasifs étaient des prélèvements de sang (n=22) et la pose de sonde urinaire (n=20). Plus de 80% des E accueilleraient des résidents incontinents. Une expertise en hygiène interne était présente dans 7 E. Pour l'hygiène des mains, tous les E disposaient de savon liquide, d'essuie-mains à usage unique et de solutions hydro-alcooliques. Dans 20 E, le personnel incitait les résidents à se laver les mains avant le repas et après passage aux toilettes. Tous les E mettaient à disposition du personnel des gants, 17 des masques et 13 des surblouses. Des dispositifs à usage unique étaient utilisés dans 20 E. Neuf E disposaient d'un

système de stérilisation (dont 3 à chaleur sèche) et 4 E d'un lave bassin.

Les E disposaient d'un document sur la prise en charge d'un patient présentant une diarrhée (n=15), une infection respiratoire aiguë (n=14) ou la gale (n=8).

La vaccination contre la grippe était proposée aux résidents dans 25 E et au personnel dans 16 E. Les E avaient un document sur les AES (n=18), le nettoyage des locaux (n=14), l'hygiène bucco-dentaire et la toilette du résident (n=8), le port de gants (n=7), l'aspiration buccale ou bronchique et sur le sondage vésical (n=5).

Plus de 85% des E étaient demandeurs d'aide pour la rédaction de fiches techniques et la formation du personnel. L'aide à la gestion de cas groupés intéressait 18 E, les conseils pour le ménage 15 E et les soins des résidents 13 E.

CONCLUSION

Il s'agissait de la première étude régionale auprès de ce type de structures. Le taux de participation témoigne de l'intérêt porté à cette problématique. Leurs principales attentes étaient la rédaction de protocoles ou fiches techniques et la formation.

P-110

BACTÉRIES HAUTEMENT RÉSISTANTES AUX ANTI-BIOTIQUES, LIMITES DE L'APPLICABILITÉ DU DÉPISTAGE DES PATIENTS CONTACTS DANS UN CHU

MUNIER E.⁽¹⁾, BÉNET T.⁽¹⁾, NICOLLE M.C.⁽¹⁾, OLTRA L.⁽¹⁾, HULIN M.⁽¹⁾, REVERDY M.E.⁽²⁾, DAUWALDER O.⁽²⁾, VANDENESCH F.⁽²⁾, VANHEMS P.⁽¹⁾

(¹) Edouard Herriot, LYON, FRANCE ; (²) Centre de Biologie et Pathologie Est, BRON, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le nombre de bactéries hautement résistantes (BHR) aux antibiotiques (entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC) et entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG)) est en constante augmentation en France. Les recommandations (DGS et HCSP, 2010) ont pour but la maîtrise de l'émergence et de la diffusion des BHR. L'objectif de ce travail est de souligner les limites de l'applicabilité des dépistages des patients contacts (PC) lors de la gestion de 4 alertes BHR dans un centre hospitalo-universitaire de 1000 lits.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'équipe d'Hygiène et Epidémiologie de l'établissement a investigué 4 cas de BHR, non liés entre eux, d'octobre à décembre 2012 (3 cas d'EPC et 1 cas d'ERG). Les patients porteurs de BHR

ont été placés en précautions complémentaires Contact selon les recommandations. Les PC, pris en charge par la même équipe soignante que le cas index, ont été recensés, dépistés et suivis.

RÉSULTATS

Le 1^{er} cas était une infection urinaire à *Escherichia coli* NDM, diagnostiquée après la sortie. Ce cas a généré 53 PC, 25 (47%) ont été dépistés (15 PC hospitalisés et 10 PC sortis à domicile). Pour le 2^{ème} cas, il s'agissait d'une colonisation digestive à *Enterococcus faecium* résistant à la vancomycine, connue à l'admission. Parmi les 86 PC identifiés, 74 (86%) ont été dépistés. Le 3^{ème} cas était une association de colonisation digestive à *Klebsiella pneumoniae* oxa 48 et une infection pleuro-pulmonaire à *E. coli* oxa 48. Parmi les 60 PC listés, 33 (55%) ont été dépistés (23 PC hospitalisés, 7 PC mutés dans un autre établissement et 3 PC sortis). Le 4^{ème} cas, un patient rapatrié du Brésil, présentait une ostéite à *K. pneumoniae* KPC, diagnostiquée après sa sortie. 87 PC ont été listés, 17 (20%) dépistés (13 PC hospitalisés et 4 PC mutés). Au total, 286 PC ont été recensés. 149 PC (52%) ont été dépistés au moins une fois, 44 PC deux fois et 19 PC trois fois. Les 137 PC non dépistés correspondaient aux PC décédés, mutés ou sortis. 205 prélèvements rectaux ont été réalisés soit 1,4/PC dépisté. Aucun cas secondaire n'a été détecté.

CONCLUSION

Le respect des recommandations concernant le dépistage des BHR chez les PC reste problématique. Une évaluation de l'absence d'exhaustivité de dépistage des PC mérite d'être discutée et explorée pour identifier son éventuel impact sur la diffusion des BHR dans les établissements et dans la communauté. Par ailleurs, des évaluations médico-économiques sont souhaitables au sein des services d'hygiène hospitalière et de microbiologie.

P-111

INCIDENCE DES PNEUMOPATHIES ACQUISES SOUS VENTILATION MÉCANIQUE À PSEUDOMONAS AERUGINOSA EN RÉANIMATION, DE 2003 À 2011

BETEND F.⁽¹⁾, CRONENBERGER S.⁽¹⁾, BENET T.⁽²⁾, VANHEMPS P.⁽²⁾, SERVICES DE RÉANIMATION, HOSPICES CIVILS DE ..⁽³⁾, UNITÉS D'HYGIÈNE DES HOSPICES C ..⁽³⁾
⁽¹⁾ Hôpital Edouard Hériot, Service d'Hygiène, Epidémiologie et Prévention, LYON, FRANCE ; ⁽²⁾ Hôpital Edouard Hériot, Service d'Hygiène, Epidémiologie et Prévention. CNRS UMR 5558, laboratoire de biométrie et de biologie évolutive, Equipe épidémiologie et Santé Publique, LYON, FRANCE ; ⁽³⁾ Hospices Civils de Lyon, LYON, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les pneumopathies acquises sous ventilation mécanique (PAVM) sont la première cause d'infections nosocomiales (IN) chez les patients hospitalisés en réanimation. *Pseudomonas aeruginosa* est un des microorganismes les plus fréquemment responsable de PAVM. L'objectif du travail était de décrire les tendances d'incidence des PAVM à *P. aeruginosa* en réanimation entre 2003 et 2011.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les données ont été collectées de manière prospective dans le cadre de la surveillance des IN dans 10 services de réanimation d'un centre hospitalier universitaire. Tous les patients hospitalisés au moins 48 heures entre 2003 et 2011 ont été inclus. Le caractère nosocomial était retenu lorsque les infections survenaient au moins 48 heures après le début d'hospitalisation. Seule la première PAVM a été considérée et les co-infections ont été rapportées. Une régression de Poisson a permis d'analyser la tendance d'incidence.

RÉSULTATS

L'analyse a porté sur 20 828 patients hospitalisés en service de réanimation ; 2104 (10,1%) ont présenté une PAVM parmi lesquels 523 (24,9%) étaient dues à *P. aeruginosa*. Dans 387 (74%) de ces PAVM, *P. aeruginosa* était retrouvé comme le seul germe responsable, il était associé à un autre germe dans 136 (26%) PAVM. Parmi les patients atteints de PAVM à *P. aeruginosa*, 160 (30,6%) étaient des femmes d'âge médian de 65,0 ans. 57 (10,9%) patients étaient admis pour motifs traumatologiques, 100 (19,4%) étaient immunodéprimés et 392 (75%) bénéficiaient d'un traitement antibiotique à l'admission. Le taux d'incidence des PAVM à *P. aeruginosa* était de 3,8 en 2003 et de 5,4 en 2011 pour 1000 jours d'intubations à risque ($p=0,09$). L'incidence est stable sur la période (ratio d'incidence brut = 1,00 ; IC 95% 0,97-1,03, $p=0,97$). La mortalité hospitalière des patients atteints de PAVM à *P. aeruginosa* est de 39,6% ($n=207$). Par ailleurs, 130 (24,9%) souches de *P. aeruginosa* étaient résistantes aux céphalosporines de 3^{ème} génération (C3G). La proportion des souches résistantes aux C3G variait sur la période ($p=0,002$), sans tendance linéaire. En 2011, 17 (30,9%) des souches étaient résistantes aux C3G et 12 (21,8%) à l'imipénème.

CONCLUSION

Les PAVM à *P. aeruginosa* restent des infections fréquentes et graves. La résistance à l'imipénème semble émerger et pourrait poser des problèmes thérapeutiques.

P-112

PATIENTS ADMIS DE L'ÉTRANGER : EXPÉRIENCE D'UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

GOTTY S., ALAABOUCHE I., HUSSON P., BRION A., LE GUINCHE I., ZAHAR J.R.

GHU Necker Enfants-Malades, PARIS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La circulaire du 06/12/2010 incite les hôpitaux français à réaliser, dans le cadre de la maîtrise des Bactéries Hautement Résistantes (BHR), un suivi spécifique des patients transférés de l'étranger. En Juillet 2011, une alerte informatique automatisée, basée sur l'adresse de domiciliation du patient et envoyée à l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH), a été mise en place. Les objectifs de notre étude sont d'évaluer l'efficacité du système d'alerte ainsi que le respect des recommandations par les équipes soignantes.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Deux modalités d'alerte sont évaluées sur une période de 17 mois : Période 1 (P1) : Suite à l'alerte, déplacement de l'EOH dans chaque unité et information des soignants sur les mesures recommandées (chambre individuelle, précautions complémentaires et dépistage anal). Période 2 (P2) : Envoi d'un mail aux cadres de santé et aux cliniciens référents en hygiène, doublé d'un appel téléphonique.

L'évaluation du système d'alerte porte sur le respect des mesures constaté lors du passage systématique de l'EOH dans les jours qui suivent. Les données recueillies (administratives, cliniques, géographiques et microbiologiques) sont saisies dans un fichier informatique puis analysées.

RÉSULTATS

Sur 17 mois, 760 alertes informatiques sont émises dont seules 522 sont analysées (48 erreurs de domiciliations, 190 patients sortis avant passage). Il s'agit de 395 (76%) patients venant d'un pays à haute prévalence et 68 (13%) transférés d'une structure hospitalière.

Les précautions sont respectées dans 100 cas (19%) (P1 (14%) vs P2 (34%), $p < 0.0001$). La chambre individuelle, les précautions complémentaires et le dépistage sont respectivement appliqués dans 339 (65%), 231 (44%) et 315 (60%) des cas. 52 (17%) dépistages effectués sont positifs à bactéries multi résistantes (BMR) et seuls 2 positifs à BHR.

Il existe une différence significative dans le respect des recommandations entre les deux périodes (P1 (14%) vs P2 (36%), $p < 0.0001$) liée à l'application plus fréquente des précautions complémentaires (P1 (38%) vs P2 (61%), $p < 0.0001$).

Dans ce travail, le respect des mesures est lié à une alerte émanant du cadre hygiéniste ($p=0.04$), à la provenance géographique du patient ($p=0.04$) et aux modalités de fonctionnement dans la période P2.

CONCLUSION

Notre expérience suggère que seuls 0.4% des patients transférés de l'étranger sont porteurs de BHR et que les mesures ne sont respectées que dans 19% des cas. Une période d'apprentissage et une séniorisation de l'alerte semblent associées à une amélioration du niveau d'adhésion des professionnels aux recommandations.

P-113

CATHÉTER CENTRAL À INSERTION PÉRIPHÉRIQUE : SUIVI PROSPECTIF DES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES

HERLEDAN C., SERRANO C., NOURY C., DELEPINE R., DE LAVEAUCOUPET J., ROY S.

Antoine Béclère, CLAMART, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le Picc est un cathéter veineux central inséré par voie périphérique. Il permet les perfusions de longue durée de médicaments veinotoxiques ou chez les patients à faible capital veineux. Depuis octobre 2012, le service de radiologie effectue des poses de ce dispositif médical (DM) dans notre établissement. Il s'agit donc, pour les équipes soignantes, d'un nouveau DM pour lequel des formations d'utilisation et d'entretien sont nécessaires. Celles-ci ont été réalisées et des documents relatifs à l'entretien des Picc ont été mis à disposition des équipes. L'objectif de cette étude est de dresser un état des lieux de la survenue des événements indésirables (EI) pour tous les Picc posés.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Tous les patients ayant bénéficié de la pose de ce DM ont été inclus, quels que soient l'indication de la pose et le type de Picc (mono ou bi-lumière). Le recueil prospectif de la survenue d'EI a été réalisé à partir des dossiers infirmiers et médicaux.

RÉSULTATS

11 Picc ont été posés pour 10 patients adultes, un patient ayant bénéficié de 2 poses, ce qui correspond à 388 jours Picc (JP). 4 poses ont été réalisées pour la chirurgie et 7 pour des services de médecine. 9 Picc étaient des mono-lumière et 2 des bi-lumières. Les indications de pose étaient : antibiothérapie (5),

nutrition parentérale (4), chimiothérapie (3), autres indications (1). 100% des poses ont été réalisées avec succès. Les EI enregistrés étaient : infection (2, soit 5/1000JP), embolie gazeuse (1, soit 3/1000JP), retrait accidentel du Picc (1, soit 3/1000JP), obstruction totale (7, soit 18/1000JP) ou partielle (4 soit 10/1000JP) du Picc. Le délai moyen de survenue du premier EI était de 11,5 jours. 3 obstructions ont eu lieu après la sortie du patient et ont conduit à une ré-hospitalisation.

CONCLUSION

Le Picc présente de nombreux avantages mais nécessite un suivi et un entretien rigoureux. Les taux de complications à distance que nous avons observés sont plus importants que ceux rapportés dans la littérature : 47% d'obstruction complète contre 13,5% dans l'étude de Kabsy *et al* [Kabsy *et al*, Bull Canc, 2010, 97, 1067-71], 13% d'infection contre 1,9%. Ceci peut s'expliquer par une formation insuffisante (formations suivies par 13% du personnel) ou le manque d'expérience. En effet, la plupart des services inclus dans l'étude n'a eu qu'un seul patient avec ce DM. Les formations vont être poursuivies et un kit de formation est en cours d'élaboration. Ces formations et ces documents seront proposés aux IDE libérales et des structures de soins de suite qui prennent de plus en plus souvent en charge des patients porteurs de Picc.

P-114

INTÉRÊT DE LA SURVEILLANCE DES HÉMOCULTURES POSITIVES À STAPHYLOCOQUES DANS L'ÉVALUATION DES BONNES PRATIQUES DE SOINS DE CATHÉTERS

IRANI P., MOGENOT E., PANGON B., NEULIER C., MERRER J.
CH Versailles, LE CHESNAY, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Nous avons posé l'hypothèse que la surveillance des hémocultures positives à staphylocoques permettait de repérer les mauvaises pratiques de soins de cathéters.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Dans un premier temps, depuis 2010, l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) a relevé de façon hebdomadaire toutes les hémocultures positives à staphylocoques (hors urgences et consultations). Les dossiers ont été ensuite analysés de façon à définir s'il s'agissait d'une infection ou d'une contamination ce qui a permis de mettre en évidence des cas groupés d'infections dans 2 services de l'hôpital. Dans un deuxième temps, un seuil d'alerte a été défini sur 6 mois en dehors d'un contexte de cas

groupés. Ce seuil a été réalisé selon la méthode de Shewhart : une densité d'incidence (DI) moyenne des hémocultures positives pour 1000 hémocultures prélevées a été calculée et à laquelle on a ajouté 3 déviations standard. Ce seuil a ensuite été appliqué rétrospectivement aux 2 services concernés et aux autres services de l'établissement utilisant fréquemment des voies centrales.

RÉSULTATS

L'application d'un seuil a permis de retrouver les cas groupés dans les 2 services tests (figure 1). Son application aux autres services fait suspecter des cas groupés jusqu'alors non identifiés.

CONCLUSION

L'élaboration d'une densité d'incidence des hémocultures positives à staphylocoques pour 1000 hémocultures prélevées avec définition d'un seuil à 3 déviations standards semble permettre le repérage de pratiques non conformes à l'échelle d'un service. D'autres méthodes statistiques utilisant une loi de Poisson sont actuellement à l'étude afin d'augmenter la sensibilité de ce seuil. L'utilisation de ces indicateurs calculés mensuellement permet donc de mettre en évidence rapidement des dérives dans les pratiques de soins et d'augmenter la réactivité de l'EOH.

P-115

EVALUATION DES PRATIQUES DE RECONDITIONNEMENT DES DISPOSITIFS MÉDICAUX STÉRILES À USAGE UNIQUE À LA PHARMACIE DU CHU

GABRIELL.⁽¹⁾, DIETEMANNJ.⁽¹⁾, DENISI.⁽¹⁾, PEYROUXA.⁽¹⁾, TURCO M.⁽²⁾, BERTHELOT P.⁽²⁾, NUIRY O.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pharmacie DMS - CHU Saint-Etienne, SAINT-ETIENNE, FRANCE ; ⁽²⁾ Unité d'hygiène - CHU Saint-Etienne, SAINT-ETIENNE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Certains dispositifs médicaux stériles (DMS) à usage unique présentent un conditionnement fournisseur qui n'est pas optimal pour une dispensation dans les services de soins. A la pharmacie, le déconditionnement de l'emballage de protection était jusqu'à présent réalisé extemporanément lors de la dispensation. Une procédure de déconditionnement/reconditionnement dans une salle dédiée a été élaborée afin d'améliorer les pratiques en terme d'hygiène. L'objectif de ce travail est d'évaluer cette nouvelle pratique.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Un audit de ressources et un audit sur la formation du personnel ont été réalisés. Puis, une étude observationnelle des pratiques concernant les règles d'hygiène lors du reconditionnement des DMS a été faite. Chaque opérateur a été évalué 3 fois après 4 mois de pratique.

RÉSULTATS

Les opérateurs disposent d'un local et de l'ensemble du matériel spécifique nécessaire prévu, en particulier une soudeuse adaptée à la fabrication de différentes tailles de sachets, un habillage spécifique, des solutions hydroalcooliques... Les instructions d'hygiène et les fiches de poste des agents d'entretien et des opérateurs de reconditionnement sont affichées ; les fiches de traçabilité du nettoyage sont complétées. Il a été nécessaire de revoir le nettoyage des surfaces, des équipements et du local avec les agents concernés, ceci afin de préciser la fréquence, le matériel et la répartition des tâches. Des évaluations périodiques seront réalisées sur ces points afin de s'assurer de la continuité de la qualité des prestations. Les 5 opérateurs ont acquis l'essentiel des règles d'hygiène suite à leur formation lors de la mise en place de l'activité, même si l'audit objective la nécessité de revoir certaines étapes de la procédure pour une validation des acquis (résultats en cours d'analyse).

CONCLUSION

Cette opération de reconditionnement, désormais intégrée dans une organisation suivie et évaluée, permet de sécuriser la qualité des DMS déconditionnés de leur emballage de protection industriel. Comme il n'existe pas de référentiel de recommandations encadrant cette activité au sein d'une pharmacie à usage intérieur, ni de procédure spécifique décrite dans la littérature, nos procédures ont été validées par l'unité d'hygiène du CHU. L'évaluation réalisée montre l'importance d'une formation approfondie des opérateurs et d'une sensibilisation aux bonnes pratiques d'hygiène, car ceux-ci sont parfois peu expérimentés dans ce domaine. Le service rendu pour les services fera l'objet d'une évaluation ultérieure.

P-116

DE L'UTILITÉ D'UNE ÉPIDÉMIE !!!

BROUSSEAU⁽¹⁾, **LEBRUNC**⁽¹⁾, **PERETM**⁽¹⁾, **LESIMPLEB**⁽¹⁾, **BAUER-GRANDPIERRE M**⁽¹⁾, **CORVEC S**⁽²⁾

⁽¹⁾ Centre Hospitalier, CHOLET, FRANCE ; ⁽²⁾ CHU, NANTES, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Août 2010, face à la forte augmentation de l'incidence des SARM dans un service de Cardiologie-Chirurgie vasculaire et à la mise en évidence d'un lien épidémiologique entre certaines souches, l'EOH décide de mettre en place une politique de dépistage.

Les objectifs sont d'identifier dès l'entrée les patients SARM afin de mettre en place les précautions complémentaires pour diminuer le risque de transmission croisée, de prévenir chez les patients SARM opérés le risque d'ISO en proposant une décolonisation pré-opératoire et une antibioprofylaxie adaptée et d'évaluer l'acquisition de SARM dans le service.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Après validation par le CLIN, le travail de préparation et d'organisation débute. Une collaboration étroite s'installe entre l'EOH, le laboratoire et le service. Le but est de rédiger le protocole d'enquête et de former le personnel aux techniques de dépistage, de décolonisation...

Des supports écrits sont créés et notamment un classeur « Foire aux questions ». Ce travail en amont est déjà l'occasion d'échanger avec les équipes sur la problématique de la transmission croisée.

Le 30 mai 2011, les dépistages commencent. L'IDE hygiéniste se déplace 3 à 5 fois par semaine dans le service pour recueillir les données, et répondre aux interrogations des soignants. Les questions portent sur l'organisation pratique des dépistages mais bien évidemment sur « les bonnes pratiques d'hygiène ». Tout au long du mois de juin, le classeur « Foire aux questions » s'étoffe proportionnellement à la connaissance des soignants.

RÉSULTATS

L'enquête devait durer 6 mois, mais le taux de SARM, élément déclencheur s'effondre au cours des 4 premiers mois (de 6‰ à 0,86‰ JH). L'enquête s'arrête le 30 septembre.

Sur ces 4 mois, 17 patients sur les 300 inclus sont dépistés SARM + à l'entrée. Aucune transmission croisée n'a été documentée et malgré quelques antibioprofylaxies non adaptées, aucune ISO n'a été diagnostiquée.

Si les résultats sur un plan épidémiologique ne sont pas proportionnels à la quantité de travail fournie avant et pendant l'enquête, l'arrêt de l'épidémie justifie le temps consacré à ce travail et les coûts engendrés.

CONCLUSION

La présence régulière de l'EOH dans le service a-t-elle suffi à stopper l'épidémie ?

En tout cas, l'épidémie a été l'occasion de rappeler à l'équipe les notions de précautions standard et complémentaires. Les soignants ne sont pas « venus » à la formation, la formation est venue à eux. Ce travail de terrain a certainement contribué à l'augmentation d'environ 30% de la consommation des SHA du service et à la diminution constante de l'incidence des SARM (0,6 ‰ en 2012).

P-117

POSTER ANNULÉ PAR L'AUTEUR

P-118

PRATIQUES DE DÉSINFECTION DES SURFACES DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SOIN

KARINTHI-DOYON A.⁽¹⁾, **CUADRADO C.**⁽¹⁾, **CHARDON M.**⁽²⁾, **CHAPUIS C.**⁽³⁾

⁽¹⁾ Prévention Santé Travail Agemetra AST Grand Lyon, LYON, FRANCE ; ⁽²⁾ Agemetra, OULLINS, FRANCE ; ⁽³⁾ Equipe Sectorielle de Prévention du Risque Infectieux, SAINT GENIS LAVAL, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La désinfection des surfaces est omniprésente dans les établissements de santé ; elle expose fortement les utilisateurs aux substances contenues dans les produits. Ces derniers sont sélectionnés pour leur pouvoir désinfectant mais plus rarement en fonction du risque pour la santé du personnel.

Ce travail est réalisé dans le cadre d'une étude menée conjointement par deux services interentreprises de santé au travail et une équipe d'hygiène inter-établissements. Son objectif est de recueillir les pratiques de désinfection des surfaces dans les établissements de santé pour mieux sensibiliser les acteurs de la désinfection, acheteurs et utilisateurs, aux risques pour la santé des salariés exposés aux produits.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Un questionnaire a été construit pour recenser les métiers utilisateurs, les lieux dans lesquels une désinfection de surface est pratiquée, les produits utilisés et les modes opératoires appliqués par les professionnels. Les données ont été recueillies lors de rendez-vous programmés dans les établissements adhérents des services de santé au travail ; le traitement des données a été effectué sur Excel.

RÉSULTATS

29 établissements de santé, soit 50% des structures adhérentes aux services de santé au travail, ont participé à l'étude.

Les deux principaux lieux d'utilisation des produits sont les espaces communs et les unités d'hospitalisation. On note une pluralité des métiers utilisateurs. La sous-traitance est retrouvée dans 11% des lieux et dans 37% des espaces communs.

¾ des produits utilisés sont référencés sur la liste positive de la SFHH 2009 et/ou sur Prohybase®.

Dans 43% des situations, le produit est pulvérisé. Dans 56% des cas, le produit est appliqué à la lavette ou à la lingette préimprégnée. Si dans la majorité des situations, on note la présence de gants, ce n'est pas le cas pour les masques ou les lunettes de protection. Le type de gants n'est pas toujours adapté.

CONCLUSION

Cette étude confirme la diversité des lieux et des personnels impliqués dans la désinfection. L'ensemble de ces professionnels doit être sensibilisé aux risques inhérents à l'utilisation des produits, en particulier lors de leur pulvérisation. Les résultats seront présentés dans chaque établissement par l'équipe de santé au travail.

La poursuite du travail s'attache à évaluer les risques pour la santé associés aux différents produits et à leur mode d'utilisation, afin d'intégrer les risques professionnels dans les critères de choix des produits de désinfection des surfaces.

P-119

EQUIPES INTER-ÉTABLISSEMENTS : VERS UNE NOUVELLE DÉMARCHE D'ÉVALUATION

AMSELLEM-DUBOURGET S.⁽¹⁾, **DAVIDIAN S.**⁽²⁾, **ARMANDIN.**⁽³⁾, **CROZEB.**⁽³⁾, **ROCHEM.**⁽³⁾, **LARROUMESN.**⁽¹⁾, **BATTAGLIOTTI P.**⁽¹⁾, **CHAPUIS C.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Equipe Sectorielle de Prévention du Risque Infectieux, SAINT GENIS LAVAL, FRANCE ; ⁽²⁾ Centre Hospitalier de Montélimar, MONTELMAR, FRANCE ; ⁽³⁾ Centre Hospitalier de Valence, VALENCE, 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 inter-établissements (EIE) apparaît dès 1995. Il est réaffirmé dans la circulaire du 18 novembre 2011. Ces équipes pluridisciplinaires de prévention du risque infectieux représentent une alternative à une organisation exclusivement in situ. Leur fonctionnement est fondé sur le partage de moyens humains entre plusieurs structures. Leurs activités s'apparentent à une prestation de service, dans une relation client-prestataire, dans laquelle le client est en position d'observer la production du service.

Trois EIE, intervenant dans 90 établissements sanitaires et médico-sociaux, se sont engagées dans une démarche qualité avec un objectif d'amélioration de la prestation fournie à ces structures.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le groupe de travail s'est appuyé sur la norme ISO 9001 pour dégager des critères de qualité applicables, reproductibles, relatifs à la gestion d'une prestation de service, et les adapter aux activités inter-établissements. Ils sont regroupés sous la forme d'une grille d'évaluation.

RÉSULTATS

Les différents items ont été développés à partir des thèmes de la norme : modalités d'organisation du travail et de collaboration au sein des établissements partenaires, management des ressources, champ de responsabilité du responsable de l'équipe et de la direction dont elle dépend. Ces critères sont déclinés selon une échelle de maturité, avec des niveaux d'exigence croissants. Ces derniers sont pondérés afin de suivre dans le temps le niveau de qualité obtenu.

CONCLUSION

Il est complexe d'évaluer les activités des EIE. Ceci est parfois réalisé à partir de questionnaires de satisfaction, qui restent subjectifs. La norme ISO 9001 décrit le système de management de la qualité concernant l'organisation en amont d'une prestation de service. Son adaptation aux EIE en hygiène permet de créer un référentiel d'évaluation. Ce nouvel outil est destiné à être utilisé dans le cadre d'un audit croisé ou d'une auto-évaluation. Cette démarche normée s'inscrit ainsi dans un processus d'amélioration continue de la prestation fournie aux établissements. C'est une étape préalable et indispensable à l'évaluation de la pertinence puis de l'impact des actions de prévention du risque infectieux.

P-120

GESTION DU RISQUE INFECTIEUX EN SECTEUR PROTÉGÉ D'HÉMATOLOGIE : APPORT D'UNE MÉTHODE ALARM À PARTIR D'UN CAS DE FUSARIOSE

NOTTEBAERT S.⁽¹⁾, BEAUVAIS D.⁽²⁾, BLAS G.⁽³⁾, CHARLES P.⁽²⁾, LEDEZ R.⁽¹⁾, MEYBECK A.⁽¹⁾, MONTAIGNE B.⁽⁴⁾, PLANTIER I.⁽²⁾, VACHEE A.⁽¹⁾, VERHEYDE I.⁽⁵⁾, WAES S.⁽¹⁾, LAURANS C.⁽¹⁾

⁽¹⁾ EOH, ROUBAIX, FRANCE ; ⁽²⁾ Hématologie, ROUBAIX, FRANCE ; ⁽³⁾ Ingénieur Environnement, ROUBAIX, FRANCE ; ⁽⁴⁾ Ingénieur Qualité, ROUBAIX, FRANCE ; ⁽⁵⁾ Coordinatrice GDR, ROUBAIX, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Suivie dans le service d'Hématologie pour une LAM1, une patiente de 57 ans a nécessité une chimiothérapie de rattrapage pour rechute début 2012, avec hospitalisation d'1 mois en secteur protégé. Le jour de la sortie est diagnostiquée une fusariose. Cet événement indésirable grave (EIG), atténué par un diagnostic rapide et une prise en charge infectiologique optimale, a fait l'objet d'une démarche d'analyse des causes a posteriori.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une cellule multidisciplinaire a analysé par méthode ALARM cet EIG afin d'en déterminer les causes racines. La grille utilisée était tirée du document HAS. Plusieurs réunions, et l'interview du personnel du secteur ont permis une réflexion collégiale sur le plan d'action.

RÉSULTATS

Les principales actions définies s'articulaient autour de la prise en charge du patient et de sa famille, les circuits en secteur protégé et leur signalisation, la maîtrise environnementale, la formation du personnel et leur information, et plus généralement sur l'interactivité des différents acteurs impliqués dans ce secteur.

En 2012, certaines de ces actions sont déjà réalisées telles que l'organisation et la formalisation de la consultation d'annonce par l'infirmière, le support explicatif aux familles sur l'habillage en secteur protégé, la signalétique spécifique et explicative de ce secteur à risques ainsi qu'une procédure dégradée en cas de défaillance de la centrale d'air. Des réunions semestrielles avec le personnel du service ont été programmées. En 2013, les actions se concentreront autour de la formation du personnel, de la réalisation d'un livret d'accueil pour le patient et sa famille expliquant les risques de l'aplasie et les règles du secteur protégé, mais également sur la rédaction des principaux circuits (patient, linge, personnel, service technique, matériel). Enfin, nous pourrions établir une cartographie des risques et un plan de maîtrise du secteur protégé.

CONCLUSION

L'analyse de cet EIG nous a permis de prendre conscience des insuffisances de collaboration dans ce secteur à risque, et de planifier les tâches à réaliser pour que la gestion du risque infectieux soit la meilleure possible dans ce secteur. Une fois les actions mises en place, une évaluation de celles-ci s'imposera, et un suivi d'indicateurs sera réalisé. Cette collaboration multidisciplinaire est enrichissante et motivante pour tous ses acteurs, avec des résultats qu'il était urgent de mettre en place, l'établissement devant bientôt être confronté à des travaux importants à proximité de ce secteur.

P-121

LA CONTAMINATION BACTÉRIENNE DES POIGNÉES DE PORTE À L'HOPITAL

DAVULLU S., BURGER S., SALLES F., **MEUNIER O.**
Centre Hospitalier Haguenau, HAGUENAU, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les surfaces telles que les poignées de porte pourraient jouer un rôle important dans la transmission de bactéries et virus. En effet, non seulement les professionnels de santé mais aussi les visiteurs sont source potentielle de contamination de ces surfaces très manipulées qui deviendraient alors des réservoirs ou vecteurs de microorganismes potentiellement pathogènes. Certains fabricants proposent des poignées de porte dites « antimicrobiennes » AM (poignées AM avec ions argent). Nous avons voulu vérifier l'efficacité de ces matériaux annoncés comme limitant la survie des bactéries déposées par les mains des usagers.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Quelques mois après la mise en place des poignées de porte « AM », des prélèvements bactériologiques sont réalisés sur les poignées de porte des chambres du service bénéficiant de poignées AM et celles d'un service équipées de poignées « classiques ». Les prélèvements sont réalisés sur les parties intérieures et extérieures de chaque poignée de porte par empreintes gélosées (Rodac®). Ces prélèvements sont réalisés manuellement et toute la surface de la poignée de porte est mise au maximum en contact avec la surface de la gélose. Tous les prélèvements sont incubés pendant 48 heures à 37° C, puis pendant 72 heures à 30° C avant de réaliser un dénombrement des colonies formées : UFC par cm² prélevé.

RÉSULTATS

Nous ne montrons pas de différence significative entre la contamination du côté intérieur et extérieur de la poignée de porte et ce, quel que soit le groupe. De même, nous ne notons pas de différence significative entre les résultats des deux groupes de poignées « AM » ou « classique ». Nous retiendrons comme information utile pour l'hygiène hospitalière et la qualité du bionettoyage des surfaces très manipulées comme les poignées de porte des chambres que leur contamination moyenne peut être estimée dans notre Etablissement à 28 UFC par prélèvement, soit 1 UFC par cm².

CONCLUSION

Nous évaluons la contamination microbienne des poignées de porte de deux services de médecine de notre hôpital. La contamination moyenne semble faible et est de l'ordre d'1 UFC

par cm². Le bon usage des SHA par l'ensemble du personnel est peut-être à l'origine de cette faible contamination. Cette contamination n'est pas différente selon le modèle de poignée de porte prélevé alors que l'un des modèles est, selon son fabricant, traité par un procédé antibactérien.

P-122

PRISE EN CHARGE D'UNE BACTÉRIE HAUTEMENT RÉSISTANTE EN HOSPITALISATION À DOMICILE

RENAUD B.⁽¹⁾, LEMARECHAL V.⁽¹⁾, MAGNET M.⁽¹⁾,
CHAPUIS C.⁽²⁾

⁽¹⁾ SOINS ET SANTE, RILLIEUX LA PAPE, FRANCE ; ⁽²⁾ EQUIPE SECTORIELLE DE PREVENTION DU RISQUE INFECTIEUX, SAINT GENIS LAVAL, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les entérobactéries productrices de carbapénémases font partie des microorganismes émergents dit hautement résistants qui ont fait l'objet de nombreuses recommandations pour limiter leur diffusion en établissement de santé. Un établissement d'hospitalisation à domicile (HAD) de la région lyonnaise a été sollicité pour la prise en charge d'un patient tétraplégique porteur d'une *Klebsiella pneumoniae* OXA 48 au niveau urinaire.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une rencontre entre le médecin coordonnateur et l'infirmière hygiéniste de l'HAD et l'équipe hospitalière (service et hygiénistes) a permis de faire le point sur les modalités de prise en charge du patient et le suivi bactériologique nécessaire. L'équipe opérationnelle d'hygiène de l'HAD a rédigé un protocole et une fiche technique spécifique à la prise en charge du patient concerné en s'appuyant sur les protocoles déjà rédigés : plan local de maîtrise d'une épidémie et précautions complémentaires. L'ARLIN et l'ARS ont été informés de la démarche.

RÉSULTATS

Il a été choisi de prioriser l'hygiène des mains et la protection de la tenue, les autres mesures relevant des précautions standard. Une information a été délivrée en amont auprès de l'équipe de l'HAD et de l'équipe des professionnels (médecin, infirmiers, aides-soignants et kinésithérapeutes) intervenant au domicile du patient. Cette information s'est faite par téléphone et par diffusion du protocole. Le laboratoire et les ambulanciers ont également été informés en amont. Le jour de la sortie, l'infirmière hygiéniste s'est rendue au domicile du patient pour

faire le point avec les professionnels et l'entourage du patient. La fiche technique est disponible en permanence auprès du patient pour rappeler les mesures à mettre en œuvre. Le 2^{ème} prélèvement de contrôle n'a pas permis de retrouver la *K. pneumoniae* : ceci s'est avéré lié à l'ensemencement de l'écouvillon sur un milieu non spécifique. Le prélèvement ultérieur a confirmé la persistance du portage.

CONCLUSION

Les nombreuses recommandations sur la prise en charge des BHR n'évoquent pas la prise en charge du patient dans le cadre d'une HAD. Le choix a été fait de mettre l'accent sur le respect strict des précautions standard, l'hygiène des mains par friction et le port de tablier ou surblouse. L'information initiale et répétée de tous les acteurs du domicile peu familiers de ce type de situation est essentielle dans ce type de démarche : elle permet de rassurer les intervenants et de renforcer le respect des pratiques adaptées.

P-123

« ALERTE BMR » : UN SYSTÈME DE SURVEILLANCE DES INFECTIONS À BACTÉRIES MULTI-RÉSISTANTES DANS UN CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE, 2010-2012

MUNIER E., VANHEMS P., NICOLLE M.C., HULIN M., OLTRA L., HUOI C., POT E., GIRERD I., LUTRINGER-MAGNIN D., BÉNET T.

Edouard Herriot, LYON, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Une surveillance des infections à BMR a été mise en place suite à une épidémie d'infections à *Klebsiella pneumoniae* résistants aux céphalosporines de 3^{ème} génération (C3G-R) en 2008. L'objectif est de présenter la mise en place et les résultats de cette surveillance.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une surveillance prospective à partir des données de microbiologie a été effectuée entre le 01/01/2010 et le 31/08/2012 auprès de l'ensemble des patients hospitalisés dans un centre hospitalo-universitaire de 1000 lits. L'équipe d'Hygiène et Epidémiologie recevait quotidiennement une alerte ciblée des infections à BMR : *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM), *Escherichia coli* C3G-R, *Klebsiella pneumoniae* C3G-R et *Pseudomonas aeruginosa* C3G-R. Les cas étaient des patients ayant au moins un prélèvement à visée diagnostique positif. Les cas étaient nosocomiaux probables si le premier prélèvement

positif était réalisé \geq 48 heures après l'admission à l'hôpital. Un bulletin d'information a été diffusé à l'ensemble des médecins et cadres de santé de l'établissement.

RÉSULTATS

Au total, 217 445 séjours ont été recensés, 1004 infections à BMR sont survenues (incidence 4,6/1000 séjours), 560 (2,6/1000 séjours) étaient des cas nosocomiaux probables et 444 (2,0/1000 séjours) des cas importés. Le nombre total d'infections à SARM était de 239 (113 nosocomiales probables et 126 importées). Le nombre d'infections à *E. coli* C3G R était de 421 (223 nosocomiales probables et 198 importées). Le nombre d'infections à *K. pneumoniae* C3G-R était de 204 (121 nosocomiales probables et 83 importées). Le nombre d'infections à *P. aeruginosa* C3G-R était de 140 (103 nosocomiales probables et 37 importées). L'incidence semestrielle des infections à BMR est restée stable sur l'ensemble des 5 périodes ($p = 0,08$) (Figure 1). La part des infections importées est également restée stable ($p=0,5$). Au cours du 2nd semestre de 2010, 2 clusters de cas ont été détectés et investigués : un cluster d'infections à *E. coli* dans des services de médecine et de réanimation d'un pavillon et un cluster d'infections à *K. pneumoniae* dans un autre service de réanimation. Un 3^{ème} cluster a été détecté au cours du 2nd semestre 2011 à *E. coli* en hématologie.

CONCLUSION

Cette surveillance simple des infections à BMR a permis la détection précoce de clusters de cas d'infections et leur contrôle. La réalisation d'un bulletin trimestriel a permis une diffusion large de l'information.

P-124

LES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE "BACTERIEMIE" : PRETEXTES À PARLER D'HYGIÈNE

BURGER S., EXINGER J., HEIDT A., SALLES F., RIEGER J., **MEUNIER O.**

Centre Hospitalier Haguenau, HAGUENAU, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'enquête « Bactériémie » est réalisée tous les ans selon la même méthodologie (C.CLIN 2009). Les résultats permettent une sensibilisation à l'hygiène hospitalière de tous les professionnels et sont les « moteurs » pour de nouvelles enquêtes et audits des pratiques. Ce sont d'excellents prétextes à « parler hygiène » dans les services et les médecins prêtent toujours attention aux résultats.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Selon le protocole « Bactériémie », nous étudions pendant deux mois consécutifs toutes les hémocultures positives. L'analyse des dossiers cliniques permet de classer les épisodes en infections « communautaires » ou « acquises dans l'établissement » à l'occasion des soins. Les résultats rapportés à l'activité de l'établissement sur la période nous permettent de calculer les taux d'attaque et d'incidence successifs. De plus, la mise en évidence de particularités dans les résultats est à l'origine de nouvelles enquêtes.

RÉSULTATS

Les taux de contamination des flacons d'hémoculture (0.51 % en 2012) invitent à des rappels sur la procédure de prélèvement. Ces rappels portent leurs fruits (0.84 %, puis 0.57 % respectivement en 2010 et 2011) et bénéficient à l'hygiène hospitalière en général. Les incidences des bactériémies nosocomiales restent stables (0.85 infections pour 1000 JH). Les portes d'entrées infectieuses répertoriées permettent de resensibiliser au risque nosocomial et à sa gravité potentielle. En 2010, suite à une recrudescence d'infections communautaires à *S. pneumoniae*, nous avons réalisé une enquête rétrospective et relancé la communication sur la vaccination. En 2011, les bactériémies à point de départ sur chambre à cathéter implantable (CIP) ont fait l'objet de discussions concernant l'hygiène des soins sur CIP (révision de la procédure, auto-évaluation, enquête rétrospective et surveillance prospective des soins sur CIP). En 2012, ce sont des microorganismes rarement isolés (*Actinobaculum schaalii*, *Raoultella planticola*) qui justifient une revue de la littérature et une communication auprès du corps médical.

CONCLUSION

Les résultats de ces enquêtes relativement faciles à mener sont d'excellents prétextes à parler « hygiène » avec les acteurs de santé et à relancer la sensibilisation des professionnels sur le respect des procédures, le bon usage des dispositifs médicaux, l'attention à porter à d'éventuelles portes d'entrées infectieuses... Les hygiénistes cherchent des arguments pour convaincre les professionnels : l'enquête « Bactériémie » apporte des informations pertinentes pour de nouvelles campagnes de sensibilisation.

P-125

PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE DES BACTÉRIES MULTIRÉSISTANTES DANS UN CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

TIARAY HARISON M., RATOLOJANAHARY C.,
RAVOLOLONIAINA N.
CHU HJR Befelatanana, TANANARIVE, MADAGASCAR

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La résistance aux antibiotiques est un phénomène universel. La survenue d'infections intraitables par des antibiotiques n'est plus une simple menace pour l'avenir mais une réalité actuelle. Notre objectif dans cette étude est de rapporter les cas de bactéries multirésistantes (BMR) dépistés dans notre hôpital afin de renforcer les mesures de lutte contre ce problème.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective des données recueillies à partir des fiches de déclaration d'infection nosocomiale ou d'infection BMR durant 24 mois (janvier 2011 au décembre 2012). La fiche était remplie par le médecin qui recevait le résultat.

RÉSULTATS

Quatorze cas étaient colligés. Les patients étaient âgés de 35 à 77 ans. Il n'y avait pas de prédominance de sexe. La prévalence était 0,34 % parmi les cas de maladies infectieuses hospitalisés. L'appareil respiratoire était le site le plus infecté (8 cas) suivi des 3 plaies cutanées (1 pied, 1 escarre sacré, 1 ulcère de la jambe), puis de l'appareil urinaire (2 cas), et enfin un cas d'infection gynécologique. Les germes les plus retrouvés étaient les entrobactéries (7 klébsielles, 6 enterobacters, 1 acinetobacters, 1 *Echerichia coli*) et une cocci gram positif (staphylocoque chromogènes). Deux cas de co-infections de BMR étaient retrouvés (*klebsiela-Echerichia coli* et *klebsiela-staphylocoque*). Le diagnostic était obtenu par hémocultures dans 5 cas, crachats 4 cas, urines 4 cas, prélèvements cutanés 2 cas. Huit patients avaient une hospitalisation antérieure ; 5 patients séjournaient de réanimation et avaient eu des gestes invasives avant leur admission dans leur service. Le statut immunitaire et les comorbidités n'étaient pas mentionnés dans la fiche de recueil de données.

CONCLUSION

La prévalence de BMR dans notre étude paraissait faible alors que la déclaration des cas est obligatoire. Elle est probablement fautive car elle dépend de la conviction du médecin à faire la déclaration malgré que ce soit obligatoire. L'hospitalisation antérieure constituait le principal facteur d'acquisition de BMR dans notre étude suivi du séjour en réanimation. Les entérobactéries dominaient le tableau. La contamination était probablement manuportée ou matérioportée. La révision de notre fiche de déclaration ainsi que nos règles d'hygiène déjà en pratique seraient une nécessité absolue pour optimiser la stratégie de lutte contre ce fléau. La mise en place d'un protocole d'étude visant tous les personnels concernés dans cette lutte serait un atout considérable pour gagner la bataille contre ces BMR.

P-126**TRAITEMENT DES ENDOSCOPES NON AUTO-CLAVABLES : FAISABILITÉ ET EFFICACITÉ DE LA VISITE DE RISQUE**

VANDESTEENE S., GALY E., VERGNES H.
CCLIN Sud-Ouest, TOULOUSE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La visite de risque est une méthode d'évaluation globale des risques associés à une activité, combinant observations, entretiens et analyse documentaire. Elle permet à l'équipe pluri-professionnelle concernée de s'impliquer dans une démarche commune d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Nous avons évalué la faisabilité et l'efficacité de la méthode auprès des établissements de la région ayant bénéficié d'une visite de risque sur le traitement des endoscopes non autoclavables.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Un questionnaire a été envoyé aux équipes opérationnelles d'hygiène des établissements ayant bénéficié d'une visite de risque entre septembre 2010 et novembre 2012. Il leur était demandé d'une part, de noter la visite en termes de faisabilité et d'efficacité, d'autre part de décrire succinctement les actions mises en œuvre et les évolutions constatées en termes de communication, culture de sécurité, vision institutionnelle.

RÉSULTATS

Les huit établissements visités ont répondu à l'enquête. Les principales spécialités concernées étaient la gastro-entérologie, la pneumologie et l'urologie. Le nombre annuel d'examens réalisés variait d'une vingtaine dans un service d'urologie à plus de 1 500 dans un service de gastro-entérologie. Le traitement des endoscopes était totalement centralisé dans la moitié des établissements.

La visite de risque a globalement bien répondu aux attentes des équipes, qui en ont noté respectivement la faisabilité à 2,6 et l'efficacité à 2,8 sur 3. Ce sont les procédures, les pratiques de traitement, les équipements et la connaissance des appareils qui ont le plus souvent fait l'objet de mesures correctives. La perception institutionnelle des risques ainsi que la communication entre professionnels ont progressé. À l'inverse, les risques professionnels soulignés dans cinq établissements n'ont fait l'objet d'actions correctives que deux fois et la culture du signalement a progressé dans moins de la moitié des services.

CONCLUSION

Les visites se sont déroulées dans une atmosphère sereine et ont été l'occasion d'échanges nourris entre professionnels,

généralisant une dynamique positive au sein de chaque établissement. Certains d'entre eux émettent le souhait d'une extension de la démarche aux autres segments du processus endoscopie, afin de disposer d'une vision complète de tous les risques associés à cette activité. Ceci démontre à la fois la pertinence et la bonne acceptabilité de la visite de risque pour tous les professionnels impliqués.

P-127**POSTER ANNULÉ PAR L'AUTEUR****P-128****ENQUÊTE AUTOUR D'UN CAS POSSIBLE DE LISTÉRIOSE ASSOCIÉ AUX SOINS EN NÉONATOLOGIE**

LAZARUS C.⁽¹⁾, LECLERCQ A.⁽²⁾, LECUIT M.⁽²⁾, COIGNARD B.⁽³⁾, BLANCHARD H.⁽¹⁾, ASTAGNEAU P.⁽¹⁾
(1) CCLin Paris-Nord, PARIS, FRANCE ; (2) Centre National de Référence de la listériose, PARIS, FRANCE ; (3) INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE, SAINT-MAURICE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Un cluster de deux cas d'infections à *Listeria monocytogenes* a été signalé chez des enfants nés dans le même établissement à la même période. L'analyse microbiologique par une électrophorèse en champ pulsé a confirmé l'identité des souches entre les deux cas. Cette souche n'ayant pas été signalée chez d'autres cas humains ni dans des prélèvements alimentaires dans cette région et à cette période, une enquête a été déclenchée.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une investigation rétrospective a été conduite dans le but d'identifier le mécanisme de transmission. Une enquête alimentaire et un interrogatoire des deux mères reprenant les éléments de l'anamnèse a recherché des éléments en faveur d'un facteur commun pouvant être le vecteur de la transmission ou la source commune. Des prélèvements environnementaux ont été réalisés à la recherche de *L. monocytogenes*. Les protocoles d'hygiène ont été audités.

RÉSULTATS

L'enquête alimentaire n'a pas retrouvé d'éléments en faveur d'une source commune. En revanche, la chronologie d'apparition des symptômes, les facteurs communs de lieux (salle de naissance) et de personnes (même anesthésiste lors des deux accouchements)

sont des éléments en faveur d'une contamination croisée lors de la période périnatale. Néanmoins, les prélèvements environnementaux sont restés négatifs et les protocoles d'hygiène étaient conformes aux précautions standards.

CONCLUSION

Les données épidémiologiques sont en faveur d'une possible transmission croisée de *L. monocytogenes* chez ces nouveaux-nés. Cependant, aucun élément selon les données disponibles n'a permis de démontrer le mécanisme de cette possible transmission. Bien que pathogène non habituel, *L. monocytogenes* doit être évoqué comme une étiologie possible d'infections graves associées aux soins en période périnatale.

P-129

MODÉLISATION SPATIO-TEMPORELLE DES INFECTIONS À *C. DIFFICILE* EN FRANCE

LAZARUS C., BLANCHARD H., ASTAGNEAU P.
Cclin Paris-Nord, PARIS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En 2006-2007, une épidémie d'infections à *Clostridium difficile* (ICD) ribotype 027 a été identifiée dans les établissements de santé et médico-sociaux du Nord de la France. La mise en place d'une campagne de prévention comprenant des mesures de contrôle adaptées a permis de faire diminuer significativement le nombre de cas signalés. Depuis cette période, des cas sporadiques et des clusters de petite taille ont été régulièrement signalés dans la région. L'objectif de l'étude est d'évaluer le risque d'une réémergence de cette épidémie en utilisant des modèles statistiques de prédiction.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le signalement des ICD est basé sur le système de signalement des infections associées aux soins. La période d'étude retenue allait de janvier 2002 à Juin 2012. Une décomposition de la série chronologique du nombre de cas a permis d'analyser la tendance linéaire et la saisonnalité de l'incidence. Dans une deuxième partie, la méthode du krigeage ordinaire a été utilisée pour mettre en évidence les principales zones où se concentrent les cas à partir des coordonnées GPS des établissements de santé ayant déclaré au moins un cas d'ICD dans la période de l'étude. Un graphique tridimensionnel utilisant les coordonnées spatiales et temporelles des cas déclarés a été réalisé. Les calculs et tests statistiques ont été effectués à l'aide du logiciel R v.2.14.0.

RÉSULTATS

Durant la période de l'étude, 537 épisodes d'ICD ont été signalés par 195 établissements de santé dans l'inter-région nord. En se basant sur l'analyse graphique de la série, trois périodes ont été distinguées : pré-épidémique, per-épidémique et post-épidémique. Dans la période post-épidémique, on observait une tendance significativement décroissante ($p < 0,02$) alors qu'elle n'était pas significativement différente de 0 dans la période pré-épidémique. L'analyse spatiale a permis d'identifier une répartition des signalements essentiellement autour de trois grandes villes de l'inter-région : Paris, Lille et Lens. La représentation en 3D de la distribution des cas a permis de décrire la dynamique des ICD dans chaque région.

CONCLUSION

Les résultats de notre analyse n'apportent pas d'éléments en faveur d'une réémergence épidémique des ICD dans le Nord de la France. Cependant, il est possible que les ICD soient sous-déclarés, ce qui suggère qu'il est nécessaire de poursuivre les efforts de prévention mis en place dans les établissements depuis l'épidémie.

P-130

POSTER ANNULÉ PAR L'AUTEUR

P-131

ENQUÊTE D'IMPACT SUITE À L'AUDIT NATIONAL SUR LES CATHÉTERS VEINEUX PÉRIPHÉRIQUES : RÉSULTATS SUR 322 ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

VERJAT-TRANNOY D.⁽¹⁾, LANDRIU D.⁽¹⁾, GIARD M.⁽²⁾, LAPRUGNE-GARCIAE.⁽²⁾, AUPEEM.⁽³⁾, ERTZSCHEIDM.A.⁽³⁾, SIMON L.⁽⁴⁾, VERNIER N.⁽⁴⁾, ASTAGNEAU P.⁽⁵⁾

⁽¹⁾ Réseau Cclin-Arlin (Paris-Nord), GREPHH, PARIS, FRANCE ;

⁽²⁾ Réseau Cclin-Arlin (Sud-Est), GREPHH, LYON, FRANCE ;

⁽³⁾ Réseau Cclin-Arlin (Ouest), GREPHH, RENNES, FRANCE ;

⁽⁴⁾ Réseau Cclin-Arlin (Est), GREPHH, NANCY, FRANCE ;

⁽⁵⁾ Réseau Cclin-Arlin (Paris-Nord), PARIS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans le cadre du programme de prévention des infections nosocomiales 2009-2012, un audit national sur les cathéters veineux périphériques (CVP) a été mené en 2009-2010. Cet audit reposait sur un outil d'évaluation développé par le GREPHH. Suite à cet audit, une enquête intitulée « Impact de

l'audit CVP » a été organisée courant 2011 avec pour objectif d'évaluer les actions mises en œuvre par les établissements de santé (ES).

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les ES ayant participé à l'audit national ont été sollicités, un an après la fin de l'audit, pour répondre à un questionnaire d'évaluation en ligne. Il portait sur les thèmes suivants : le protocole, les pratiques et l'organisation, les matériels et les produits. Une réponse positive correspondait à une action soit déjà mise en place, soit prévue très prochainement. Les résultats obtenus ont été comparés aux résultats de l'audit pour en évaluer la cohérence.

RÉSULTATS

L'enquête s'est déroulée de mars à décembre 2011 dans 4 inter-régions. Un total de 43% des ES sollicités ont répondu au questionnaire (322/755). Le thème qui a le plus mobilisé les ES était celui des pratiques et de l'organisation (91%). Ce pourcentage était de 81% pour le protocole et de 54% pour les matériels et produits.

Pratiques et organisation : Une majorité d'ES a mené 1 à 2 actions (73%). La mesure la plus fréquente concernait la mise en place ou la révision de supports de traçabilité relatifs aux dates de pose et d'ablation et à la surveillance clinique (59%). Des formations ont été organisées dans la moitié des ES. Un quart des ES a monté un groupe de travail sur les CVP. Une surveillance clinique régulière a été mise en place dans 13% des ES. La révision du circuit de l'information n'a concerné que 6% des ES. Enfin, cet audit a servi d'EPP dans 28% des cas.

Protocole : Sur les 303 ES ayant déjà un protocole, 69% ont procédé à une actualisation. Un tiers des ES a procédé à une nouvelle diffusion du protocole dans les services.

Matériels et produits : Les changements les plus importants étaient ceux relatifs aux antiseptiques et aux CVP avec 40% d'ES concernés. Les moyens de prévention des AES (collecteurs, gants) ont été modifiés dans 10% des ES. Les autres matériels et produits ont concerné chacun moins de 10% des ES.

CONCLUSION

Cet audit a permis d'aller au-delà d'une simple actualisation du protocole. Les actions menées sont globalement cohérentes avec les résultats de l'audit national. Cette enquête, simple à mettre en place, a permis de confirmer l'efficacité de l'audit en termes de mesures correctives.

P-132

AUDIT SUR L'UTILISATION DES CHAMBRES À CATHÉTER À IMPLANTABLES

BADRIKIAN L., CHANDEZE E., LESENS O., TRAORE O. CHU Clermont-Ferrand, CLERMONT-FERRAND, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Un audit portant sur l'utilisation des chambres à cathéter implantables (CCI) a été réalisé afin d'évaluer l'application du protocole institutionnel et l'utilisation d'un set pour pose d'aiguille de Huber.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'audit s'est déroulé en juillet 2012 dans huit services et a comporté 18 observations de pose d'aiguille et le recueil de 39 questionnaires évaluant l'utilisation des CCI.

Les items comprenaient la connaissance du protocole, l'utilisation du set, la tenue, l'asepsie, le type d'aiguille, la technique de branchement et de retrait, le changement des lignes, la durée de maintien de l'aiguille, la technique de rinçage.

RÉSULTATS

Parmi les personnes interrogées, 95% connaissait le protocole mais seules 28% connaissait sa version récente avec utilisation d'un set de pose. Jugé pourtant très pratique, ce set n'était utilisé que par 40 % des utilisateurs.

Le port du masque (opérateur et patient) était bien respecté. Les frictions hydro-alcooliques n'étaient pas toujours réalisées au moment le plus critique du soin. Malgré le respect des quatre temps d'antisepsie, l'antiseptique n'était alcoolique que dans 40% des cas et le temps d'action était inférieur à 30 secondes dans 44 % des cas.

Le rinçage était systématiquement effectué avant et après utilisation de la CCI mais la technique en 3 poussées n'était réalisée que dans 72 % des cas avant utilisation, 59% des cas après prélèvement et 69% des cas après perfusion. Le branchement se faisait avec des compresses imbibées d'antiseptiques dans 72% des cas.

Le choix du calibre de l'aiguille ne suivait pas les recommandations puisqu'une aiguille de 19 G était utilisée dans 80% des cas (hors nutrition et transfusion).

Lors des traitements discontinus, l'aiguille était laissée en place dans 87% ces cas sans être strictement dans le cadre de l'exception citée dans la procédure.

La fréquence des changements de lignes était respectée pour les lipides ou le sang. En cas de perfusion continue d'un même produit, 39% des personnes changeaient les lignes tous les 7 jours au lieu des quatre jours recommandés. Le retrait de l'aiguille en pression positive était effectué par 90% des personnes.

CONCLUSION

Malgré la diffusion d'un protocole et la mise à disposition du set, cet audit met en évidence des critères à améliorer, probablement liés à un défaut de formation.

Certains critères du protocole comme le retrait de l'aiguille en cas d'injection discontinue sont peu respectés en raison d'une inadéquation avec le confort du patient et seront rediscutés au vu des nouvelles recommandations.

P-133**EPIDÉMIE D'ENTÉROCOLITES EN NÉONATOLOGIE**

CHAPUISC.⁽¹⁾, **IBANEZS.**⁽²⁾, **CORNATONE.**⁽²⁾, **CORDATN.**⁽²⁾, **BRUN O.**⁽²⁾

⁽¹⁾ EQUIPE SECTORIELLE DE PREVENTION DU RISQUE INFECTIEUX, SAINT GENIS LAVAL, FRANCE ; ⁽²⁾ CLINIQUE DU VAL D'OUEST, ECULLY, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'entérocolite nécrosante (NEC) est une maladie néonatale se présentant sous la forme d'une atteinte intestinale sévère conduisant dans certains cas à une perforation voire un décès. Il s'agit d'une affection grave, rare, qui survient essentiellement chez le prématuré ou le nouveau-né de faible poids de naissance. Elle s'exprime classiquement par une distension abdominale, des vomissements bilieux et des rectorragies survenant après le début de l'alimentation orale. La fréquence estimée est de 0.2 à 3 pour 1000 naissances. Nous rapportons l'investigation et les mesures de contrôle mises en œuvre pour une épidémie survenue dans une unité de néonatalogie de 9 lits de niveau 2A.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les cas sont définis comme suit

- présence d'une rectocolite avec radio normale sans signe clinique mais nécessitant un arrêt de l'alimentation orale de plus de 48 h
 - ou signes cliniques d'entérocolite avec images de pneumatose
- Une cellule de crise s'est réunie et a fait le point sur les différents cas et les hypothèses étiologiques : médicaments, préparation de l'alimentation et mesures d'hygiène. Les mesures suivantes ont été décidées :
- arrêt des admissions pendant 1 semaine
 - observation des pratiques d'hygiène en matière de prise en charge des enfants et de
 - préparation des biberons
 - suivi des consommations médicamenteuses
 - sensibilisation des professionnels médicaux et paramédicaux
 - prélèvements d'environnement
 - entretien à fond des locaux

Dans un 2^{ème} temps, une enquête cas-témoin a été menée avec une grille reprenant les principaux facteurs de risque.

RÉSULTATS

10 cas ont été recensés entre novembre 2011 et juin 2012 dont 6 entre mai et juin. Il s'agit de bébés de plus de 1 kg (min 1040 g, max 2290 g) avec un âge gestationnel moyen de 32 semaines. Aucune étiologie infectieuse n'est retrouvée. L'analyse des pratiques a identifié des points d'ajustement en matière de préparation des biberons et d'hygiène des mains. L'enquête cas-témoin n'a pas mis en évidence d'élément significativement associé avec la survenue des cas.

CONCLUSION

La physiopathologie des NEC est multifactorielle et demeure mal connue. La survenue de cas groupés suggère une composante infectieuse et une altération de la flore gastro-intestinale justifiant des mesures d'hygiène. Nos investigations n'ont pas retrouvé de facteur de risque spécifique. Cet épisode a entraîné une mobilisation de l'ensemble des acteurs du service et les mesures mises en œuvre ont permis la maîtrise du phénomène épidémique : aucun nouveau cas n'a été recensé depuis.

P-134**SIGNALEMENT EXTERNE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES : QUELLE ÉVOLUTION DEPUIS LE DÉPLOIEMENT DE L'APPLICATION E-SIN ?**

BARQUINS-GUICHARDS.⁽¹⁾, **BERNETC.**⁽²⁾, **BLANCHARD H.**⁽³⁾, **SÉNÉCHAL H.**⁽⁴⁾, **SIMON L.**⁽⁵⁾, **VENIER A.G.**⁽⁶⁾, **VAUX S.**⁽¹⁾, **THIOLET J.M.**⁽¹⁾, **COIGNARD B.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Institut de veille sanitaire, SAINT-MAURICE, FRANCE ; ⁽²⁾ Cclin Sud-Est, LYON, FRANCE ; ⁽³⁾ Cclin Nord, PARIS, FRANCE ; ⁽⁴⁾ Cclin Ouest, RENNES, FRANCE ; ⁽⁵⁾ Cclin Est, NANCY, FRANCE ; ⁽⁶⁾ Cclin Sud-Ouest, BORDEAUX, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Avec e-SIN, les établissements de santé (ES) procèdent depuis 2012 en ligne au signalement des infections nosocomiales (SIN) présentant un caractère rare ou particulier. Nous avons analysé les caractéristiques des SIN émis et reçus au niveau national en 2012.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les ES inscrits et connectés signalent selon des modalités (critères, fiche, circuit) inchangées ; e-SIN permet à chaque acteur (ES, Cclin, Arlin, ARS, InVS) d'ajouter un niveau

d'action, des éléments de suivi et de clôturer les SIN. Les informations sont hébergées dans une base de données unique et sécurisée.

RÉSULTATS

En 2012, 1 555 SIN ont été télétransmis par 554 ES (ES publics : 81%, ES privés : 19%) ; la part des ES publics augmentait (+33%) par rapport à 2010/2011 alors que celle des ES privés diminuait (-50%). Ces SIN correspondaient à 9 465 patients, dont 3% étaient décédés. Sur 1 555 SIN, 38% concernaient des cas groupés, 88% avaient fait l'objet d'investigations locales et 10% demandaient une aide extérieure. Par rapport à 2010-2011 (1 562 SIN de 661 ES par an en moyenne), le nombre de SIN est resté stable mais le nombre d'ES signalant a diminué de 16%, en lien probable avec des difficultés de connexion ; au 01/01/13, 56% des 5 431 utilisateurs inscrits avaient téléchargé leur certificat et 46% s'étaient connectés au moins une fois. Le recours au critère 1a (agent infectieux) restait stable et fréquent (50% des SIN) et le critère « Autres » était en augmentation (36% vs. 29%). En 2012, ces SIN ont permis le suivi de certaines émergences (EPC par exemple, bilans sur <http://www.invs.sante.fr/epc>) et conduit à 6 alertes InVS, nationale (infections à *Geotrichum* en hématologie), régionale (épidémie à EPC de type OXA-48) ou locale (arthrites à mycobactéries atypiques, choc septique après lipolyse, infections à streptocoque A en SSR ou épidémie à ABRI dans un CHU). D'autres épisodes ont permis des échanges avec les CNR ou l'ANSM (contaminations d'endoscope, d'un savon mousse à *Serratia*, endophtalmies et injections intra-vitréennes). Enfin, 25 retours d'expérience (REX) formalisés ont été produits par les CCLin.

CONCLUSION

Si e-SIN a facilité la gestion des SIN pour ses destinataires, ces données n'incluent pas ceux reçus des ES en mode dégradé. La diminution du nombre d'ES signalant est à surveiller car pouvant traduire un frein technique. Pour les utilisateurs connectés, l'appropriation des nouvelles fonctions (niveaux d'action, fiches de suivi, clôture) est en bonne voie. Une enquête de satisfaction permettra en 2013 de compléter ces éléments.

P-135

TRANSMISSION CROISÉE DE SALMONELLE EN SERVICE DE PÉDIATRIE

GALLON O.⁽¹⁾, **MIEN S.**⁽¹⁾, **TRAORE P.**⁽¹⁾, **TAHIRI C.**⁽¹⁾, **CHEVALLIER N.**⁽¹⁾, **ROLLET C.**⁽¹⁾, **PINA P.**⁽²⁾

⁽¹⁾ C.H. de Dourdan, DOURDAN, FRANCE ; ⁽²⁾ C.H. de Rambouillet, RAMBOUILLET, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les salmonelloses sont des toxi-infections alimentaires communautaires. La transmission hospitalière manuportée est rare mais mérite d'être surveillée.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous décrivons ici le cas de deux transmissions croisées de *Salmonelle* en service de pédiatrie.

RÉSULTATS

La figure représente le tableau synoptique des cas.

Six patients (P1, P2, P3, P5, P6 et P7) ont été hospitalisés pour une salmonellose communautaire dans le service de pédiatrie de notre hôpital entre avril et juin (on note J0 le jour de l'admission du premier cas de salmonellose). Deux types de souches de *S. enterica sp enterica* de même profil antigénique mais d'antibiogrammes différents ont été isolés : une souche « A » entre J0 et J23 et une souche « B » entre J22 et J37. Les précautions complémentaires contact ont été mises en place dès l'hospitalisation des cas.

Des jumeaux prématurés étaient hospitalisés dans le service dans la même période (P4 et P8). Le premier (P4) a présenté une salmonellose à J14 alors qu'il était hospitalisé depuis 29 jours. Le second (P8) a présenté une salmonellose à J37 alors qu'il était hospitalisé depuis 52 jours. Le premier était infecté avec la souche « A » et le second avec la souche « B ».

La recherche de *Salmonelle* faite chez les parents était négative.

CONCLUSION

Les professionnels du service de pédiatrie sont particulièrement sensibilisés à la prévention de la transmission croisée manuportée. La consommation en soluté hydroalcoolique (SHA) est la plus importante de l'hôpital et atteint 130% de son objectif personnalisé. De plus, les professionnels sont entraînés à mettre en place les mesures de précautions complémentaires contact (port de surblouses, renforcement de l'hygiène des mains et de l'environnement) en particulier au cours des épidémies hivernales de rotavirus.

Malgré les mesures mises en place, une transmission croisée de salmonelle a été observée chez deux enfants hospitalisés. Nous pouvons avancer plusieurs hypothèses : le rôle des parents comme vecteurs de transmission par leur présence quasi-permanente et leur participation aux soins ; la durée d'hospitalisation particulièrement longue pour ces jumeaux ; l'augmentation du nombre de cas de salmonelloses hospitalisées dans une courte période ; la charge de travail importante et le turnover élevé des patients.

Une consommation élevée de SHA et l'entraînement des équipes ne suffisent pas à éviter l'acquisition de microorganismes pathogènes. Nous avons engagé une étude d'observation qui devrait nous permettre d'identifier les situations et les pratiques à risque de transmissions croisées dans un service de pédiatrie.

P-136

CARACTÉRISTIQUES DES AES SURVENANT EN RÉANIMATION (DONNÉES NATIONALES RAISIN 2002-2010)

AMBROGI V.⁽¹⁾, **CAMPION C.**⁽¹⁾, **ABITEBOUL D.**⁽²⁾, **JARNO P.**⁽³⁾, **VENIER A.G.**⁽⁴⁾, **AYZAC L.**⁽⁵⁾, **POUJOL I.**⁽⁶⁾, **ASTAGNEAU P.**⁽¹⁾, **L'HERITEAU F.**⁽¹⁾, **RABAUD C.**⁽⁷⁾, **FLORET N.**⁽⁷⁾

⁽¹⁾ CCLIN Paris-Nord, PARIS, FRANCE ; ⁽²⁾ GERES, PARIS, FRANCE ; ⁽³⁾ CCLIN Ouest, RENNES, FRANCE ; ⁽⁴⁾ CCLIN Sud-Ouest, BORDEAUX, FRANCE ; ⁽⁵⁾ CCLIN Sud-Est, LYON, FRANCE ; ⁽⁶⁾ InVS, SAINT-MAURICE, FRANCE ; ⁽⁷⁾ CCLIN Est, NANCY, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les accidents exposant au sang (AES) exposent les personnels de santé au risque d'infection virale, surtout en réanimation où les gestes invasifs sont fréquents. Une surveillance nationale des AES (AES-RAISIN) existe depuis 2002. Cependant aucune donnée spécifique à la réanimation n'est disponible. L'objectif de cette étude était de décrire les caractéristiques des AES survenant en réanimation.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Cette enquête descriptive concerne l'ensemble des données nationales AES-RAISIN des AES déclarés dans les services de réanimation sur la période de 2002 à 2010. Les données ont été analysées sous SAS 9.2. Les variables décrites étaient : la tâche au cours de laquelle l'AES survenait, le mécanisme en cause, le matériel concerné et le caractère évitable ou non de l'AES.

RÉSULTATS

Sur 8736 AES déclarés, 73% touchaient des paramédicaux et 18% des médecins. Ces AES correspondaient pour 59% à des piqûres, 10% à des coupures et 29% à des projections. Parmi les 6095 accidents percutanés (APC), le mécanisme évoquait un APC évitable par le respect des précautions standard pour 2037 (34%). Des gants étaient portés par la victime et un collecteur OPTC était présent dans respectivement 77% et 75% des APC.

La tâche au cours de laquelle l'APC est survenu était un geste infirmier, un geste médico-chirurgical, un soin de nursing ou d'hygiène dans respectivement 56%, 18% et 9% des cas. Les gestes infirmiers étaient principalement des prélèvements veineux directs (21%), des injections sous-cutanées (20%) et des prélèvements de sang artériel (18%). Le mécanisme suggérait un APC évitable dans 29% des cas (38% des injections sous-cutanées, 21% des prélèvements veineux directs, 19% des prélèvements artériels). Les matériels en cause étaient surtout des aiguilles épicrâniennes (26%).

Les tâches médico-chirurgicales responsables d'APC étaient principalement la pose de voie veineuse centrale (30%) et la petite chirurgie (25%). Les matériels les plus souvent en cause étaient des aiguilles à suture (36%), des bistouris (12%). Le mécanisme suggérait un APC évitable dans 22% de ces cas, le plus souvent (80%) à cause de la manipulation d'instruments souillés posés dans un plateau ou sur une paillasse.

Au cours des 2530 AES par projection, 1097 (49%) sont survenus sans aucun moyen de protection du visage, 314 (14%) avec port de masque seul, 128 (6%) avec port de lunettes de protection.

CONCLUSION

Une meilleure connaissance des spécificités des AES en réanimation pourrait permettre de mener des actions de prévention adaptées, pour les AES évitables, en les priorisant par rapport aux tâches, mécanismes et matériels les plus concernés.

P-137

MISE EN PLACE D'UNE ENCEINTE DE STOCKAGE POUR ENDOSCOPES THERMOSENSIBLES (ESET) : UNE DÉMARCHE QUALITÉ PLURIDISCIPLINAIRE

HAVERBEQUE E., **DEWULF G.**, **BOULOIS O.**, **INGHELIS Y.**, **CRACCO A.A.**, **HUART C.**
Centre hospitalier de Valenciennes, VALENCIENNES, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'acquisition d'une ESET par le plateau d'endoscopie digestive a été votée lors d'un CLIN. Le choix s'est porté sur une enceinte à 2 compartiments de 10 postes de stockage chacun. Un groupe pluridisciplinaire comprenant l'endoscopie, l'EOH, le laboratoire et la stérilisation a été constitué pour définir les modalités et la réalisation de la qualification.

Cette qualification a été réalisée conformément aux obligations réglementaires (NF 98-030) et aux recommandations de la SF2H. La qualification ainsi que les actions d'amélioration ont été menées en collaboration : formation à la réalisation des prélèvements, amélioration du carnet sanitaire et de la traçabilité pour chaque endoscope de l'enceinte. Cette coopération et l'implication de chacun a permis de formaliser la démarche en tant qu'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) pluridisciplinaire.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le périmètre de l'EPP est l'ensemble du processus d'endoscopie : désinfection, stockage et prélèvement microbiologique. Les objectifs sont de quantifier les bénéfices apportés par

l'installation de l'ESET, en se basant sur des indicateurs avant/après. L'indicateur majeur est le pourcentage de résultats « niveau cible » obtenus lors des prélèvements de contrôle. Un chiffrage du gain de temps et le bilan du nombre d'exams réalisés sur une même période avant/après vont être réalisés. Un audit de pratique institutionnel complète cet EPP.

RÉSULTATS

D'après les premières observations dans le service, on constate une augmentation du nombre de prélèvements conformes, une diminution de l'usure des endoscopes due à la diminution du nombre de cycles courts en début de programme et une flexibilité pour les exams urgents en période de garde. Les résultats chiffrés et détaillés des indicateurs et de l'audit seront présentés lors du congrès.

CONCLUSION

L'intérêt de la démarche pluridisciplinaire, déjà démontré lors de la phase de qualification, est renforcé avec la mise en place de l'EPP. Elle prouve que l'implication de tous les acteurs et la mise en commun des compétences permet de favoriser l'amélioration des pratiques.

P-138

SURVEILLANCE DES BACTÉRIÉMIES LIÉES AUX CATHÉTERS VEINEUX CENTRAUX (CVC) EN NÉONATOLOGIE : RÉSULTATS DU RÉSEAU NEOCAT

L'HÉRITTEAU F.⁽¹⁾, **LACAVÉ L.**⁽¹⁾, **LEBOUCHER B.**⁽²⁾, **DECOUSSER J.W.**⁽³⁾, **DE CHILLAZ C.**⁽⁴⁾, **AUJARD Y.**⁽⁵⁾, **ASTAGNEAU P.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Cclin Paris-Nord, PARIS, FRANCE ; ⁽²⁾ CHU d'Angers, ANGERS, FRANCE ; ⁽³⁾ CHU Antoine Béclère, CLAMART, FRANCE ; ⁽⁴⁾ Institut de Puériculture et de Périnatalogie, PARIS, FRANCE ; ⁽⁵⁾ CHU Robert Debré, PARIS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les nouveau-nés (NN hospitalisés en néonatalogie sont exposés au risque de complications, parmi lesquelles, les bactériémies liées aux CVC (BLC) sont une des principales. Le réseau Neocat propose, depuis 2006, une surveillance en réseau de ces BLC.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les services de néonatalogie volontaires de l'ensemble de la France incluait, toute l'année, tous les nouveau-nés (NN) lors de la pose d'un CVC quels que soient la pathologie et le motif de pose. Les cathéters veineux ombilicaux (CVO) et les autres CVC ont été analysés séparément.

RÉSULTATS

En 2011, 30 services de 29 établissements ont inclus 3407 NN porteurs de 2888 CVO et 2497 CVC. L'âge gestationnel (AG) médian était de 32 semaines, le poids de naissance (PN) médian de 1505 g. Cinquante sept BLC ont été identifiées sur CVO (densité d'incidence (DI) 4,4/1000 jours-CVO, IC_{95%} [3,2-5,5]) et 353 BLC sur CVC (DI 10,9/1000 jours-CVC, IC_{95%} [9,8-12,0]). La DI était corrélée au PN (tableau).

PN	CVO		CVC	
	DI	IC _{95%}	DI	IC _{95%}
<=750g	19,7	[9,4 - 30,0]	22,7	[17,3 - 28,0]
]750g - 1000g]	4,4	[1,1 - 7,7]	14,6	[11,9 - 17,2]
]1000g - 1500g]	3,3	[1,6 - 5,0]	8,2	[6,6 - 9,7]
]1500g - 2500g]	3,3	[1,6 - 5,1]	7,2	[5,2 - 9,3]
>2500g	3,5	[1,1 - 5,9]	7,7	[3,9 - 11,4]

Par comparaison aux données de l'année 2008, l'incidence des BLC en 2011 s'est peu modifiée.

Soixante trois micro-organismes (MO) ont été isolés des hémocultures au cours des BLC sur CVO, et 395 au cours des BLC sur CVC. Ces MO étaient principalement des staphylocoques coagulase négative (respectivement 75% et 90% des épisodes de BLC sur CVO et sur CVC), *S. aureus* (19% et 10%, respectivement), et des entérobactéries (12% et 7%). Un *S. aureus* résistant à la métilcilline (SARM) a été isolé dans 4 des 36 BLC sur CVC à *S. aureus* et aucune des 11 sur CVO. Parmi les entérobactéries isolées des hémocultures, respectivement 1 sur 7 (14%) et 2 sur 24 (8%) étaient productrices de bêta-lactamase à spectre étendu (BLSE) au cours des BLC sur CVO et sur CVC.

CONCLUSION

Cette surveillance constitue un référentiel sur la DI des BLC en néonatalogie permettant aux ES de se comparer entre eux, de décrire l'évolution de l'incidence et de décrire l'écologie microbienne au cours des BLC en contexte néonatal.

P-139

AUDIT DE LA PRÉDÉSINFECTION AU SEIN D'UN CENTRE HOSPITALIER

RINALDI E., **ROSE H.**, **LOBRÉAUX J.**
CH Ploërmel, PLOËRMEL, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La prédésinfection constitue le premier traitement à effectuer sur les dispositifs médicaux souillés dans le but de diminuer la population de micro-organismes. Sa performance conditionne

toutes les étapes suivantes du processus de stérilisation et il est essentiel de bien la maîtriser. Ce travail a pour but de réaliser un état des lieux sur les pratiques de prédésinfection au sein du centre hospitalier et de réaliser des actions correctives si nécessaire.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Un audit a été mené au sein de 8 services de soin et du bloc opératoire, et portait sur les locaux, l'équipement, le personnel affecté à la prédésinfection, la technique, et le système d'assurance qualité. De juin à août 2012, les équipes paramédicales en charge de la prédésinfection ont été questionnées sur leurs pratiques.

RÉSULTATS

Des écarts par rapport aux référentiels établis ont été relevés fréquemment. 1 service sur 9 ne disposait pas de paillasse dédiée à la prédésinfection et 1 service ne disposait pas de bac adapté. La formation des agents préposés à la prédésinfection est effectuée de manière informelle (transmission orale entre collègues). 3 services sur 9 n'utilisaient pas la bonne dilution des produits de prédésinfection. Seuls 66% du personnel portaient des gants, 11% une surblouse et un masque et 0% des lunettes de protection lors de la manipulation des produits. Dans 22 % des cas, la durée minimale de la prédésinfection était trop courte en raison de la méconnaissance des protocoles existants. L'heure de début et de fin de la prédésinfection n'était relevée qu'au bloc opératoire. Le renouvellement de la solution du bac de prédésinfection, l'ouverture des instruments ou encore leur immersion étaient respectés dans tous les cas.

CONCLUSION

Des mesures correctives ont été mises en place afin d'uniformiser les pratiques au sein de l'hôpital permettant ainsi la correction d'erreurs récurrentes dans les services. Les protocoles de prédésinfection du bloc et des services ont été remaniés avec la participation des référents paramédicaux d'hygiène. Une formation a été programmée afin de sensibiliser le personnel à la protection et aux bonnes pratiques de prédésinfection.

P-140

FACTEURS DE RISQUE BACTÉRIÉMIÉS LIÉES AUX CATHÉTERS VEINEUX CENTRAUX (CVC) EN NÉONATOLOGIE (NEOCAT) : RÉSULTATS À PARTIR DES SURVEILLANCES 2007-2010

L'HÉRITEAU F.⁽¹⁾, **KODIO N.**⁽¹⁾, **LACAVÉ L.**⁽¹⁾, **DECOUSSER J.W.**⁽²⁾, **LEBOUCHER B.**⁽³⁾, **DE CHILLAZ C.**⁽⁴⁾, **AUJARD Y.**⁽⁵⁾, **ASTAGNEAU P.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Cclin Paris-Nord, PARIS, FRANCE ; ⁽²⁾ CHU Antoine Béclère, CLAMART, FRANCE ; ⁽³⁾ CHU d'Angers, ANGERS, FRANCE ; ⁽⁴⁾ Institut de Puériculture et de Périnatalogie, PARIS, FRANCE ; ⁽⁵⁾ CHU Robert Debré, PARIS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le recours aux cathéters veineux centraux (CVC) est fréquent chez les nouveau-nés (NN) hospitalisés en néonatalogie. Ce type de dispositifs expose au risque de complications, au premier rang desquelles, les bactériémies liées aux CVC (BLC). Le réseau Neocat a été mis en place en 2006 afin de proposer une surveillance des BLC en néonatalogie. Ce réseau recueille également les facteurs de risque (FdR) de BLC. L'objectif de ce travail était d'utiliser les données de plusieurs années de recueil afin d'obtenir une puissance suffisante pour mieux décrire ces FdR.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les données de quatre années de surveillance (2007-2010) du réseau de surveillance Neocat ont été utilisées. Tous les NN porteurs de CVC ont été inclus.

Les facteurs de risque (FdR) associés à une BLC ont été recherchés en analyse univariée, puis les variables significatives au seuil de $p \leq 0.20$ en analyse univariée ont été introduites dans une analyse multivariée par régression logistique.

RÉSULTATS

La population d'étude était composée de 5034 NN, porteurs de 5671 CVC. Au total 777 BLC ont été identifiées correspondant à une densité d'incidence (DI) de 9,8 /1000 jours CVC. En analyse multivariée, les facteurs de risque indépendants de BLC étaient : un faible poids de naissance (PN) $\leq 750g$ OR=2,41 IC95% [1,2-4,8] ; un PN compris entre]750g-1000g] OR=2,38 IC95% [1,2-4,6] ; l'extrême prématurité (âge gestationnel :AG) $\leq 25 SA$, OR=1,89 IC95% [1,2-2,9] ; une ventilation assistée OR=1,81 IC95% [1,4-2,3] ; le rang de pose du CVC avec une augmentation importante du risque à partir du 3^{ème} cathéter OR=3,47 IC95% [2,1-5,6] et $p < 0,0001$; le matériau de type polyuréthane, OR=1,37 IC95% [1,1-1,6] ; la durée de maintien du CVC $p < 0,0001$ avec une relation dose-effet peu notable entre J20 et J40.

CONCLUSION

L'utilisation de ces données de surveillance a permis de mettre en évidence les facteurs de risque de BLC. La connaissance de ces facteurs de risque peut permettre aux services participants d'ajuster leur incidence de BLC sur les FdR présents chez les NN qu'ils prennent en charge.

P-141

RISQUE INFECTIEUX AU BLOC OPÉRATOIRE ET EN RÉANIMATION PAR LE BIAIS DES RESPIRATEURS : UNE ENQUÊTE POUR L'ÉLABORATION DE PROTOCOLES

VALDEYRON M.L.⁽¹⁾, **CROZAT J.**⁽²⁾, **DEPAIX F.**⁽¹⁾, **GOUILLON D.**⁽¹⁾, **GRANDO J.**⁽¹⁾, **VANHEMS P.**⁽²⁾

⁽¹⁾ Groupement Hospitalier Est des HCL, BRON, FRANCE ; ⁽²⁾ Hospices Civils de Lyon, LYON, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans un hôpital comprenant 849 respirateurs d'anesthésie, de réanimation, et de transport, il était important d'harmoniser leur gestion pour éviter les contaminations directes par le biais des respirateurs ou indirectes par le biais de l'environnement du respirateur, dans un contexte de tuberculose et de recrudescence de la rougeole.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une revue de la littérature et une enquête de pratiques dans les services d'adultes, enfants ou prématurés ont été faites. Ce travail a été mené par un groupe transversal de paramédicaux de ces services et de professionnels de l'hygiène hospitalière.

RÉSULTATS

Vingt sept services d'anesthésie, 13 de réanimation, et 24 services pour les respirateurs de transport ont répondu. Concernant l'anesthésie, l'enquête a montré que, devant la difficulté d'envoi des blocs moteurs à la nouvelle stérilisation, plus aucun traitement n'était fait dans 15 cas sur 27. Un filtre antibactérien mis systématiquement sur la pièce en Y, rendait une désinfection de bas niveau suffisante pour le bloc moteur, lors de sa maintenance.

Concernant les respirateurs de transport, l'enquête a également permis de dégager une fréquence de changement des circuits patients (après chaque patient pour éviter la transmission par l'extérieur du circuit). En néonatalogie (pas de filtre), une dérogation a été faite pour le traitement de la valve expiratoire : une désinfection de bas niveau seulement peut être acceptée compte tenu du faible risque infectieux du patient.

Concernant la réanimation, 7 services sur 13 changeaient

le circuit patient après le départ du patient ou plus tôt si le dispositif est souillé. Les autres le changeaient à fréquence plus courte conformément aux recommandations des fournisseurs ou de la Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR-1998). Il a été décidé de ne changer le dispositif qu'au départ ou si souillé. En réanimation, si les conditions cliniques se dé nt, enlever le filtre est possible sans que cela soit forcément tracé. Aussi, la règle dégagée fut le changement de la valve expiratoire après chaque patient (observé dans 12 cas/13). Concernant son traitement, une désinfection de niveau intermédiaire est attendue. Dans 2 cas sur 23, la valve subissait seulement un traitement de bas niveau. Dans 9 cas, l'envoi à la stérilisation était effectif et a été recommandée dans le protocole pour la valve et la sonde thermique. Dès que c'est possible, un filtre sur le circuit expiratoire a été indiqué pour ne pas contaminer l'environnement du patient.

CONCLUSION

Ce travail a permis l'obtention de procédures harmonisées et l'amélioration des pratiques.

P-142

IMPACT DE LA DÉMARCHE D'ACCREDITATION DE L'ANALYSE DES LÉGIONELLES SUR L'ORGANISATION D'UNE ÉQUIPE D'HYGIÈNE

KARNYCHEFF F., **GRAVISSE J.**, **GRADE F.**, **LARCHER M.**, **PERSEVERANTE M.**, **TOUIL L.**, **MATHONNET D.**, **LE MAILLOT G.**, **MARQUES N.**, **MIGEON A.**, **DONATO N.**, **VASSE M.**

Hôpital Foch, SURESNES, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'arrêté du 1^{er} février 2010 et sa circulaire d'application du 21 décembre 2010 imposent aux équipes d'hygiène de réaliser l'analyse des légionelles dans l'eau sous accréditation COFRAC. Nous présentons dans ce poster comment le laboratoire d'hygiène est entré dans cette démarche entre février 2011 et mars 2012.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les principales étapes ont été :

1^{ère} étape : appliquer la norme NF EN ISO/CEI 17025 relative à la compétence des laboratoires d'essais et d'étalonnage et les référentiels du COFRAC s'y rattachant, dont les LAB REF 02 et LAB GTA 23

Il s'agissait :

- de s'interroger sur l'organisation : description du processus, réalisation des organigrammes fonctionnels et hiérarchiques au sein du service de biologie clinique auquel nous appartenons,

identification des personnels avec des fonctions clés

- d'élaborer le système de management : manuel qualité, revue de direction, maîtrise de la documentation et des enregistrements
- d'instaurer des contrats : clients internes/externes, sous-traitance
- d'initier une démarche d'amélioration de la qualité : audits internes et externes, prise en charge des non conformités et des actions curatives/correctrices, actions préventives

2^{ème} étape : vérification de l'application de la norme technique de référence : NF T90-431 relative à la recherche et dénombrement de *Legionella* spp et *pneumophila* et la norme s'y rattachant NF T90-461 relative aux contrôles de qualité des milieux de culture.

Il s'agissait d'assurer :

- l'habilitation du personnel technique déjà en place : techniciens et responsable technique
- l'aménagement des locaux pour des conditions environnementales satisfaisantes : locaux spécifiques, accès, entretien
- la traçabilité des éléments prouvant l'application cohérente de la norme
- la maîtrise des sources d'incertitude pesant sur le résultat de l'essai
- la présentation des résultats conforme aux exigences du COFRAC.
- le contrôle de l'équipement : maintenance et métrologie.

RÉSULTATS

Les évaluateurs COFRAC ont émis 16 fiches d'écart dont une critique. La mise en place des actions correctrices a permis d'être accrédité et de continuer l'activité d'analyse des légionelles. La prochaine visite est prévue dans les 12 à 15 mois suivants la prise d'effet de l'accréditation.

CONCLUSION

L'entrée dans la démarche d'accréditation, si elle permet une véritable amélioration du processus d'analyse, fait appel à un investissement important en temps et en énergie de l'ensemble de l'équipe avec des répercussions financières certaines. Cet effort doit être maintenu sur la durée sans être au détriment des autres activités.

P-143

MISE EN PLACE D'UN REGISTRE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES ACQUISES SUR PROTHÈSE DANS UN SERVICE DE RÉANIMATION NÉONATALE ET PÉDIATRIQUE

MARTINE, DEHAUTECLOCQUEA., ALBOUY-LLATYM., THEVENOT S., BREMAUD-CSIZMADIA C.
CHU La Milétrie, POITIERS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Nous avons mis en place un registre des infections nosocomiales (IN) dans le service de réanimation néonatale et pédiatrique du CHU de Poitiers afin d'estimer l'incidence des IN liées aux cathéters (cathéter veineux ombilical et autre cathéter veineux central) (CV), à l'intubation (SI) et au sondage urinaire (SU). L'objectif secondaire était d'identifier les caractéristiques et les facteurs de risque de ces infections.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une étude de cohorte prospective a été menée auprès d'enfants admis depuis plus de 48 heures dans le service de réanimation au cours du 2^{ème} semestre 2011. Tous les dispositifs invasifs des enfants inclus étaient analysés, sans durée minimale d'exposition. Les définitions des IN étaient adaptées de celles élaborées par le CDC. Cette étude utilisait les données issues du dossier médical, traitées de façon anonyme. Une régression logistique a été effectuée afin de rechercher les principaux facteurs de risque.

RÉSULTATS

Ont été inclus :

- 129 nouveau-nés : âge gestationnel médian de 32 semaines (25 à 41 semaines) et poids de naissance médian de 1730 g (650 à 4250 g). Ils portaient 199 CV, 116 SI et 26 SU. Dix-sept infections ont été identifiées sur CV (densité d'incidence : 17,9/1000 jours-CV). Les IN sont survenues en médiane 7 jours après la pose du CV. Cinq IN sont survenues sur SI (densité 13,1/1000 jours-intubation), aucune sur SU.

La position du CV était un facteur de risque d'IN: le taux d'IN sur CV situés au membre supérieur était supérieur à celui de ceux situés au membre inférieur (59% vs 24%, $p < 0,05$). Le principal facteur de risque des IN était la durée d'exposition, aussi bien pour le CV (16 jours vs 4 jours, test de Wilcoxon $p \leq 0,0001$), que pour la SI (20 jours vs 3 jours, test de Wilcoxon $p \leq 0,0001$).

- 52 enfants : âge médian de 3 mois. Ils étaient porteurs de 31 CV, 23 SI et 14 SU. Une IN a été relevée sur CV (densité d'incidence de 4,2/1000 jours-CV). Six IN sont survenues sur SI (densité d'incidence de 45,8/1000 jours-intubation). Deux IN ont été identifiées sur SU (densité d'incidence de 22/1000 jours-SU).

CONCLUSION

La mise en place d'un registre des IN est réalisable dans notre service de réanimation pédiatrique et néonatale. Nous observons une incidence faible des IN sur cathéter. Cependant, la faiblesse de nos effectifs nous incite à poursuivre le recueil afin de donner des indicateurs plus précis dans le but d'adapter les pratiques professionnelles.

P-144

EVOLUTION 2011-2012 DES SIGNALEMENTS LIÉS AUX BACTÉRIES MULTI-RÉSISTANTES ÉMERGENTES AU SEIN D'UNE DES 5 INTER-RÉGIONS. UN IMPACT SUR LE DISPOSITIF ?

TEYSSIÈRES E.⁽¹⁾, LAZARUS C.⁽¹⁾, DELORY T.⁽¹⁾, SERINGE E.⁽²⁾, BLANCKAERT K.⁽³⁾, GERMAIN J.M.⁽⁴⁾, KADI Z.⁽⁵⁾, ASTAGNEAU P.⁽¹⁾, BLANCHARD H.⁽¹⁾

(¹) Cclin Paris-Nord, PARIS, FRANCE ; (²) Arlin Ile-de-France, PARIS, FRANCE ; (³) Arlin Nord-Pas de Calais, LILLE, FRANCE ; (⁴) Arlin Haute-Normandie, ROUEN, FRANCE ; (⁵) Arlin Picardie, AMIENS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Parmi les alertes gérées par les établissements de santé (ES), la prévention de la transmission croisée des Bactéries Multi-Résistantes (BMR) demeure une priorité. Si la diffusion des entérobactéries produisant des carbapénémases (EPC) est mondiale, peu de pays ont mis en place une stratégie de contrôle réglementaire. En France, le signalement des épisodes d'EPC a été intégré dans le dispositif de signalement des infections liées aux soins (DSIAS) et fait référence à des recommandations précises.

Notre travail a consisté à étudier l'évolution de la part des BMR dites émergentes (Entérocoques Résistants à la Vancomycine ou ERV, les Acinetobacter baumannii Résistants à l'Imipénème ou ABRI et les EPC) au sein de notre inter-région entre 2011 et 2012 dans le but d'évaluer son éventuel impact sur le DSIAS.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'ensemble des signalements externes adressés en 2011 et 2012 a été analysé. Parmi ces derniers, ceux impliquant des BMR émergentes (BMRé) ont été individualisés.

L'évolution quantitative des signaux émis sur ces 2 dernières années a été analysée globalement et spécifiquement.

RÉSULTATS

Notre inter-région comprend plus de 800 ES. En 2011, 602 signalements ont été effectués dont 79 pour des ERV, 87 pour des ABRI, 89 pour des EPC et 234 impliquant une ou plusieurs

BMRé (un patient pouvant être porteur de plusieurs BMRé). En 2012, 567 signalements ont été effectués dont 63 pour des ERV, 91 pour des ABRI, 122 pour des EPC et 261 impliquant une ou plusieurs BMRé. Si la diminution des signaux n'est globalement que de 6%, il a été observé une très forte augmentation des épisodes EPC (+37%).

Conjointement, il a été constaté sur la même période une très faible augmentation des ABRI (+5%) et une diminution des ERV (-20%).

Concernant l'évolution des signalements non liés à une BMRé, il est noté dans la même période une diminution de l'ordre de 17%.

Par ailleurs, une forte corrélation est observée au cours du temps entre la survenue des épisodes importés et les périodes correspondant aux déplacements liés aux congés annuels.

CONCLUSION

Il est très probable qu'au sein de notre inter-région, la recrudescence des épisodes EPC puisse être, en raison de la mobilisation des EOH et des ES, à l'origine d'une diminution des autres signaux émis. Une analyse plus approfondie s'attachant à analyser plus finement les données régionales en fonction du temps devrait permettre, avec les enquêtes nationales en cours (EPC) et à venir (e-SIN), de mieux cerner l'impact réel de l'évolution des BMRé et des EPC sur les autres domaines de l'infectiologie et du DIAS.

P-145

PRÉDICTION DE L'INCIDENCE DES INFECTIONS DU SITE OPÉRATOIRE PAR UN MODÈLE HIÉRARCHIQUE

SAUNDERS L., PRENNEC M., JARNO P., VIEL J.F.
CHU Rennes, RENNES, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans le cadre du réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales, un réseau national de surveillance des infections du site opératoire (ISO) a été mis en place en France en 1999. Actuellement on évalue la probabilité individuelle d'ISO à partir de données individuelles telles que le terrain du patient, le type d'intervention ou de séjour. L'objectif de cette étude est de modéliser le risque d'ISO en fonction de variables de différents niveaux puis d'évaluer la performance prédictive du modèle.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Un échantillon aléatoire issu des données nationales de surveillance 2011 a été constitué. La variable expliquée était la

survenue ou non d'une ISO. Un modèle multi-niveau (patient, service, établissement) de régression logistique a été construit.

RÉSULTATS

Les 62 280 patients étaient répartis dans 502 services et 151 établissements. L'incidence des ISO était de 1%. Les caractéristiques du patient, de l'intervention et du séjour étaient associées au risque d'ISO en analyse univariée ($p < 0,20$). Un effet service a été mis en évidence dans le modèle vide et après introduction des caractéristiques « patient », avec un odds ratio médian de 3,55.

L'existence (ou non) d'un suivi des ISO après l'hospitalisation est confirmé comme un élément important de l'effet service. Enfin le pouvoir prédictif du modèle multi-niveau s'est révélé nettement supérieur à celui du modèle logistique de référence ($p < 10^{-9}$).

CONCLUSION

Afin d'affiner l'estimation du risque ISO, le modèle doit être enrichi de données concernant le service pour l'analyse multi-niveau, notamment l'organisation au niveau du service du suivi du patient après l'hospitalisation.

L'importance du suivi dans la variabilité du risque entre services pousse à rendre obligatoire la variable "existence d'un procédé systématique de suivi post hospitalisation des ISO" dans ISO RAISIN.

le pouvoir prédictif du modèle pose d'ors et déjà la question de son utilisation pour le calcul des Ratios Standardisés d'Incidence rendus aux services participant au réseau ISO RAISIN.

P-146

ÉPIDÉMIE D'ACINETOBACTER BAUMANNII MULTI-RÉSISTANT EN RÉANIMATION : ÉPIDÉMIOLOGIE ET FACTEURS DE RISQUE

BOSCHER C., LLORENS M., GETTE S., SELLIES J., GOETZ C., RONDELLOT G.

CHR Metz-Thionville Hopital Mercy, ARS-LAQUENEXY, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Acinetobacter baumannii est fréquemment responsable d'épidémies en milieu hospitalier, notamment en réanimation où il est à l'origine d'infections nosocomiales sévères chez des patients fragilisés. Entre mars 2010 et mars 2011, deux épisodes épidémiques d'*A. baumannii* multi-résistant ont touché le service de réanimation de notre hôpital.

Dans le cadre du plan de maîtrise de l'épidémie, mon travail avait pour objectif de décrire la population touchée par l'épidémie.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous avons réalisé une fiche de recueil comprenant des données sur les patients (âge, sexe, comorbidités, indice de gravité simplifié, provenance, exposition aux antibiotiques à l'admission, durée de séjour, décès dans le service), des données sur l'exposition aux dispositifs invasifs (taux et durée d'exposition à la ventilation mécanique, aux cathéters veineux centraux, à la dialyse) ainsi que des données sur l'exposition à *A. baumannii* (type de prélèvement, délai d'acquisition, localisation de l'infection).

RÉSULTATS

La population de notre épidémie présente un âge médian de 69 ans, un sexe ratio de 3,3, un IGS médian à 63. Elle est fortement exposée aux antibiotiques dès l'admission ainsi qu'aux dispositifs invasifs. En comparant nos données à celles des réanimations de France, nous avons identifié plusieurs caractéristiques de la population touchée par l'épidémie : une prédominance masculine, des patients plus graves, une plus grande exposition aux antibiotiques à l'admission, un allongement de la durée moyenne de séjour, un taux de mortalité plus élevée, un taux et une durée d'exposition plus importants aux dispositifs invasifs et à la ventilation mécanique, une très grande proportion de patients dialysés. Nous avons également comparé nos données à celles de 27 épidémies à *A. baumannii* publiées sur MedLine. Les résultats retrouvés sont comparables aux nôtres au niveau du service touché (réanimation ou soins intensifs), de la durée de l'épidémie (11 mois), du nombre moyen de patients affectés (35), du délai d'acquisition du germe (17 jours), de la localisation de l'infection à *A. baumannii* (pulmonaire), de la mortalité (12 patients). La principale différence constatée est le taux d'infectés qui est légèrement supérieur au notre. Cela peut s'expliquer par le dépistage automatique d'*A. baumannii* mis en place chez tous les patients de notre service de réanimation.

CONCLUSION

Notre étude a permis une description précise des patients touchés par l'épidémie et ainsi de déterminer des facteurs de risque d'acquisition d'*A. baumannii*. Ces résultats vont permettre de sensibiliser les équipes à ces critères de risque.

P-147**ETUDE DE LA QUALITÉ HYGIÉNIQUE DE LA RESTAURATION HOSPITALIÈRE DANS UN CHU**

RAFIK A.⁽¹⁾, **RAFIK A.**⁽²⁾, **OUHADOUS M.**⁽¹⁾, **AALLOULA O.**⁽¹⁾
⁽¹⁾ CHU IBN ROCHD, CASABLANCA, MAROC ; ⁽²⁾ CHU IBN ROCHD CASABLANCA, CASABLANCA, MAROC

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La restauration des malades diffère des autres types de restaurations collectives, puisqu'il s'agit d'une production extrêmement variée des repas et une large diversité de la population accueillie. Cette particularité implique une vigilance éminente concernant les risques de toxi-infections alimentaires collectives. L'objectif de ce travail est de décrire l'état hygiénique de la restauration collective hospitalière, en faveur des malades et du personnel de garde au niveau d'un CHU durant les années 2006-2008-2010 et 2012.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le constat de cette étude exploratoire descriptive, est réalisé par une grille d'observation des conditions et règles d'hygiène contenant 372 critères réparties selon l'approche des 5 M. La grille a été élaborée à partir du Cahier des prescriptions spéciales, la norme marocaine 080 000 relatives à l'hygiène alimentaire et les bonnes pratiques d'hygiène alimentaires.

RÉSULTATS

Les résultats de travail montrent que :
 Le taux de respect des règles d'hygiène liées au personnel a passé de 39% en 2006 à 44% en 2012;
 L'application des critères relatifs au matériel était de 14% /2006 et atteint 33% / 2012;
 La satisfaction des exigences hygiéniques attachées à la matière a augmenté de 20% /2006 à 52%/ 2012;
 Les bonnes pratiques liées à la méthode de travail ont connu une amélioration (18%/2006 et 46%/12);
 Le taux de satisfaction aux règles d'hygiène relatives au milieu a diminué de 52% à 45%.
 Globalement on constate une amélioration générale des conditions d'hygiène jusqu'au 2010, et ceci est du au renforcement du contrôle quotidien, la création de la commission de suivi et la réalisation des analyses bactériologiques des aliments.
 Cependant à l'issu de la dernière évaluation en 2012, on remarque une diminution du respect de règles d'hygiène expliqués, d'une part, par un relâchement d'exécution des programmes de nettoyage des locaux, manque de suivi régulier des prestations et d'autre part par l'usure du matériel de cuisine centrale, de transport et de distribution des repas.

CONCLUSION

A la lumière de cette étude, des actions correctives ont été mise en place : réaménagement de la cuisine centrale et les offices, mise à niveau du matériel et la sensibilisation des responsables. Cependant l'amélioration de la restauration hospitalière nécessite la définition d'un plan d'action, en se basant sur l'installation du système HACCP qui vise à assurer la salubrité des denrées alimentaires préparées.

P-148**EVALUATION DE LA QUALITÉ MICROBIOLOGIQUE DU PROCÉDÉ DE PRÉPARATION DES CHIMIOTHÉRAPIES SOUS HOTTE À FLUX D'AIR LAMINAIRE**

DEBRAINE C., **JASKOWIEC C.**, **POULLAIN S.**, **THEBAULT A.**
 Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil, CRÉTEIL, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Selon les bonnes pratiques de préparation (BPP), la validation des procédés de fabrication ainsi que la qualification des manipulateurs sont des étapes indispensables pour assurer une asepsie rigoureuse lors de la fabrication des préparations stériles. En septembre 2012, une évaluation individuelle a été réalisée au sein de la PUI dans le secteur de reconstitution des médicaments anticancéreux certifié ISO 9000 à l'aide de test de remplissage aseptique (TRA).

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Chaque préparateur a eu à sa disposition un kit Klerkit® (Shieldmedicare) lui permettant de préparer 5 seringues de 5 ml, 1 poche de 100 ml et 3 flacons de 10 ml contenant du milieu de culture trypticase soja. La poche réalisée a été équipée d'un système de sécurisation de l'administration Doran. Les TRA ont été réalisés en conditions réelles de production, acheminés en zone d'atmosphère contrôlée via le sas de décontamination du matériel. La surveillance microbiologique a été réalisée conformément aux BPP (gélose contact fond et paillasse de la hotte, prélèvement de gant du manipulateur et contrôle d'environnement en activité sur boîte de pétri). Les préparations réalisées ont été placées dans une étuve à 37°C pendant 14 jours et contrôlés visuellement tous les 2 jours. Parallèlement, un test de fertilité a été réalisé sur 5 ml du milieu avec une souche de référence de *Staphylococcus aureus*.

RÉSULTATS

Huit préparateurs, soit la totalité de nos manipulateurs, ont été évalués. Après 14 jours, aucune croissance bactérienne n'a été détectée dans l'ensemble des préparations et le test de fertilité

s'est révélé positif au bout de 48h. Cependant un contrôle d'environnement sur boîte pétri a comptabilisé une contamination de 19UFC et 2 prélèvements de gants ont été positifs.

CONCLUSION

La contamination d'un contrôle d'environnement pourrait s'expliquer par un arrêt intempestif du fonctionnement du flux d'air laminaire des hottes durant le week end, remis en fonctionnement avant le début de la production. Cette situation n'a pas eu d'influence sur la qualité microbiologique des préparations. La positivité des prélèvements de gants des 2 manipulateurs n'a eu aucune incidence sur le TRA mais nécessite en revanche une formation complémentaire sur la manipulation en zone d'atmosphère contrôlée et la technique de prélèvement de gant. Tous les préparateurs ont été validés. Cette validation sera effectuée annuellement pour permettre une évaluation périodique des pratiques de manipulation.

P-149

PRISE EN CHARGE DES PATIENTS PORTEURS DE BACTÉRIES HAUTEMENT RÉSIANTES (BHR) AUX ANTIBIOTIQUES : DURÉE DE SÉJOUR ET IMPACT MÉDICO-ÉCONOMIQUE

BIRGANDG.⁽¹⁾, **SCHWARZINGERM.**⁽²⁾, **PEROZZIELLOA.**⁽¹⁾, **PELAT C.**⁽²⁾, **ARMAND-LEFEVRE L.**⁽¹⁾, **BUZZI J.C.**⁽¹⁾, **ANDREMONT A.**⁽¹⁾, **YAZDANPANAHAH Y.**⁽²⁾, **LUCET J.C.**⁽¹⁾
⁽¹⁾ Hôpital Bichat Claude Bernard, PARIS, FRANCE ; ⁽²⁾ Equipe INSERM ATIP AVENRI, PARIS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'hospitalisation d'un patient (Pt) porteur d'une entérobactérie productrice de carbapénémase (EPC) ou d'un *E. faecium* résistant aux glycopeptides (ERG) conduit à une réorganisation de l'activité d'un service : dépistage des Pts contact, parfois sectorisation et cohorting. Ces mesures peuvent retarder le transfert des Pts porteurs vers les secteurs d'aval. Nous avons évalué l'impact des recommandations nationales sur la durée de séjour des Pts colonisés à BHR et les surcoûts engendrés.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous avons réalisé une étude cas-témoins appariée dans un CHU de 1000 lits. Parmi 41 Pts porteurs de BHR identifiés de 01/2009 à 05/2012, 26 Pts, non décédés, colonisés par ERG (n=14) ou EPC (n=12) et 81 Pts témoins, non décédés, ont été appariés sur l'âge, le service, le sexe et le groupe homogène de malade (GHM). Les caractéristiques cliniques, microbiologiques et de séjour et les coûts hospitaliers ont été recueillis prospectivement. Les facteurs associés au portage de BHR ont

été évalués par une analyse univariée ; leur association ajustée sur la durée de séjour (DDS) a été estimée par une régression linéaire multiple. Les surcoûts liés au portage de BHR ont été estimés en multipliant la prolongation de durée de séjour par le poids moyen par séjour national dans la spécialité en 2010.

RÉSULTATS

Parmi les 107 Pts inclus, l'âge médian était de 65 ans, avec 42% de femmes. Le score de comorbidité de Charlson était de 6 (IIQ, 4-7) chez les cas et 4 (3-6) chez les témoins (p=0.1); le score de McCabe était similaire entre les deux groupes (p=0.55). Parmi les cas, 14 faisaient partie de cas groupés, et 12 étaient des cas isolés, avec 14 (54%) Pts rapatriés d'un pays étranger et dépistés à l'admission. La durée médiane entre l'admission et l'identification des BHR était de 11.5 (7-20) jours. La sortie d'hospitalisation de 23 (88%) cas et 68 (84%) témoins était à domicile (p=0.57). La durée moyenne-médiane de séjour (IIQ) était de 62-28 (12-94) jours pour les cas et de 18-11 (8-18) jours pour les témoins (p<0.001). Le coût moyen d'hospitalisation était de 26 299 € pour les cas et de 11 230 € pour les témoins. La prolongation moyenne de durée de séjour attribuable au portage de BHR était de 44 jours, conduisant à un surcoût moyen de 7 392 € par cas.

CONCLUSION

Les mesures strictes de contrôle de la diffusion des BHR retardent le transfert des Pts porteurs dans les établissements d'aval. Cette prolongation de durée de séjour conduit à d'importants surcoûts, et potentiellement à une prise en charge inadaptée.

P-150

ENQUÊTE DE VALIDATION DE L'INDICATEUR NATIONAL "BACTÉRIÉMIE LIÉE AU CATHÉTER VEINEUX CENTRAL" POUR LA SURVEILLANCE EN RÉANIMATION

SAVEY A.⁽¹⁾, **MACHUT A.**⁽¹⁾, **L'HERITEAU F.**⁽²⁾, **JARNO P.**⁽³⁾, **BERVAS C.**⁽⁴⁾, **BOUSSAT S.**⁽⁵⁾, **LEPAPE A.**⁽⁶⁾, **COIGNARD B.**⁽⁷⁾
⁽¹⁾ Cclin Sud-Est, LYON, FRANCE ; ⁽²⁾ Cclin Paris-Nord, PARIS, FRANCE ; ⁽³⁾ Cclin Ouest, RENNES, FRANCE ; ⁽⁴⁾ Cclin Sud Ouest, BORDEAUX, FRANCE ; ⁽⁵⁾ Cclin Est, NANCY, FRANCE ; ⁽⁶⁾ CH Lyon Sud (HCL), PIERRE-BENITE, FRANCE ; ⁽⁷⁾ Institut de Veille Sanitaire, SAINT MAURICE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Un des objectifs quantifiés nationaux de résultats du "programme national de prévention des IN 2009-2013" est que "le P75 des taux d'incidence des bactériémies liées

aux cathéters veineux centraux en réanimation pour 1000 j d'exposition au CVC diminue d'un quart entre 2008 et 2012". Une optimisation en 2011 du protocole de surveillance national a permis d'envisager un contrôle supplémentaire sur les données des bactériémies. Une étude de validation a été réalisée, évaluant l'impact de la qualité des données sur cet indicateur prioritaire.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le protocole de surveillance propose une approche à 2 niveaux impliquant de saisir 2 fois une bactériémie liée au cathéter :

- fiche CVC : incluant les données d'exposition au dispositif et la présence de colonisation, infection locale/générale ou bactériémique liée au cathéter (COL, ILC, BLC),
- fiche patient : avec notamment la saisie des bactériémies (BAC) et leur porte d'entrée.

Depuis 2011, la porte d'entrée permet d'individualiser l'origine CVC, rendant possible le recoupement des informations. Un contrôle a été effectué sur les données nationale (184 services, 27722 patients). Les discordances ont été identifiées et contrôlées (relance des services par mail ou tél.), aboutissant au reclassement des épisodes et recalcul des indicateurs.

RÉSULTATS

Sur les 118 BLC et 1254 BAC déclarées sur 6 mois, des discordances ont été relevées pour 99 patients (sur 70 services) regroupées en 3 types :

- . BAC+ et origine CVC, mais BLC non déclarée (74 pat.)
- . BLC+ mais BAC non déclarée (4 pat.)
- . BLC+, BAC+ mais origine \neq CVC (21 pat.)

Les retours sur dossier ont corrigé 78 discordances sur 99 : erreurs de porte d'entrée (erreur de codage ou difficulté de priorisation en cas de porte d'entrée multiple ou de cathéters multiples) ; erreurs de classement entre COL, ILC ou BLC ; non respect de la consigne de double remplissage).

Au final, 26 BLC ont été ajoutées impliquant une hausse corrective de 22% du taux de BLC/1000 j-CVC (de 0,54 à 0,66 ; $p=0,11$). L'incidence des BLC reste nulle pour 112 services (61%).

Entre 2008 et 2011, le P75 de l'incidence des BLC/1000 j-CVC a diminué de 18,9% (de 1,22 à 0,99) soit une réduction de 20 BLC sur l'ensemble du réseau (1/3 des lits de réa. de France).

CONCLUSION

Les erreurs de codage peuvent entraîner des variations importantes des résultats pour ce type d'évènement peu fréquent. Le contrôle de qualité des données BLC est d'une importance majeure et sera reconduit de façon systématique de même qu'une sensibilisation des référents surveillance aux définitions et consignes de remplissage.

P-151

GESTION DES PLAINTES DANS UN CENTRE HOSPITALIER : UN OUTIL D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ PAR LES PATIENTS

TRIVIERD., KOZACE., DUHAMELD.C., PECQUERAUXA., BREYNE F.

CH Dr SCHAFFNER, LENS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les réclamations adressées par les patients ou leurs ayants droits relatives à leur prise en charge dans l'établissement de santé conduisent depuis la loi Kouchner à transmettre le dossier médical. Ponctuellement la réclamation caractérise un dommage corporel. Parfois ce dommage est une infection nosocomiale. Nous présentons ici les données évolutives depuis 2000 de ces dommages et des procédures engagées par les patients.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Un fichier exhaustif de suivi des transmissions de dossier est fait par les affaires médicales. Les réclamations sont alors typées selon le motif et enregistrées dans un fichier de gestion des plaintes. L'existence d'un dommage corporel est codée et les dossiers d'infection nosocomiale sont transmis au praticien hygiéniste qui contribue au suivi des procédures. Un bilan est préparé en collaboration avec le service Qualité et Prévention des Risques et présenté à la CRUQ (Commission des relations avec l'usager et de la qualité de la prise en charge).

RÉSULTATS

Les infections nosocomiales sont peu souvent en cause. Après une phase initiale d'incitation par la loi du 04/03/02, le nombre de dossiers transmis au patient ou à ses ayants droits (pour faire valoir leurs droits, ou connaître les causes d'un décès) se stabilise ainsi que le nombre de réclamations. De 2002 à 2011 : la proportion de réclamations médicales parmi les dossiers transmis passe de 4% à 40%.

De 2003 à 2011 : la proportion relative de réclamations liées à un dommage corporel reste comparable environ 33%. Le nombre de procédure est très irrégulier

Les procédures amiables qui recouvrent les transactions avec l'assureur, les conciliations et les Commissions Régionales de Conciliation et Indemnisation (loi du 4/03/02) sont majoritaires. Le pénal demeure exceptionnel.

CONCLUSION

Les épidémies médiatisées en 2003/2004 (*Acinetobacter baumannii* BLSE+) et en 2006/2007 (*Clostridium difficile*) ont favorisé une augmentation de réclamations et de procédures, essentiellement amiables.

Le dommage corporel est plus souvent pointé comme cause, mais l'infection nosocomiale reste minoritaire. L'analyse de ces dossiers est intégrée au plan annuel d'action de l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène.

P-152

PRÉVENTION DES INFECTIONS ASSOCIÉES AUX CATHÉTERS À CHAMBRE IMPLANTABLE

NOTTEBAERT S.⁽¹⁾, **LEBAS A.**⁽²⁾, **GICQUEL F.**⁽³⁾, **DELEBECQ T.**⁽²⁾, **DUCASTEL F.**⁽⁴⁾, **LEDEZ R.**⁽¹⁾, **MAJCHRZAK C.**⁽³⁾, **MAQUIK M.**⁽⁵⁾, **PLANTIER I.**⁽⁶⁾, **VACHEE A.**⁽¹⁾, **WAES S.**⁽¹⁾, **LAURANS C.**⁽⁷⁾

⁽¹⁾ EOH, ROUBAIX, FRANCE ; ⁽²⁾ Chirurgie Generale, ROUBAIX, FRANCE ; ⁽³⁾ Bloc opératoire, ROUBAIX, FRANCE ; ⁽⁴⁾ Pharmacie, ROUBAIX, FRANCE ; ⁽⁵⁾ Medecine du travail, ROUBAIX, FRANCE ; ⁽⁶⁾ Hematologie, ROUBAIX, FRANCE ; ⁽⁷⁾ Centre hospitalier, ROUBAIX, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En 2009, sur 190 Cathéters à Chambre Implantable (CCI) posés au sein de l'établissement, 12 patients avaient présenté des infections au niveau de CCI. Suite à ces cas groupés, et malgré diverses pistes évoquées, une évaluation plus précise des pratiques étaient nécessaires, allant de la pose à la manipulation des CCI.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Un premier audit a été réalisé début 2012 par l'EOHI pour évaluer les pratiques lors de la pose et dépose de l'aiguille de Huber en Hématologie et en Oncologie. Suite à ce travail, un groupe multidisciplinaire s'est constitué visant à déterminer des axes d'améliorations.

Un deuxième audit sur la pose des CCI au bloc opératoire se déroule actuellement dans l'établissement (résultats disponibles à partir de Février 2013 afin d'obtenir un minimum de 30 observations) à l'aide d'une grille construite à partir des données de la littérature.

RÉSULTATS

Lors de l'analyse des cas groupés, une étude sur dossier n'avait pas révélé de derive majeur des pratiques (50% des interventions seniorisées, temps opératoire moyen de 49 minutes sur les 190 CCI posés, et seuls 3 sur les 8 infectés dans les 30 jours postopératoires avaient nécessité un temps d'intervention plus élevé). Parmi ces 8 cas, 1 seul avait du être posé en céphalique. La préparation cutanée tracée était conforme aux recommandations. Ces résultats seront comparés à ceux de l'audit de pratiques sur la pose, en cours de réalisation.

L'audit sur les poses des aiguilles de Huber a montré des points positifs bien qu'améliorables (72% d'hygiène des mains, 58% de port de masque par le soignant et le patient) En revanche, les 5 temps attendus lors de l'antiseptie n'étaient pas respectés dans 95% des cas, et le rinçage du CCI réalisé était insuffisant. Lors de la dépose, un des services ne portait jamais de masque par le soignant, l'hygiène des mains avant l'acte chutait à 50%, quant au rinçage de la chambre et l'ablation en pression positive, l'un des services ne le réalisait que dans 30% des cas. Lors des manipulations des lignes veineuses, l'hygiène des mains n'était réalisée que dans 25% des cas, et les manipulations avec des compresses imbibées d'antiseptiques que dans 58% des cas.

CONCLUSION

Ce travail d'évaluation du risque infectieux autour des CCI a permis la réalisation en 2012 d'un protocole uniformisant les pratiques sur pose et dépose des aiguilles de Huber. Une sensibilisation des professionnels a été réalisée autour de l'hygiène des mains, et la prévention des AES, ainsi qu'une sécurisation des aiguilles. Ce premier travail d'évaluation se terminera cette année avec la pose des CCI, couplé à la surveillance du taux d'infection sur CCI.

P-153

MISE EN PLACE DE SEUILS INTERNES DES PARAMÈTRES PHYSIQUES ET DE CONTAMINATION FONGIQUE D'UN BLOC OPÉRATOIRE EN MILIEU TROPICAL

GALAS M., **LENGELLE F.**, **BENCHIKH-EL FEGOUN A.**, **DESBOIS N.**, **OLIVE C.**, **THEODOSE R.**, **HOCHEDÉZ P.**
Chu de fort de france, FORT DE FRANCE, MARTINIQUE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans un CHU français des Caraïbes conçu 1984, une dégradation progressive des paramètres physiques (selon la norme NFS 90-351) et de la contamination fongique est observée dans 10 salles (température et deltaPressions non maîtrisés, absence de manomètre, hygrométrie de 75% à 80%, taux de renouvellement horaire (TRH) moyen de 25 vol/h [15-30] en zone à risque 4, et de 15vol/h en zone à risque 3, tendance défavorable de l'aérobiocontamination sur les deux dernières années). Malgré des rapports itératifs du CLIN, les taux de fongiques ont atteint en décembre 2011 18 UFC/m³ dont 13 moisissures (*Penicillium*) en zone à risque 4.

Devant l'impossibilité de rénovation immédiate du bloc, l'élaboration de seuils internes des paramètres de maîtrise de l'environnement « air » des salles opératoires s'est avérée nécessaire tenant compte du rapport bénéfice-risque de l'arrêt

de l'activité en milieu insulaire (offre de soin limitée) et du risque d'infection du site opératoire (ISO).

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le CLIN a procédé à une revue de la littérature et des normes en vigueur, et a sollicité des avis d'experts nationaux, pour émettre de nouvelles recommandations (déterminant des seuils d'alerte et d'action) qui ont été soumises pour avis au CCLIN puis validées par le CLIN et l'ARS et, enfin, largement diffusées sous la forme d'une note de direction.

RÉSULTATS

Les recommandations ont été assorties de seuils d'action et d'alerte, et d'un logigramme permettant aux usagers du bloc d'être autonomes pour déterminer les actions correctives à mettre en œuvre et les acteurs à alerter (direction, services techniques, EOHH, chirurgiens, etc.), la nécessité ou non d'arrêter l'activité.

Ces nouvelles recommandations ont conduit à un renforcement des contrôles des paramètres physiques-microbiologiques et du bionettoyage (réactualisation des procédures, audits), à la surveillance des ISO ainsi qu'à un état des lieux et une résolution progressive des dysfonctionnements techniques. En parallèle un nettoyage des gaines (foyers de contamination fongique) a été entrepris.

CONCLUSION

Outre les TRH et l'hygrométrie dont la correction n'est envisageable que par des modifications importantes du système de traitement d'air, le nettoyage des gaines a permis de réduire la contamination fongique des salles. Le logigramme décisionnel assorti aux recommandations a permis une plus grande réactivité. Aucune ISO liée à des filamenteux n'est survenue.

La détermination des seuils internes est une phase transitoire. La mise aux normes (NFS 90-351) des blocs opératoires a été actée et devrait débiter prochainement.

P-154

APPORT D'UN DIDACTICIEL DE E-LEARNING AUX RESPECTS DES PRÉCAUTIONS STANDARD

*DIAW E., MARSAL L., HAKOUNE V., BLANCHARD B.
GH Diaconesses Croix Saint-Simon, PARIS, FRANCE*

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En 2011 s'est déroulé un audit national portant sur le respect des précautions standard (PS). Les résultats de notre

établissement étaient perfectibles, notamment en termes de formation (environ 20% des professionnels ne se souvenaient pas avoir été formés sur les PS), d'hygiène des mains (seulement 77% des soignants effectuaient toujours une hygiène des mains entre 2 patients) et de port de gants (seulement 30% des professionnels portaient toujours des gants lors de la pose d'une voie veineuse). Nous vous présentons les différentes actions mises en place pour améliorer ce constat.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

En 2011, une campagne de sensibilisation sur le respect des PS a été réalisée par l'EOH et la direction de la communication (DC) de notre établissement. Elle reposait sur une affiche sur le port des gants, sur la restitution des résultats de l'audit à leurs pairs par les référents en hygiène de l'établissement lors de réunion de service et sur la présentation des résultats à différentes instances (CLIN, CME, CHSCT, réunion de cadres, comité de direction). En 2012, l'EOH aidée de la DC a élaboré un didacticiel de formation en e-learning.

RÉSULTATS

Bien qu'ayant marqué les esprits par son imagerie, l'affiche de 2011 n'a pas suffi à modifier les comportements. La formation en e-learning existait déjà au sein de l'établissement avec notamment un module de formation sur l'identitovigilance réalisé par la DC. Le choix du didacticiel s'est alors imposé pour tenter de faire changer les pratiques plus en profondeur. Le constat était que les professionnels savaient ce qu'il fallait faire mais pas toujours pourquoi. Le didacticiel a alors été construit autour de 2 axes (hygiène des mains et port de gants) de façon la plus interactive possible avec un minimum de théorie et en s'adressant à tous. Une mise en situation reposant sur la catégorie professionnelle conclue le parcours. Suivant les réponses, un niveau de risque s'affiche. A la fin, un engagement est demandé aux professionnels afin de faire baisser leur niveau de risque si celui-ci n'est pas satisfaisant. Une société extérieure a réalisé la partie graphisme et animation du didacticiel.

CONCLUSION

Le didacticiel a été réalisé en 4 mois. Il a été déployé progressivement dans les services en formant les référents en hygiène et les cadres. Les premiers retours sont très positifs : didacticiel ludique, pas de cours théorique, amélioration des connaissances.

P-155

SMARTPHONE ET TABLETTE ; NOUVEL OUTIL DE COMMUNICATION EN HYGIÈNE HOSPITALIÈRE

BROUARD B., DURAND M., DAUCHOT J.M.
CHI André Grégoire, MONTREUIL, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'observance de l'Hygiène des Mains requière la mise en place de campagnes de sensibilisation et d'information, récurrentes, par les Equipes Opérationnelles d'Hygiène Hospitalière (EOHH). Jusqu'alors, les outils les plus utilisés sont les supports papiers (affiches, plaquettes et posters) ou les formations orales. Or, l'utilisation de plus en plus fréquente des nouveaux moyens d'accès à l'information (Smartphones et tablettes) dans les services de soins, est un moyen formidable de communication. Dans ce cadre, l'EOHH a souhaité développer une application sur le thème de l'Hygiène des mains d'accès simple, immédiat et original.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'EOHH et l'Interne en Pharmacie ont réalisé (sur la base des recommandations de la Société Française d'Hygiène Hospitalière) le contenu scientifique de ainsi que le choix et la création de l'interface graphique de l'application (photos, vidéos, icônes et sections). Le développement de l'application a été réalisé en partenariat avec un éditeur de logiciels. La journée Hygiène des Mains, organisée en novembre 2012, a été l'occasion de présenter cette application à l'ensemble des professionnels de l'établissement.

RÉSULTATS

L'application, est divisée en 9 sections thématiques : « Pourquoi se laver les mains ? », « Comment se laver les mains ? », « Quand se laver les mains ? » et « Les 10 commandements » qui rappellent par des messages courts, les principales recommandations pour une bonne hygiène des mains. Les propriétés des Smartphones sont également utilisées : via des vidéos et un schéma interactif tactile présentant les risques de contamination à l'entrée de la chambre d'un patient. Des rappels sur les Précautions Standards, sur les Indicateurs de Consommation des Solutions Hydro-alcooliques et sur les risques de contamination microbienne liée aux Smartphones constituent les dernières rubriques. L'accueil réservé par les professionnels de santé, a été enthousiaste, et permet de valider le concept et l'intérêt de ces nouveaux modes de communication.

CONCLUSION

Cette application originale renouvelle les moyens de communication indispensables aux missions d'informations

des hygiénistes. La diffusion large de cette d'application à la communauté Hospitalière, suppose au préalable la validation du concept, de son contenu ainsi qu'une mise à disposition à titre gracieux par une société savante. Le principe de cette application sur tablette ou Smartphone, peut être étendu aux autres thèmes en Hygiène Hospitalière (précautions standard, isolement...) pour favoriser le m-learning.

P-156

JOURNÉE "LAVE TES MAINS !" HÔPITAL ET CLINIQUE MAIN DANS LA MAIN POUR UNE MANIFESTATION EN VILLE

LAFONDE.⁽¹⁾, **PAYEUR M.P.**⁽²⁾, **WILLOT C.**⁽²⁾, **DEKERE.**⁽¹⁾, **BANCHEREAU H.**⁽²⁾

⁽¹⁾ CENTRE HOSPITALIER SAMUEL POZZI, BERGERAC, FRANCE ; ⁽²⁾ CLINIQUE PASTEUR, BERGERAC, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le 25 octobre 2012, la clinique et le centre hospitalier ont proposé un nouveau concept de journée Hygiène des mains dans une salle associative ouverte à tous. L'objectif était de sensibiliser et former les professionnels de santé et les libéraux à la désinfection des mains mais aussi et surtout de vulgariser et rendre banal un geste essentiel de la vie quotidienne chez les écoliers, les lycéens et le grand public.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

A l'initiative de la clinique, tous les acteurs de l'hygiène des établissements de santé (EOH, praticiens, pharmaciens, cadres de santé, correspondants en hygiène, assistants qualité) ont été mobilisés pendant cinq mois pour préparer cette journée et l'adapter aux différents publics. Un lycée professionnel section santé et l'école d'aides-soignants ont apporté leur soutien pour la tenue des stands. Les écoliers ont bénéficié d'une matinée de formation à l'hygiène des mains animée par les hygiénistes avec distribution d'une plaquette récapitulative. Une chorégraphie a été créée, inspirée du Haka des All Blacks reprenant l'idée « guerrière » cohérente avec la thématique de lutte contre les infections et la culture locale rugbyistique. Une campagne de communication et médiatique a été lancée avec affichage en centre ville, communiqué de presse et interview radio.

RÉSULTATS

Les objectifs doubles de cette journée ont été atteints :
- Un axe professionnel développé autour de l'utilisation par toutes les catégories de professionnels de santé des gels hydro-alcooliques avec des ateliers, des questionnaires, des posters scientifiques, des plaquettes techniques ...

- Un axe ludique, pédagogique et festif pour les 200 jeunes présents qui ont été encadrés par les animateurs tout au long de la journée et invités à participer à des jeux, des ateliers, des tests, des travaux manuels, adaptés à leurs âges.

Tous les participants ont exécuté sur scène les gestes de la friction, répétés dans les écoles et appris au cours du forum, et ont reçu un marque page pédagogique sur le thème du Haka des mains.

CONCLUSION

Cette journée a connu un réel succès avec la participation de plus de 250 visiteurs. Elle a mobilisé de nombreux acteurs et a été le fruit d'une collaboration unique entre les hygiénistes de la clinique et de l'hôpital, autour d'un projet fédérateur, commun et novateur. Le Haka, retenu par les organisateurs pour servir de fil conducteur a été le point d'orgue de cette journée et a par ailleurs été repris au cours de la semaine de la sécurité des soins dans tous les services des établissements.

PJ-01

PRECAUTIONS STANDARD : IMPACT D'UNE DEMARCHE D'AUDIT SUR LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

AMSELLEM-DUBOURGET S.⁽¹⁾, **LARROUMES N.**⁽¹⁾, **DI MASCIO D.**⁽²⁾, **BATTAGLIOTTI P.**⁽¹⁾, **CHAPUIS C.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ EQUIPE SECTORIELLE DE PREVENTION DU RISQUE INFECTIEUX, SAINT GENIS LAVAL, FRANCE ; ⁽²⁾ CENTRE MEDICAL GERMAINE REVEL, SAINT MAURICE SUR DARGOIRE, FRANCE

CONTEXTE ET OBJECTIF

Les établissements de soins de suite et réadaptation (SSR) ont la particularité de regrouper les problématiques de risque infectieux en milieu de soins et celles propres à toute collectivité. Dans le cadre de sa politique de gestion des risques, un établissement de SSR a réalisé en 2011 une évaluation des précautions standard (PS). En effet, elles constituent la pierre angulaire de tout programme de prévention. Cette enquête a été suivie d'actions de sensibilisation et de formation auprès des professionnels. Un nouvel audit a été conduit en 2012 pour mesurer l'impact de la première démarche corrective et l'évolution des pratiques.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Cette étude est menée selon une méthodologie d'audit par observation des pratiques à l'aide d'une grille de recueil des données comportant des critères concernant 3 thèmes majeurs des précautions standard : hygiène des mains, port des

équipements de protection individuelle, gestion du matériel. Cette évaluation est complétée par le remplissage d'une grille individuelle évaluant le respect des mesures préalables à l'hygiène des mains. Le recueil des données est effectué par l'équipe opérationnelle d'hygiène de l'établissement. Les infirmier(e)s et les aides-soignants(e)s ont été audités.

RÉSULTATS

53 professionnels (241 observations) ont été audités lors de l'enquête de 2011 et 37 (153 observations) en 2012. Cette enquête a mis en évidence globalement une absence de bijoux, une bonne implantation de la friction (80% des hygiènes des mains), un respect satisfaisant de la protection de la tenue et de la gestion du matériel. Toutefois, on note une diminution non significative de l'observance de l'hygiène des mains entre les deux tours avant et après l'acte et du port de gants.

DISCUSSION/CONCLUSION

L'observance des PS est primordiale pour limiter la transmission croisée des microorganismes et assurer une protection des patients et des professionnels. Cette démarche en 2 temps attendait une amélioration des pratiques des soignants. En dépit d'actions de sensibilisation et de formation entre les 2 études, on observe une baisse de l'observance de l'hygiène des mains et du port de gants qui reste malgré tout légèrement supérieure aux données de la littérature. Cette différence bien que non significative pose la problématique de l'impact des actions menées auprès de soignants. Une stratégie nouvelle avec des actions directement au sein des unités a été mise en œuvre avec le groupe de correspondants en hygiène de l'établissement, afin d'avoir une interaction directe et pratique avec les professionnels.

Remerciements

LE COMITÉ D'ORGANISATION DU XXIV^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
InVS	Institut de Veille Sanitaire
ORIG	Observatoire du Risque Infectieux en Gériatrie
SFAR	Société Française d'Anesthésie et de Réanimation
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	Cooper	Nanosonic
4MED France	Decitex	Oxy'pharm
Action Pin	Dyson Airblade	Pall Medical
Airinspace	Ecomed Services France	Paul Hartmann
Alkapharm	Favi	PH ² International
ASP	Gojo-Purell	Prop
Aspec	Groupe Didactic	RC-Lux
Audace e-santé	Health & Co/Hygiènes	Realco SA
Bayer Santé Familiale	Hospidex France	Sage Products INC
B.Braun Medical	Hysis-Medical	Sanivap
Becton Dickinson	ICU Medical Europe	Saraya Europe
Bioquell	Gilbert/Solvirex	Schmitz France
CareFusion	Laboratoire Anios	Schülke France
Réseau CCLIN Arlin	Lab.Huckert's International	SF2H
CEFH	Laboratoire Phagogène	Smiths Medical
Ceredas	Lotus Professional	Tealwash
Chrisal Probiotiques	Meda Pharma	Teleflex
Cleanis	Medinorme-Wassenburg	THX Medical
Concept Microfibre	Meiko France	Vygon

Liste arrêtée au 14 mai 2013



Marseille



4, 5 et 6 juin 2014

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

- Facteurs de risque liés à l'hôte : le risque infectieux intrinsèque
- Détection ou prédiction des épidémies, signes avant-coureurs, vigilance, événements sentinelles : comment intégrer des indicateurs *a priori* ?
- Système d'Information Hospitalier et Infections Associées aux Soins : intérêt et limites
- Approche psycho-comportementale des recommandations dans les services à haut risque (réanimation, bloc opératoire) : facteurs influençant la perception du risque.

 **SF₂H**
Risque infectieux et soin
www.sf2h.net