

Programme final
et livre des résumés

Marseille



4, 5 et 6 juin 2014

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

Mot de bienvenue

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

Cette année est marquée par le début des programmes DPC conduits par la Société Française d'Hygiène Hospitalière accessibles aux paramédicaux et aux pharmaciens. Deux programmes, utilisation des équipements de protection individuelle et gestion du risque infectieux interventionnel, sont proposés. Ils permettront notamment d'illustrer les dernières recommandations de notre société savante sur la préparation cutanée de l'opéré, les PICC et la prévention de la transmission croisée air et gouttelettes. Pour les autres participants, la session internationale s'intéressera à la problématique de la gestion des excréta et du microbiote intestinal dont il est aujourd'hui admis que la composition peut être reliée à différentes conditions médicales (« deuxième cerveau ») et qui, de plus en plus héberge des bactéries multi-résistantes aux antibiotiques. 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 ou de bactéries sélectionnées par l'antibiothérapie comme *Clostridium difficile*. Les « Rencontres avec l'expert » aborderont la gestion des épidémies et des excréta ce qui peut d'ailleurs être lié !

A la fin de la journée du 4 juin 2014, une assemblée générale extraordinaire sera tenue exposant le bilan de l'année passée et discutera une proposition de modifications de statuts quant à la composition du conseil d'administration.

Les 4 thèmes principaux retenus cette année concerneront le risque infectieux intrinsèque, les systèmes d'information hospitaliers, la détection des épidémies et les approches psycho comportementales des situations à haut risque infectieux. Chacun devrait trouver les éléments nécessaires à sa pratique professionnelle notamment avec l'apparition de nouveaux outils de prévention et de contrôle du risque infectieux associé aux soins. La conférence invitée, temps fort du congrès, donnée par le Pr Hugo Sax présentera les différentes stratégies comportementales pour améliorer l'hygiène des mains, pivot des mesures de prévention de la transmission croisée des microorganismes.

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.

L'exposition des industriels devrait permettre d'échanger autour des différents produits et matériels ainsi que de découvrir de nouvelles innovations.

Nous espérons que ce congrès marseillais, dans la capitale européenne de la culture 2013, vous apportera toute satisfaction tant pour l'actualisation des connaissances que pour la convivialité des échanges.

Philippe Berthelot
Président de la SF2H

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

PROGRAMME FINAL ET LIVRE DES RESUMES

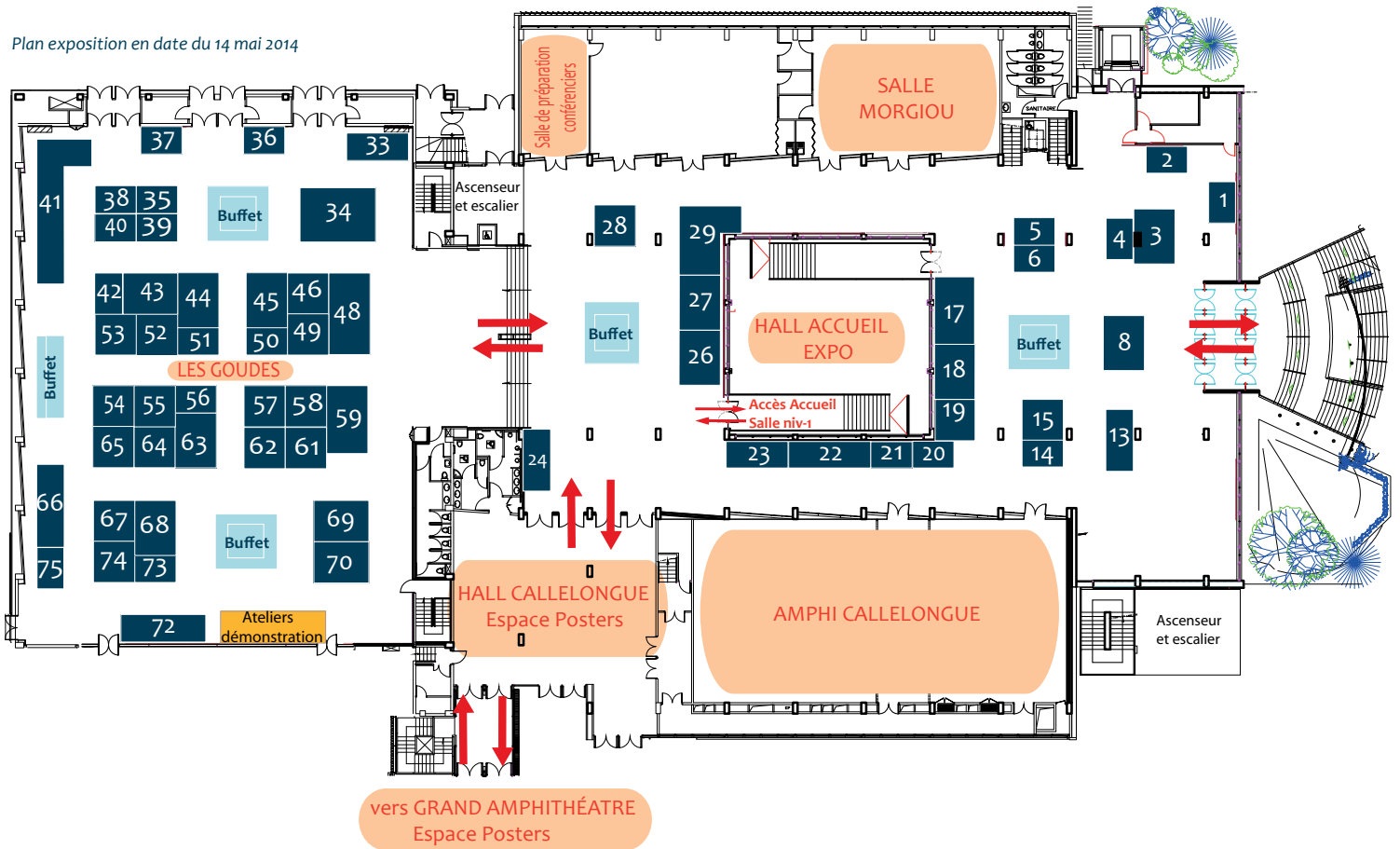
Sommaire

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. 18
Liste des Communications Libres	p. 28
Liste des Communications Libres Junior	p. 31
Liste des Posters Congrès et Junior	p. 32
Textes des Séances Plénières	p. 46
Résumés des Communications Parallèles	p. 60
Résumés des Posters Congrès et Junior	p. 95
Remerciements	p. 210

Plan de l'exposition



Plan exposition en date du 14 mai 2014



Informations générales

• DATES

4, 5 et 6 juin 2014

• LIEU

Parc Chanot - Palais des congrès
35 Boulevard Rabatau - 13008 Marseille

• LANGUE DU CONGRÈS

Français - Anglais avec traduction simultanée de la session internationale.

• Développement Professionnel Continu (DPC)

La Société Française d'Hygiène Hospitalière a été agréée Organisme de Développement Professionnel Continu (ODPC) sous le numéro 2884, par l'OGDPC pour les pharmaciens et les paramédicaux.

Par contre, elle n'a pas à ce jour cet agrément pour les médecins qui ne peuvent s'inscrire au programme DPC.

Les médecins ont toujours la possibilité de s'inscrire et d'assister à l'ensemble des manifestations du congrès (conférence internationale, ateliers « rencontres avec l'expert », sessions plénières, sessions parallèles et conférence invitée du congrès). Ils devront se rapprocher de leur Commission Médicale d'Établissement, pour envisager la suite de la démarche DPC (évaluation et analyses des pratiques professionnelles, définitions des mesures d'amélioration de ces pratiques). L'organisation du programme DPC est fixée le mercredi 4 juin de 13h30 à 18h.

Le professionnel inscrit DPC doit impérativement être présent aux séances proposées qui traiteront de « l'utilisation des EPI masque et gant » pour le programme 1 et pour le programme 2 de la « gestion du risque infectieux interventionnel » à travers 2 exemples, le patient opéré et celui de la pose d'un cathéter central introduit par voie périphérique.

A partir des analyses des pratiques existantes, les intervenants experts apporteront aux professionnels des connaissances nouvelles afin d'acquérir et d'approfondir leurs compétences professionnelles et d'améliorer la qualité et la sécurité des soins aux patients.

Pour les professionnels de santé salariés des établissements de santé, le programme DPC porté par la SF2H est financé, soit par votre employeur, soit par un Organisme Paritaire Collecteur Agréé (AFNH très souvent). Une convention de formation doit être passée et signée avec le service de formation de votre établissement.

• 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 4 juin

Le coupon d'inscription doit être présenté à l'entrée de la salle.

• SESSION INTERNATIONALE

Mercredi 4 juin

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 et d'une pièce d'identité.

• 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

178 posters sont exposés dans le Hall Callelongue ainsi que le Foyer de l'Auditorium

• RESTAURATION

Un temps de pause est réservé pour le déjeuner.

Les déjeuners du mercredi 4, jeudi 5 et vendredi 6 juin 2014 sont proposés sous forme de panier repas. Cependant, vous aurez également la possibilité de vous restaurer dans l'un des restaurants situés à proximité du Parc Chanot.

• SITE INTERNET :

www.sf2h.net



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

• EXPOSITION

Une exposition, ouverte au public du mercredi 4 juin 10h30 au vendredi 6 juin 16h30, 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.

Les comités

COMITÉ SCIENTIFIQUE

KEITA-PERSE Olivia, Présidente, Monaco
 AHO GLELE Ludwig Serge, Dijon
 BAGHDADI Nouara, Lille
 BARON Raoul, Brest
 BERGER Pierre, Marseille
 BLANC Françoise, Marseille
 BOUTARIN Odile, Marseille
 BROUQUI Philippe, Marseille
 CASSIR Nadim, Marseille
 CROZE Béatrice, Valence
 DELAROZIERE Jean-Christophe, Marseille
 ERB Martine, Villeneuve-d'Ascq
 FOURNIER Pierre-Edouard, Marseille
 GRANDBASTIEN Bruno, Lille
 JEAN Evelyne, Marseille
 LEPELLETIER Didier, Nantes
 LORY Anne, Marseille
 LUCET Jean-Christophe, Paris
 MERLE Véronique, Rouen
 PAPAIZIAN Laurent, Marseille
 SARTOR Catherine, Marseille
 SAVEY Anne, Saint-Genis Laval
 VANHEMS Philippe, Lyon
 VAUX Sophie, Saint-Maurice
 ZAHAR Jean-Ralph, Angers
 ZARO-GONI Daniel, Bordeaux

COMITÉ D'ORGANISATION

BARON Raoul, Président, Brest
 ZARO-GONI Daniel, Vice-Président, Bordeaux

JURY DES PRIX SF2H

KEITA-PERSE Olivia, Présidente, Monaco
 AHO GLELE Ludwig Serge, Dijon
 BAGHDADI Nouara, Lille
 BARON Raoul, Brest
 CROZE Béatrice, Valence
 ERB Martine, Villeneuve d' Ascq
 GRANDBASTIEN Bruno, Lille
 LEPELLETIER Didier, Nantes
 LUCET Jean-Christophe, Paris
 MERLE Véronique, Rouen
 SAVEY Anne, Saint Genis Laval
 VANHEMS Philippe, Lyon
 ZAHAR Jean-Ralph, Angers
 ZARO-GONI Daniel, Bordeaux

JURY DU PRIX COMMUNICATION JUNIOR

VANHEMS Philippe, Président, Lyon
 AHO GLELE Ludwig Serge, Dijon
 BAGHDADI Nouara, Lille
 BARON Raoul, Brest
 BERTHELOT Philippe, Saint-Etienne
 CROZE Béatrice, Valence
 ERB Martine, Lambersart
 GRANDBASTIEN Bruno, Lille
 KEITA-PERSE Olivia, Monaco
 LUCET Jean-Christophe, Paris
 SAVEY Anne, Saint Genis Laval
 ZAHAR Jean-Ralph, Angers
 ZARO-GONI Daniel, Bordeaux

Sociétés et organismes partenaires

AFGRIS	Association Française des Gestionnaires de Risques Sanitaires
ASPEC	Association pour la Prévention et l'Étude de la Contamination
CEFH	Centre d'Études et de Formations Hospitalières
CNIM	Collège National de l'Information Médicale
InVS	Institut de Veille Sanitaire
SFAR	Société Française d'Anesthésie et de Réanimation
SFH	Société Française d'Hématologie
SFM	Société Française de Microbiologie
SFMM	Société Française de Mycologie Médicale
SFP	Société Française de Parasitologie
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
SYNADIM	Syndicat National de l'Information Médicale
UNAIBODE	Union Nationale des Associations d'Infirmiers de Bloc Opératoire Diplômés d'Etat
UNICANCER	Fédération Française des Centres de Lutte contre le Cancer

Mercredi 4 juin

10:30

Rez-de-jardin

Accueil des congressistes et ouverture de l'exposition

12:00

Les Goudes

Hall Accueil

Expo

1^{er} étage

Pause déjeuner

14:00-17:30

Auditorium

1^{er} étage

SESSION INTERNATIONALE

FECES, GUT MICROBIOTA AND INFECTION CONTROL: HOW TO SOLVE THE EQUATION?

(Session en anglais avec traduction simultanée)

Chairpersons: Chantal LEGER, Poitiers ; Pierre PARNEIX, Bordeaux

14:00-14:15

Introduction

Philippe HARTEMANN, Nancy - France

14:15-14:40

INT01 - Why should we take care of our gut microbiota?

Fernando AZPIROZ, Barcelona - Spain

14:40-15:05

INT02 - Clinical challenges associated with acute faecal incontinence in critical care settings

Rachel BINKS, West Yorkshire - United Kingdom

15:05-15:30

INT03 - The faecal quandary: bedpan management in a modern age

Gertie van KNIPPENBERG-GORDEBEKE, Venlo-Boekend - Netherlands

15:30-16:00

Les Goudes

Hall Accueil

Expo

1^{er} étage

Pause café – Visite de l'exposition

16:00-16:25

INT04 - The impact of antibiotics on the gut microbiota

Paul D. COTTER, Cork - Ireland

16:25-16:50

INT05 - Duodenal infusion of donor feces for recurrent Clostridium difficile: a French experience

Benoît GUÉRY, Lille - France

16:50-17:30

Global discussion

18:15-19:30

Auditorium

1^{er} étage

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE EXTRAORDINAIRE DE LA SF2H

14:00-17:15 RENCONTRES AVEC L'EXPERT

14:00-15:15

Endoume 4
Rez-de-jardin**1^{re} SÉANCE****A1 - Gestion d'une épidémie (avec cas cliniques BHRe, choix des stratégies)**

Jean-Christophe DELAROZIERE, Marseille ; Anne LORY, Marseille

A2 - Gestion des excréta, gestion des effluents

Hélène PADOVANI, Marseille ; Karine BLANCKAERT, Lille

15:30-16:00

Les Goudes
Hall Accueil
Expo
1^{er} étage**Pause café - Visite de l'exposition**

16:00-17:15

Endoume 4
Rez-de-jardin**2^e SÉANCE****A1 - Gestion d'une épidémie (avec cas cliniques BHRe, choix des stratégies)**

Jean-Christophe DELAROZIERE, Marseille ; Anne LORY, Marseille

Salle Calle-
longue gradin
1^{er} étage**A2 - Gestion des excréta, gestion des effluents**

Hélène PADOVANI, Marseille ; Karine BLANCKAERT, Lille

13:30-18:00 PROGRAMME DPC

13:30-15:30

Programme DPC 1^{re} partie (cf plaquette programme DPC)

15:30-16:00

Pause café

16:00-18:00

Programme DPC 2^e partie (cf plaquette programme DPC)

18:15-19:30

Auditorium
1^{er} étage**ASSEMBLÉE GÉNÉRALE EXTRAORDINAIRE DE LA SF2H**

Jeudi 5 juin

08:00

Rez-de-jardin

Accueil des congressistes

08:45

Auditorium

1^{er} étage

Mot d'accueil du Président de la SF2H

Philippe BERTHELOT, Saint-Etienne

09:00-10:00

Auditorium

1^{er} étage

SESSION PLÉNIÈRE 1

■ Facteurs de risque liés à l'hôte : le risque infectieux intrinsèque

Modérateurs : Jean-Ralph ZAHAR, Angers ; Anne LORY, Marseille

PL01 - Nouvelles immunodépressions, nouveaux risques infectieux

Pierre LOULERGUE, Paris

PL02 - Le rôle de l'hygiéniste face aux nouvelles immuno-suppressions ?

Pierre BERGER, Marseille

10:05-10:35

Endoume 4

Rez-de-jardin

SESSIONS INNOVATION (au choix)

I01 - Parrainée par AQUA-TOOLS

Sécurisation des points d'eau – Filtre terminal tous germes – durée 62 jours

- Recommandations et moyens d'obtention d'une eau bactériologiquement maîtrisé (EBM)
- Surveillance des EBM avec les filtres FILT'RAY pendant 62 jours
- Protocole d'étude de la rétrocontamination des filtres terminaux 62 jours
- Impact des conditions de culture dans le contrôle des EBM

Laure BELOTTI, Strasbourg ; Arnaud FLORENTIN, Nancy ; Marc RAYMOND, Poissy

Amphithéâtre

Callelongue

1^{er} étage

I02 - Parrainée par SANIVAP

Le projet de norme AFNOR « Désinfection des surfaces par la vapeur »

Lionel PINEAU, Marseille

Endoume 1-2

Rez-de-jardin

I03 - Parrainée par TELEFLEX MEDICAL

Accès vasculaire périphérique et central, la prévention des infections et de la thrombose, nouvelles perspectives pour 2014

Jacky CHARASSE, Le Faget

10:40-11:10

Pause café - Visite de l'exposition

Les Goudes

1^{er} étage

ATELIER DEMONSTRATION

D01 - Animé par BBRAUN

Tout savoir sur les valves

Alexis LAUMONT, Paris ; Catherine MAURIAC, Paris

10:40-11:10

Hall Callelongue

Foyer de

l'Auditorium

1^{er} étage

SESSION POSTERS

(présentation par les auteurs)

11:15-12:45

SESSIONS PARALLÈLES

■ SP01 - Facteurs de risque liés à l'hôte : le risque infectieux intrinsèque

Modérateurs : Pierre BERGER, Marseille ; Nouara BAGHDADI, Lille

CP01 - Investigation d'une épidémie de PCP (patients VIH/patients greffés)

Philippe VANHEMS, Lyon

Amphithéâtre
Callelongue
1^{er} étage

CP02 - Aspergillose pulmonaire en réanimation : les facteurs de risque liés à l'hôte au cours d'une épidémie

Nadim CASSIR, Marseille

CP03 - Epidémie de tuberculose dans un service de transplantation rénale

Sandra FOURNIER, Paris

■ **SP02 - Communications libres 1 : dispositifs et procédures invasifs**

Modérateurs : Anne SAVEY, Saint-Genis-Laval ; Françoise BLANC, Marseille

CL01 - Pratiques d'utilisation des cathéters sous-cutanés en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes et en unité de soins de longue durée

Marine GIARD, Saint Genis Laval

CL02 - Infections du site opératoire en chirurgie orthopédique réglée : vers un nouveau score d'évaluation du risque infectieux intrinsèque ?

Adeline DEBREUVE-THERESETTE, Reims

CL03 - Facteurs de risque d'infection profonde du site opératoire dans le service d'orthopédie d'un centre hospitalier universitaire : étude cas-témoins

Solweig GERBIER-COLOMBAN, Lyon

CL04 - Utilisation de lingettes pré-imprégnées de chlorexidine à 2 % pour la toilette de patients de réanimation : impact sur le taux d'incidence des bactériémies, le confort des patients et le temps de travail paramédical

Georgette GRECH, Marseille

CL05 - Intérêt d'une démarche a posteriori d'analyse de scénario suite à un signalement interne d'infection sur cathéter périphérique au service des urgences

Sylvana COUTANT, La Roche-sur-Yon

CL06 - Etude du risque infectieux lié à la génération de bioaérosols en chirurgie dentaire

Wadiaa BANNOUR NAIJA, Sousse - Tunisie

Endoume 1-2
Rez-de-jardin

■ **SP03 Communications libres 2 : évaluation et méthodes d'analyse**

Modérateurs : Jean-Christophe LUCET, Paris ; Serge AHO-GLELE, Dijon

CL07 - Prévalence de la consommation et la réévaluation des antibiotiques dans un hôpital pédiatrique en 2012

Nabila HEROUAL, Oran - Algérie

CL08 - Evaluation comparée de l'activité d'un détergent-désinfectant et de l'hypochlorite de sodium vis-à-vis des spores de Clostridium difficile

Frédéric BARBUT, Paris

CL09 - Quel plan d'échantillonnage pour les contrôles de l'eau utilisée pour les soins standards ?

Jacqueline GRANDO, Bron

CL10 - Epidémie de grippe dans un établissement de santé : analyse des causes selon la méthode ORION® et campagne de prévention et sensibilisation

Catherine CHUBILLEAU, Niort

CL11 - Utilisation de la méthode ALARM (Association of Litigation And Risk Management) dans la gestion de 3 cas groupés de transmission du virus de l'hépatite C (VHC) dans un service d'hémodialyse

Julie BROCHART-MERLIN, Amiens

CL12 - SHA : quantifier la qualité de la friction

Olivier MEUNIER, Haguenau

Jeudi 5 juin

Endoume 4
Rez-de-jardin

■ SP04 - Session SPILF - Infections émergentes graves à transmission respiratoire

Modérateurs : Philippe BROUQUI, Marseille ; Olivia KEITA-PERSE, Monaco

CP04 - Tuberculose XDR

Vincent JARLIER, Paris

CP05 - SPILF-COREB : Émergence infectieuse : les 10 points clefs de la prise en charge médicale du premier patient par le premier médecin

Marie-Charlotte CHOPIN, Valenciennes

CP06 - Retour d'expérience sur la prise en charge du Middle East Respiratory Syndrom – Coronavirus (MERS-CoV)

Nicolas ETTAHAR, Valenciennes

12:50

Les Goudes
Hall Accueil
Expo
1^{er} étage

Pause déjeuner

13:25-14:25

Amphithéâtre
Callelongue
1^{er} étage

SYMPOSIUM DE L'INDUSTRIE

S01 - Parrainé par MEDA PHARMA

Préparation cutanée de l'opéré : comment se positionner ?

Modérateur : Didier LEPELLETIER, Nantes

- Introduction : Nouvelles recommandations 2013 relatives à la douche préopératoire

Didier LEPELLETIER, Nantes

- L'ISO et le chirurgien: une fable du déni et de la culpabilité

Gilles TOUATI, Amiens

- Préparation cutanée de l'opéré : observance et perspectives

Marie-Alix ERTZSCHEID, Rennes

- La microbiologie peut-elle aider à se positionner ?

Ousmane TRAORÉ, Clermont-Ferrand

Conclusion

14:30-15:30

Auditorium
1^{er} étage

SESSION PLÉNIÈRE 2

■ Systèmes d'Information Hospitaliers et IAS : intérêt et limites

Modérateurs : Philippe VANHEMS, Lyon ; Pascale CHAIZE, Montpellier

PL03 - Intérêt et limites du Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI) dans la surveillance des infections sur prothèse orthopédique

Leslie GRAMMATICO-GUILLON, Tours

PL04 - Approche médico économique à partir des données du SIH

Isabelle DURAND ZALEWSKI, Paris

15:35-16:05

Les Goudes
1^{er} étage

Pause café - Visite de l'exposition

ATELIER DEMONSTRATION

D02 - Animé par HOSPIDEX

Applications de la norme ISO23907 : emballage pour déchets perforants. Nouveautés SharpSafe®, Contextes réglementaires...

15:35-16:05

*Hall Callelongue
Foyer de
l'Auditorium
1^{er} étage*

SESSION POSTERS

(présentation par les auteurs)

16:10-17:40

*Auditorium
1^{er} étage*

SESSIONS PARALLÈLES**■ SP05 - Systèmes d'Information Hospitaliers et IAS : intérêt et limites**

Modérateurs : Pierre-Edouard FOURNIER, Marseille ; Martine ERB, Villeneuve-d'Ascq

CP-07 - Systèmes d'alerte BMR/BHR informatisés

Isabelle LOLOM, Paris

CP-08 - Valorisation du codage des IAS dans le cadre de la T2A

Nicole ROATTINO, Marseille

CP-09 - Efficacité du SIH dans le rappel des patients exposés à la tuberculose

Catherine SARTOR, Marseille

*Amphithéâtre
Callelongue
1^{er} étage*

■ SP06 - Communications libres 3 : surveillance audits

Modérateurs : Loïc SIMON, Vandœuvre-lès-Nancy ;

Elisabeth LAPRUGNE-GARCIA, Saint-Genis Laval

CL-13 - Analyse des causes d'une série d'ISO après césarienne

Vanina AMBROGI, Lavaur

CL-14 - Un programme réussi de réduction des infections urinaires en gériatrie

Raphaële GIRARD-AYZAC, Pierre-Bénite

CL-15 - Effet de la surveillance et incidence des pneumopathies associées à la ventilation en réanimation : application des critères de causalité de Hill

Philippe ANDRÉ, Lyon

CL-16 - Bactéries multirésistantes aux antibiotiques : l'information donnée aux patients est-elle possible et compréhensible ?

Claire MASSON, Reims

CL-17 - Retour d'expérience sur la gestion de cas de nCoV : pourquoi choisir la méthode ORION®

Anne Adélaïde CRACCO-MOREL, Valenciennes

CL-18 - Informatisation et automatisation de la surveillance des infections du site opératoire : évaluation des performances d'algorithmes utilisant différentes bases de données du système d'information hospitalier

Didier LEPELLETIER, Nantes

*Endoume 1-2
Rez-de-jardin*

■ SP07 - Communications libres 4 paramédicales Transmission croisée

Modérateurs : Béatrice CROZE, Valence ; Nadim CASSIR, Marseille

CL-19 - Analyse du risque de transmission croisée manuportée lié aux interruptions de soins au cours de la toilette du patient dépendant

Laurent THIRIET, Sedan

CL-20 - Patients contacts BHR : retour d'expérience sur la gestion d'un parcours de soins avec venues itératives

Céline CAMUS, Angers

CL-21 - Evaluation de l'impact psychologique des précautions complémentaires chez les patients hospitalisés dans un centre hospitalier universitaire

Blandine GUILLEY-LERONDEAU, Nantes

Jeudi 5 juin

CL-22 - Gestion des excréta dans un établissement de santé dans le contexte de recrudescence des bactéries multi et hautement résistantes

Aïcha ZRAÏB, Grasse

CL-23 - Evaluation de l'observance des prérequis de l'hygiène des mains au sein d'un établissement de santé

Sophie EPIARD, Caen

CL-24 - Hygiène des mains, analyse des comportements des soignants par vidéo et identification des facteurs influençant la non observance

Sophia BOUDJEMA, Marseille

*Endoume 4
Rez-de-jardin*

■ SP08 - Communications «junior»

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

CLJ01 - Etude rétrospective des complications infectieuses, thrombotiques et mécaniques associées aux cathéters centraux insérés par voie périphérique (PICC) en onco-hématologie

Marion DAVID, Rouen

CLJ02 - Le risque infectieux lié à l'eau des unités de soins dentaires

Damien COSTA, Poitiers

CLJ03 - Utilisation des graphiques CUSUM pour la détection précoce des épidémies d'infections à Staphylococcus aureus sensible à la méticilline en néonatalogie

Claire LESTEVEN, Caen

CLJ04 - La visite de risque appliquée à l'hygiène hospitalière : retour d'expérience dans 52 services

Hélène BOULESTREAU, Bordeaux

PRIX01 - Communication du Prix médical

Tendances évolutives de la prévalence des infections nosocomiales au CHU de Saint-Etienne de 1998 à 2012

Radia SPIGA, Saint-Etienne

PRIX02 - Communication du Prix paramédical

Analyse a posteriori d'une épidémie de grippe en USLD par la méthode ALARM

Sandrine MIAS, Rouen

17:45-18:45

*Auditorium
1^{er} étage*

SESSION PLÉNIÈRE 3

■ PL05 - «Best of» de la littérature

Introduction : Olivia KEITA-PERSE, Monaco ; Martine ERB, Villeneuve-d'Ascq ; Chantal LÉGER, Poitiers ; Didier LEPELLETIER, Nantes ; Jean-Christophe LUCET, Paris ; Philippe VANHEMS, Lyon ; Jean-Ralph ZAHAR, Angers

Vendredi 6 juin

09:00-10:00

Auditorium
1^{er} étage

SESSION PLÉNIÈRE 4

■ **Détection ou prédiction des épidémies : signes avant-coureurs, vigilance, événements sentinelles, comment intégrer des indicateurs a priori**

Modérateurs : Raoul BARON, Brest ; Jean-Christophe DELAROZIERE, Marseille

PL-06 - Méthodes de surveillance des infections nosocomiales

Philippe VANHEMS, Lyon

PL-07 - Signalement

Bruno COIGNARD, Saint-Maurice

10:00-10:15

■ **Remise des prix SF2H :**

PRIX1 - Prix Médical

PRIX2 - Prix Paramédical

PRIX3 - Prix Communication Junior

10:20-10:50

Endoume 4
Rez-de-jardin

SESSIONS INNOVATION (au choix)

I04 - Parrainée par AIRINSPACE

Qualité de l'air et gestion des risques chimiques liés aux produits de désinfection : désinfection des surfaces par voie aérienne (DSVA) et salles d'endoscopie.

Un retour d'expérience sur la décontamination chimique de l'air en salle d'endoscopie

Modérateur : Xavier VERDEIL, Toulouse

Un retour d'expérience sur la décontamination chimique de l'air en salle d'endoscopie

Patrick PINA, Rambouillet

I05 - Parrainée par SMITHS MEDICAL

Rappel des précautions standards et recommandations sur cathéters veineux périphériques. Focus sur cathéter veineux périphérique avec valve anti reflux

Bruno LE FALHER, Argenteuil ; Carole BEUCHARD, Paris

Endoume 1-2
Rez-de-jardin

10:55-11:25

■ **Pause café - Visite de l'exposition**

Les Goudes
1^{er} étage

ATELIER DEMONSTRATION

D03 - Animé par MEDICAL INNOVATION

CLEANASCOPE : maîtrise du risque infectieux lors du transport et du stockage court terme des endoscopes souples.

Emmanuel ESTHER, Toulouse

10:55-11:25

Hall Callelongue
Foyer de
l'Auditorium
1^{er} étage

■ **SESSION POSTERS**
(présentation par les auteurs)

11:30-13:00

Amphithéâtre
Callelongue
1^{er} étage

SESSIONS PARALLÈLES

■ **SP09 - Approche psycho comportementale des situations à haut risque infectieux : facteurs influençant la perception du risque**

Modérateurs : Yann OLLIVIER, Lille ; Evelyne JEAN, Marseille

CP10 - Observance de l'hygiène des mains : intérêt et limites d'un enregistrement automatisé

Philippe BROUQUI, Marseille

Vendredi 6 juin

Endoume 1-2
Rez-de-jardin

CP11 - «Mieux-être au travail» dans les plateaux médico-techniques et influence sur la prévention des IAS

Maryse BOILON, Marseille; Thierry SALMON, Vitrolles

CP12 - Que sait-on du portage BMR/BHR chez le personnel soignant ?

Jean-Christophe LUCET, Paris

■ SP10 - Communications libres 5 paramédicales Prévention au quotidien

Modérateurs : Anne BERGER-CARBONNE, Paris ; Odile BOUTARIN, Marseille

CL25 - Evaluation des coûts de dépistage d'ERG : culture versus PCR, résultats préliminaires

Didier LECOINTE, Corbeil-Essonnes

CL26 - Les freins à la vaccination antigrippale : résultats préliminaires d'une étude chez les personnels des établissements de santé et médico-sociaux (2013)

Zoher KADI, Amiens

CL27 - Comparaison économique de différentes techniques de traitement d'un bassin

Denis THILLARD, Rouen

CL28 - L'analyse de scénario clinique en pratique

Sylvie JOURDAIN, Brest

CL29 - Evaluation de l'activité sporicide de lingettes préimprégnées pour la désinfection des dispositifs médicaux

Emilie HAVERBEQUE, Valenciennes

CL30 - Epidémie de grippe dans des unités de soins de longue durée : analyse a posteriori selon la méthode ALARM

Sandrine MIAS, Rouen

Endoume 4
Rez-de-jardin

■ SP11 - Communications libres 6 BMR/BHR

Modérateurs : Véronique MERLE, Rouen ; Didier LEPELLETIER, Nantes

CL31 - 132 Suspensions de portage de bactéries multi ou hautement résistantes (BMR/BHR) aux antibiotiques chez des patients rapatriés ou ayant été hospitalisés à l'étranger

Margaux LEPAINTEUR, Paris

CL32 - Un risque de survenue d'une épidémie plus important avec les ERG qu'avec les EPC

Sandra FOURNIER, Paris

CL33 - Risque de survenue d'une épidémie à bactéries hautement résistantes émergentes (BHRe) selon le type de mesures mises en place autour du cas index

Sandra FOURNIER, Paris

CL34 - Faux négatifs dans les dépistages BHRe chez les patients hospitalisés à l'étranger dans l'année précédente

Emilie TEYSSIERES, Paris

CL35 - Épidémie à *Acinetobacter baumannii* résistant à l'imipénème : stratégies pour une maîtrise rapide et investigations des différentes voies de transmission

Caroline FONDRINIER, Caen

CL36 - Gestion d'une épidémie régionale de *Klebsiella pneumoniae* OXA-48, 2012-2013

Claude BERNET, Lyon

Auditorium
1^{er} étage

■ SP12 - Actualités en hygiène hospitalière

Modérateurs : Philippe BERTHELOT, Saint-Etienne ; Sophie VAUX, Saint-Maurice

CP13 - Saisines/actualités HCSP et actualités DGOS

Bruno GRANDBASTIEN, Lille ; Muriel ELIASZEWICZ, Paris

CP14 - Priorisation de la surveillance (InVS)

Pascal ASTAGNEAU, Paris

CP15 - Désinfection des sondes endocavitaires : faut-il faire évoluer les pratiques en France ?

Bruno POZZETTO, Saint-Etienne

CP16 - EPC/RAISIN

Sophie VAUX, Saint-Maurice

CP17 - Infections urinaires

Rémy GAUZIT, Paris

CP18 - Actualités SF2H : groupes de travail en cours ou en formation

Olivia KEITA-PERSE, Monaco

13:05

Les Goudes
Hall Accueil Expo
1^{er} étage

■ Pause déjeuner

14:00-14:30

Endoume 4
Rez-de-jardin

■ SESSIONS INNOVATION (au choix)

I06 - Parrainée par DIDACTIC

Sécurisation des montages de perfusion complexes: hygiène – perfuseurs prémontrés / matériaux – perfuseurs sans BPA

Pascal JEAN, Le Havre

Endoume 1-2
Rez-de-jardin

I07 - Parrainée par ASP

Désinfecter ou stériliser à basse température les dispositifs médicaux critiques

José de SOUSA PINTO, Issy-les-Moulineaux

14:45-15:30

Auditorium
1^{er} étage

■ CONFÉRENCE INVITÉE

■ Stratégies comportementales et hygiène des mains

Hugo SAX, Zürich - Suisse

15:30-16:30

Auditorium
1^{er} étage

■ SESSION PLÉNIÈRE 5

■ Approche psycho comportementale des situations à haut risque infectieux : facteurs influençant la perception du risque

Modérateurs : Bruno GRANDBASTIEN, Lille ; Anne-Claire GUILLE DES BUTTES, Nantes

PL08 - Représentation des soignants et le port des gants.

Mettre, ou ne pas mettre ? Là est la question

Philippe BLANCO, Saint-Nazaire

PL09 - Perception des risques par les soignants lors de la prise en charge des patients infectés : à propos du MERS-CoV

Aurélié VANDROMME, Lille

16:30

■ Clôture du congrès

Index des auteurs

A

ABASSI A. _____	198
ABBYAD C. _____	126
ABID S. _____	116
ABITEBOUL D. _____	191
ACIERNO L. _____	153
ADER F. _____	197
ADJAMAGBO B. _____	44, 199
ADJIDE C.C. _____	68, 99, 102, 121, 153, 156, 172, 155, 182
AGAG F. _____	149
AGARD C. _____	140
AGGOUNE M. _____	174
AGUELON V. _____	78, 112
AHO-GLELE L.S. _____	40, 163, 169, 194
AIRIAU E. _____	32, 40, 165
AIZAC O. _____	143
AJMIA F. _____	43, 189
AKPABIE A. _____	42, 185
AL RIFAI S. _____	185
ALLAIN D. _____	78
ALLAOUCHICHE B. _____	205
ALLEAUME S. _____	105
AMBROGI V. _____	29, 32, 72, 96
AMIEL C. _____	72
AMIEL M. _____	72, 96
AMRIT S. _____	147
ANDRE C. _____	155
ANDRE H. _____	161
ANDRE P. _____	29, 73
ANDREMONT A. _____	89
ANNEREL S. _____	86, 177
AOUFFEN M. _____	170
ARAREM I. _____	147
ARFAOUI C. _____	144
ARFAOUI S. _____	144
ARGAUD L. _____	152, 205
ARMAND-LEFEVRE L. _____	89, 145
ARNAUD I. _____	39, 156
ARNOUX-LACOSTE S. _____	147
ASENSIO E. _____	118, 119
ASSAL M.P. _____	41, 176
ASSIANDI F. _____	194
ASSOUKPA J. _____	85
ASSOUVIE L. _____	190
ASTAGNEAU P. _____	129, 156, 162, 174

ASTRUC C. _____	169
ASTRUC K. _____	39, 43, 163, 194
ATIF M.L. _____	35, 85, 127, 143
AUBRUN F. _____	151
AUFFRET A. _____	82
AUPEE M. _____	34, 120, 133
AVOINET. _____	167
AVRIL C. _____	120, 133
AYZAC L. _____	186

B

BACOUILLARD J.B. _____	74, 115
BADACHE L. _____	174
BAGATHA M.F. _____	80
BAGHDADI N. _____	39, 123, 161, 174
BAGOUET F. _____	127
BAJOLET O. _____	62, 74, 115, 156
BALLET I. _____	164
BALOGÉ I. _____	104
BANNOUR NAIJA W. _____	28, 65
BANNOUR W. _____	101, 148, 149, 181, 192
BARBAROT V. _____	76
BARBIER L. _____	113, 138
BARBUT F. _____	28, 66
BARD F. _____	116, 136
BARDON G. _____	170
BARON R. _____	155
BARQUINS-GUICHARD S. _____	39, 159
BARREAU M.F. _____	181
BARROUN C. _____	161
BARSOTTI O. _____	98
BASILE A. _____	33, 134, 200
BASTARD C. _____	80
BASTIA B. _____	187
BATAILLE F.R. _____	76
BATAILLER P. _____	32, 40, 103, 170
BATTAGLIOTTI P. _____	37, 41, 147, 172, 173
BATTIE C. _____	186
BAUDIN C. _____	184
BAYAR H. _____	149
BECUWE J. _____	174
BELAOUN F. _____	66
BELDILALI H. _____	149
BELKAID R. _____	147

FINES M.	120, 132	GOPOIS S.	117
FINES-GUYON M.	91, 108, 122, 133	GOSSAY C.	33, 109
FLORENTIN A.	34, 45, 114, 118, 119, 209	GOUDJIL S.	121
FONDRINIER C.	30, 45, 91, 208	GOURDIN C.	143
FONSECA I.	185	GRAGLIA E.	135, 161
FONT-DUBARRY L.	173	GRAIN A.	35, 127
FORESTIER E.	131	GRAMMATICO-GUILLON L.	47
FORISSIER M.F.	197	GRANDBASTIEN B.	39, 123, 162
FORTINEAU N.	61, 91	GRANDO J.	28, 67, 151
FOSSE T.	36, 92, 135, 136, 142, 156, 161, 189	GRATTARD F.	139
FOUQUET M.	116	GRECH G.	28, 64
FOURNERET VIVIER A.	153, 131	GUERCHANI M.K.	191
FOURNIER S.	30, 61, 90, 91	GUERIN C.	151
FRANCOIS A.	172	GUERIN J.M.	91
FRELET B.	117	GUEROULT-LOCHER G.	121, 155, 182
FRIDRICK M.	110	GUERY B.	123
FUSTIER L.	160	GUEUDET D.	110
FUZIBET J.G.	142	GUICHARD G.	172

G

GABARD A.	40, 166	GUIGNARD F.	104, 110
GABIANE S.	168	GUIGNOT D.	179
GADAUD D.	168	GUILBAUD J.M.	80
GAGNAIRE J.	105, 139, 170, 195	GUILLASO M.	34, 119
GALLE B.	124	GUILLE DES BUTTES A.C.	77
GALLET S.	174	GUILLEY-LERONDEAU B.	29, 77
GALLON O.	150	GUILLOIS B.	81, 132
GAMBIER A.	153	GUMY A.	124
GANRY O.	68, 102, 121, 153, 155, 156, 172, 182	GUSTIN M.P.	157
GARDES S.	100, 151, 158	GUYOTAT D.	195
GARNIER L.	69		
GARREAU N.	156		
GARREL S.	135, 136		
GAUCHERAND P.	186		
GAUCI M.	124		
GAUJARD S.	72		
GEHANNO J.F.	203		
GENDREIKE Y.	161, 189		
GENOUD F.	64		
GERBIER-COLOMBAN S.	28, 38, 44, 63, 151, 197		
GERMAIN J.M.	86, 129, 141, 174, 177, 195, 204		
GHEITH S.	192		
GHENASSIA A.	63		
GIARD M.	28, 62, 157		
GIOVANNI G.	172		
GIRANDOLA F.	191		
GIRARD R.	32, 72, 98, 99, 100, 151, 158		
GIRARD-AYZAC R.	29		
GIRAUD K.	185		
GIZZI A.	76, 114, 188		
GLORION S.	156		
GONON M.H.	103		

H

HACHED N.	43, 191
HADJ-MAHFOUD K.	165
HAJJAR J.	176
HAKOUNE V.	103
HALLOY C.	179
HAMMOUDA I.	121
HAMZA R.	37, 143, 144
HANF M.	75
HARANI M.	198
HARDY K.	37, 141, 202, 203
HARTEMANN P.	118, 119, 209
HASSEINE M.	121
HAUTEMANIERE A.	114
HAYERBEQUE E.	30, 87, 134, 200
HAYAUD S.	35, 124, 125
HAYO F.	172, 173
HAYS S.	197
HELALI R.	65, 101, 148, 149, 181
HEMMERLE J.	105
HENNETON V.	125
HENOUN LOUKILI N.	35, 123
HENRY L.	122

LEGEIN C. _____	86, 177	MANUEL C. _____	129
LEGGERI-LEGRIS M. _____	156	MARCELLIN S. _____	96
LEJEUNE D. _____	38, 155	MARI L. _____	160
LEKE A. _____	121	MARIAT C. _____	105
LEMAIRE V. _____	107	MARIE D. _____	101
LEMAITRE S. _____	88	MARIE S. _____	43, 190
LEMARIE F. _____	160, 167	MARIE V. _____	82, 111, 116, 136
LEPAINTEUR M. _____	30, 32, 89, 98	MARINI H. _____	44, 80, 88, 141, 175, 202, 203
LEPELLETIER D _____	29, 37, 75, 77, 110, 140	MARSAL L. _____	103
LERE M. _____	44, 197	MARTEAU S. _____	68, 104
LEROYER C. _____	82, 111, 136	MARTIN A. _____	124, 125
LESERVOISIER R. _____	166	MARTIN GAUJARD G. _____	72
LESTEVEN C. _____	31, 35, 36, 81, 122, 132	MARTRETTE J.M. _____	114
LESUEUR S. _____	203	MARTY N. _____	156
LETAIEF R. _____	148	MASSON C. _____	29, 34, 74, 115
LEULIET A. _____	174	MATTEI A. _____	170
LEVAST M. _____	131	MATURSKI A.L. _____	174
LEVEZIEL M. _____	38, 154	MAUGAT S. _____	156
LEVITZKI N. _____	197	MAURANNE C.C. _____	72, 100, 151
LHERITEAU F. _____	145	MBONGO L. _____	32, 68, 102, 121, 153, 156
LINARES C. _____	113, 138	MECHKOUR S. _____	161, 173
LIZON J. _____	34, 114, 118, 119	MEHDI F. _____	100
LO MONACO G. _____	191	MEKONTSO DESSAP A. _____	116
LOEB A. _____	80	MELIX E. _____	40, 171
LOIZEAU H. _____	64	MENARD F. _____	110
LOLOM I. _____	89, 145, 182	MENSAH K. _____	38, 51, 152, 193
LOMONT A. _____	107, 168	MERCIER A. _____	81
LONGO B. _____	121	MERCIER C. _____	134, 200
LORRE G. _____	165	MERLE V. _____	41, 88, 117, 141, 175, 202, 203, 204
LORY A. _____	92, 128, 130	MERMET V. _____	99
LOTTIN M. _____	175	MERRER J. _____	107, 168, 190
LOUIS M.Y. _____	167	MERSSEMAN D. _____	174
LUCET J.C. _____	89, 145, 182	METZGER M.H. _____	63, 139, 151, 197
LUPSE M. _____	177	MEUNIER O _____	29, 33, 44, 44, 69, 105, 199, 205
LUREAU P. _____	154	MEZNI R. _____	144, 145
LUTZ M.C. _____	153	MIAS S. _____	30, 44, 88, 141, 203
LUU DUC D. _____	109, 180	MICHALLET M. _____	158
LUZURIER Q. _____	175	MICHAUD G. _____	116
M			
MAERTEN C. _____	123	MICHAUD S. _____	176
MAHJOUB M. _____	38, 101, 148, 149, 181	MICHELIC F. _____	191
MAHMOUDI K. _____	158	MIDOUN N. _____	149
MAHUL P. _____	170	MIEN S. _____	150
MAILLIOT P. _____	74, 115	MIGEOT V. _____	194
MAJDOUL B. _____	100	MIGUERES B. _____	199
MALAVAUD S. _____	72, 197	MOALLA M. _____	101
MALLARET M.R. _____	170	MOGENOT E. _____	107, 190
MALLAVAL F.O. _____	35, 131, 153	MOLINES C. _____	160
MAMLOUK H. _____	43, 44, 188, 201	MONCHARMONT M.H. _____	44, 201
MANOURI M. _____	81	MONIEZ F. _____	106, 134, 200
MANQUAT G. _____	109, 180	MONTAIGU F.I. _____	117
		MONTEIL C. _____	89, 90
		MONTERRAT J. _____	173

MORDINI J. _____	105	PELLISSIER G. _____	191
MORELON E. _____	193	PERAHIA S. _____	202
MORRIER J.J. _____	98	PERDELLI F. _____	36, 131
MOUET A. _____	78, 91, 112, 208	PERDRIX A. _____	80
MOURET N. _____	100	PEREIRA C. _____	102
MOURLAN C. _____	35, 124	PERETTI-WATEL P. _____	79
MRABET K. _____	144, 145	PERGAY V. _____	72
MULLIE P. _____	80	PEROZZIELLO A. _____	182
MUREAU B. _____	68	PERRAUD M. _____	67, 108, 112

N

NAGA H. _____	185	PETEL T. _____	86, 117, 141, 175, 177, 204
NAIJI R. _____	101	PETIT A. _____	98
NEGRIN N. _____	126	PETIT J. _____	190
NEROME S. _____	42, 182	PETIT J.Y. _____	176
NEULIER C. _____	33, 40, 43, 89, 107, 168, 190	PHELIP J.M. _____	139
NEYRET P. _____	63	PIALLAT M. _____	176
NGUEUTSA R. _____	42, 183	PICARD M. _____	110
NICOLAS R. _____	116	PICAUD J.C. _____	197
NICOLLE M.C. _____	108, 112, 193	PIEDNOIR E. _____	166
NJAH M. _____	65, 101, 148, 149, 181, 192	PILANDON I. _____	186
NOEL C. _____	133, 208	PINA P. _____	35, 124, 125, 150
NOLIN S. _____	68	PINEAU S. _____	140
NORTH S. _____	205	PIOLIN O. _____	166
NOURRY C. _____	165	PIVA J.B. _____	167
NOVAKOVA I. _____	129	PLAINVERT C. _____	129
NOYON E. _____	80	PODIK J.E. _____	39, 42, 121, 155, 182
NUEMI G. _____	163	PONSOT F. _____	153
NUNES J. _____	82	PORCHERET H. _____	179

O

OBERTING V. _____	42, 184	PORNET C. _____	78, 81, 91, 112, 132, 208
OBIN O. _____	121	PORNON P. _____	72, 151
OHANIAN L. _____	101	POURE L. _____	42, 109, 180
OHL X. _____	62	POUTEAU L.M. _____	140
OLLIVIER Y. _____	41, 161, 174	POUTEIL-NOBLE C. _____	193
OLTRA L. _____	72, 112	POUVARET A. _____	195
OPSOMER M.A. _____	194	POYART C. _____	129
ORLANDO P. _____	131	POZZETTO B. _____	93
OTTRIA G. _____	131	PROUTEAU M.D. _____	97, 165
OUABDESSELAM D. _____	106	PROUTEAU P. _____	110
OULD BABA-ALI H. _____	147		
OVANESSIAN N. _____	176		

P

PAJOT-MATHIAS F. _____	63		
PANGON B. _____	107, 168, 190		
PAPAZIAN L. _____	64		
PARNEIX P. _____	156, 190		
PATOURAUX P. _____	79		
PAUCHET V. _____	202		
PEGAZ B. _____	198		

Q

QUANTIN C. _____	163
QUENARD S. _____	109, 180
QUESNEL C. _____	204

R

RABAUD C. _____	114
RABERIN H. _____	195
RABODONIRINA M. _____	60
RAISIN J. _____	179
RANCHIN B. _____	178
RANQUE S. _____	195
RAVRY M. L. _____	38

Liste des communications libres

CL-01

PRATIQUES D'UTILISATION DES CATHÉTERS SOUS-CUTANÉS EN ÉTABLISSEMENT HÉBERGEANT DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES ET EN UNITÉ DE SOINS DE LONGUE DURÉE

GIARD Marine, SAINT-GENIS-LAVAL

CL-02

INFECTIONS DU SITE OPÉRATOIRE EN CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE RÉGLÉE : VERS UN NOUVEAU SCORE D'ÉVALUATION DU RISQUE INFECTIEUX INTRINSÈQUE ?

DEBREUVE-THERESETTE Adeline, REIMS

CL-03

FACTEURS DE RISQUE D'INFECTION PROFONDE DU SITE OPÉRATOIRE DANS LE SERVICE D'ORTHOPÉDIE D'UN CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE : ÉTUDE CAS-TÉMOINS

GERBIER-COLOMBAN Solweig, LYON

CL-04

UTILISATION DE LINGETTES PRÉ-IMPRÉGNÉES DE CHLOREXIDINE À 2% POUR LA TOILETTE DE PATIENTS DE RÉANIMATION : IMPACT SUR LE TAUX D'INCIDENCE DES BACTÉRIÉMIES, LE CONFORT DES PATIENTS ET LE TEMPS DE TRAVAIL PARAMÉDICAL

GRECH Georgette, MARSEILLE

CL-05

INTÉRÊT D'UNE DÉMARCHE A POSTERIORI D'ANALYSE DE SCENARIO SUITE À UN SIGNALEMENT INTERNE D'INFECTION SUR CATHÉTER PÉRIPHÉRIQUE AU SERVICE DES URGENCES

COUTANT Sylvana, LA ROCHE-SUR-YON

CL-06

ETUDE DU RISQUE INFECTIEUX LIÉ À LA GÉNÉRATION DE BIOAÉROSOLS EN CHIRURGIE DENTAIRE

BANNOUR NAIJA Wadiaa, SOUSSE, TUNISIE

CL-07

PRÉVALENCE DE LA CONSOMMATION ET LA RÉÉVALUATION DES ANTIBIOTIQUES DANS UN HÔPITAL PÉDIATRIQUE EN 2012

HEROUAL Nabila, ORAN, ALGÉRIE

CL-08

EVALUATION COMPARÉE DE L'ACTIVITÉ D'UN DÉTERGENT-DÉSINFECTANT ET DE L'HYPOCHLORITE DE SODIUM VIS-À-VIS DES SPORES DE CLOSTRIDIUM DIFFICILE

BARBUT Frédéric, PARIS

CL-09

QUEL PLAN D'ÉCHANTILLONNAGE POUR LES CONTRÔLES DE L'EAU UTILISÉE POUR LES SOINS STANDARDS ?

GRANDO Jacqueline, BRON

CL-10

ÉPIDÉMIE DE GRIPPE DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ : ANALYSE DES CAUSES SELON LA MÉTHODE ORION® ET CAMPAGNE DE PRÉVENTION ET SENSIBILISATION

CHUBILLEAU Catherine, NIORT

CL-11

UTILISATION DE LA MÉTHODE ALARM (ASSOCIATION OF LITIGATION AND RISK MANAGEMENT) DANS LA GESTION DE 3 CAS GROUPÉS DE TRANSMISSION DU VIRUS DE L'HÉPATITE C (VHC) DANS UN SERVICE D'HÉMODIALYSE

BROCHART-MERLIN Julie, AMIENS

CL-12

SHA : QUANTIFIER LA QUALITÉ DE LA FRICTION*MEUNIER Olivier, HAGUENAU*

CL-13

ANALYSE DES CAUSES D'UNE SÉRIE D'ISO APRÈS CÉSARIENNE*AMBROGI Vanina, LAVAUR*

CL-14

UN PROGRAMME RÉUSSI DE RÉDUCTION DES INFECTIONS URINAIRES EN GÉRIATRIE*GIRARD-AYZAC Raphaële, PIERRE-BENITE*

CL-15

EFFET DE LA SURVEILLANCE ET INCIDENCE DES PNEUMOPATHIES ASSOCIÉES À LA VENTILATION EN RÉANIMATION : APPLICATION DES CRITÈRES DE CAUSALITÉ DE HILL*ANDRÉ Philippe, LYON*

CL-16

BACTÉRIES MULTIRÉSISTANTES AUX ANTIBIOTIQUES : L'INFORMATION DONNÉE AUX PATIENTS EST-ELLE POSSIBLE ET COMPRÉHENSIBLE ?*MASSON Claire, Reims*

CL-17

RETOUR D'EXPÉRIENCE SUR LA GESTION DE CAS DE NCOV : POURQUOI CHOISIR LA MÉTHODE ORION*CRACCO-MOREL Anne Adélaïde, VALENCIENNES*

CL-18

INFORMATISATION ET AUTOMATISATION DE LA SURVEILLANCE DES INFECTIONS DU SITE OPÉRATOIRE : EVALUATION DES PERFORMANCES D'ALGORITHMES UTILISANT DIFFÉRENTES BASES DE DONNÉES DU SYSTÈME D'INFORMATION HOSPITALIER*LEPELLETIER Didier, NANTES*

CL-19

ANALYSE DU RISQUE DE TRANSMISSION CROISÉE MANUPORTÉE LIÉ AUX INTERRUPTIONS DE SOINS AU COURS DE LA TOILETTE DU PATIENT DÉPENDANT*THIRIET Laurent, SEDAN*

CL-20

PATIENTS CONTACTS BHR: RETOUR D'EXPÉRIENCE SUR LA GESTION D'UN PARCOURS DE SOINS AVEC VENUES ITÉRATIVES*CAMUS Celine, ANGERS*

CL-21

EVALUATION DE L'IMPACT PSYCHOLOGIQUE DES PRÉCAUTIONS COMPLÉMENTAIRES CHEZ LES PATIENTS HOSPITALISÉS DANS UN CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE*GUILLEY-LERONDEAU Blandine, NANTES*

CL-22

GESTION DES EXCRETA DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ DANS LE CONTEXTE DE RECROISSANCE DES BACTÉRIES MULTI ET HAUTEMENT RÉSISTANTES*ZRAIB Aïcha, GRASSE*

CL-23

EVALUATION DE L'OBSERVANCE DES PRÉREQUIS DE L'HYGIÈNE DES MAINS AU SEIN D'UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ*EPIARD Sophie, CAEN*

CL-24

HYGIÈNE DES MAINS, ANALYSE DES COMPORTEMENTS DES SOIGNANTS PAR VIDÉO ET IDENTIFICATION DES FACTEURS INFLUENÇANT LA NON OBSERVANCE*BOUDJEMA Sophia, MARSEILLE*

CL-25

EVALUATION DES COÛTS DE DÉPISTAGE D'ERG : CULTURE VERSUS PCR, RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES*LECOINTE Didier, CORBEIL-ESSONNES*

CL-26

LES FREINS À LA VACCINATION ANTIGRIPPALE : RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES D'UNE ÉTUDE CHEZ LES PERSONNELS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET MÉDICO-SOCIAUX (2013)*KADI Zoher, AMIENS*

CL-27

COMPARAISON ÉCONOMIQUE DE DIFFÉRENTES TECHNIQUES DE TRAITEMENT D'UN BASSIN*THILLARD Denis, ROUEN*

CL-28

L'ANALYSE DE SCÉNARIO CLINIQUE EN PRATIQUE*JOURDAIN Sylvie, BREST*

CL-29

EVALUATION DE L'ACTIVITÉ SPORICIDE DE LINGETTES PRÉIMPRÉGNÉES POUR LA DÉSINFECTION DES DISPOSITIFS MÉDICAUX*HAYERBEQUE Emilie, VALENCIENNES*

CL-30

ÉPIDÉMIE DE GRIPPE DANS DES UNITÉS DE SOINS DE LONGUE DURÉE : ANALYSE A POSTERIORI SELON LA MÉTHODE ALARM*MIAS Sandrine, ROUEN*

CL-31

132 SUSPICIONS DE PORTAGE DE BACTÉRIES MULTI OU HAUTEMENT RÉSISTANTES (BMR/BHR) AUX ANTIBIOTIQUES CHEZ DES PATIENTS RAPATRIÉS OU AYANT ÉTÉ HOSPITALISÉS À L'ÉTRANGER*LEPAINTEUR Margaux, PARIS*

CL-32

UN RISQUE DE SURVENUE D'UNE ÉPIDÉMIE PLUS IMPORTANT AVEC LES ERG QU'AVEC LES EPC*FOURNIER Sandra, PARIS*

CL-33

RISQUE DE SURVENUE D'UNE ÉPIDÉMIE À BACTÉRIES HAUTEMENT RÉSISTANTES ÉMERGENTES (BHRE) SELON LE TYPE DE MESURES MISES EN PLACE AUTOUR DU CAS INDEX*FOURNIER Sandra, PARIS*

CL-34

FAUX NÉGATIFS DES DÉPISTAGES BHRE CHEZ LES PATIENTS HOSPITALISÉS À L'ÉTRANGER DANS L'ANNÉE PRÉCÉDENTE*TEYSSIERES Emilie, PARIS*

CL-35

ÉPIDÉMIE À ACINETOBACTER BAUMANNII RÉ-SISTANT À L'IMIPÉNÈME : STRATÉGIES POUR UNE MAÎTRISE RAPIDE ET INVESTIGATIONS DES DIFFÉRENTES VOIES DE TRANSMISSION.*FONDRINIER Caroline, CAEN*

CL-36

GESTION D'UNE ÉPIDÉMIE RÉGIONALE DE KLEBSIELLA PNEUMONIAE OXA-48, 2012-2013*BERNET Claude, SAINT-GENIS-LAVAL*

Liste des communications libres JUNIOR

CLJ-01

ETUDE RÉTROSPECTIVE DES COMPLICATIONS INFECTIEUSES, THROMBOTIQUES ET MÉCANIQUES ASSOCIÉES AUX CATHÉTERS CENTRAUX INSÉRÉS PAR VOIE PÉRIPHÉRIQUE (PICC) EN ONCO-HÉMATOLOGIE

DAVID Marion, ROUEN

CLJ-02

LE RISQUE INFECTIEUX LIÉ À L'EAU DES UNITS DE SOINS DENTAIRES

COSTA Damien, POITIERS

CLJ-03

UTILISATION DES GRAPHIQUES CUSUM POUR LA DÉTECTION PRÉCOCE DES ÉPIDÉMIES D'INFECTIONS À STAPHYLOCOCCUS AUREUS SENSIBLE À LA MÉTICILLINE EN NÉONATOLOGIE

LESTEVEN Claire, CAEN

CLJ-04

LA VISITE DE RISQUE APPLIQUÉE À L'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE : RETOUR D'EXPÉRIENCE DANS 52 SERVICES

BOULESTREAU Hélène, BORDEAUX

Listes des Posters Congrès

P-001

**POUR UNE MEILLEURE HYGIENE DES MAINS
DES PATIENTS EN HEMODIALYSE**

BERTRAND Monique, PARIS

P-002

**CONNAISSANCES ET CROYANCES A PROPOS DE
LA FRICTION HYDRO-ALCOOLIQUE**

AMBROGI Vanina, LAVAUR

P-003

**AUTO-EVALUATION DU NOMBRE D'OPPORTUNITES
DE FRICTION HYDRO-ALCOOLIQUE EN UNITE DE
SOINS INTENSIFS DE CARDIOLOGIE : CONFRON-
TATION ENTRE LES CROYANCES ET LA REALITE DU
TERRAIN**

AIRIAU Edith, LA ROCHE-SUR-YON

P-004

**LES PRATIQUES D'HYGIENE DES MAINS EN CENTRE
UNIVERSITAIRE DE SOINS DENTAIRE : EVALUATION
D'UN PROGRAMME DE FORMATION DES ETUDIANTS**

GIRARD Raphaële, PIERRE BENITE

P-005

HYGIENE DES MAINS : QUAND LES IMAGES PARLENT

LEPAINTEUR Margaux, GARCHES

P-006

**LE DESIGN DES ESSAIS DE TOLERANCE DES
PRODUITS DE FRICTION DES MAINS DOIT TENIR
COMPTE DE LA REGION, DE LA SAISON,
DU TYPE D'USAGE ET DES PRODUITS EN PLACE**

GIRARD Raphaële, PIERRE BENITE

P-007

**DESINFECTION CHIRURGICALE DES MAINS PAR
FRICTION : ASSOCIER AUDITS ET PEDAGOGIE**

CHOMAT JABOULAY Sabine, LYON

P-008

**EVALUATION DES CONNAISSANCES ET DES
PRATIQUES DU LAVAGE CHIRURGICAL DES
MAINS CHEZ LES CHIRURGIENS ET LES IN-
STRUMENTISTES D'UN HOPITAL**

BOUGUERRA Chaker, TUNIS, TUNISIE

P-009

**APPLICATION DE LA THEORIE DU COMPORTE-
MENT PLANIFIE POUR L'ANALYSE DE L'HYGIENE
DES MAINS CHEZ LES ETUDIANTS EN NURSING**

EZZI Olfa, SOUSSE, TUNISIE

P-010

HYGIENE DES MAINS...LES PATIENTS AUSSI !

THIAIS Sophie, ISSOUDUN

P-011

**HYGIENE DES MAINS, RETOUR D'EXPERIENCE
DE 7 ANNEES DANS UN CHU LA PERSEVER-
ANCE PORTE SES FRUITS : DE LA SENSIBILISA-
TION A L'ENGAGEMENT**

MBONGO Laurence, AMIENS

P-012

**ENTRETIEN DES LOCAUX : GANTS A USAGE
UNIQUE OU GANTS REUTILISABLES, QUELLE
STRATEGIE ?**

BATAILLER Pierre, LA TRONCHE

P-013

OPERATION "ZERO BIJOUX" EN ETABLISSEMENT MCO*DIAW Frédérique, PARIS*

P-014

AUDIT PAR OBSERVATION DES PRATIQUES D'HYGIENE DES MAINS AU COURS DU CIRCUIT DES DECHETS ET DU LINGE SALE DE DEUX ETABLISSEMENTS DE SANTE*CHUBILLEAU Catherine, NIORT*

P-015

DESCRIPTION DE L'EVOLUTION DES COMMANDES DE PRODUITS HYDRO-ALCOOLIQUES DE 2005 A 2011 DANS LA CATEGORIE DES CHU-CHR*BERTHELOT Philippe, SAINT-ETIENNE*

P-016

LES FAUX ONGLES ET L'HYGIENE DES MAINS*MEUNIER Olivier, HAGUENAU*

P-017

SENSIBILISATION A L'HYGIENE DES MAINS AU SEIN DE LA DEMARCHE NIDCAP EN NEONATOLOGIE*BASILE Audrey, VALENCIENNES*

P-018

IMPACT DE LA FORMATION DU PERSONNEL SOIGNANT SUR L'OBSERVANCE DU LAVAGE DES MAINS DANS UN HOPITAL PEDIATRIQUE*HEROUAL Nabila, ORAN, ALGERIE*

P-019

EXEMPLE D'INSTALLATION D'EQUIPEMENTS POUR LE LAVAGE DES MAINS DANS LES PAYS EN DEVELOPPEMENT*SOROHEYE Pascal, COTONOU, BENIN*

P-020

QUALITE MICROBIOLOGIQUE DES ENDOSCOPES APRES 72 HEURES DE STOCKAGE DANS UNE ENCEINTE*NEULIER Caroline, LE CHESNAY*

P-021

INTÉRÊT DES PRÉLÈVEMENTS ENVIRONNEMENTAUX LORS D'UNE ÉPIDÉMIE D'ENTÉROCOQUES RÉSISTANTS AUX GLYCOPEPTIDES*SATILMIS Laetitia, LYON*

P-022

POSTER ANNULE PAR L'AUTEUR

P-023

CARNET SANITAIRE INFORMATIQUE*GOSSAY Caroline, CHAMBERY*

P-024

EPIDEMIE D'INFECTIONS NOSOCOMIALES A P. AERUGINOSA LIEE A L'EAU D'UNE FONTAINE REFRIGERANTE*COSTA Damien, POITIERS*

P-025

ETUDE APPROFONDIE DES CAUSES DE PRELEVEMENTS MICROBIOLOGIQUES NON CONFORMES EN CUISINES D'UN ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET READAPTATION EN 2011 ET 2012*CHUBILLEAU Catherine, NIORT*

P-026

INVESTIGATION D'UNE EPIDEMIE D'INFECTIONS A ACHROMOBACTER XYLOSOXIDANS DANS UN SERVICE DE SOINS INTENSIFS DE PNEUMOLOGIE*BOURIGAULT Céline, NANTES*

P-027

PRELEVEMENTS MICROBIOLOGIQUES DES SURFACES : ENQUETE DE PRATIQUES AUPRES DE 34 CENTRES HOSPITALIERS*BOULESTREAU Hélène, BORDEAUX*

P-028

LIMITE A L'APPLICATION DES MESURES DE PREVENTION DU RISQUE ASPERGILLAIRE DANS UN CHU PAVILLONNAIRE, EN COURS DE RESTRUCTURATION*REGARD Anne, LYON*

P-029

EVALUATION DES PERFORMANCES D'UN DISPOSITIF MOBILE DE TRAITEMENT DE L'AIR DANS UN SERVICE D'HEMATOLOGIE ADULTE*LACROIX Jessica, CAEN*

P-030

EVALUATION DE LA BIOCONTAMINATION DE L'ENVIRONNEMENT DES PATIENTS EN PRECAUTIONS COMPLEMENTAIRES D'HYGIENE (PCH) POUR UNE BACTERIE MULTI RESISTANTE (BMR)*JOUTTIER Martine, NEVERS*

P-031

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES SUR L'ENTRETIEN QUOTIDIEN D'UNE CHAMBRE DE PATIENT*THIRIET Laurent, SEDAN*

P-032

GESTION DU RISQUE INFECTIEUX LIE A L'UTILISATION DE L'EAU CIRCULANT DANS LES UNITS DENTAIRE : EXPERIENCE D'UN CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE*LIZON Julie, NANCY*

P-033

GESTION DES EXCRETA : LAVE-BASSINS, VRAIE OU FAUSSE SECURITE ?*MASSON Claire, REIMS*

P-034

COLONISATION CHRONIQUE DE L'EAU D'ALIMENTATION DES LAVEURS-DESINFECTEURS D'ENDOSCOPES (LDE) : SOURCE ET SOLUTION CURATIVE*BOULESTREAU Hélène, BORDEAUX*

P-035

DEGRE DE CONTAMINATION DES ECHOGRAPHES EN REANIMATION : COMPARAISON D'UN APPAREIL A COMMANDE LISSE ET A COMMANDE STANDARD*JANSEN Chloé, CRÉTEIL*

P-036

EVALUATION DU TRI DES DASRI : UNE DEMARCHE CITOYENNE ET EFFICACE !*COULON Anne-Marie, ROUEN*

P-037

ORGANISATION DES EQUIPES OPERATIONNELLES D'HYGIENE : CREATION D'UN POSTE DE FORMATEUR/QUALITICIEN POUR L'ENTRETIEN DES LOCAUX. RESULTATS PRELIMINAIRES.*LECOINTE Didier, CORBEIL-ESSONNES*

P-038

IMPACT DES CONDITIONS D'ANALYSE DES EAUX BACTERIOLOGIQUEMENT MAITRISEES SUR LE TAUX DE NON-CONFORMITE*FLORENTIN Arnaud, VANDOEUVRE-LES-NANCY*

P-039

AUDIT D'UN RESEAU D'EAU CHAUDE SANITAIRE : RETOUR SUR LA COMBINAISON D'UN AUDIT TECHNIQUE ET D'UN BIOAUDIT INCLUANT L'ATPMETRIE ET LE MARQUAGE FISH*FLORENTIN Arnaud, VANDOEUVRE-LES-NANCY*

P-040

ETUDE DE LA CONTAMINATION FONGIQUE DES CHAMBRES DE DIFFERENTS NIVEAUX DE RISQUE SANITAIRE DANS UN CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE*GUILLASO Monique, VANDOEUVRE-LES-NANCY*

P-041

UNE EXPERTISE MICROBIOLOGIQUE DE PROXIMITE POUR LA GESTION DES SIGNALEMENTS EXTERNES DES INFECTIONS NOSOCOMIALES : LES CRENO*AUPÉE Martine, RENNES*

P-042

INVESTIGATION DE CAS GROUPES DE PARASITOSE INTESTINALE DANS UN HOPITAL PEDIATRIQUE*HEROUAL Nabila, ORAN, ALGÉRIE*

P-043

GESTION D'UNE DOUBLE EPIDEMIE A ENTERO-BACTERIES PRODUCTRICES DE LACTAMASE A SPECTRE ETENDU (EBLSE) EN REANIMATION PEDIATRIQUE ET SOINS INTENSIFS NEONATAUX

BROCHART-MERLIN Julie, AMIENS

P-044

CAS GROUPES DE MEDIASTINITES EN CHIRURGIE CARDIAQUE : INVESTIGATIONS ET ETUDE CAS-TEMOINS

LESTEVEN Claire, CAEN

P-045

QUAND LES PRECAUTIONS STANDARD ET COMPLEMENTAIRES SE DEVOIENT !

HENOUN LOUKILI Nouredine, LILLE

P-046

RETARD A L'IDENTIFICATION D'UNE EPC ET DEFAUT DE COMMUNICATION, HISTOIRE D'UNE EPIDEMIE EVITABLE

MOURLAN Cécile, MONTPELLIER

P-047

INTERET DE SURFACES SECHES EN CUIVRE DANS LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION DES BMR EN REANIMATION

PINA Patrick, RAMBOUILLET

P-048

PEUT-ON MAITRISER UNE EPIDEMIE DE GASTROENTERITES A NOROVIRUS EN ETABLISSEMENTS HEBERGEANT DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES (EHPAD) ?

HAYAUD Sophie, RAMBOUILLET

P-049

PRISE EN CHARGE DES PATIENTS PORTEURS DE BACTERIES HAUTEMENT RESISTANTES EN REEDUCATION

BERROUANE Yasmina, NICE

P-050

IMPACT D'UNE REDUCTION DE CONSOMMATION D'ANTIBIOTIQUES SUR L'INCIDENCE DES BACTERIEMIES NOSOCOMIALES A KLEBSIELLA PNEUMONIAE SECRETRICES DE BETA-LACTAMASES A SPECTRE ETENDUE DANS UNE UNITE DE REANIMATION NEONATAL

ATIF Mohamed Lamine, BLIDA, ALGÉRIE

P-051

SHADOWING DU PATIENT PORTEUR DE BMR OU COMMENT EVALUER LE RESENTI DU PATIENT ET DE SON ENTOURAGE A LA LEVEE DE L'ISOLEMENT

GRAIN Amandine, SAINT-MARCELLIN

P-052

UNE EPIDEMIE DE CLOSTRIDIUM DIFFICILE

DELAROZIERE Jean-Christophe, MARSEILLE

P-053

ANALYSE DES CAUSES DE LA NON MAITRISE D'UNE EPIDEMIE DE PORTAGE D'ENTEROCOQUES RESISTANTS AUX GLYCOPEPTIDES DANS UN SSR. UNE APPLICATION DE LA METHODE ALARM.

THILLARD Denis, ROUEN

P-054

DIFFUSION CLONALE D'UNE SOUCHE DE STREPTOCOCCUS PYOGENES AU SEIN D'UN HOPITAL FRANCILIEN. ETUDE CAS-TEMOINS SUR LES FACTEURS ASSOCIES A CETTE EPIDEMIE

SERINGE Elise, PARIS

P-055

POSTER ANNULE PAR L'AUTEUR

P-056

DIFFICULTE A LA PRISE EN CHARGE ET A LA MUTATION EN SERVICE DE REEDUCATION READAPTATION (SSR) D'UN PATIENT PORTEUR DE BACTERIES HAUTEMENT RESISTANTES AUX ANTIBIOTIQUES (BHR)

MALLAVAL Franck-Olivier, CHAMBERY

P-057

PROPAGATION DE LA RESISTANCE DE LA CLASSE DES CARBAPENEMES DANS LES ISOLATS CLINIQUES DE KLEBSIELLA PNEUMONIAE DANS UN HOPITAL ITALIEN

PERDELLI Fernanda, GÊNES, ITALIE

P-058

GESTION D'UNE EPIDEMIE DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS SENSIBLE A LA METICILLINE EN NEONATOLOGIE – INTERET DU DEPISTAGE DES ENFANTS, DES PARENTS ET DES SOIGNANTS

LESTEVEN Claire, CAEN

P-059

STRUCTURES D'APPUI EN PREVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES : DES PISTES POUR ETRE PLUS EFFICACES DANS LA GESTION DES EPIDEMIES DE BHRE

CANIVET Anne, RENNES

P-060

PRISE EN CHARGE DES ERG AU SEIN D'UN ETABLISSEMENT DE SANTE DE LA GRANDE PERIPHERIE FRANCILIENNE : RETOUR SUR 3 ANS D'EXPERIENCE

LECOINTE Didier, CORBEIL-ESSONNES

P-061

PRISE EN CHARGE DE PATIENTS PORTEURS DE BHRE : IMPACT DE L'ABSENCE DE PERSONNEL DEDIE

CRACCO-MOREL Anne Adélaïde, VALENCIENNES

P-062

ANALYSE MEDICO-ECONOMIQUE D'UNE DECOUVERTE FORTUITE D'EPC APRES 3 SEMAINES D'HOSPITALISATION

TEQUI Brigitte, ANGERS

P-063

REPERER DES PATIENTS «PORTEURS» ET IDENTIFIER DES CENTAINES DE PATIENTS «CONTACTS» : AVEC DES OUTILS BUREAUTIQUES, C'EST POSSIBLE, PARFOIS CONTRAIGNANT MAIS TRES PRATIQUE !

BERROUANE Yasmina, NICE

P-064

PRISE EN CHARGE DE PATIENTS PORTEURS D'UNE ENTEROBACTERIE PRODUCTRICE DE CARBAPENEMASE : UNE ANNEE D'EXPERIENCE

ROGUES Anne-Marie, BORDEAUX

P-065

APPLICATION DES MESURES DE PREVENTION DE DIFFUSION DES BHRE DANS UN SERVICE DE REANIMATION MEDICO CHIRURGICALE

FOSSE Thierry, NICE

P-066

ABRI UN JOUR, ABRI TOUJOURS ?

JOLIVET Sarah, CRÉTEIL

P-067

EPC ET ABRI. GESTION D'UN EPISODE A DEUX FACES DANS UN CENTRE HOSPITALIER GENERAL

SIHARATH Murielle, FLERS

P-068

HISTOIRE D'UNE EPIDEMIE DE GALE : LES LEÇONS A EN TIRER

LALLECHERE Sandra, NEVERS

P-069

DETECTION DES ENTEROBACTERIES PRODUCTRICES DE CARBAPENEMASE (EPC) PAR SPECTROMETRIE DE MASSE (MALDI-TOF, BRUCKER) : UNE METHODE EFFICACE, RAPIDE ET PEU COUTEUSE APPLIQUEE A LA DETECTION DES CAS ET AU DEPISTAGE DES CONTACTS

LASSERRE Camille, BREST

P-070

PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT PORTEUR DE BACTERIES HAUTEMENT RESISTANTES AUX ANTI-BIOTIQUES SANS PERTE DE CHANCE

BERTHELOT Philippe, SAINT-ETIENNE

P-071

DECOUVERTE FORTUITE D'UNE ENTEROBACTERIE PRODUCTRICE D'UNE CARBAPENEMASE DE TYPE OXA 48 DANS UN CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE : IMPACT SUR L'APPLICATION DES RECOMMANDATIONS NATIONALES ET LE CONTROLE D'UNE LARGE EPIDEMIE

LEPELLETIER Didier, NANTES

P-072

CAS GROUPES DE PSEUDOMONAS AERUGINOSA PRODUCTEUR D'UNE METALLO-BETA-LACTAMASE VIM-2 : LA MALEDICTION DU LIT 11

JANSEN Chloé, CRÉTEIL

P-073

QUEL EST LE DEVENIR DES CONTACTS D'ENTEROCOQUE RESISTANT A LA VANCOMYCINE (ERV) ? SUIVI APRES LEUR SORTIE DE 608 PATIENTS CONTACTS

HARDY Kristell, ROUEN

P-074

LE DEPISTAGE SYSTEMATIQUE A L'ENTREE ET DES MESURES DE PRECAUTIONS COMPLEMENTAIRES D'HYGIENE DE TYPE CONTACT MINIMISENT LA TRANSMISSION INTRA-HOSPITALIERE DES BACTERIES MULTIRESISTANTES (BMR) CHEZ LES PERSONNES AGEES DEPENDANTES ET POLYPATHOLOGIQUES

FASSBENDER Verena, NICE

P-075

ENQUETE DE PREVALENCE DES IN EN HAD

BENSALEM Fethi, VALENCE

P-076

LA SURVEILLANCE DES INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS A TRAVERS LA REALISATION D'ENQUETES DE PREVALENCE A PASSAGES REPETES

HAMZA Ridha, BIZERTE, TUNISIE

P-077

MAITRISE DES RISQUES D'ACCIDENTS D'EXPOSITION AU SANG PAR LES ETUDIANTS INFIRMIERS

HAMZA Ridha, BIZERTE, TUNISIE

P-078

AUDIT SPECIFIQUE DE L'ETAT D'HYGIENE DES LOCAUX DANS 92 CENTRES DE SANTE - ANNEE 2013

DHAOUADI Mahmoud, BIZERTE, TUNISIE

P-079

AUDIT SPECIFIQUE SUR LES CONDITIONS DE PRELEVEMENT DE SANG AU NIVEAU DE 48 UNITES HOSPITALIERES DE SOINS - ANNEE 2013

HAMZA Ridha, BIZERTE, TUNISIE

P-080

LES BACTERIEMIES ASSOCIEES AUX SOINS A STAPHYLOCOCCUS AUREUS : UN INDICATEUR D'INFECTIONS EVITABLES

BONNAL Christine, PARIS

P-081

VISITE DE RISQUE RELATIVE AUX SOINS RESPIRATOIRES EN ETABLISSEMENT SSR POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS

LARROUMES Nadine, SAINT-GENIS-LAVAL

P-082

PREVENTION DU RISQUE INFECTIEUX ET PRACTIQUES PARENTALES EN HOSPITALISATION A DOMICILE

BATTAGLIOTTI Pascale, SAINT-GENIS-LAVAL

P-083

GESTION DE LA FILIERE D'ELIMINATION DES DECHETS D'ACTIVITE DE SOINS A RISQUE INFECTIEUX : RESULTATS D'UN AUDIT DU CHU... EN 2013

BRAHIMI Ghania, ALGER, ALGÉRIE

P-084

LA GESTION PRE OPERATOIRE DU RISQUE INFECTIEUX EN MILIEU CHIRURGICAL : QUELLES PRATIQUES EN MATIERE DE PREPARATION CUTANEE DE L'OPERE ?

BOUAFIA Nabih, SOUSSE, TUNISIE

P-085

SURVEILLANCE DES INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS EN REANIMATION CHIRURGICALE ADULTE DES UMC

DALI-ALI Abdessamad, ORAN, ALGÉRIE

P-086

FACTEURS INFLUENÇANT LES PERCEPTIONS DES PROFESSIONNELS QUANT A LA MISE EN PLACE D'UN SYSTEME DE SIGNALEMENT DES INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS

MAHJOUR Mohamed, SOUSSE, TUNISIE

P-087

RECHERCHE DES CAUSES DE TRANSMISSION NOSOCOMIALE DE ROTAVIRUS EN SERVICE DE PEDIATRIE GENERALE

CHEVALLIER Nathalie, DOURDAN

P-088

LES INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS EN NEONATOLOGIE : CAS D'UN HOPITAL PUBLIC TUNISIEN EN 2010

BELLAAJ Ridha, TUNIS, TUNISIE

P-089

AUDIT DES PRECAUTIONS STANDARD ET DE L'HYGIENE DES MAINS EN REANIMATION ADULTE D'UN CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE : RESULTATS 2012 ET MESURES D'AMELIORATION

GERBIER-COLOMBAN Solweig, LYON

P-090

APPLICATION DES PRÉCAUTIONS COMPLÉMENTAIRES EN CAS D'INFECTION OU COLONISATION À STAPHYLOCOCCUS AUREUS RÉSISTANT À LA MÉTICILLINE OU À ENTÉROBACTÉRIES PRODUCTRICES DE BÊTA-LACTAMASE À SPECTRE ÉTENDU : UN AUDIT D'OBSERVATION MULTICENTRIQUE

SATILMIS Laetitia, LYON

P-091

INVESTIGATION RETROSPECTIVE DES EPIDEMIES A PSEUDOMONAS AERUGINOSA EN REANIMATION : APPORT DES RESEAUX DE SURVEILLANCE ET DES ACTIONS TRACEES AU QUOTIDIEN

MENSAH Keitly, LYON

P-092

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES SUR LE COMPORTEMENT ET LA TENUE AU BLOC OPERATOIRE

RAVRY Marie Laure, CHAMBERY

P-093

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES (EPP) : PRISE EN CHARGE DES ENDOSCOPES SOUPLES THERMOSENSIBLES DANS LES CENTRALES DE DESINFECTION DES ENDOSCOPES (CDE) D'UN CHU

HIRSCH Marie-Pierre, AMIENS

P-094

ENQUETE RETROSPECTIVE DES BACTERIEMIES A SARM EN 2012 DANS UN CENTRE HOSPITALIER

LEVEZIEL Montaine, NIORT

P-095

CE QUE L'ON VEUT BIEN NOUS DIRE : ANALYSE DU SIGNALEMENT INTERNE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES ENTRE 2000 ET 2012

LEJEUNE Delphine, BREST

P-096

SURVEILLANCE HIVERNALE DES INFECTIONS A ROTAVIRUS, BILAN DE 13 ANNEES DE SURVEILLANCE*PODIK Jean-Etienne, AMIENS*

P-097

EVALUATION DES PRATIQUES DE BRANCHEMENT ET DEBRANCHEMENT SUR FISTULE ET SUR CATHETER CENTRAL DANS UN SERVICE D'HEMODIALYSE*FAVE Marie-Hélène, AMIENS*

P-098

EVOLUTION ET PRINCIPALES ESPECES D'ENTEROBACTERIES PRODUCTRICES DE BETA-LACTAMASES A SPECTRE ETENDU (EBLSE) 2006-2012. DONNEES DU RESEAU NATIONAL DE SURVEILLANCE DES BACTERIES MULTIRE-SISTANTES AUX ANTIBIOTIQUES (BMR-RAISIN)*ARNAUD Isabelle, PARIS*

P-099

PEUT-ON IDENTIFIER UNE POPULATION CIBLE POUR LA VACCINATION CONTRE STAPHYLOCOCCUS AUREUS POUR PREVENIR LES INFECTIONS DU SITE OPERATOIRE (ISO) A PARTIR DES DONNEES DE SURVEILLANCE ?*BÉNET Thomas, LYON*

P-100

ASEPSIE LORS DES PRELEVEMENTS DE MOELLE OSSEUSE : UN PROGRAMME REUSSI DE REDUCTION DES CONTAMINATIONS DES PRELEVEMENTS*CHOMAT-JABOULAY Sabine, LYON*

P-101

ANTIBIOPROPHYLAXIE EN CHIRURGIE OCULAIRE : RESULTATS D'UN AUDIT DANS UN HOPITAL PEDIATRIQUE*HEROUAL Nabila, ORAN, ALGÉRIE*

P-102

ENQUETE DE SATISFACTION : UTILISATEURS E-SIN SATISFAITS ?*BARQUINS-GUICHARD Sandrine, SAINT-MAURICE*

P-103

ANALYSE DES FEUILLES D'EVENEMENTS INDESIRABLES (FEI) COMBINEE AUX CUSUM CHART DANS LE SUIVI DES INFECTIONS POST OP. EXEMPLE PAR 40 CAS RAPPORTES D'INFECTIONS A STAPHYLOCOCCUS LUGDUNENSIS (SL).*COUTANT Sylvana, CAEN*

P-104

EXPLOITATION DES « FICHES CLIN » DU DOSSIER MEDICAL PATIENT (ANNEES 2011 ET 2012)*BELLON Odile, MARSEILLE*

P-105

AUDIT CHANGE AU LIT DU PATIENT DEPENDANT*BAGHDADI Nouara, LILLE*

P-106

SEPT ANNEES DE SURVEILLANCE INFORMATISEE DES INFECTIONS DU SITE OPERATOIRE – BILAN ET EVALUATION DE LA QUALITE DES DONNEES*BERROUANE Yasmina, NICE*

P-107

INFECTIONS DE SITE OPERATOIRE (ISO) EN CHIRURGIE AMBULATOIRE : PEUT-ON ESTIMER LEUR INCIDENCE AU TRAVERS D'UN RESEAU INTER-REGIONAL ?*GRANDBASTIEN Bruno, LILLE*

P-108

SURVEILLANCE DES INFECTIONS A CLOSTRIDIUM DIFFICILE : APPORTS DU PMSI*ASTRUC Karine, DIJON*

P-109

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES EN HYGIENE LORS DE LA SURVEILLANCE D'UN CATHETER VEINEUX CENTRAL

THIRIET Laurent, SEDAN

P-110

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES EN HYGIENE LORS DE LA POSE ET DE LA SURVEILLANCE D'UNE VOIE D'ABORD SOUS-CUTANEE

THIRIET Laurent, SEDAN

P-111

CATHETER CENTRAL A INSERTION PERIPHERIQUE : SUIVI PROSPECTIF DES EVENEMENTS INDESIRABLES SUR 15 MOIS

BROUARD Benoit, CLAMART

P-112

EVALUATION DE 2 PROTOCOLES DE PREPARATION CUTANEE LORS DE LA POSE DE CHAMBRES A CATHETER IMPLANTABLES : CHLORHEXIDINE ALCOOLIQUE 2% VS POVIDONE IODEE ALCOOLIQUE

AIRIAU Edith, LA ROCHE-SUR-YON

P-113

RISQUE D'INFECTION PAR LE VIRUS DE L'IMMUNODEFICIENCE HUMAINE (VIH) ET LE VIRUS DE L'HEPATITE C (VHC) EN RELATION AVEC L'EXPOSITION AUX SONDES A ECHOGRAPHIE ENDOCAVITAIRE EN FRANCE

VANHEMS Philippe, LYON

P-114

ENQUETE SUR L'ENTRETIEN DES SONDES ECHOGRAPHIQUES ENDOVAGINALES ET ENDORECTALES

GABARD Aude, GRANVILLE

P-115

ETUDE PROSPECTIVE SUR L'UTILISATION DES SITES VEINEUX IMPLANTABLES (SIV) AU DOMICILE DES PATIENTS

LE HASIF Benoit, CAEN

P-116

SYSTEME D'HUMIDIFICATION DES INCUBATEURS CONTAMINES. QUEL RISQUE POUR LES NOUVEAUX-NES ?

NEULIER Caroline, LE CHESNAY

P-117

PROFIL BACTERIOLOGIQUE ET RESISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES DES MENINGITES NOSOCOMIALES DANS UN SERVICE DE REANIMATION POLYVALENTE

BOUGUERRA Chaker, TUNIS, TUNISIE

P-118

ETUDE COMPARATIVE DE L'IMPACT DE L'UTILISATION DES CATHETERS CENTRAUX IMPREGNES D'ARGENT PAR RAPPORT AUX CATHETERS STANDARDS SUR L'INCIDENCE DES INFECTIONS EN REANIMATION

YOUSFI Mohamed Ali, TUNIS, TUNISIE

P-119

PROTECTION ET ENTRETIEN DES SONDES D'ECHOGRAPHIE ENDOCAVITAIRE

AHO GLELE Ludwig Serge, DIJON

P-120

SURVEILLANCE DES ENDOSCOPES : NON CONFORMITE ET DEMARCHE D'ANALYSE DES CAUSES

BATAILLER Pierre, LA TRONCHE

P-121

INVESTIGATION D'UNE SUSPICION DE LEGIONELLOSE : RETOUR D'EXPERIENCE SUR L'IMPORTANCE DE L'ENTRETIEN DES APPAREILS DE VENTILATION POUR TRAITEMENT DES APNEES DU SOMMEIL

BERTHELOT Philippe, SAINT-ETIENNE

P-122

ANALGESIE INTRATHECALE : DEMARCHE DE GESTION A PRIORI DU RISQUE INFECTIEUX

MELIX Elisabeth, ANGERS

P-123

REALISATION D'UNE SURVEILLANCE DES COMPLICATIONS POST CORONAROGRAPHIQUES*BROCHART-MERLIN Julie, AMIENS*

P-124

RETOUR D'EXPERIENCE : CAS GROUPES DE BACTERIEMIES A STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN CHIRURGIE CARDIAQUE*CHAPUIS Catherine, SAINT-GENIS-LAVAL*

P-125

PERCEPTION PAR LES PATIENTS DE LA DOUCHE PRE-OPERATOIRE*BATTAGLIOTTI Pascale, SAINT-GENIS-LAVAL*

P-126

ANALYSE RETROSPECTIVE DES SIGNALEMENTS D'ENDOPHTALMIES DANS L'INTER REGION NORD ENTRE JANVIER 2010 ET DECEMBRE 2013*ELGHOUATI Elhadi, PARIS*

P-127

HARMONISATION DES PRATIQUES D'HYGIENE AUTOUR DU TRAITEMENT DES DISPOSITIFS UTILISES POUR LES SOINS RESPIRATOIRES EN HOSPITALISATION A DOMICILE*OLLIVIER Yann, LILLE*

P-128

ABSENCE D'INTERACTION ENTRE L'AGE ET LE DOUBLE GREFFON MAMMAIRE SUR LA PROBABILITE DE SURVENUE D'UNE INFECTION DU SITE OPERATOIRE (ISO)*MERLE Véronique, ROUEN*

P-129

IMPLICATION DU PERSONNEL DU SERVICE DE REANIMATION ET DE L'EOH DANS LE SUIVI D'UNE EPIDEMIE DE KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUCTRICE DE β -LACTAMASE À SPECTRE ÉLARGI*BENSALEM Fethi, VALENCE*

P-130

PRODUCTION DE PRODUITS SANGUINS LABILES (PSL) : DEMARCHE POUR UNE MEILLEURE PREVENTION DES ACCIDENTS D'EXPOSITION AU SANG (AES)*ASSAL Marie- Paule, BORDEAUX*

P-131

ETAT DES LIEUX DU RISQUE INFECTIEUX LIE A LA GESTION DES EXCRETA DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET LES ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX D'UNE REGION*THILLARD Denis, ROUEN*

P-132

PERITONITES EN DIALYSE PERITONEALE DANS UNE POPULATION PEDIATRIQUE : FACTEURS DE RISQUE ET IMPACT D'UNE DELOCALISATION*VALDEYRON Marie-Laure, BRON*

P-133

PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT D'IMPLANTATION DE NOUVEAUX EQUIPEMENTS : CHARIOT RELAIS/SATELLITE MOBILE DE SOINS OU QUAND ORGANISATION DES SOINS RIME AVEC PREVENTION DES RISQUES*LECOINTE Didier, CORBEIL-ESSONNES*

P-134

UN NOUVEL INDICATEUR DE PERFORMANCE DES PRECAUTIONS STANDARD : CONSOMMATION DE TABLIER PLASTIQUE A USAGE UNIQUE PAR JOURNEE D'HOSPITALISATION*CAPEYRON Olivier, ANTIBES*

P-135

EVALUATION DU SURCOUT DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS PORTEURS DE BHRE*DAROUKH Abla, AULNAY-SOUS-BOIS*

P-136

DOCUMENT D'ANALYSE DU RISQUE INFECTIEUX (DARI) : RESULTATS COMPARES DANS 10 EHPAD D'UN TERRITOIRE DE SANTE SELON L'APPARTENANCE A UN ETABLISSEMENT DE SANTE

POURE Lydie, CHAMBERY

P-137

LES DETERMINANTS DU RECOURS A LA VACCINATION CONTRE L'HEPATITE B CHEZ LE PERSONNEL PARAMEDICAL

BEN CHEIKH Asma, SOUSSE, TUNISIE

P-138

ANALYSE ET MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX EN EHPAD : MUTUALISATION D'UN TEMPS DE PRATICIEN HYGIENISTE AU SEIN D'UN GROUPEMENT DE COOPERATION SANITAIRE MEDICO-SOCIAL

CHUBILLEAU Catherine, NIORT

P-139

COLLABORATIONS ENTRE EOH ET DIM : UN OUTIL POUR AMELIORER LE CODAGE DES SEJOURS HOSPITALIERS ET VALORISER L'ACTIVITE DES EOH

NEROME Simone, CLICHY

P-140

ELABORATION DE MODELES PREDICTIFS D'OUTIL D'AIDE A LA DECISION POUR LA PRISE EN CHARGE DE PATIENTS SUSPECT DE PORTAGE D'ENTEROBACTERIE SECRETRICES DE BETALACTAMASE A SPECTRE ETENDU

PODIK Jean-Etienne, AMIENS

P-141

APPORT DU CLIMAT D'HYGIENE ET DE SECURITE PERÇU A LA PREVENTION DES TOXI-INFECTIONS ALIMENTAIRES

NGUEUTSA Robert, GRENOBLE

P-142

GESTION DU RISQUE INFECTIEUX A PRIORI EN CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

OBERTING Valeria, METZ

P-143

Poster annulé par l'auteur

P-144

PROBLEMATIQUE DE LA POLITIQUE D'HYGIENE HOSPITALIERE AU BENIN

SOROHEYE Pascal, COTONOU, BÉNIN

P-145

REDUCTION DES INFECTIONS URINAIRES

AKPABIE Anani, LIMEIL-BRÉVANNES

P-146

STRATEGIE DE SURVEILLANCE DE LA CONSOMMATION DES ANTIBIOTIQUES EN MILIEU PEDIATRIQUE

HEROUAL Nabila ORAN, ALGÉRIE

P-147

ROLE DE L'OBESITE COMME FACTEUR DE RISQUE LIE AU PATIENT, DANS LA SURVEILLANCE ET LA PREVENTION DES INFECTIONS DU SITE OPERATOIRE APRES CESARIENNE

VALDEYRON Marie-Laure, BRON

P-148

ETAT DES LIEUX ET PISTES D'AMELIORATION DE LA GESTION DES ANTI-INFECTIEUX A L'ECHELLE D'UN CENTRE HOSPITALIER

DE BORTOLI Céline, ORANGE

P-149

EVALUATION DES CONNAISSANCES DES PERSONNELS SOIGNANTS EN MATIERE DE TRI DU LINGE SOUILLE

THIRIET Laurent, SEDAN

P-150**EVALUATION DE LA QUALITE DE PRISE EN CHARGE DES DECHETS D'ACTIVITE DE SOINS***THIRIET Laurent, SEDAN***P-151****COMPORTEMENT DES PROFESSIONNELS DE SANTE FACE A LA VACCINATION RECOMMANDEE DE LA GRIPPE SAISONNIERE DANS LES SERVICES DES URGENCES ET DE CARDIOLOGIE***MAMLOUK Habiba, LA MARSALA, TUNISIE***P-152****EVALUATION DU CODAGE DE LA MULTI-RESISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES DANS LE PMSI***AJMIA Florian, NICE***P-153****AUTOMATISATION DU SYSTEME D'ALERTE DU LABORATOIRE DE MICROBIOLOGIE VERS L'EQUIPE D'HYGIENE HOSPITALIERE***NEULIER Caroline, LE CHESNAY***P-154****GRIPPE.O, UN JEU AU SERVICE DE LA PREVENTION***MARIE Serge, LIMOGES***P-155****RISQUE INFECTIEUX LIE AU SANG : CONNAISSANCES DU PERSONNEL D'UN CHU***HACHED Nadia ALGER, ALGERIE***P-156****COMMUNICATION ENGAGEANTE ET CHANGEMENT DE COMPORTEMENT : LA VACCINATION ANTIGRIPPALE CHEZ LE PERSONNEL SOIGNANT***MAMLOUK Habiba, LA MARSALA, TUNISIE***P-157****CONTAMINATION FONGIQUE DE L'ALIMENTATION DES PATIENTS D'ONCO-HEMATOLOGIE***MAMLOUK Habiba, LA MARSALA, TUNISIE***P-158****EPIDEMIOLOGIE DES INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS EN NEUROCHIRURGIE A L'HOPITAL MILITAIRE DE TUNIS***MAMLOUK Habiba, LA MARSALA, TUNISIE***P-159****CAS DE LEGIONELLOSE NOSOCOMIALE EN LIEN AVEC UNE CONTAMINATION DU RESEAU D'EAU FROIDE***MAMLOUK Habiba, LA MARSALA, TUNISIE***P-160****LA CHAMBRE DES ERREURS : LA SIMULATION AU SERVICE DE LA PREVENTION DU RISQUE INFECTIEUX***MAMLOUK Habiba, LA MARSALA, TUNISIE***P-161****INFECTIONS A CLOSTRIDIUM DIFFICILE : ANALYSE TEMPORELLE DES FORMES CLINIQUES ET DU TRAITEMENT***ASTRUC Karine, DIJON***P-162****UTILISATION DES TABLIERS DE PROTECTION A USAGE UNIQUE : ETAT DES LIEUX DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET MEDICO-SOCIAUX D'UNE REGION***THILLARD Denis, ROUEN***P-163****INVESTIGATION DE 2 CAS DE FUSARIOSE EN SECTEUR D'HEMATOLOGIE STERILE***BERTHELOT Philippe, SAINT-ETIENNE***P-164****IMPACT D'UNE ENQUETE SUR BACTERIEMIE A STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTANT A LA METICILLINE (SARM)***CABRERIZO Celine, TOURNON-SUR-RHONE*

P-165

CAS GROUPES DE COQUELUCHE DANS UN SERVICE D'OBSTETRIQUE ET NEONATOLOGIE : DESCRIPTION ET GESTION DE L'EPISODE*GERBIER-COLOMBAN Solweig, LYON*

P-166

L'EQUIPE OPERATIONNELLE D'HYGIENE, ON L'AIME UN PEU, BEAUCOUP, A LA FOLIE... !*LERE Martine, TOULOUSE*

P-167

AUDIT DES PRECAUTIONS STANDARDS EN HEMODIALYSE*SOULIER-MAJIDI Muriel, SAINT-MAURICE*

P-168

UN ATELIER DE TRAVAUX PRATIQUES POUR LES SOINS ET LE BIONETTOYAGE*MEUNIER Olivier, HAGUENAU*

P-169

CARTOGRAPHIE DES RISQUES DE LA GESTION DES DECHETS D'ACTIVITE DE SOINS A RISQUE INFECTIEUX EN HOSPITALISATION A DOMICILE*ADJAMAGBO Béatrice, PARIS*

P-170

INTERET DE L'APPLICATION DES OUTILS QUALITE DE LA NORME ISO 9001 DANS UNE UNITE DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES*CRACCO-MOREL Anne-Adélaïde, VALENCIENNES*

P-171

PROFIL SEROLOGIQUE DU PERSONNEL DES URGENCES : HEPATITE B*MAMLOUK Habiba, LA MARSIA, TUNISIE*

P-172

LE CIRCUIT D INFORMATION D UN PATIENT PORTEUR DE BMR*MONCHARMONT Marie-Hélène, AUTUN*

P-173

GESTION DES PRELEVEMENTS DE PLAIES AU SEIN DES LABORATOIRES : ENQUETE MULTICENTRIQUE 2013*BELLON Odile, BRIGNOLES*

P-174

AMELIORATION DE L'ETAT BUCCO DENTAIRE DES RESIDENTS/PATIENTS EN SECTEURS D'EHPAD, D'USLD ET EN LONG SEJOUR PSYCHIATRIQUE APRES MISE EN PLACE DE PROTOCOLES D'HYGIENE BUCCO-DENTAIRE : ENQUETE AVANT-APRES DANS UN RESEAU D'HYGIENE*MARINI Hélène, ROUEN*

P-175

MISE EN PLACE D'UNE FORMATION SUR LA GRIPPE A L'ECHELLE D'UN POLE EHPAD/USLD D'UN CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE*MIAS Sandrine, ROUEN*

P-176

GESTION DU RISQUE INFECTIEUX SUR CHAMBRE A CATHETER IMPLANTABLE: CREATION D'UN FILM PEDAGOGIQUE*FAUQUEY Sandrine, LE BOUSCAT*

P-177

REALISATION D'UN SUPPORT AUDIOVISUEL DE SENSIBILISATION A LA CONTAMINATION ENVIRONNEMENTALE ET DE LA TENUE LORS DE L'ENTRETIEN D'UN BASSIN OU URINAL AU LAVE-BASSIN VERSUS AVEC LA DOUCHETTE WC*THILLARD Denis, ROUEN*

P-178

LUD'HYGIE, UN JEU DE CARTES POUR LA PROMOTION DE L'HYGIENE HOSPITALIERE*MEUNIER Olivier, HAGUENAU*

Listes des Posters JUNIOR

PJ-01

EVALUATION D'UNE POLITIQUE DE DEPISTAGE CIBLE DU PORTAGE D'ENTEROBACTERIES RESISTANTES AUX CEPHALOSPORINES DE 3EME GENERATION A L'ADMISSION EN REANIMATION

DANANCHÉ Cédric, LYON

PJ-02

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES : BON USAGE DES VALVES BIDIRECTIONNELLES

DEBARRE Cécile, ORLÉANS

PJ-03

VISITE DE RISQUE INFECTIEUX AU BLOC OPERATOIRE

DESPLAS PRADELS Maryline, MOISSAC

PJ-04

LES PRELEVEMENTS MICROBIOLOGIQUES DES SURFACES EN MILIEU HOSPITALIER : REVUE BIBLIOGRAPHIQUE, ENQUETE DE PRATIQUE ET ETUDE DE RENDEMENT

BOULESTREAU Hélène, BORDEAUX

PJ-05

TUBERCULOSE (HOSPITALIERE) ET CAS-CONTACTS : UNE PRISE EN CHARGE EFFICACE ?

FONDRINIER Caroline, CAEN

PJ-06

EPIDEMIES A ENTEROCOQUES RESISTANTS AUX GLYCOPEPTIDES : ETUDE DE COUTS DANS DEUX SERVICES DE SOINS

LECOINTE Didier, CORBEIL-ESSONNES

PJ-07

ANALYSE PRELIMINAIRE DES RISQUES APPLIQUEE A LA MAITRISE DE LA QUALITE MICROBIOLOGIQUE DES PREPARATIONS DE CHIMIOTHERAPIES ANTICANCEREUSES AU CENTRE HOSPITALIER DE FLERS

CANIVET Anne, FLERS

PJ-08

CONSTRUCTION D'OUTILS NECESSAIRES AU SUIVI ET A LA MAITRISE DE LA QUALITE DE L'AIR DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE

FLORENTIN Arnaud, VANDOEUVRE-LES-NANCY

Textes des séances plénières

Séance plénière 2

Systèmes d'Information Hospitaliers et IAS : intérêt et limites

PLO3 - INTÉRÊT ET LIMITES DU PROGRAMME DE MÉDICALISATION DU SYSTÈME D'INFORMATION (PMSI) DANS LA SURVEILLANCE DES INFECTIONS SUR PROTHÈSE ORTHOPÉDIQUE

LESLIE GRAMMATICO-GUILLON, *Tours*

De nos jours, à travers le monde, la surveillance des infections nosocomiales (IN) et la mise en place des moyens d'une hygiène hospitalière efficace sont incontournables dans les établissements de santé (ES) pour prévenir ce type d'infections liées aux soins ⁽¹⁻³⁾. Les IN représentent un problème de santé publique planétaire, en lien avec une augmentation de la démographie mondiale, des déficits immunitaires (âge, maladies primaires, traitements immunodépresseurs), de la résistance des bactéries aux antibiotiques, et du développement insuffisant des systèmes de santé dans les pays en développement. Selon des enquêtes européennes récentes, 5 à 10 % des patients hospitalisés ont une ou plusieurs infections acquises lors de l'hospitalisation (5 % en France en 2006), avec une morbi-mortalité significative (2,8 % des décès hospitaliers -soit 4 200 décès par an-), et des dépenses de santé conséquentes ^(5,6). Au-delà de leur impact sur la morbi-mortalité, les IN altèrent la qualité de vie des patients avec un retentissement psychosocial et économique croissant ⁽⁷⁾.

Parmi les indicateurs du tableau de bord des IN, les infections du site opératoire (ISO) constituent une cible spécifique pour la surveillance en France, pour le Réseau d'Alerte, d'Investigation et de Surveillance des Infections Nosocomiales (Raisin) et les équipes d'hygiène, indicateur clé. Les patients opérés ont 2 fois plus de risque d'acquérir une infection nosocomiale que les autres patients (que l'infection soit du site opératoire ou d'un autre site) [C-CLIN Paris Nord]. En France, environ sept millions d'interventions chirurgicales sont réalisées chaque année, pouvant potentiellement entraîner 140 000 à 200 000 ISO, soit 2-3 % des opérés ⁽⁸⁾. La réduction des ISO est un des objectifs prioritaires du programme national de lutte contre les IN, avec organisation d'un système de surveillance à l'échelle des ES et mise en place de mesures préventives ⁽⁷⁾. L'ISO représente probablement l'indicateur de résultats le plus attendu par les autorités sanitaires et les usagers, pour la sécurité et la qualité des soins associées aux risques infectieux ⁽⁹⁾. Parmi les ISO, les infections sur prothèse ostéo-articulaire (IPOA) représentent un défi majeur pour la communauté médicale ; 290 000

nouvelles prothèses de hanche (PTH) et de genou (PTG) sont posées chaque année en France ⁽⁸⁾, réalisées chez des personnes de plus en plus âgées au terrain fragile, entraînant potentiellement un risque d'ISO plus grand et une surveillance nécessairement d'autant plus importante ^(10,11). Les IPOA, peu fréquentes, mais pourvoyeuses de complications sévères ^(8,11), représentent un des plus fréquents mécanismes d'échec des poses de prothèse, avec des conséquences lourdes en termes de morbidité, handicap et des coûts d'hospitalisation ^(5,11). Basée sur des protocoles NNIS-like (National Nosocomial Infection Surveillance), la surveillance des ISO est lourde, basée sur des réseaux volontaires locaux ayant peu de temps dédié. De plus, les systèmes de surveillance existants sous-estiment le vrai taux d'ISO du fait des données manquantes ⁽¹²⁾, notamment dans les interventions chirurgicales à faible taux d'incidence d'ISO, comme les arthroplasties. L'indicateur ISO-Raisin ^(5,13) montre des difficultés pour l'exhaustivité de l'analyse, le recueil des données à 30 jours après la sortie du patient, et le problème des faibles effectifs d'actes et a fortiori d'ISO par acte.

Les outils d'informatisation issus du système d'information hospitalier (SIH) pourraient permettre de compléter et enrichir les bases des réseaux de surveillance existants. Notamment, la base de données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pourrait représenter une source de données pour la surveillance des IN en milieu hospitalier, notamment en apportant ses capacités de « dédoublement » régional et national grâce au chaînage et d'estimer des densités d'incidence dans des établissements non participants à la surveillance, comme l'a montré une étude française sur le SARM en 2013 ⁽¹⁴⁾. Dans plusieurs travaux publiés, notamment en France, l'utilisation du SIH comme outil épidémiologique se développe. Le poids actuel du système de surveillance et ses imperfections amènent les pouvoirs publics et les acteurs de la surveillance à rechercher de nouvelles pistes de travail pour répondre aux problèmes liés à la charge de travail impliquée par la méthodologie actuelle (données manquantes, faiblesses statistiques face à des ISO à faible ou très faible

incidence, coûts engendrés dans une période économiquement compliquée). Le PMSI, bases de codage des résumés de sortie utilisées pour la tarification à l'activité (T2A), est aussi de plus en plus utilisée pour la surveillance épidémiologique^(5,9). En France, chaque séjour hospitalier, en établissement de santé public ou privé, doit être enregistré au sein du PMSI. Le PMSI doit être considéré comme un outil médico-économique, les objectifs économiques et médicaux étant intimement liés. Grâce au numéro d'anonymisation ANO, la trajectoire de chaque patient peut être reconstituée. Ces bases PMSI représentent un patrimoine indiscutable en France et peuvent présenter une solution face aux difficultés actuelles de mener des études épidémiologiques robustes, malgré des difficultés inhérentes au fait qu'elles sont construites pour la mesure de la production hospitalière française. Le PMSI constitue une base de données médico-administratives permanentes, pouvant être utilisées comme outil épidémiologique et d'évaluation, notamment pour les IOA pour lesquelles l'outil a déjà fait ses preuves : surveiller et estimer les facteurs de risque d'ISO après chirurgie, sur le moyen ou long terme, évaluer les coûts directs liés aux séjours hospitaliers facturés à l'Assurance Maladie^(5,15). La combinaison de l'utilisation des systèmes de surveillance actuels et les bases médico-administratives du PMSI, pourrait constituer une clé d'amélioration du réseau de surveillance des ISO en France.

L'objectif principal de mon travail de doctorat était d'évaluer la performance d'un outil issu du SIH pour la surveillance des ISO en routine hospitalière, en utilisant les données médico-administratives du PMSI comme nouvel outil de mesure des infections sur prothèses orthopédiques.

Plusieurs étapes ont été nécessaires pour mener à bien ce travail.

1- l'évaluation de la performance de l'outil PMSI comme instrument de mesure complémentaire des ISO après PTG ou PTH

Une cohorte historique de patients porteurs d'une première PTG ou PTH, posée en 2008-2009, a été construite en utilisant les données PMSI collectées rétrospectivement au sein de la région Centre. L'extraction des séjours avec au moins un code en lien avec une pose de première prothèse de hanche ou genou a été réalisée sur la base PMSI régionale de l'ARS. Chaque patient a été suivi, grâce au chainage des séjours, pour une durée minimale de 12 mois, soit jusqu'au 31 décembre 2010 et la surveillance de la survenue d'une IPOA après une première pose de prothèse a été recherchée entre 2008 et 2010.

Le diagnostic d'IPOA était fait selon un algorithme PMSI développé par différents experts en IPOA : chirurgien orthopédiste, infectiologue, équipe d'hygiène hospitalière, médecin d'information médicale. La définition de cas dépendait des codes diagnostiques et d'actes chirurgicaux utilisés dans le résumé de séjour, de leur position dans ce résumé et de leur association ou pas. Basées sur les opinions d'experts, les différentes combinaisons ont permis la construction de trois

catégories de définitions de cas, construites en reliant trois types de codes diagnostiques (codes d'IOA ou codes d'infection précise de matériel orthopédique ou encore codes imprécis de complication d'implant orthopédique de toute sorte) avec des codes CCAM d'actes chirurgicaux réalisés dans le cadre de la prise en charge d'une IPOA.

La définition de cas basée sur les algorithmes PMSI a été validée par une enquête cas-témoin nichée dans la cohorte. Les dossiers médicaux étaient considérés comme la référence (gold standard) pour confirmer l'IPOA. La première étape a été de valider l'ensemble des dossiers médicaux étiquetés cas d'IPOA par l'algorithme décisionnel PMSI, soit les 629 dossiers de la région Centre sur la période 2008-2010. La seconde étape a été le tirage au sort aléatoire de 629 autres dossiers de patients dans la cohorte régionale des porteurs de PTG ou PTH = les témoins. Un médecin infectiologue associé localement dans les ES à un orthopédiste ou un médecin d'information médicale ou un hygiéniste ont lu les dossiers médicaux sélectionnés (cas et témoins) complets, avec les données cliniques, les résultats microbiologiques, les comptes rendus d'imagerie médicale ainsi que les images elles-mêmes. Pour estimer les paramètres de validité du système de surveillance basé sur l'outil PMSI (validité métrologique), une analyse de sensibilité-spécificité a été réalisée selon les définitions de cas proposées, pour estimer la performance des différentes définitions proposées (sensibilité, spécificité, et les valeurs prédictives de ces définitions de cas IPOA PMSI).

L'échantillon de validation contenait 1 010 séjours hospitaliers, avec 989 dossiers médicaux de patients distincts revus. Dans l'échantillon global, 530 cas étaient identifiés par le PMSI (incidence = 1,0 %, IC 95% 0,4 – 1,6 %) et 333 cas étaient effectivement validés par le retour aux dossiers (vrais positifs). Par rapport aux 480 témoins (parmi lesquels 6 faux négatifs étaient repérés), la sensibilité et la spécificité de la définition PMSI était respectivement de 98% et 71 %, la VPN 99 % et la VPP 63 %. En utilisant la définition de cas la plus spécifique, basée sur un échantillon de validation de 681 séjours, la sensibilité était de 97 %, la spécificité de 95 %, la VPN 98 % et la VPP augmentait à 87 %.

Cette investigation montre la fiabilité et la facilité d'utilisation de l'outil PMSI pour la surveillance des ISO, sur ce modèle d'IPOA à incidence faible, avec une VPP estimée à 87 % selon les méthodes de sélection des cas.

2- l'application de l'algorithme PMSI validé pour estimer l'incidence des IPOA sur une cohorte régionale PMSI

Une étude de cohorte rétrospective des patients porteurs d'une PTG ou PTH a été menée dans la même région française, sur une période de 5 ans (PMSI 2008-2012). La survenue d'une IPOA a été ensuite évaluée dans le suivi des séjours de la cohorte par l'application de l'algorithme précédemment validé dans l'étude de sensibilité (Algorithme avec Se 97 %, Spe 95 %,

VPP 87 %, VPN 98 %). Cette base de données régionale PMSI 2008-2012 représentait la population d'étude pour l'estimation des facteurs de risque d'IPOA et de la mortalité, analysés en utilisant un modèle de survie (Régression de Cox).

La cohorte était constituée de 32 683 patients ayant subi une pose de PTH ou PTG, correspondant à 2 % des patients hospitalisés en région Centre chaque année. Le sexe ratio était 0,67, l'âge médian de pose était de 74 ans (19-110 ans), significativement plus bas chez les hommes (69,8, IC 95% 69,6-70,0 vs. 73,9 ans, IC 95% 73,7-74,0 chez les femmes). Une comorbidité était codée pour 33 % des patients.

Une IPOA était identifiée pour 603 patients entre 2008 et 2012, soit une incidence à 1.84 % [IC95 % 1,7-2,0 %]. L'IPOA survenait dans 183 cas le premier mois après la pose (78 lors du séjour de pose + 105), soit un tiers des cas (30 %) mais 178 patients (29 %) s'infectaient plus d'une année après la pose. La densité d'incidence d'IPOA était 2,3 pour 100 personnes-années [IC95 % 2,0-2,6 %] : 2,2 [IC95 % 2,0-2,6 %] pour les PTH et 2,5 [IC95 % 2,1-2,9 %] pour les PTG, sans différence significative. L'incidence augmentait significativement durant la période.

Les résultats de l'analyse multivariée prenant en compte les facteurs de risque potentiels d'IPOA retrouvaient : le sexe masculin (HR = 1,32, IC95 % 1,12-1,55), la présence d'ulcères cutanés (HR à 3), une maladie du foie dont l'alcoolisme, une atteinte urologique, une insuffisance rénale chronique, la dénutrition ou obésité (HR 1,5). Il n'y avait pas d'association significative entre la survenue d'une IPOA et un diabète, la présence d'une prothèse cardiaque ou une atteinte neurologique ou rhumatologique.

Les facteurs de risque de décès identifiés par l'analyse de survie multivariée étaient l'IPOA (HR 1,30, IC95 % 1,02-1,67), l'âge supérieur à 75 ans, les cancers (HR autour de 4), avoir une PTH vs. une PTG, une insuffisance rénale chronique ou des ulcères [HR autour de 1,5], les maladies du foie dont l'alcoolisme, une prothèse cardiaque, la dénutrition, les atteintes urologiques (HR autour de 1.5). Avoir une hypertension artérielle ou une obésité étaient protecteur vis-à-vis de la survenue d'un décès après pose de PTG ou PTH, respectivement, HR 0,93 (IC95 % 0,73-0,90) et HR 0,81 (IC95 % 0,68 – 0,97).

Cette étude de cohorte PMSI a permis de calculer la densité d'incidence des IPOA (2,3/ 100 pers-années), retrouvant une large proportion d'IPOA survenant plus d'une année après la première pose de prothèse (médiane de survenue était à 77 jours mais un tiers des IPOA survenaient après un an), appuyant la nécessité de trouver des outils de surveillance à plus long terme, et avec un suivi post hospitalisation plus long pour ces chirurgie à faible risque d'ISO.

Ce travail épidémiologique montre l'intérêt et l'impact de l'utilisation du PMSI comme outil complémentaire, reproductible, peu coûteux et allégeant la charge de travail des professionnels de terrain, tout en fournissant des résultats

satisfaisants par rapport au système classique. Ainsi l'outil PMSI pour la surveillance des ISO sur PTG ou PTH a montré :

- Une fiabilité acceptable d'un outil de surveillance pour les ISO basé sur les bases PMSI en chirurgie à faible risque comme les arthroplasties
- Une estimation de l'incidence des ISO : taux d'incidence : 1,0 %, IC 95% : 0,4-1,6 %

Cette étude démontre le potentiel d'utilisation du PMSI en routine pour la surveillance des ISO, dans le cadre des chirurgies à faible risque d'infections nosocomiales, à la condition de choisir une définition de cas d'ISO appropriée et valide. Le potentiel de l'outil PMSI est de permettre :

- un gain en termes de simplicité et de facilité
- de soulager les professionnels de santé de la charge de travail de surveillance
- d'accroître la participation des chirurgiens dans le processus de codage obligatoire

Cet outil sera d'autant plus efficace que les professionnels de terrain qui sont en charge du codage coderont les variables d'intérêt ; cela pourrait correspondre à une mesure incitative à un meilleur codage, dans un but de benchmarking. La poursuite de ce travail au niveau des bases nationales devrait permettre l'ajustement et la standardisation nécessaires pour permettre des comparaisons inter ES et internationales. À partir de cet exemple d'IPOA, le modèle pourrait ensuite être reproduit sur les autres infections du site opératoire.

REFERENCES

1. Díaz-Agero Pérez C, Robustillo Rodela A, Monge Jodrá V. The Spanish national health care-associated infection surveillance network (INCLIMECC): Data summary January 1997 through December 2006 adapted to the new National Healthcare Safety Network Procedure-associated module codes. *American Journal of Infection Control*. déc 2009;37(10):806-812.
2. Horan TC, Gaynes RP, Martone WJ, Jarvis WR, Emori TG. CDC definitions of nosocomial surgical site infections, 1992: a modification of CDC definitions of surgical wound infections. *Am J Infect Control*. oct 1992;20(5):271-274.
3. Garner JS, Jarvis WR, Emori TG, Horan TC, Hughes JM. CDC definitions for nosocomial infections, 1988. *Am J Infect Control*. juin 1988;16(3):128-140.
4. Ministère en charge de la Santé.
<http://www.sante.gouv.fr/les-infections-nosocomiales>.
<http://www.sante.gouv.fr/les-infections-nosocomiales>.
5. Grammatico-Guillon L, Baron S, Gettner S, Lecuyer A-I, Gaborit C, Rosset P, et al. Bone and joint infections in hospitalized patients in France, 2008: clinical and economic outcomes. *J Hosp Infect*. sept 2012;82(1):40-48.
6. Kurtz SM, Lau E, Schmier J, Ong KL, Zhao K, Parvizi J. Infection burden for hip and knee arthroplasty in the United States. *J Arthroplasty*. oct 2008;23(7):984-991.

7. Desenclos JC, Brun-Buisson C. Éditorial. La lutte contre les infections associées aux soins: des progrès certes, mais il faut continuer la mobilisation! Bulletin Épidémiologique hebdomadaire. 2011;26 avril 2011 / n°15-16-17.
8. Astagneau P, L'Hériteau F, Daniel F, Parneix P, Venier A-G, Malavaud S, et al. Reducing surgical site infection incidence through a network: results from the French ISO-RAISIN surveillance system. *J Hosp Infect.* juin 2009;72(2):127-134.
9. Thiolet J, Lacave L, Tronel H, Jarno P, Metzger M, L'Hériteau F, et al. Prévalence des infections nosocomiales, France, 2006. *Bull Epidemiol Hebd.* 2007;(51-52):429-32.
10. Grammatico-Guillon L, Rusch E, Astagneau P. Surveillance of prosthetic joint infections: international overview and new insights for hospital databases. *Journal of Hospital Infection* [Internet]. [cité 17 déc 2013]; Disponible sur: [http://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701\(13\)00363-0/abstract](http://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701(13)00363-0/abstract)
11. Zimmerli W. Infection and musculoskeletal conditions: Prosthetic-joint-associated infections. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* déc 2006;20(6):1045-1063.
12. Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LC, Jarvis WR. Guideline for prevention of surgical site infection, 1999. *Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Infect Control Hosp Epidemiol.* avr 1999;20(4):250-278; quiz 279-280.
13. Zimmerli W, Trampuz A, Ochsner PE. Prosthetic-joint infections. *N Engl J Med.* 14 oct 2004;351(16):1645-1654.
14. Nuemi G, Astruc K, Aho S, Quantin C. [Comparing results of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) surveillance using the French DRG-based information system (PMSI)]. *Rev Epidemiol Sante Publique.* oct 2013;61(5):455-461.
15. Defez C, Fabbro-Peray P, Cazaban M, Boudemaghe T, Sotto A, Daurès JP. Additional direct medical costs of nosocomial infections: an estimation from a cohort of patients in a French university hospital. *J Hosp Infect.* févr 2008;68(2):130-136.

Séance plénière 4

Détection ou prédiction des épidémies : signes avant-coureurs, vigilance, événements sentinelles, comment intégrer des indicateurs a priori

PL06 - MÉTHODES DE SURVEILLANCE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

KEITLY MENSAH, PHILIPPE VANHEMS

*Service Hygiène, Épidémiologie et prévention, Hôpital Edouard Herriot
Pôle Santé, Recherche, Risques et Vigilances - Hospices Civils de Lyon*

La surveillance des infections nosocomiales est une priorité nationale. Il existe ainsi des réseaux de surveillances, notamment au sein des CCLINs, dont l'apport en terme de résultats est majeur pour évaluer les tendances et l'impact de mesures de contrôle.

La surveillance des infections nosocomiales au sein d'un hôpital qui sera ensuite intégrée dans un réseau plus large doit reposer sur des méthodes rigoureuses. Il existe plusieurs méthodes qui se répartissent en 2 catégories : les méthodes statistiques basées sur les calculs d'incidence et les méthodes de détections syndromiques basées sur les symptômes cliniques et para cliniques.

MÉTHODES STATISTIQUES

Il s'agit essentiellement des méthodes suivantes :

- **Méthode des 2 déviations standards à la moyenne (1)** : Il s'agit d'établir une moyenne mensuelle ou annuelle du nombre d'infections nosocomiales puis de considérer qu'un seuil épidémique est atteint voire dépassé lorsque le nombre d'infection nosocomial est supérieur à la moyenne + 2DS.

- **Méthode d'augmentation mensuelle (monthly increase tool) (1)** : Le nombre d'infections nosocomiales pour un micro-organisme lors du mois en cours est comparé au nombre total d'infections nosocomiales par le même organisme au cours des 2 mois précédents. Une augmentation de 100% du nombre d'infections nosocomiales lors du 3^e mois analysé est considérée comme une période épidémique. Une augmentation $\geq 50\%$ du nombre d'infections nosocomiales sur les 3 derniers mois est également considérée comme une période épidémique.

- **Méthode des sommes cumulées (CUSUM) (2)** : Il s'agit de calculer une incidence des infections nosocomiales, mensuelle ou hebdomadaire à partir des données de

l'année précédente. Ceci fournit l'incidence attendue. La différence entre incidence attendue et incidence réelle est alors calculée puis il est effectué un cumul de la différence obtenue aux différences obtenues suivantes. On obtient alors une courbe de tendance.

- Méthode exponentially weighted moving average statistic (EWMA) (2) : est une méthode statistique comparable au CUSUM mais plus robuste.

Certaines méthodes, dérivées de la loi de Poisson peuvent également être utilisées. (3)

MÉTHODES D'ANALYSE SYNDROMIQUES (4)

- **Les méthodes « space-time scan statistics (STSS) » et « what's strange about recent event (WSARE) » (2)** : elles utilisent des modèles statistiques basés sur les signes cliniques et les informations issues des services de microbiologie.

- **La méthode de surveillance sélective (5)** : Il s'agit d'une surveillance prospective dans les services au moyen des bases de données de microbiologie.

- **La méthode de monitoring en temps réel (6)** : Il s'agit d'intégrer un ensemble de signes cliniques et para cliniques au sein d'un algorithme qui s'applique à tous les patients présents au sein d'une unité. Le programme généré émet une pré-alerte en cas de suspicion d'infection nosocomiale lors du séjour du patient.

Si la détection rétrospective des infections nosocomiales reste de mise, une approche tend à apparaître et mérite d'être développée. Il s'agit de la détection automatisée des infections nosocomiales au cours du séjour hospitalier. Quel que soit la méthode de surveillance choisie, la mise en commun des données cliniques, microbiologiques et épidémiologique permet d'améliorer les qualités métrologiques (sensibilité et spécificité) de la surveillance.

BIBLIOGRAPHIE

1. Hacek, Donna M., Ralph L. Cordell, Gary A. Noskin, and Lance R. Peterson. "Computer-Assisted Surveillance for Detecting Clonal Outbreaks of Nosocomial Infection." *Journal of Clinical Microbiology* 2004; 42,:1170–75
2. Carnevale, Randy J, Thomas R Talbot, William Schaffner, Karen C Bloch, Titus L Daniels, and Randolph A Miller. "Evaluating the Utility of Syndromic Surveillance Algorithms for Screening to Detect Potentially Clonal Hospital Infection Outbreaks." *Journal of the American Medical Informatics Associatio*: 2011;18:466–72.
3. Sagel, Ulrich, Berit Schulte, Peter Heeg, and Stefan Borgmann. "Vancomycin-Resistant Enterococci Outbreak, Germany, and Calculation of Outbreak Start." *Emerging Infectious Diseases* 2008; 14: 317–19.
4. Chang, Ying-Jui, Min-Li Yeh, Yu-Chuan Li, Chien-Yeh Hsu, Chao-Cheng Lin, Meng-Shiuan Hsu, and Wen-Ta Chiu. "Predicting Hospital-Acquired Infections by Scoring System with Simple Parameters." *PLoS ONE* 6, no. 8 (August 24, 2011): e23137. doi:10.1371/journal.pone.0023137.
5. Zolldann, Dirk, Helga Haefner, Carsten Poetter, Shariah Buzello, David Sohr, Rudolf Lueticken, and Sebastian W. Lemmen. "Assessment of a Selective Surveillance Method for Detecting Nosocomial Infections in Patients in the Intensive Care Department." *American Journal of Infection Control* 2003; 31:261–65.
6. Du, Mingmei, Yubin Xing, Jijiang Suo, Bowei Liu, Na Jia, Rui Huo, Chunping Chen, and Yunxi Liu. "Real-Time Automatic Hospital-Wide Surveillance of Nosocomial Infections and Outbreaks in a Large Chinese Tertiary Hospital." *BMC Medical Informatics and Decision Making* 14 (January 29, 2014): 9. doi:10.1186/1472-6947-14-9.

Séance plénière 5

Approche psycho comportementale des situations à haut risque infectieux : facteurs influençant la perception du risque

PL-08 - REPRÉSENTATION DES SOIGNANTS ET LE PORT DES GANTS. METTRE, OU NE PAS METTRE ? LÀ EST LA QUESTION

PHILIPPE BLANCO, *Cadre de santé hygiéniste, CH St Nazaire (44)*

THIERRY JOUTARD, *Cadre de santé, docteur en sociologie, CH Blain (44)*

Evoquer le port des gants à l'hôpital¹, c'est évoquer l'hygiène et la prévention : Prévention de la diffusion des infections nosocomiales, et protection des agents en cas de contact avec des liquides biologiques.

Nous connaissons bien la dimension pédagogique du travail de l'hygiéniste : apporter aux professionnels une information claire et scientifiquement validée. Pour autant, il ne suffit pas de transmettre comme il ne suffit pas de savoir. Les habitudes sont là, portées par tout un champ de représentations sociales qui guident l'action quotidienne. Pour le dire autrement, bien que l'information ait été donnée, pourquoi les professionnels ne modifient-ils pas immédiatement leurs pratiques ? Et pour être plus concret encore, pourquoi le port de gants n'est-il pas toujours conforme aux recommandations ? Pourquoi est-il pertinent de faire un audit national sur les précautions standard en 2011, puis en 2013...

Pour essayer d'en comprendre les racines, explorons la question suivante : Quels sont les obstacles aux changements de pratiques attendus ?

Il faut alors essayer d'identifier quelques mécanismes psychosociaux avec lesquels composer. Les éluder serait contre-productif, tenter de les intégrer à une stratégie d'intervention paraît plus pertinent. Plusieurs niveaux d'analyse sont possibles. Certains relèvent du psychologique, d'autres du sociologique, d'autres encore de l'histoire, etc.

Dans un premier temps nous abordons des éléments théoriques qui peuvent nous éclairer sur l'orientation des comportements à travers les représentations du propre et du sale, du pur et de l'impur. Dans une deuxième partie s'intéresse au comportement de ces infirmières qui piquent sans gants. Puis une troisième partie aborde le cas de ces soignants pour qui le port de gant est excessif, au détriment d'une hygiène des mains correcte.

I. DE LA SALETÉ À LA SOUILLURE, PUR ET IMPUR...

Le port du gant est associé à la protection donc au risque. Mais de quels risques s'agit-il ?

Premier niveau, le risque de contact avec la souillure et, plus précisément, à la contagion. Comme l'écrit Ricœur : « *la souillure elle-même est à peine une représentation et celle-ci est noyée dans une peur spécifique qui bouche la réflexion ; avec la souillure nous entrons au règne de la terreur* ». Les peurs les plus archaïques organiseraient ainsi nos réflexes professionnels quotidiens et tendent à restreindre le champ de la raison.

D'un autre point de vue, le regard anthropologique, notamment celui de Mary Douglas, invite à aborder les notions de contagion, de pollution, de tabou. Elle écrit que lorsque l'on aborde la question de la souillure, on traite aussi de classification, de séparation : ce qui est propre et ce qui est sale, ce qui est pur et ce qui est impur, ce qui est à sa place ce qui ne l'est pas. Ces classifications ayant d'ailleurs un caractère arbitraire, fortement relié à la culture ou à des normes sociales. A ce propos, en introduction à son livre, Mary Douglas remercie son mari qui, en matière de propreté, possède un seuil de tolérance beaucoup plus bas que le sien ce qui l'a obligé à prendre position sur la relativité de la saleté. Elle cite aussi l'exemple de brahmanes indiens qui se sentent si impurs que pour éliminer ces impuretés, ils se nettoient avec de la bouse de vache (qui est plus « pure » qu'eux). Nos repères culturels occidentaux s'en trouvent évidemment bouleversés.

Ce dernier exemple amène à confronter les notions de propre, de pur et de sacré. La religion catholique établit un lien dans le vocabulaire théologique entre le péché et la saleté. « *Le péché flétrit l'âme, ternit sa blancheur, le péché originel a souillé le genre humain l'excluant du*

paradis, le séparant de Dieu. L'âme du nouveau né doit être lavée par l'eau du baptême pour réintégrer par la médiation de l'église la société privilégiée des êtres humains promis au salut. Seule la mère du Christ échappe à cette tare constitutionnelle. Sa conception fût immaculée c'est-à-dire étrangère à toute pollution charnelle ». Ces quelques lignes rappellent le principe du tabou du corps, de la honte qui entoure la nudité et la sexualité dans la morale chrétienne. La salissure nous rapprocherait du pêché ?

La salissure c'est ce qui n'est pas à sa place, écrit encore Mary Douglas. Mes chaussures sont propres, si je les mets sur la table, c'est sale. La salade que nous avons mangée ce midi a été confectionnée en respectant scrupuleusement les règles d'hygiène selon la réglementation HACCP, pourtant cette éclaboussure de salade sur ma chemise, ça fait sale... Les effluents corporels, sont propres tant qu'ils sont à leur place. L'urine dans la vessie, c'est propre, l'urine par terre, c'est sale. Le sang qui coule dans les veines, c'est propre, parfois c'est noble, sang bleu, pur sang ; quand le sang se répand, c'est sale. Dans certaines sociétés, la souillure se rapproche de la notion de caste. Les membres des castes nobles passent beaucoup de temps à se purifier. Ils risquent de se contaminer au contact de personnes d'une caste inférieure. Cette fois la contamination est sociale. L'impur, l'intouchable c'est celui qui a voulu changer de caste, échapper à la règle.

Sommes-nous très loin du port des gants chez les patients ? Peut-on établir des liens entre ces réflexions et le port de gants dans les services de soins ? Partons de quelques situations.

II. CES INFIRMIÈRES QUI « PIQUENT » SANS GANTS

Le risque réel de contamination lors d'un AES est connu et étudié par l'épidémiologie : risque de contracter le VIH, le VHB ou le VHC. On peut pour cela consulter le Rapport Invs 2010 sur les surveillances des AES. Le risque infectieux perçu est plus difficile à cerner. Il est étudié par les sciences sociales : Psychologie, Sociologie, Anthropologie. La prévention fait appel soit à des stratégies politiques soit à des comportements individuels. C'est là que les choses se compliquent. Les comportements individuels sont motivés par plusieurs facteurs : une certaine représentation du risque la peur ou au contraire l'indifférence qu'il suscite. Ce qui semble être déterminant pour adopter ou non un comportement de prévention serait une balance « individuelle » bénéfice/risque. Les comportements de prévention seraient guidés par des déterminants psychologiques mais surtout sociaux ou culturels,

Les habitudes sont confortées par un savoir expérientiel. Le fait de piquer sans gants est argumenté : « avec les gants, je sens moins bien les veines, je n'ai pas l'habitude ». Certaines infirmières suggèrent une moindre efficacité des actes pratiqués avec gants. Cette connaissance empirique est alimentée par les pratiques anciennes « j'ai toujours piqué sans gants et je n'ai jamais eu de problèmes ». Pratiques validées en formation initiale. Or, quand une infirmière a appris à l'école à piquer uniquement ou essentiellement à mains nues, qu'elle a continué

à pratiquer ainsi pendant des années et qu'on lui signifie quelle doit dorénavant accomplir les mêmes gestes avec des gants, elle n'est pas seulement gênée, elle est en outre renvoyée à un désaveu implicite de sa compétence et de celle de ses maîtres. Parmi les raisons, souvent inconscientes pour ne pas porter les équipements de sécurité, c'est qu'ils nous rappellent la présence du danger et, en ce sens ils seraient plutôt anxiogènes. Lorsque je ne prends pas les équipements de protection j'oublie aussi la présence du danger. Si je ne porte pas de gants, je « mets de côté », j'évite la possibilité de me piquer et de me contaminer. Le risque est également une chose à laquelle on s'habitue et par conséquent, moins il y a d'accidents, plus j'ai tendance à considérer que le risque n'existe pas. Autre argument qui rejoint ce que nous développons plus haut, la sécurité inhiberait l'efficacité professionnelle. Au carrefour de toutes ces logiques, des pratiques quotidiennes qui tendent à ignorer ou, tout au moins, à minimiser la question du risque. Des études réalisées sur le risque en milieu industriel ou dans les travaux publics montrent bien ces phénomènes de rationalisation du danger. Dans ce registre on peut aussi parler des idées fausses sur les patients. L'infirmière aurait sa propre conception du patient qu'elle considère comme à risque ou non pour elle : jeune ou vieux, homosexuel, blanc ou noir, etc. En fonction de cette image ou de ces stéréotypes certaines portent ou non des gants. On retrouve ce que nous disions plus haut sur la souillure et la classification : il y a des gens « propres sur eux », un peu comme nous, dans une certaine « norme sociale », et puis d'autres, à la marge, trop gros, trop sales, sans domicile fixe, etc. Bien que chacun cherche à s'en défendre, nombre de stéréotypes gouvernent tout ou partie des pratiques professionnelles. L'exemple le plus classique, une dame de 95 ans, catholique très pratiquante ne peut pas avoir le sida pense l'infirmière. Pourtant, elle a subi une transfusion en 1990 et a contracté le virus de l'hépatite C... Dommage, l'infirmière ne l'apprend qu'après l'AES, et elle ne portait pas de gants.

Le « non-port » de gants chez les infirmières est suffisamment répandu pour interpeller les futures professionnelles. On rencontre des infirmières qui piquent sans gants et qui tiennent le discours suivant aux étudiants « moi je ne mets pas de gants, mais toi tu dois en mettre ». On peut rapprocher cette conduite à un sentiment d'invulnérabilité, « il ne m'est jamais rien arrivé ». D'emblée, on voit bien que les stagiaires se retrouvent face à des difficultés cruciales, « dois-je vraiment mettre des gants ? » « À l'école, ils disent que oui mais l'infirmière là, elle dit que c'est important mais elle ne le fait pas et puis il ne lui est jamais rien arrivé »...

Comme Festinger l'a évoqué dans un autre cadre, le stagiaire se trouve dans une situation de dissonance cognitive, il y a un décalage entre ses représentations de ce qu'il faudrait faire – représentations alimentées notamment par ses cours sur le sujet – et ce qui se passe sous ses yeux. Il lui devient alors difficile de tenir la position et ce d'autant, que la plupart du temps, l'infirmière représente la professionnelle, celle qui connaît le terrain. Les formateurs de l'institut, au contraire, auront tendance à pâtir de leur image de professionnels

par trop éloignés de ce même terrain. Le stagiaire est alors tenté de rapprocher sa pratique quotidienne de celle qui lui semble la plus économique. Après tout, le phénomène est connu, il s'apparente à celui que l'on observe avec la conduite automobile : dès que le permis est obtenu, combien de bonnes habitudes semblent s'évanouir dans la nature ?

Pression sociale et dynamique de groupe

Travailler en équipe, c'est inévitablement devoir composer avec des règles, des normes, une pression sociale, bref faire avec la dynamique de groupe. On le voit bien avec l'exemple précédent, être stagiaire oblige à faire avec des messages contradictoires et, la tentation d'aller vers les pratiques les moins contraignantes est grande.

Quant aux professionnels en titre, ils doivent au quotidien partager des situations « sociales » au cours desquelles les gens orientent leurs actions en fonction les uns des autres (Max Weber) ou, pour le dire autrement, vivre en société et pas de société sans contrôle social (Peter Berger). Ainsi, des questions de normes et de pression sociale interfèrent sur les pratiques propres à chaque groupe et qui participent de son unité.

Pour les repérer dans une unité de soins, des petites phrases comme « ici, on fait comme ça » « si tu respectes tout ce qu'on te dit, tu n'en finiras jamais » « si tu fais tout dans les règles, on sera obligé de finir ton boulot » etc. La contrainte existe, des règles de conduite organisent la vie quotidienne et par conséquent, le risque d'exclusion du groupe existe si la norme n'est pas respectée. L'effet stigmatisation pointe son nez et les cancons, dirait Berger, en sont une des expressions les plus visibles. Anne Véga le montre aussi, et, il n'est pas toujours évident de devoir assumer sa réputation de lenteur, de celui qui freine les autres, de celui qui travaillerait moins bien ou moins vite que les autres, etc.

Pour être concret et revenir à notre préoccupation, si une infirmière porte de manière adaptée ses gants à usage unique et que cela n'est pas repéré par les autres comme un facteur de moindre efficacité, tant mieux. Par contre, dans le cas contraire, elle devrait rapidement sentir la pression de conformité au groupe. Ses collègues s'en chargeront... Une vie d'équipe, c'est devoir intégrer des normes implicites et s'en écarter n'est pas si simple. C'est pourquoi bien que certains sachent ce qu'il faudrait faire en termes de « bonnes pratiques », ils font comme les autres et tendent à s'en écarter. Ce second champ d'explication relève donc du social et plus précisément, de la dynamique de groupe propre à chaque équipe de travail.

III CES SOIGNANT(E)S POUR QUI LE GANT EST UNE SECONDE PEAU

Si certaines infirmières minimisent le risque en ne portant pas de gants pour les prélèvements sanguins ou les injections, on observe parfois le contraire pour des soins de nursing. Lors de l'audit national sur l'hygiène des mains en 2009, les auditeurs ont observé des soignants qui portaient des gants pour l'ensemble de la toilette. La même paire de gants est portée depuis le soin du visage jusqu'à l'habillage et l'installation du

patient et le rangement du matériel.

Plus fréquemment le port et le changement des gants se fait au détriment de l'hygiène des mains. Les soignants enchaînent les actes et changent de gants sans pratiquer de geste d'hygiène des mains. D'autres multiplient les paires de gants pour un même acte. Mais de quoi cherchent-ils à se prémunir ?

Anne Véga reprend les propos d'un cadre de santé : « *Les infirmières et les aides-soignantes utilisent en permanence des gants pour les toilettes. Elles disent qu'elles ne peuvent pas toucher la bave des malades, ça les dégoûte. Et après, elles peuvent ouvrir des pansements souillés avec des germes dessus à la visite du médecin sans se protéger. Je n'arrive pas à leur faire mettre des gants pendant les soins, lorsqu'elles sont au contact de liquides et de germes contaminés. Il y a des excès des 2 côtés : je comprends que les infirmières mettent des gants pour les selles surtout s'il s'agit de diarrhée, ce n'est pas agréable. Mais ça n'est pas si normal pour la toilette. Ce sont des contacts intimes que le soignant refuse alors qu'il n'y a pas de risque* »

Pour Marie Annick Delomel, multiplier les paires de gants, pour les jeunes professionnels, pourrait être un moyen de faire face à l'angoisse produite par « *la confusion des espaces intimes du soignant et du soigné* » lors de la toilette. La vue et le contact avec un corps nu, altéré par le vieillissement et la maladie seraient une source de difficultés que la formation et le dialogue avec les autres professionnels n'abordent pas. Le port de gants pour tout contact serait alors davantage une barrière protectrice pour le bien-être psychique du soignant que contre une improbable transmission virale.

L'approche proxémique (Hall) nous apporte quelques pistes de réflexions. La zone d'intervention des soignants est souvent inférieure à 45 cm des malades. Cette zone est réservée à l'intime, la relation mère-enfant ou la relation amoureuse. Dans cet espace, les échanges sensoriels sont intenses. La vue, l'odorat (odeurs corporelles, haleine) mais aussi le toucher, sont sollicités. La main, principal outil de travail du soignant est aussi l'organe du toucher, de la sensation tactile. Certains auteurs disent que mettre des gants c'est mettre une distance, une protection contre cette trop grande proximité. Les gants servent à remettre de la distance dans une relation qui serait trop intime, trop « impliquante ». Une barrière contre la pollution ou la contamination par les affects, pour ne pas être « touché » (au sens figuré) ? « *Je touche la peau saine du patient mais avec des gants* ». C'est peut-être aussi une manière de respecter la « bulle de la personne soignée ». Assez curieusement d'ailleurs on constate que la consommation de gants à usage uniques non stériles dans notre service de pédiatrie est en moyenne de 4 paires par journée d'hospitalisation contre 15 paires par journée d'hospitalisation en gériatrie. Soit près de quatre fois plus élevée. Cette différence illustrerait-elle le fait que l'on appréhende différemment le contact avec l'enfant et avec le vieillard ? Au-delà du risque infectieux ou bactériologique ? Le contact avec la peau du patient serait un contact souillant,

polluant. Céline Amiel s'inspire de Mary Douglas et décrit les soignants comme une sorte de caste, les gens en blancs, bien portant, qui ne se laisseraient pas polluer par les malades, les personnes âgées, les corps abimés. Elle établit comme un parallèle avec la société indienne et ses castes. Les gants serviraient-ils à se protéger d'un contact souillant ou polluant? Anne Vega explique que certains patients sont rapidement classés comme de mauvais patients, ceux qui sont différents, repoussants, laids, sale, sans domiciles fixe, immigrés, mais aussi ceux porteurs de bactéries multirésistantes... Pour ceux là, le port du gant, est nécessaire à la protection collective, il ne faut pas contaminer les autres patients, mais il ne faut pas non plus contaminer les collègues. La saleté apparaît comme rupture de l'ordre normal du monde. La souillure contamine le corps biologique mais aussi le corps social.

La notion de contagion renvoie aux grandes épidémies meurtrières. Ces épisodes ont marqué l'histoire. Peste, choléra, grippe espagnole ont fait des ravages. La contagion faisait très peur d'autant que la transmission de germes étaient inconnue jusqu'aux travaux de Pasteur (1870). Mais la diffusion et l'intégration de ses découvertes par la population a pris encore quelques années.

Depuis le moyen âge jusqu'au début du 19^{ème} siècle, on croyait que les épidémies se transmettaient par l'air et les miasmes pestilentiels. Ces miasmes pouvaient entrer dans le corps par les pores de la peau. Il était donc très dangereux de se laver avec de l'eau chaude qui ramollissait les chairs, ouvraient les pores de la peau laissant la porte ouverte à la contagion. Les excès constatés pour le port de gants aujourd'hui ne seraient-ils pas un résidu de croyances archaïques quant au mode de pénétration des germes dans le corps ?

Anne Vega parle des gants comme objets contra-phobiques. Contre la peur du sale, du souillé de l'impur. On met des gants systématiquement pour éviter le contact avec les effluents du corps jugés dangereux (impurs, souillés, contaminés), sang, urines, selles bien sûr mais aussi sueur, salives, larmes. Ce qui est souillant c'est ce qui sort du corps : tous les effluents, les liquides biologiques. Là tout le monde est d'accord, il faut se protéger. Pour ce qui est du contact avec la peau saine, il en va tout autrement.

CONCLUSION : ENTRE RÉSIGNATION ET OPTIMISME

Lorsque l'on examine les résultats nationaux de l'audit « Précautions Standard 2013 », on constate que si le port des gants est bien respecté pour les soins impliquant un contact avec le corps, en revanche lorsqu'il s'agit de se protéger contre un risque de pique, la moitié des personnes interrogées déclarent ne pas porter de gants. L'approche anthropologique, une réflexion sur notre rapport au propre, au sale au pur et à l'impur constitue une tentative de compréhension du phénomène. Faut-il pour autant être pessimiste et penser que le port des gants ne sera jamais conforme à ce que préconisent les hygiénistes? Sans doute que non. L'évolution favorable du port des gants observée dans le relevé des AES est un signe encourageant.

Les journées de formation, les actions de sensibilisation au plus près du terrain, les groupes de travail qui réfléchissent au port de gants lors des soins contribuent à améliorer les pratiques. Christophe Desjours écrit « les gens ne sont pas des "crétins sociaux", les actes qu'ils produisent ont un sens ». Il appartient à chacun d'entre nous de réfléchir sur ce sens parfois un peu obscur pour entrevoir une possibilité de changement. Et, si cette réflexion se fait en groupe elle n'a que plus de chances d'aboutir.

BIBLIOGRAPHIE

Berger Peter., Comprendre la sociologie, Editions du centurion, Paris, 1973

Delomel Marie-Annick., « La toilette de la personne âgée, un soin chargé de sens », Soins Gérontologie, Vol 11, n° 57, février 2006, pp. 19-21

Desjours Christophe., L'évaluation du travail à l'épreuve du réel, Ed Inra, Paris 2003

Amiel Céline., Usage et mésusage des gants, HMH hors série, avril 2004 pp34-38

Festinger Léon., A theory of cognitive dissonance, Evanston, IL: Row, Peterson & Company, 1957

Véga Anne., Une ethnologue à l'hôpital, l'ambiguïté du quotidien infirmier, Editions des archives contemporaines, Paris, 2000

Vega Anne., Soignants/soignés, pour une approche anthropologique des soins infirmiers, Ed de Boeck université collection savoir et santé, Paris 2001

Douglas Mary., de la souillure, Ed la découverte/poche, Paris 2001

Vigarelllo Georges., Le propre et le sale, Ed points seuil, Paris 1985

Samira Biri., Mémoire de fin d'étude, IFSI Maubeuge, prix CEFIEC 2009, « Ensemble cassons les habitudes »

Rapport : la maîtrise des maladies infectieuses un défi de santé publique, une ambition médicoscientifique Sous la direction de Gérard Orth Et Philippe Sansonetti, Académie des sciences 2006.

PL-09 - PERCEPTION DES RISQUES PAR LES SOIGNANTS LORS DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS INFECTÉS : À PROPOS DU MERS-COV

AURÉLIE VANDROMME, *Lille*

CONTEXTE

En septembre 2012, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) lançait une alerte relative à un syndrome respiratoire aigu avec insuffisance rénale dû à une infection par un nouveau coronavirus (Middle East respiratory syndrome coronavirus, MERS-CoV)^[1]. Au 26 mars 2014, l'OMS avait été informée de 200 cas confirmés en laboratoire parmi lesquels 85 décès^[2]. Si la majorité des cas ont été diagnostiqués et pris en charge dans plusieurs pays de la péninsule arabique, l'Europe a également été touchée.

En France, un premier cas d'infection respiratoire aiguë à MERS-CoV a été diagnostiqué en mai 2013. Ce patient avait effectué un séjour touristique aux Emirats Arabes Unis dans les 10 jours précédant les signes cliniques. Les investigations menées parmi ses contacts ont permis d'identifier un autre cas de MERS-CoV, patient vivant en France mais n'ayant pas voyagé à l'étranger.

Tout d'abord pris en charge dans un hôpital périphérique, ces 2 cas confirmés d'infection à MERS-CoV ont été ensuite transférés au Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Lille^[3], dans un service de réanimation devant l'aggravation de leur état clinique^[4]. Tous les deux présentaient des pathologies sous jacentes avec immunodépression.

Le manque de connaissance de cette pathologie a été une difficulté majeure pour évaluer le risque et définir les mesures à mettre en place, par les équipes médicales, paramédicales et les techniciens du laboratoire, pour la prise en charge de ces patients et des échantillons biologiques. Dans un premier temps, les mesures se sont basées sur les procédures écrites pour la prise en charge du patient porteur de Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS) dans un centre hospitalier de la périphérie de Lille (CH de Tourcoing) en 2003 (au vu de la similarité des symptômes et des caractéristiques communes de l'agent en cause). Ces précautions ont ensuite été réajustées en fonction de l'évolution de la situation et de l'actualisation des recommandations nationales^[5]. Au fur et à mesure, des professionnels ont exprimé leur angoisse dans la prise en charge de ces patients au travers de leurs instances (CHSCT...). L'objectif de cette étude rétrospective était alors d'appréhender la perception du risque par les professionnels confrontés à la prise en charge clinique des patients porteurs de MERS-CoV en perspective d'autres risques professionnels.

METHODE

L'étude s'est déroulée de janvier à mi-mars 2014. Un auto-questionnaire anonyme a été proposé dans 3 secteurs concernés par la prise en charge des patients confirmés d'infection à MERS-CoV (n=101). Il ciblait les personnels en poste dans ces services (Unité de Maladies Infectieuses, réanimation, centre de biologie) au moment de l'étude, qu'ils aient été présents ou non au moment de la prise en charge des patients porteurs. Ce questionnaire s'est inspiré de celui de l'enquête de la

commission européenne sur les infections émergentes réalisée en 2006 suite à l'épidémie de SRAS^[6].

Les questions portaient sur plusieurs items dont, la perception de la gravité de contracter une pathologie infectieuse (Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), grippe saisonnière, tuberculose, Mers-coV...) et non infectieuse (Hypertension artérielle et cancer) hors ou dans l'exercice professionnel.

Ensuite, les professionnels devaient classer ces mêmes pathologies en fonction de la perception de la gravité, de la plus faible à la plus élevée.

Puis, les connaissances relatives au MERS-coV (symptômes, contagiosité, portage asymptomatique, existence d'un vaccin...) ont été évaluées, la recherche ou non d'information relative à ce virus, à la nature des informations recherchées (mode de transmission, symptômes, prévention, traitement, localisation des épidémies...) et à la confiance accordée à ces informations selon la source (médias, discussions informelles, données officielles de l'établissement...).

Enfin, des renseignements sociodémographiques des personnels ont été pris en compte ainsi que la perception de leur « état de forme », au moment de répondre au questionnaire et le mois précédent, afin de croiser ces informations et de comparer ces critères à la perception du risque.

RESULTATS

Participation

Sur une population ciblée de 175 professionnels, 101 questionnaires ont été récupérés, soit un taux de réponse de 58 % (53 % laboratoires, 47,5 % réanimation et 83 % service des maladies infectieuses). Les catégories de personnel étaient des techniciens de laboratoire pour 48 %, des médecins pour 10 % et paramédicaux pour 42 %. Les répondants avaient pris en charge les patients confirmés infectés à MERS-coV ou leurs échantillons biologiques dans 75 % des cas. Le sex-ratio femmes/hommes des répondants était de 2,3. On note que 60 % avaient plus de 3 ans d'ancienneté dans le service et 35 % avaient des enfants de moins de 12 ans au foyer.

Gravité perçue de ces maladies

Le classement de l'ensemble des pathologies en fonction de la perception de la gravité des professionnels mettait en 3^{ème} position l'infection à MERS-CoV après le cancer et le VIH. Les pathologies telles l'hypertension artérielle et la grippe étaient perçues comme moins graves.

Classement du risque de contracter une pathologie dans l'exercice professionnel

Le risque de contracter une infection à MERS-CoV dans le cadre de l'exercice professionnel était classé 3^{ème} sur les 8 pathologies

infectieuses proposées, derrière la tuberculose et le VIH. Par opposition, la coqueluche était la pathologie considérée comme faiblement à risque d'être contractée dans le cadre professionnel.

Connaissances du MERS-CoV

Une majorité, soit 80 % des professionnels connaissaient au moins un symptôme de l'infection à MERS-CoV. Les plus fréquemment cités étaient l'hyperthermie pour 57 %, les signes respiratoires pour 51 %, la toux pour 46 % et plus rarement le syndrome grippal pour 13 %, l'insuffisance rénale pour 8 % et les signes digestifs pour 7 %.

75 % des professionnels estimaient le Mers-coV très contagieux, qu'il était possible d'être porteur asymptomatique pour 50 % et qu'il n'existait pas de vaccin pour 85 %.

Il n'y avait ni de différence significative sur la perception de la gravité en fonction du nombre de symptômes cités, ni sur la perception du risque de contracter le MERS-coV dans l'exercice professionnel.

Informations et sources

Les professionnels déclaraient avoir, pour 75 %, recherché des informations sur le MERS-CoV. Les informations provenaient de données officielles pour 70 %, de discussions entre collègues pour 65 % et des médias pour 47 %. La confiance dans les informations variait selon la source. Ainsi, 70 % estimaient avoir une forte ou entière confiance aux données officielles contrairement aux informations provenant des médias. Les informations recherchées concernaient majoritairement le mode de transmission.

Paramètres sociodémographiques influençant la perception du risque

L'infection à MERS-CoV était perçue comme plus grave par les professionnels ayant des enfants en bas âge ($p=0,04$).

La perception de la gravité des différentes pathologies différait en fonction de la catégorie professionnelle. Ainsi, le VIH était classé plus grave par les techniciens de laboratoire que par les personnels médicaux et paramédicaux. A l'inverse, les infections à *Klebsiella pneumoniae* productrice de Carbapénémase et à MERS-CoV étaient perçues comme très graves par le personnel médical mais sous-évaluées par les techniciens de laboratoire. Enfin, les personnels du service de maladies infectieuses avaient une perception de la gravité face à la grippe beaucoup plus élevée que ceux travaillant en réanimation ou au laboratoire.

La perception du risque de contracter une grippe aviaire (H5N1) dans le cadre professionnel plutôt qu'une infection à VIH était plus élevée pour le personnel paramédical à l'inverse des techniciens de laboratoire. Par contre, ces 2 catégories professionnelles se sentaient plus exposées au risque de contracter MERS-CoV que les personnels médicaux.

DISCUSSION

La gravité perçue et le risque de contracter le MERS-CoV ont été finalement cotés de façon assez moyenne dans cette population de professionnels impactés par cette pathologie. En 2006, le SRAS était classé parmi les pathologies les plus graves avec le

VIH et l'attaque cardiaque^[6]. L'accès à de nombreuses sources d'information entraîne-t-elle une banalisation des émergents ?

Par contre des disparités significatives sont observées si l'on compare la perception de la gravité à certains critères sociodémographiques. On observe, en effet, des attitudes assez contrastées ; l'expérience concrète de terrain de prise en charge des patients infectés à micro-organismes plus habituels (grippe épidémique) semble augmenter la perception de la gravité de ces pathologies plus banales. A contrario, les professionnels des secteurs cliniques évaluent la gravité des émergents à un niveau moindre que ceux des laboratoires, l'expérience clinique les rassurant probablement quant aux mesures de prévention.

Le manque d'information impacte la perception de la gravité d'une pathologie, majoré de surcroît par la médiatisation qui était jugée comme une source d'information peu crédible. En effet, le MERS-CoV a été perçu en moyenne comme moins grave par les professionnels qui ont déclaré avoir eu confiance au minimum à au moins une source d'information ; on pourrait parler ici d'une « culture de la bibliographie » avec un rôle pertinent et fiable des sources d'informations scientifiquement solides (informations données dans l'établissement par les responsables des secteurs). Ceci nous donne une perspective en faveur d'une plus large transparence dans l'information aux professionnels avec un rôle majeur des acteurs locaux.

L'idée de confiance accordée aux informations portées institutionnellement sera un axe important pour l'accompagnement des équipes dans la gestion de nouvelles pathologies émergentes.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS : Alerte et action au niveau mondial (GAR) infection à coronavirus Bulletin 25/09/2012 http://www.who.int/csr/don/archive/disease/coronavirus_infections/fr [visité le 30/03/2014]
2. OMS : Alerte et action au niveau mondial (GAR) infection à coronavirus Bulletin 26/03/2014 http://www.who.int/csr/don/archive/disease/coronavirus_infections/fr [visité le 30/03/2014]
3. OMS : Alerte et action au niveau mondial (GAR) infection à coronavirus Bulletin 08/05/2013 http://www.who.int/csr/don/archive/disease/coronavirus_infections/fr [visité le 30/03/2014]
4. Guery B, Poissy J, el Mansouf L, et al. : Clinical features and viral diagnosis of two cases of infection with Middle East Respiratory Syndrome coronavirus: a report of nosocomial transmission. *Lancet*. 2013 Jun 29;381(9885):2265-72
5. Haut Conseil de la Santé Publique : Avis relatif à la prise en charge des patients suspects d'infections dues au nouveau coronavirus (HCoV-EMC) du 19 mars 2013, réactualisé les 19 et 24 mai 2013
6. I. Veldhuijzen, O. de Zwart, H. Voeten et al. SARS Control Work package 5 Risk Perceptions Survey Report <http://survey.erasmusmc.nl/SARSControlproject/picture/upload/SARSControl%20WP5%20Risk%20Perceptions%20Survey%20Report.pdf> [visité le 30/03/2014]

CONFÉRENCE INVITÉE

Stratégies comportementales et hygiène des mains

Hugo SAX, *Zürich - Suisse*

Effective infection prevention in healthcare organizations depends mainly on the execution of healthcare tasks in a way that avoids transmission of microorganisms invisible to the human eye. Moreover, adverse infectious outcomes due to failures to prevent transmission are almost always so removed in time and sufficiently multi-causal that they cannot serve as immediate feedback to the individual who committed a procedural error during care/work. Thus the low signal-to-noise ratio of infectious events in healthcare poses a very difficult environment to achieve zero-error behaviors amongst non-specialists in microbiology. In this context of absent external cues and high complexity, infection control increasingly relies on behavior modification techniques to inculcate low-risk behaviors that substitute for missing performance-feedback loops. In this effort, management approaches swing between polarities such as standardized policy enforcement versus large-scale expertise development (education), persuasive marketing approaches versus calls to altruism, individual accountability (or blame) versus system/usability design, co-creation/positive deviance versus centralized leadership. The speaker will discuss cover the different approaches and their probability for success in his talk.

Résumés des communications parallèles

S P O 1

FACTEURS DE RISQUE LIÉS À L'HÔTE : LE RISQUE INFECTIEUX INTRINSÈQUE

CP01 : INVESTIGATION D'ÉPIDÉMIES DE PCP (PATIENTS VIH/PATIENTS GREFFÉS)

PHILIPPE VANHEMS¹, MEJA RABODONIRINA²

*Service d'Hygiène Hospitalière, Epidémiologie et Prévention,
Pôle Santé, Recherche, Risques et Vigilances, Hospices Civils de Lyon
Institut de Parasitologie et Mycologie Médicale, Hôpital de La Croix Rousse,
Hospices Civils de Lyon*

La pneumonie à *Pneumocystis jirovecii* (anciennement *P. carinii* ou PCP ou pneumocystose) est une complication infectieuse associée à une morbidité et une mortalité importantes chez les patients immunodéprimés. Des cas de PCP associés aux soins ont été rapportés chez des malades infectés par le VIH, des transplantés rénaux ou d'autres organes solides (foie, cœur, poumons, pancréas) ainsi que de personnes souffrant d'hémopathies, de cancers solides ou de maladies inflammatoires. La survenue de PCP a été observée dans les mois qui ont suivis la transplantation mais dans certains cas beaucoup plus tard, une année par exemple. Des épisodes épidémiques ont été liés à une transmission interhumaine pour laquelle des investigations précises de contacts potentiels complétées par des données de biologie moléculaire ont permis de confirmer la chaîne épidémique. La proximité des patients (services d'hospitalisations communs, salle d'attente commune, examens complémentaires similaires) ont été identifiés comme facteurs de risque de transmission croisée. Une similarité des

souches a confirmé cette transmission interhumaine et plaide pour une acquisition de PCP de novo. Cette source d'infection confirme que la notion de réactivation d'un portage n'est pas toujours vérifiée.

Les outils de prévention incluent le contrôle du risque d'exposition environnementale, le port de masques ainsi que l'utilisation d'une prophylaxie médicamenteuse. L'organisation des soins doit veiller à éviter une proximité à risque entre patients. La prévention de type « goutelettes » est actuellement la mesure préconisée en France. La prophylaxie de première intention consiste en l'utilisation de Triméthoprim-sulfaméthoxazole (Bactrim*) et doit être proposée systématiquement aux patients à risque en l'absence de contre-indication. Une durée insuffisante de prophylaxie est une des causes de certains échecs.

Une synthèse de la littérature concernant les principales épidémies nosocomiales sera exposée ainsi que les mesures de prévention actuellement recommandées.

CPO3 : EPIDÉMIE DE TUBERCULOSE DANS UN SERVICE DE TRANSPLANTATION RÉNALE

SANDRA FOURNIER, XAVIER BLANC, ANTOINE DURRBACH, NICOLAS FORTINEAU, AP-HP

Une tuberculose pulmonaire bacillifère est découverte chez un patient hospitalisé en chambre double dans un service de néphrologie. Ce patient, d'origine sénégalaise (dernier séjour au Sénégal 2 ans auparavant), est transplanté rénal depuis 4 mois. Il a consulté 24 fois dans le service depuis la transplantation. Il est décrit comme présentant une altération de l'état général importante, dans l'incapacité de sortir de sa chambre. Le diagnostic est posé sur un tubage gastrique dont l'examen microscopique révèle plus de 200 BAAR/champ. Le patient est placé en chambre seule en précautions air à J5 de son hospitalisation. La culture est positive à *Mycobacterium tuberculosis* multi sensible. Les décisions suivantes sont prises lors d'une réunion associant le référent tuberculose, l'équipe d'hygiène, les cliniciens concernés, le médecin du travail, le médecin de la cellule de lutte anti tuberculeuse :

- traitement prophylactique du voisin de chambre par isoniazide pendant 6 mois.
- recensement des patients contact du cas index, vus en consultation depuis 4 mois : les patients greffés depuis moins de 6 mois seront dépistés (examen clinique, radiographie de thorax) et traités par isoniazide pendant 6 mois. Les patients greffés depuis 6 à 12 mois seront dépistés et traités si le temps de contact cumulé est estimé à plus de 4 heures. Les patients greffés depuis plus de 12 mois et les autres patients seront dépistés et traités si le temps de contact cumulé est estimé à plus de 8 heures.
- recensement des personnels contact du cas index en hospitalisation et en consultation. Les personnels ayant

un temps de contact cumulé estimé à plus de 8 heures seront dépistés en médecine du travail (examen clinique, radiographie de thorax, IDR).

Dans les 12 mois suivants, 7 autres cas de tuberculose pulmonaire seront identifiés (6 patients transplantés de rein pris en charge en hospitalisation en même temps que le cas index, un soignant du service d'hospitalisation).

Cette épidémie permet de souligner les points suivants :

- la prise en charge d'un patient atteint de tuberculose bacillifère au sein d'un service accueillant des patients immunodéprimés est à très haut risque,
- une durée de contact même brève peut suffire pour transmettre une tuberculose à un patient immunodéprimé,
- le bilan pré transplantation devrait rechercher activement une tuberculose latente, de façon à la traiter avant la transplantation,
- tout patient suspect de tuberculose doit être placé en précautions complémentaires air dès la suspicion du diagnostic,
- l'enquête autour d'un cas doit être faite en interrogeant directement le cas index,
- le suivi des patients et des personnels doit être poursuivi plusieurs mois,
- une collaboration entre le référent tuberculose, l'équipe d'hygiène, et le médecin du travail est essentielle.

SP2 - Communications libres 1

DISPOSITIFS ET PROCÉDURES INVASIFS

CL-01

PRATIQUES D'UTILISATION DES CATHÉTERS SOUS-CUTANÉS EN ÉTABLISSEMENT HÉBERGEANT DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES ET EN UNITÉ DE SOINS DE LONGUE DURÉE

BONNET C.⁽¹⁾, **GIARD M.**⁽²⁾, **LAPRUGNE-GARCIA E.**⁽³⁾, **CAILLAT-VALLET E.**⁽³⁾, **SAVEY A.**⁽²⁾

⁽¹⁾ Hospices Civils de Lyon, Cclin Sud-Est Hôpital Henry Gabrielle, LYON, FRANCE ; ⁽²⁾ Cclin Sud-Est, Hospices Civils de Lyon, Université de Lyon, SAINT-GENIS-LAVAL, FRANCE ; ⁽³⁾ Cclin Sud-Est, Hospices Civils de Lyon, SAINT-GENIS-LAVAL, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Plusieurs cas groupés d'infections liées à des cathéters sous-cutanés (SC) ont été signalés en 2013. De plus, l'enquête nationale de prévalence 2012 rapporte une prévalence de 15% d'exposition à ce dispositif en unité de soins de longue durée (SLD). Une enquête a donc été menée pour évaluer les pratiques d'utilisation des cathéters sous-cutanés en SLD et en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD).

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Un auto-questionnaire en ligne a été proposé à chaque unité de SLD et d'EHPAD de l'inter-région entre le 23 septembre et le 18 octobre 2013. Les critères évalués étaient le respect des indications et contre-indications, la pose, le changement, la surveillance clinique et la traçabilité de l'utilisation des cathéters SC. Les réponses proposées étaient oui/non ou jamais/parfois/souvent/toujours. L'analyse descriptive a été effectuée pour l'inter-région et par région globalement puis en distinguant les unités de SLD des EHPAD.

RÉSULTATS

Un total de 494 unités des 2434 établissements sollicités a participé : 405 en EHPAD et 89 en SLD. La voie SC faisait l'objet d'une prescription médicale systématique dans 89% des cas. Les indications étaient toujours respectées par 37% des unités et les contre-indications par 47%. Le type de cathéter utilisé était toujours adapté dans 75% des unités : un cathéter court avec canule en plastique sécurisé était le plus souvent utilisé. Le site d'insertion était toujours

adapté dans 62% des unités : la zone antéro-externe des cuisses était la plus utilisée. Lors de la pose, l'ensemble des pratiques d'asepsie (antiseptie en quatre temps, antiseptique alcoolique, port de gants à usage unique, fixation par un pansement transparent) était toujours respecté dans 13% des unités. La manipulation du robinet se faisait toujours dans le respect des bonnes pratiques dans 48% des unités. L'évaluation de l'indication du maintien, la durée d'utilisation de 96 heures maximum, la rotation des sites d'insertion et le retrait en cas de signes spécifiques étaient toujours respectés dans respectivement 86%, 88%, 80% et 66% des unités. La surveillance était quotidienne dans 98% des services. La traçabilité de la surveillance, de la pose et de la rotation des sites d'insertion était toujours effectuée dans 25% des cas.

CONCLUSION

Les indications, la pose et le changement des cathéters SC peuvent être améliorés. La connaissance de ces dysfonctionnements permettra de proposer des actions de prévention à ces unités et de promouvoir les outils de formation en ligne et de gestion des risques (analyses de scénario) mis à disposition des professionnels de santé.

CL-02

INFECTIONS DU SITE OPÉRATOIRE EN CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE RÉGLÉE : VERS UN NOUVEAU SCORE D'ÉVALUATION DU RISQUE INFECTIEUX INTRINSÈQUE ?

DEBREUVE-THERESSETTE A., **DIALLO S.**, **OHL X.**, **DEHOUX E.**, **BAJOLET O.**

CHU DE REIMS, REIMS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les infections du site opératoire (ISO) sont une complication redoutée de la chirurgie arthroplastique et représentent une préoccupation de santé publique. Si leurs facteurs de risque (FDR) sont aujourd'hui bien identifiés, il n'existe pas de score spécifique permettant l'évaluation préopératoire du risque infectieux intrinsèque. L'objectif de ce travail était d'élaborer un score d'évaluation du risque intrinsèque d'infection du

site opératoire après pose programmée de prothèse totale de hanche (PTH) et de genou (PTG), en première intention ou en reprise.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Tous les cas d'infections survenues après la pose programmée de PTH et PTG réalisée dans un service d'orthopédie entre janvier 2007 et décembre 2012 ont été inclus. Deux témoins leur ont été appariés sur le type d'intervention (hanche ou genou, première intention ou reprise) et la période. Les FDR ont été identifiés par une régression logistique conditionnelle et les scores calculés en additionnant les Odds-ratio (OR) ajustés (arrondis à l'unité près) de ces FDR.

RÉSULTATS

Vingt-quatre ISO sur PTH et 21 sur PTG ont été étudiées (incidences respectives sur la période d'étude : 1,56 et 1,91%). Les facteurs de risque intrinsèques retrouvés étaient : le tabagisme (OR=3,1), un IMC supérieur à 35 (1,8), la présence d'un rhumatisme inflammatoire (7,3) et le nombre d'antécédents chirurgicaux (prothétiques ou non) sur l'articulation concernée (2,8). Le score moyen était de $3,37 \pm 3,33$ sur l'ensemble des sujets analysés (médiane=3 ; extrêmes=0-17). Les scores moyens étaient significativement différents chez les cas et les témoins : $5,84 \pm 4,04$ vs $2,13 \pm 2,01$ ($p < 0,0001$, test de Student stratifié). Les proportions de sujets ayant un score strictement supérieur à la médiane étaient également différentes : 69,1% chez les cas vs 31,0% chez les témoins ($p < 0,0001$, test du Chi² de Mantel-Haenszel). On note par ailleurs qu'un score ASA (American Society of Anesthesiologists) considéré comme à risque (supérieur ou égal à 3) n'était pas retrouvé comme FDR significatif dans cette étude ($p=0,15$).

CONCLUSION

Le score de risque infectieux testé dans cette étude s'est révélé pertinent et discriminant dans la population étudiée, mais il nécessite une validation rigoureuse dans une cohorte prospective multicentrique plus vaste, ainsi qu'une étude qualitative afin de déterminer sa sensibilité et sa spécificité. Ce score permettrait de mieux cibler la prise en charge préopératoire des facteurs de risques spécifiques.

CL-03

FACTEURS DE RISQUE D'INFECTION PROFONDE DU SITE OPÉRATOIRE DANS LE SERVICE D'ORTHOPÉDIE D'UN CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE : ÉTUDE CAS-TÉMOINS

GHENASSIA A., GERBIER-COLOMBAN S., PAJOT-MATHIAS F., ISABELLE B., SÉBASTIEN L., NEYRET P., METZGER M.H.

Hôpital de la Croix-Rousse - HCL, LYON, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Suite à l'augmentation des cas d'infections du site opératoire (ISO) profondes survenues dans le service d'orthopédie d'un centre hospitalier universitaire, une étude cas-témoins a été menée. L'objectif était d'identifier des facteurs de risque d'ISO et d'émettre des recommandations pour améliorer les pratiques.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'étude cas-témoins rétrospective à visée analytique a été menée dans le service d'orthopédie d'un CHU sur 3 années (2010-2012). Tous les cas d'ISO profonde de la période ont été inclus, sauf 3 par manque de témoin. Les témoins ont été sélectionnés dans le même service et appariés (3 témoins/cas) selon : année d'intervention, type d'intervention, âge +/- 5 ans, sexe. Les facteurs étudiés étaient soit liés au patient (ASA, indice de masse corporelle IMC, diabète, facteurs de risques cardiovasculaires), soit liés à l'intervention (préparation préopératoire de l'opéré, antibioprofylaxie, classe de contamination, durée de l'acte). L'analyse a consisté en : description des patients inclus, analyses univariées et multivariées par un modèle de régression logistique conditionnelle.

RÉSULTATS

Au total, 27 cas et 80 témoins ont été inclus (1 cas avec 2 témoins), 72 patients étaient des hommes. Les interventions touchaient essentiellement le membre inférieur, mais aussi le membre supérieur. En analyse multivariée, l'antibioprofylaxie lorsqu'elle était réalisée en non conformité avec les recommandations en terme de dose et de délai d'administration était fortement associée avec le risque d'ISO (OR=3,36 (IC à 95% 1,12-10,13, $p=0,03$)). Les autres comorbidités, la classe de contamination, le score ASA, la durée d'intervention n'étaient pas significativement associés à la survenue d'ISO profonde. La préparation cutanée préopératoire avait été réalisée et conforme chez tous les patients.

CONCLUSION

L'étude a montré que, pour notre population d'étude, une pratique d'antibioprofylaxie non conforme avec les recommandations était associée à un risque augmenté d'ISO profonde. L'étude a permis de constater que les doses d'antibiotiques n'étaient pas systématiquement doublées pour les patients avec un IMC > 35 kg/m², et que l'on pouvait améliorer le délai entre l'injection et l'incision. Ces éléments ont fait l'objet de recommandations et pourront être évalués.

CL-04

UTILISATION DE LINGETTES PRÉ-IMPRÉGNÉES DE CHLOREXIDINE À 2% POUR LA TOILETTE DE PATIENTS DE RÉANIMATION : IMPACT SUR LE TAUX D'INCIDENCE DES BACTÉRIÉMIES, LE CONFORT DES PATIENTS ET LE TEMPS DE TRAVAIL PARAMÉDICAL

GRECH G., CASSIR N., HRAIECH S., PAPAZIAN L., JOUSSET I., GENOUD F., VALERA S.

Ap-hm, MARSEILLE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le taux d'infections nosocomiales chez les patients de réanimation est de l'ordre de 15% en France. La toilette des patients de réanimation constitue un soin critique avec un risque de dissémination de microorganismes sur différentes surfaces cutanées dont certaines à proximité de matériel invasif. Par ailleurs, l'utilisation d'eau et de savon peut favoriser le développement microbien voire même être une source de transmission pour certains microorganismes. L'utilisation de lingettes nettoyantes imprégnées de chlorexidine à 2% serait une alternative à la toilette classique à l'eau et au savon. L'objectif de ce travail est d'évaluer l'impact de cette méthode de toilette alternative sur le taux d'incidence des bactériémies, le confort du patient et la charge de travail paramédical.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude monocentrique réalisée dans une réanimation médicale adulte entre mars 2012 et avril 2013. Durant 2 périodes d'évaluation successives, les patients admis depuis plus de 7 jours ont été inclus dans le groupe « toilette à l'eau » (toilette réalisée avec de l'eau et du savon doux) ou dans le groupe « lingettes » (patients lavés avec des lingettes imprégnées à la chlorexidine 2% et du shampoing avec charlotte pré imprégnée de chlorexidine). Une comparaison des taux d'incidence des bactériémies entre les 2 groupes a été faite. L'évaluation du confort du patient a été effectuée à partir d'une échelle visuelle analogique (0 très désagréable à 10 très confortable) et de questionnaires adressés aux patients aptes à répondre. L'impact sur la charge de travail paramédical a été mesuré en temps de travail.

RÉSULTATS

175 patients ont été inclus dans le groupe eau et 150 dans le groupe lingettes. Le taux d'incidence des bactériémies a été de 12 % dans le groupe lingettes contre 25 % dans le groupe eau ($p=0,003$) avec une réduction significative du nombre de bactériémies à staphylocoques à coagulase négative et entérobactéries dans le groupe lingettes. La sensation d'inconfort ressentie par les patients a été réduite dans le groupe lingettes pour une hygiène ressentie supérieure. Une réduction de 30% de la durée de la toilette a été observée.

CONCLUSION

L'utilisation de lingettes pré-imprégnées de chlorexidine à 2% en réanimation permet une réduction significative du taux d'incidence des bactériémies tout en étant associée à une amélioration du confort ressenti par les patients ainsi qu'une diminution de la charge de travail paramédical.

CL-05

INTÉRÊT D'UNE DÉMARCHE A POSTERIORI D'ANALYSE DE SCENARIO SUITE À UN SIGNALEMENT INTERNE D'INFECTION SUR CATHÉTER PÉRIPHÉRIQUE AU SERVICE DES URGENCES

LACOUR M.P., COUTANT S., COIC C., LOIZEAU H., KAC G.

CHD Vendée, LA ROCHE-SUR-YON, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Parmi les outils d'évaluation des pratiques professionnelles portant sur la gestion du risque infectieux, l'analyse de scenario fait partie des méthodes de choix d'analyse des risques généralement utilisée dans une démarche a priori. Suite à un signalement interne d'infection liée aux soins inhabituelle, l'EOH a proposé d'analyser a posteriori cette infection par une analyse de scenario afin d'éviter la survenue d'un épisode similaire dans ce service.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Suite à un signalement interne d'une phlébite du bras à J1 de la pose d'un cathéter veineux périphérique (KTVP) dans le service des Urgences (SAU) en 01/13, un audit réalisé en 04/13 sur les pratiques de pose des KTVP a montré des résultats peu satisfaisants. Ce constat a motivé l'organisation d'une analyse de scenario a posteriori portant sur un fait similaire survenu dans un autre établissement de santé français. La réunion d'une durée d'1h15 regroupant personnels du SAMU, du SMUR et cadre de santé a été animée par un PH de l'EOH en 11/13. Après lecture du cas choisi survenu dans un autre établissement, les défauts de soin potentiels, les défenses existantes et les vulnérabilités ont été identifiés.

RÉSULTATS

Cette analyse de scenario a permis dans une démarche participative d'évaluer indirectement l'état des connaissances du personnel et leur appropriation du protocole. Sur les 11 personnels présents, 72% ont jugé probable la survenue d'un tel événement dans leur service. Les vulnérabilités répertoriées étaient notamment la banalisation de l'acte au vu de sa fréquence, le temps raccourci relatif à l'activité, l'hygiène générale et les flux des patients. Cette analyse a favorisé une prise de conscience par les soignants du risque d'amalgame entre le risque infectieux et le risque AES et de

l'importance d'une véritable appropriation du protocole de pose de KTVP. A l'issue de cette séance, un groupe de travail a été constitué pour proposer des axes d'amélioration portant notamment sur l'accès et la simplification du protocole en 7 points incontournables avec un visuel accrocheur. Ce travail sera prolongé par un nouvel audit de pratiques.

CONCLUSION

Alors qu'il est classique d'utiliser l'analyse de scénario dans un contexte a priori, notre démarche originale a permis, en priorisant les actions, de faire revivre un protocole portant sur un acte trop banalisé au SAU. Dans le cadre de la prévention du risque infectieux et dans le contexte du développement professionnel continu, il s'inscrit comme un outil pédagogique de choix des professionnels de santé.

CL-06

ETUDE DU RISQUE INFECTIEUX LIÉ À LA GÉNÉRATION DE BIOAÉROSOLS EN CHIRURGIE DENTAIRE

BANNOUR NAIJA W., ZAGHBANI A., BEN AMARA H., NJAH M., BOU AFIA N., HELELI R.

CHU Farhat Hached Sousse, SOUSSE, TUNISIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les instruments dynamiques rotatifs, l'eau des fauteuils dentaires et la flore de la cavité buccale sont considérés comme les principales sources des bioaérosols au cours des chirurgies dentaires. Les objectifs de l'étude sont d'étudier et analyser la cinétique de biocontamination liée à la génération de bioaérosols dans une salle de traitements dentaires, et identifier les recommandations à mettre en place pour réduire ce risque.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

il s'agit d'une étude descriptive de deux mois réalisée dans une salle de chirurgie dentaire (salle de 18.5 m², utilisée aussi pour la préparation et le traitement du matériel, et non équipée d'un système de traitement de l'air). Des prélèvements de l'air ont été effectués avant, pendant et après les actes. Des échantillons de surface et de l'eau du fauteuil dentaire ont été également collectés de façon synchrone avec les autres prélèvements. Ces prélèvements de l'environnement sont associés aux prélèvements par écouvillonnage des bouches des patients avant d'entamer l'acte associé à un questionnaire sur l'état de préparation de la bouche avant l'acte de chirurgie.

RÉSULTATS

L'étude a porté sur 657 échantillons. Au cours des traitements dentaires, la concentration des aérosols bactériens de l'air a été 2,5 fois plus élevée par comparaison à celle avant le début des soins. Cette concentration a diminué de 96% deux heures

après les traitements. La contamination bactérienne de l'air la plus élevée (86 UFC/boîte) a été observée au niveau du site le plus proche des patients (0.5m). *Staphylococcus aureus* a été l'espèce bactérienne la plus isolée au niveau de l'air et l'eau du fauteuil dentaire (34% et 72%). *Streptococcus mutans* rentre dans la composition bactérienne de l'air à 21%. Le *Pseudomonas aeruginosa* ont été aussi retrouvés non seulement dans l'eau des unités dentaires (dans 10%), mais également dans les échantillons de l'air pour le *Pseudomonas aeruginosa* (5%).

CONCLUSION

Cette étude montre que la concentration bactérienne de l'air et des surfaces augmente considérablement au cours de l'utilisation de la salle de traitements dentaires. Des mesures préventives doivent être instaurées afin de réduire cette biocontamination et de protéger les personnes pouvant être exposées au risque d'infection, notamment par l'instauration de procédures de ventilation de la salle opératoire, de bionettoyage des surfaces, de procédure de préparation de l'opéré et de la purge de l'eau de l'unité dentaire. Une deuxième mesure du risque est prévue cette année après le programme d'intervention élaboré entre le service d'hygiène et le service de médecine dentaire.

SP3 - Communications libres 2

ÉVALUATION ET MÉTHODES D'ANALYSE

CL-07

PRÉVALENCE DE LA CONSOMMATION ET LA RÉÉVALUATION DES ANTIBIOTIQUES DANS UN HÔPITAL PÉDIATRIQUE EN 2012

HEROUAL N., BENANTEUR F., DARKAOUI H., BELKOURISAT M., BENCHELEF A., BELAOUN F., TADJEDDINE A.
EHS CANASTEL, ORAN, ALGÉRIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La consommation élevée des antibiotiques au cours de ces dernières années aussi bien en ville qu'à l'hôpital a entraîné une augmentation importante du nombre et des types de micro-organismes résistants avec un impact direct sur la morbidité, la mortalité des patients, ainsi que la durée d'hospitalisation.

Dans ce sens, nous avons intégré à la surveillance des infections nosocomiales et la consommation des antibiotiques(ATBs) la réévaluation des antibiotiques. L'objectif de ce travail est de décrire la consommation et la réévaluation des ATBs au niveau de notre hôpital pédiatrique en décembre 2012.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude transversale descriptive réalisée en cinq jours incluant l'ensemble des services assurant une hospitalisation complète. Pour la partie consommation des ATBs, l'ensemble des malades sous ATBs ont été inclus dans l'étude. Quant à la réévaluation des ATB, uniquement les malades sous ATBs de plus de 48 heures ont été évalués. Le dossier du patient, les fiches de traitement et de surveillance ont été nos principales sources d'information ainsi que le médecin traitant en cas de nécessité.

RÉSULTATS

Les taux de prévalence de la consommation et la réévaluation des ATBs étaient respectivement de 55% (71 /129) et 64% (28/44) et variaient selon les disciplines. Les ATBs étaient prescrits à titre curatif dans 79% des cas dont 66% pour infection communautaire. Les céphalosporines de 3^{ème} génération occupaient le premier rang et les ATBs étaient prescrits en monothérapie dans 72% des cas et administrés par voie veineuse dans 65% des cas. Par rapport à la réévaluation, les ATBs étaient réévalués dans 61% des cas dans un délai de moins de 72 heures. Uniquement 25% de la réévaluation était rapportée dans le dossier médical.

CONCLUSION

Il ressort de cette enquête que la prévalence de la consommation des ATBs est élevée, ceci étant dû probablement au profil des pathologies prises en charge durant la saison hivernale. Quant à la réévaluation, si globalement un bon taux a été retrouvé mais qui reste cependant très faible dans certains services consommateurs ATBs. Des séances de rétro information regroupant l'ensemble des services ont été organisées pour sensibiliser le personnel soignant.

CL-08

EVALUATION COMPARÉE DE L'ACTIVITÉ D'UN DÉTERGENT-DÉSINFECTANT ET DE L'HYPOCHLORITE DE SODIUM VIS-À-VIS DES SPORES DE CLOSTRIDIUM DIFFICILE.

SUZON L., BARBUT F.

AP-HP, GH HUEP, site Saint-Antoine, PARIS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La contamination environnementale joue un rôle majeur dans la transmission croisée de C. difficile. Les recommandations actuelles préconisent l'utilisation d'eau de Javel 0,5% (EJ). Ce désinfectant est reconnu pour ses propriétés sporicides mais comporte un certain nombre d'inconvénients : i) son passage doit être précédé d'un nettoyage ii) son odeur peut être irritante pour les patients et le personnel et iii) l'hypochlorite peut être corrosif pour certains matériaux

OBJECTIF

Evaluer l'activité sporicide d'un détergent-désinfectant (DD) selon le protocole en trois étapes décrit par Siani et al. (AJIC 2011, 37, 212-219).

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le protocole d'étude mesure: 1) la capacité d'une lingette imbibée de produit à éradiquer les spores de C. difficile (~107 UFC/ml) d'une surface expérimentalement contaminée dans des conditions standardisées d'application 2) la capacité des lingettes précédentes à transférer des spores sur une surface propre 3) l'activité sporicide d'une lingette imprégnée sur laquelle a été directement inoculée une suspension de spores.

Trois souches ont été utilisées (PCR ribotypes 027, 078 et 014) sur trois types de porte-germes (acier, laminé, PVC). Toutes les manipulations ont été réalisées en triplicate. L'activité sporicide a été mesurée par la diminution (exprimée en log₁₀) de la contamination initiale et comparée par le test t apparié (Prism4, GraphPad). Le seuil de significativité a été fixé à 0,05.

RÉSULTATS

La réduction de la contamination initiale obtenue avec les lingettes imprégnées d'EJ ou de DD était respectivement de 4,53 + 0,7 log₁₀ et 4,8 + 0,57 log₁₀ (p=0,013). L'activité sporicide du DD était significativement meilleure que celle de l'EJ sur le laminé (quelle que soit la souche) ou vis-à-vis de la souche 078 (quel que soit le porte-germe). En présence de substances interférentes (sérum albumine bovine 0.03%), l'activité sporicide diminue légèrement pour les deux produits (EJ : 4,05 + 0,52 log₁₀ et DD: 4,20 + 0,52 log₁₀, p= 0,31). Le nombre de spores transférées par les lingettes était significativement plus élevé avec le DD comparé à l'EJ (p=0.039). L'activité sporicide mesurée par inoculation directe de spores sur les lingettes était de 4,53 + 0,74 log₁₀ pour l'EJ et 4,69 + 0,62 log₁₀ pour le DD (p=0.13).

CONCLUSION

Dans des conditions expérimentales simulant les conditions réelles d'utilisation, l'activité sporicide du DD est comparable à celle de l'EJ et pourrait représenter une option plus simple pour la désinfection quotidienne environnementale.

CL-09

QUEL PLAN D'ÉCHANTILLONNAGE POUR LES CONTRÔLES DE L'EAU UTILISÉE POUR LES SOINS STANDARDS ?

GRANDO J.⁽¹⁾, **BERGUE E.**⁽¹⁾, **BRUCHON C.**⁽¹⁾, **DEPAIX-CHAMPAGNAC F.**⁽¹⁾, **VALDEYRON M.L.**⁽¹⁾, **CASSIER P.**⁽¹⁾, **PERRAUD M.**⁽²⁾

⁽¹⁾ Groupement Hospitalier EST, BRON, FRANCE ;

⁽²⁾ Groupement Hospitalier HEH, LYON, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'objectif de ce travail est de valider une méthodologie d'élaboration d'un plan d'échantillonnage de contrôle de l'eau pour soins standards. Cette eau, la plus utilisée dans les unités de soins, ne doit pas contenir de micro-organismes potentiellement pathogènes qui risqueraient de coloniser les patients. Il n'existe pas de recommandations précises sur les contrôles à effectuer et celle du guide technique de l'eau dans les établissements de soins (2005) sont peu informatives.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Comparaison de 2 méthodes:

- Méthode A : depuis 1999 notre groupement hospitalier

contrôle trimestriellement l'eau des salles de soins de chaque unité de soins.

- Méthode B : à partir de 2011, il est décidé de diminuer le nombre de prélèvements en essayant d'augmenter le taux de positivité des services. Une requête hebdomadaire est réalisée sur le logiciel de bactériologie pour rechercher les prélèvements positifs à *Pseudomonas aeruginosa* (P.a). Les dossiers des patients ayant des sites inhabituellement colonisés ou infectés par P.a. (hémocultures, dispositifs intra vasculaires et sites opératoires après chirurgie propre) sont étudiés. En cas de suspicion d'acquisition de la bactérie dans l'établissement, des contrôles d'eau sont effectués aux points de puisage utilisés par le patient.

RÉSULTATS

- Méthode A : Plus de 500 contrôles annuels permettent de surveiller une centaine de points de puisage. Le bilan de 10 ans révèle la présence de *Pseudomonas aeruginosa* (P.a.) dans 2 à 5% des services. Il n'y a jamais de corrélation entre les services où des infections à P. a. sont diagnostiquées et ceux dont les contrôles sont positifs.

- Méthode B : les bilans annuels sont les suivants 2011 : 53 dossiers sélectionnés, 18 services contrôlés et 12 sont positifs (67%). 2012 : 72 dossiers sélectionnés, 20 services contrôlés et 6 positifs (30%) Les prélèvements sont positifs dans les douches communes utilisées par les patients, l'ensemble des douches communes est contrôlée en 2011-2012 ; 90% des contrôles sont positifs. Progressivement la filtration de l'eau des douches collectives est mise en place. 2013 : 64 dossiers sélectionnés, 9 services contrôlés et 3 positifs (30%)

CONCLUSION

La mise en place d'un plan d'échantillonnage en fonction des colonisations/infections des patients après discussion du dossier a permis : de détecter la colonisation des douches communes et de mettre en place des mesures correctives, de diminuer le nombre de services contrôlés, de rendre motivants les prélèvements d'eau perçus comme un élément d'une enquête pour infection.

CL-10

ÉPIDÉMIE DE GRIPPE DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ : ANALYSE DES CAUSES SELON LA MÉTHODE ORION® ET CAMPAGNE DE PRÉVENTION ET SENSIBILISATION.

CHUBILLEAU C.⁽¹⁾, MARTEAU S.⁽²⁾, VINCENT C.⁽²⁾, MUREAU B.⁽²⁾, NOLIN S.⁽¹⁾, DECOURT J.⁽¹⁾, YILDIZ-DELLAC A.⁽²⁾, BOST G.⁽³⁾

⁽¹⁾ Centre hospitalier, NIORT, FRANCE ; ⁽²⁾ Hôpital, SAINT-MAIXENT-L'ÉCOLE, FRANCE ; ⁽³⁾ Hôpital, SAINT-MAIXENT-L'ÉCOLE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En février 2013, une épidémie de grippe a fortement touché les patients et les personnels d'un établissement de santé. Une analyse des causes selon la méthode ORION a été réalisée lors d'un retour d'expérience, pour déterminer les causes immédiates et profondes de l'extension de l'épidémie et définir un plan de prévention et de sensibilisation des personnels aux différentes mesures barrières disponibles, afin d'éviter la survenue d'une nouvelle épidémie.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le recensement des cas parmi les patients et les personnels survenus entre le 1er janvier et le 31 mars 2013 est réalisé par l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH). La confirmation virologique définit les cas certains. Le statut vaccinal antigrippal des personnels est recherché.

La chronologie des événements de l'analyse ORION est reconstituée à partir de la description épidémiologique de la situation, des comptes rendus des réunions de gestion de l'épidémie et d'entretiens avec les principaux professionnels concernés.

RÉSULTATS

Entre le 14 janvier et le 17 février, 47 cas de grippe parmi les 249 patients/résidents et 54 cas parmi les 286 personnels sont recensés (4 cas certains et taux d'attaque de 19%). Aucun décès lié à la grippe n'a été constaté. Le taux de couverture vaccinale du personnel était de 17%. L'épidémie a été signalée le 31 janvier quand 70% des cas étaient survenus. Les précautions complémentaires gouttelettes avaient été mises en place immédiatement ; les mesures barrière collectives n'ont été instaurées que le jour du signalement.

L'analyse ORION a notamment montré un retard à la détection et au signalement des cas de grippe et une couverture vaccinale insuffisante. Le plan d'actions prévoit donc une campagne de prévention de la grippe en 2013-2014 : en octobre 2013, sensibilisation à la vaccination antigrippale (tables rondes animées par le médecin du travail et l'EOH) ; en janvier 2014, début de la surveillance des cas d'infections respiratoires aiguës et incitation au signalement immédiat à l'EOH, rappel aux équipes des mesures de prévention de la transmission de la grippe (jeu Grippe.0 du CCLIN Sud-Ouest).

En décembre 2013, le taux de couverture vaccinale du personnel était de 24%, soit une augmentation de 40% par rapport à 2012.

CONCLUSION

Suite à l'épidémie et à l'analyse des causes, la campagne a permis de sensibiliser de nombreux professionnels à la détection, au signalement et aux mesures de prévention. Elle devrait permettre de détecter plus précocement une nouvelle épidémie pour mettre en place très rapidement les mesures barrières et en limiter l'impact.

CL-11

UTILISATION DE LA MÉTHODE ALARM (ASSOCIATION OF LITIGATION AND RISK MANAGEMENT) DANS LA GESTION DE 3 CAS GROUPÉS DE TRANSMISSION DU VIRUS DE L'HÉPATITE C (VHC) DANS UN SERVICE D'HÉMODIALYSE

BROCHART-MERLIN J.⁽¹⁾, HIRSCH M.P.⁽¹⁾, MBONGO L.⁽¹⁾, LE GALL D.⁽¹⁾, FAVE M.H.⁽¹⁾, COULOMBEL A.⁽²⁾, GANRY O.⁽¹⁾, ADJIDE C.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Service d'épidémiologie, hygiène hospitalière et santé publique, CHU, AMIENS, FRANCE ; ⁽²⁾ Service d'hémodialyse, CHU, AMIENS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En avril 2013, l'Unité d'Hygiène (UH) est alertée par le laboratoire de Virologie qui effectue une recherche semestrielle systématique des anticorps anti VHC et de l'ARN viral chez les patients du service d'hémodialyse. Sur les 130 plasmas analysés, trois négatifs jusqu'alors se révèlent ARN-VHC positifs avec une séroconversion pour deux d'entre eux. Les 3 patients contaminés ont été dialysés dans le même secteur et au cours des mêmes séances qu'un patient positif connu. L'analyse phylogénétique a montré une homologie des 4 souches. La période de contamination est estimée entre septembre et décembre 2012. Cet événement indésirable grave (EIG) survient alors qu'une évaluation des pratiques professionnelles avait été débutée fin 2012. L'objectif de ce travail est de présenter la gestion de cet EIG.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

La méthodologie retenue par l'UH est la méthode ALARM. Des réunions de brainstorming ont réuni les soignants à la recherche de pratiques pouvant être source de transmission croisée. Un audit des pratiques a également été réalisé. Les résultats de ces deux évaluations ont permis d'alimenter et de compléter la grille ALARM construite selon 7 thèmes (patient, individu, équipe, tâches, environnement de travail, organisation et institution). Cette méthode, utilisée pour la recherche de causes profondes, permet de mener une réflexion avec l'équipe

soignante sur des axes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

RÉSULTATS

Cette analyse systémique a mis en évidence les facteurs contributifs suivants : renouvellement du personnel sur l'espace temps qui a encadré l'EIG (presque 1/4), inadéquation des ressources humaines et des besoins, augmentation de l'activité à moyens humains constants, surcharge de travail à certaines heures de la journée entraînant un dysfonctionnement des pratiques, communication parfois inadaptée. L'équipe soignante a mis en œuvre un plan d'actions avec un suivi au travers d'indicateurs.

La méthode ALARM a permis une analyse participative, guidée par l'UH, donnant la possibilité à chacun d'être impliqué dans la démarche de réflexion collective pour l'élaboration du plan d'actions.

CONCLUSION

Cette analyse systémique a mis en lumière un certain nombre de problématiques qu'un audit des pratiques seul n'aurait pas révélées. Elle a été bien accueillie par des soignants en demande de réponses. Cette première expérience a été soutenue par les directions. Cette démarche constitue non seulement une volonté de progrès mais aussi une réponse positive et dynamique de l'UH à la volonté institutionnelle de mettre en place les outils adéquats de gestion des risques.

CL-12

SHA : QUANTIFIER LA QUALITÉ DE LA FRICTION

GARNIER L., SALLES F., BURGER S., MEUNIER O.
CH Haguenau, HAGUENAU, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le réflexe « usage des solutions hydro-alcooliques (SHA) » dans les services est maintenant en place, comme le montrent les progressions constantes de l'ICSHA. Si les EOH ont généralement fait l'acquisition d'un caisson pédagogique (gel fluorescent et lampe à UV), en plus de la description et du message individuel donnés à la personne se soumettant au test, nous avons imaginé une grille d'évaluation pour chiffrer objectivement la surface cutanée non couverte ou « surface non désinfectée » (SND).

MATÉRIEL ET MÉTHODES

La grille de quantification de la SND est un schéma quadrillé des deux mains : chaque face de chaque main est quadrillée de 50 carrés identiques. L'EOH s'est déplacée dans l'ensemble des services de l'établissement et a proposé à chaque volontaire rencontré de réaliser une friction avec la SHA fluorescente. Les SND lors de la friction sont identifiées et reportées sur

la grille d'analyse individuelle. La localisation des zones non fluorescentes renseigne les gestes de la procédure en 7 étapes qui ont été oubliés. Les moyennes des SND sont calculées pour les droitiers et les gauchers, par service, par profession...

RÉSULTATS

184 personnes ont accepté le test. Le dénombrement des SND donne un pourcentage global (droitiers et gauchers confondus) de 4,37% par friction, soit 4,41% chez les droitiers et 3,83% chez les gauchers (différence non significative). On note une différence significative ($p = 0,0084$) de SND entre ceux qui n'ont utilisé que 1.5 ml de SHA contre ceux qui utilisent 3 ml. On mesure aussi des SND de 4% et 6.28 % pour les dos des mains gauche et droite et 2,99% et 4.20 % pour les paumes des mains gauche et droite. On note aussi que les pouces, les poignets et le dos des phalanges sont les plus souvent oubliés et que, sur la totalité des volontaires, 36 (20% de l'effectif) avaient une SND à 0%.

L'étude permet également de montrer un effet « main dominante » : SND de 6,29% pour le dos de la main dominante, 4,19% pour sa paume ($p = 0,0072$), 3,98% ($p = 0,0031$) et 2,98% pour le dos et la paume de la main non dominante respectivement.

CONCLUSION

Le chiffrage objectif de la SND lors d'une friction des mains permet de mieux cibler les messages du bon usage au moment où l'usage des SHA devient un réflexe. Ainsi : 1 - la main dominante est moins bien désinfectée ; 2 - les pouces, poignets et dos des phalanges sont souvent oubliés ; 3 - les 3 ml de produit sont réellement nécessaires ; 4 - seul 20 % de l'effectif contrôlé fait un « sans faute ». Ces résultats peuvent être détaillés par service, par profession et comparés d'une enquête à l'autre.

SP4 - Session SPILF

CPO6 - RETOUR D'EXPÉRIENCE SUR LA PRISE EN CHARGE DU MIDDLE EAST RESPIRATORY SYNDROM CORONAVIRUS (MERS-COV).

NICOLAS ETTAHAR, *Centre hospitalier de Valenciennes*

En Septembre 2012, un nouveau virus était identifié en Arabie Saoudite et au Qatar chez des patients présentant une pneumonie sévère. Ce coronavirus n'avait encore jamais été détecté chez l'homme avant 2012. En Mai 2013 étaient diagnostiqués les deux premiers cas d'infection à coronavirus en France chez des patient ayant été hospitalisés au centre hospitalier de Valenciennes.

Dès la description des nouveaux cas d'infection à MERS-CoV en 2012, une surveillance était mise en place par l'OMS et l'ECDC avec, en France, une coordination par l'InVs et la CIRE. Les consignes diffusées considéraient à l'époque comme cas suspect, un patient présentant un syndrome respiratoire avec notion d'un retour de voyage dans la péninsule arabique, sans autre étiologie pouvant expliquer la pathologie. En Mars 2013, un avis du haut conseil de santé publique signalait l'élargissement des pays concernés. En Mai 2013 les premiers cas français d'infection à MERS-CoV étaient diagnostiqués, dans un premier temps chez un patient au retour d'un voyage à Dubaï et secondairement chez un patient contact de ce premier cas (1). Cet épisode confirmait la possibilité d'une transmission interhumaine déjà décrite dans un cluster au Royaume Uni (2). Dès la confirmation du diagnostic d'infection à MERS-CoV le 7 Mai par le centre national de référence de Paris chez le premier cas, le relai rapide de l'information permettait le soir même l'organisation d'une cellule de crise. Une organisation de la prise en charge était élaborée après reconstitution rigoureuse du parcours du cas index permettant d'identifier les cas contacts. Les précautions d'isolement adéquates étaient mises en place pour les cas confirmés et les patients contacts hospitalisés. Des consignes étaient diffusées aux contacts rentrés au domicile. Une collaboration étroite entre les différents acteurs hospitaliers et les acteurs de l'ARS, de l'InVs et de la CIRE permettaient de mettre en place un plan d'action rapidement effectif (3). Parallèlement au déploiement de des consignes de prises en charge et à l'élaboration de procédures,

une information actualisée était régulièrement délivrée aux instances et aux professionnels des établissements concernés. La gestion de ces premiers cas diagnostiqués en France a nécessité un haut niveau de mobilisation et de réactivité. La collaboration entre les différents acteurs (personnel médical, administratif, personnel des cellules de communication, équipes des autorités de santé) et entre les différents établissements de la région a été opérationnelle dès les premières heures. Le retour d'expérience sur le prise en charge de les premiers cas français de Middle East Respiratory Syndrom Coronavirus permet de mettre en perspective quelles ont été les forces dans la gestion de la crise sur le plan humain, matériel, et organisationnel, mais aussi les obstacles à une gestion optimale de l'évènement. Ce retour d'expérience permet également de souligner la singularité de l'expérience acquise face à un nouveau virus et permet de constituer un bagage nécessaire dans l'anticipation de potentielles crises sanitaires à venir.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Guery B, Poissy J, el Mansouf L, Séjourné C, Ettahar N, Lemaire X, et al. Clinical features and viral diagnosis of two cases of infection with Middle East Respiratory Syndrome coronavirus: a report of nosocomial transmission. *Lancet*. 29 juin 2013;381(9885):2265-2272.
2. Health Protection Agency (HPA) UK Novel Coronavirus Investigation team. Evidence of person-to-person transmission within a family cluster of novel coronavirus infections, United Kingdom, February 2013. *Euro Surveill Bull Eur Sur Mal Transm Eur Commun Dis Bull*. 2013;18(11):20427.
3. Mailles A, Blanckaert K, Chaud P, van der Werf S, Lina B, Caro V, et al. First cases of Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV) infections in France, investigations and implications for the prevention of human-to-human transmission, France, May 2013. *Euro Surveill Bull Eur Sur Mal Transm Eur Commun Dis Bull*. 2013;18(24).

SP5

**SYSTÈMES D'INFORMATION HOSPITALIERS ET IAS :
INTÉRÊT ET LIMITES**

SP6 - Communications libres 3

SURVEILLANCE AUDITS

CL-13

ANALYSE DES CAUSES D'UNE SÉRIE D'ISO APRÈS CÉSARIENNE

AMBROGI V.⁽¹⁾, AMIEL M.⁽¹⁾, MALAVAUD S.⁽¹⁾, VERDEIL X.⁽²⁾, AMIEL C.⁽¹⁾

⁽¹⁾ CH Lavaur, LAVAUUR, FRANCE ; ⁽²⁾ CHU Toulouse, TOULOUSE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La surveillance ISO de l'intervention prioritaire « césariennes » a permis de détecter une augmentation du taux habituel d'ISO après césarienne : 3 cas d'ISO (après césarienne programmée) en été 2013, dont 2 étaient des abcès de paroi (1 abcès de paroi ayant nécessité une reprise chirurgicale). Les germes de ces ISO étaient 3 souches différentes de *Staphylococcus aureus* méti-sensible. Une analyse approfondie des causes a été conduite avec le personnel de la maternité.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

La méthode ALARM a été utilisée. La chronologie de l'épisode était retracée avec les soignants du service ainsi que par investigation des dossiers : fin juillet pour les 2 premiers cas et fin août pour le dernier cas. Une analyse des risques a été menée avec le cadre de santé et les soignants pour identifier les causes immédiates et les facteurs contributifs. Des observations ont été réalisées concomitamment à la maternité ainsi que des formations port du masque et hygiène des mains.

RÉSULTATS

La microbiologie montrant des souches d'antibiogrammes différents et les 3 séjours distincts dans le temps ont fait privilégier l'hypothèse d'une infection endogène par la flore des patientes lors de l'acte chirurgical. Le facteur « patient » identifié était la barrière de la langue pour une des patientes (probable mauvaise compréhension des explications pour la douche préopératoire), en revanche aucune des parturientes n'était obèse ou diabétique. Pour les facteurs « liés aux tâches » : temps de contact de l'antiseptique, difficulté de vérifier la qualité des douches préopératoires. Pour les facteurs « liés au personnel » : port de masque non optimal, allées et venues intempestives. Pour les facteurs « liés à l'environnement » : architecture du service peu ergonomique (déménagement à venir dans un bâtiment neuf). Pour les facteurs organisationnels/institutionnels (latents) : organisation du

service en été plus complexe avec charge en soins importante. Un plan d'action en cours prévoit un audit formalisé des pratiques au bloc, la rédaction d'une plaquette « douche préopératoire » d'information simple et claire à destination de la patiente et une réflexion sur la remise d'un set de douche préopératoire à la patiente.

CONCLUSION

Cet épisode a permis la mobilisation de l'ensemble du service (cadre, sage-femmes, infirmiers, aide-soignants), un travail collaboratif entre l'EOHH et le service, et l'élaboration d'un plan d'action. Il soulève également la question du moment de l'administration de l'antibioprophylaxie : avant l'incision ou après le clampage du cordon ?

CL-14

UN PROGRAMME RÉUSSI DE RÉDUCTION DES INFECTIONS URINAIRES EN GÉRIATRIE

GIRARD R.⁽¹⁾, GAUJARD S.⁽²⁾, PERGAY V.⁽²⁾, PORNON P.⁽²⁾, MARTIN GAUJARD G.⁽²⁾, VIEUX C.⁽²⁾, OLTRA L.⁽²⁾, MAURANNE C.C.⁽¹⁾, CRACCO B.⁽²⁾, BOURGIGNON L.⁽²⁾
⁽¹⁾ Hospices Civils de Lyon, PIERRE BENITE CEDEX, FRANCE ;
⁽²⁾ Hospices Civils de Lyon, Groupement de Gériatrie, LYON, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les infections urinaires ont été choisies comme cible prioritaire de prévention par un groupe d'établissements de gériatrie en raison de leur fréquence et de leur morbidité. Un programme a été conduit pour identifier puis corriger les facteurs de risque accessibles à des mesures préventives.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le programme a inclus, de 2009 à 2012, les étapes suivantes :
 - étude initiale, mesurant l'incidence des infections urinaires acquises (IUA) en fonction des actes et des facteurs de risques, incluant tous les hospitalisés pendant 1 mois, tous types de séjours confondus,
 - audit sur les pratiques du sondage vésical évacuateur, acte associé à un risque majoré dans l'étude épidémiologique,
 - programme de formation et changement de matériel, pour assurer le respect des recommandations nationales (asepsie

comparable à celle du sondage à demeure, système clos et sonde lubrifiée obligatoires), monté par un groupe de pilotage multi établissements et multi professionnel,
- étude d'évaluation du programme, reprenant complètement la méthode de l'étude initiale.

RÉSULTATS

Plus de 1500 patients ont été inclus en 2009. L'incidence de taux d'UIA était de 4,8%. Le taux d'infection chez les patients ayant eu un sondage évacuateur ponctuel (sans sondage à demeure au cours du séjour, SEV) était plus élevé que chez les patients avec sonde à demeure (29,7% contre 9,9% UIA pour 100 patients, $p = 0,002$), contrairement aux données de la littérature. En analyse multivariée, le SEV, bien qu'il ne concerne qu'une minorité de patients était un facteur favorisant significatif de l'UIA. En 2010, l'audit de pratique (questionnaire) a enregistré 269 réponses, montrant la banalisation du geste, une connaissance imparfaite des indications et techniques recommandées et des dispositifs disparates. Après la mise en œuvre du programme, plus de 1500 patients ont été inclus en 2012, et la fréquence des infections urinaires après SEV n'était plus différente de celle observée après sondage à demeure (17,6% contre 14,8% UIA pour 100 patients, $p = 0,964$) et le SEV n'était plus un facteur significatif en analyse multivariée.

CONCLUSION

Ce programme a permis de cibler une situation d'infection particulière et de la résoudre. Il a été possible grâce au travail collectif des professionnels de plusieurs établissements : le problème n'aurait pas pu être identifié à l'échelle d'un seul hôpital et il aurait été plus difficile d'obtenir le matériel adapté et de proscrire les autres matériels. Il devra être poursuivi et renouvelé en fonction de l'évolution de l'épidémiologie des UIA.

CL-15

EFFET DE LA SURVEILLANCE ET INCIDENCE DES PNEUMOPATHIES ASSOCIÉES À LA VENTILATION EN RÉANIMATION : APPLICATION DES CRITÈRES DE CAUSALITÉ DE HILL

ANDRÉ P., BÉNET T., VANHEMS P.

Groupement Hospitalier Edouard Herriot, LYON, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Une baisse de l'incidence des pneumopathies associées à la ventilation (PAV) a été rapportée suite à l'introduction des programmes de surveillance. La causalité d'une telle association, difficile à démontrer à partir de données non expérimentales, peut s'évaluer au moyen des 9 critères de Hill (1965). Aucun de ceux liés aux connaissances soutenant l'hypothèse causale (plausibilité, cohérence, données expérimentales et analogie) n'est nécessaire ou suffisant pour soutenir la causalité.

L'objectif est de décliner les autres critères de causalité entre la surveillance des PAV et leur incidence.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les critères liés aux données des études observationnelles ont été appliqués aux résultats issus d'une revue de la littérature (103 publications entre 2000 et 2013) concernant les PAV en réanimation. Les critères de Hill analysés ont été la temporalité, la reproductibilité, la relation dose/effet, la force de l'association et la spécificité.

RÉSULTATS

Concernant la temporalité, l'introduction de la surveillance est suivie à moyen terme d'une diminution de l'incidence des PAV. Reproductibilité : une diminution a été rapportée dans de nombreux pays et à différentes périodes. Cette diminution a également été rapportée indépendamment des types de système de santé, de service, de surveillance ou de mesures de prévention associées. La relation dose/effet a pu être objectivée par l'augmentation des incidences des PAV suite à l'arrêt de la surveillance; cependant la durée de l'arrêt n'a pas été associée avec la variation de l'incidence. La force de l'association augmente avec l'incidence initiale des PAV, comme le montre les données sur l'introduction de la surveillance en pays développées comparativement aux pays en voie de développement. Les données actuelles sur la spécificité sont limitées par l'absence d'une définition reproductible et robuste des PAV, pouvant induire une augmentation ou une diminution du nombre de VAP sans modification réelle de l'incidence. L'autre limite est liée à la variabilité des mesures de prévention qui, indépendamment de la surveillance, peuvent modifier l'incidence des PAV; par ailleurs l'introduction de la surveillance peut modifier les pratiques de prévention. Il est donc difficile d'apprécier la spécificité de la surveillance indépendamment des mesures de prévention.

CONCLUSION

La revue des critères de Hill soutient la vraisemblance d'un lien causal entre la surveillance et l'incidence des PAV et montre l'importance de documenter les mesures de prévention afin de distinguer les effets des mesures de prévention de ceux de la surveillance.

CL-16**BACTÉRIES MULTIRÉSISTANTES AUX ANTIBIOTIQUES : L'INFORMATION DONNÉE AUX PATIENTS EST-ELLE POSSIBLE ET COMPRÉHENSIBLE ?**

MASSON C., BACOUILLARD J.B., DEGERMANN C., HIVET L., LASSAULX A., MAILLIOT P., VALLET C., BUREAU-CHALOT F., BAJOLET O.
CHU de Reims, REIMS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Devant l'émergence des bactéries multirésistantes aux antibiotiques (BMR), l'information et la bonne compréhension des patients concernés est primordiale pour limiter leur propagation. L'objectif de cette étude était d'évaluer le nombre de patients informables et leur compréhension.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'étude a porté sur tous les nouveaux cas de BMR détectés dans les unités de court séjour d'un établissement de santé. L'information orale et écrite (plaquette d'information) a été réalisée par l'EOH et la compréhension a été évaluée 1 à 7 jours après la première visite avec un questionnaire.

RÉSULTATS

Quatre vingt dix patients ont été inclus depuis novembre 2013, 58 (64%) n'ont pas pu recevoir l'information pour les raisons suivantes : sortie avant les résultats (n=22), hospitalisation en réanimation (n=11), démence ou troubles neurologiques (n=11), altération de l'état général majeure ou soins palliatifs (n=7), décès (n=2), patient mineur (n=2), tutelle (n=1), refus (n=1), langue (n=1).

Trente deux patients (36%) ont reçu l'information et la compréhension a pu être évaluée pour 26 d'entre eux (17 patients colonisés, 9 infectés) dont 7 avaient un *Staphylococcus aureus* méticillino-résistant et 19 une entérobactérie productrice de bêta-lactamase à spectre étendu.

Seuls 15 patients avaient compris ce qu'était une BMR et 16 savaient faire la différence entre portage et infection. Vingt quatre patients avaient compris que le mode de transmission majeur était le manuportage et 21 répondaient que la mesure essentielle était l'hygiène des mains.

Tous les patients évalués avaient intégré la notion d'alerter les professionnels de santé en cas de soins à domicile ou de ré-hospitalisation. Vingt quatre avaient compris qu'aucune mesure particulière n'était à prendre à domicile hormis l'hygiène des mains.

La principale inquiétude des patients était le risque de transmission aux proches.

CONCLUSION

L'information n'a pu être délivrée directement qu'à 36% des patients. Plus de la moitié des patients informables avait compris les points clé de l'information notamment l'hygiène

des mains. Un outil d'aide aux soignants pour l'information regroupant les points clé à transmettre et les réponses aux principales questions des patients est en cours d'élaboration.

CL-17**RETOUR D'EXPÉRIENCE SUR LA GESTION DE CAS DE NCOV : POURQUOI CHOISIR LA MÉTHODE ORION**

DESCHAMPS-HUART C., ETTAHAR N., DEMOULIN O., CRACCO-MOREL A.A.
Centre Hospitalier de Valenciennes, VALENCIENNES, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Suite à l'identification de deux cas de novel Coronavirus (nCoV) dont un nosocomial dans notre établissement, nous avons procédé à un retour d'expérience (REX). Nos objectifs étaient d'obtenir rapidement les points positifs et ceux à améliorer en terme d'organisation générale, de communication, de disponibilité des différents acteurs, de pression pour les équipes. Chaque équipe rencontrée devait proposer deux axes d'amélioration pour leur unité et deux qui leur semblaient nécessaire pour l'établissement.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous avons choisi la méthode ORION qui consiste en des entretiens « individualisés » avec les différentes équipes concernées, d'1h30 maximum, par un groupe de pilotage non directement impliqué dans l'événement (dans ce cas un trio Gestion des risques-Hygiène-Qualité). Leur version de l'événement est recueillie grâce à une grille spécifique ainsi que leurs propositions d'actions d'amélioration pour leur service et pour l'établissement.

RÉSULTATS

Nous avons rencontré en un mois et demi sept équipes impliquées dans la gestion de l'alerte, ayant ou non pris en charge les patients (service receveur, Urgences, communication, membre de la direction participant à la cellule de crise...). Les équipes ont relevé comme points positifs : la réactivité pour la mise en place de la cellule de crise et la réalisation de l'enquête épidémiologique (identification des contacts patients et personnel), la coopération et la communication interne (notes d'informations régulières), l'intérêt d'avoir un dossier patient informatisé pour établir le parcours du patient source. Parmi les points à améliorer, on note la volonté médicale d'avoir une signalétique particulière dans l'information courriel pour mieux la repérer ainsi qu'une synthèse sur le microorganisme, sa pathogénicité et son mode de transmission. En terme d'axes d'amélioration pour l'établissement, nous retenons la nécessité de mieux définir les circuits d'information et d'adapter le contenu aux destinataires selon que personnel est administratif, paramédical ou médical

ainsi que de la rédaction d'une annexe au plan local de maîtrise d'une épidémie concernant les modalités la gestion d'un cas hors épidémie.

CONCLUSION

Nous avons apprécié la facilité d'appropriation et d'application de la méthode ORION ainsi que le principe des entretiens individuels. L'inconvénient reste le délai de mobilisation de certains interlocuteurs. Certains des axes d'amélioration définis sont déjà mis en place et vont également être intégrés dans la procédure plan blanc. Après cette expérience réussie, cette méthodologie sera étendue à d'autres REX de l'établissement.

CL-18

INFORMATISATION ET AUTOMATISATION DE LA SURVEILLANCE DES INFECTIONS DU SITE OPÉRATOIRE : EVALUATION DES PERFORMANCES D'ALGORITHMES UTILISANT DIFFÉRENTES BASES DE DONNÉES DU SYSTÈME D'INFORMATION HOSPITALIER

LECLÈRE B., LASSERRE C., BOURIGAULT C., JUVIN M.E., CHAILLET M.P., HANF M., CAILLON J., LEPELLETIER D.
CHU de Nantes, NANTES, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'informatisation et l'automatisation du recueil des données de surveillance des infections du site opératoire (ISO) représentent un enjeu majeur pour les équipes d'hygiène. Le but de cette étude était d'évaluer la performance d'une méthode de détection des ISO en utilisant différentes bases de données disponibles en routine dans le système d'information hospitalier (SIH) d'un centre hospitalier universitaire.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les patients bénéficiant d'une des 9 interventions chirurgicales ciblées ont été prospectivement analysés au cours d'une période de 2 ans (2010-2011) en utilisant les codes de la classification commune des actes médicaux (CCAM) et toutes les bases de données du SIH disponibles, servant de référence pour établir la comparaison et l'évaluation des performances des autres méthodes. Trois algorithmes utilisant deux bases de données différentes ont été testés rétrospectivement : la 10^e révision de la Classification internationale des maladies CIM-10 (algorithme 1), la base de données du laboratoire de Bactériologie (algorithme 2) et la combinaison des 2 (algorithme 3). Pour détecter les patients chirurgicaux présentant une suspicion d'ISO, nous avons développé un programme informatique à partir des codes CCAM en fusionnant les deux bases de données par le numéro de population propre à chaque patient. Le programme informatique a été réalisé à l'aide du logiciel STATA. Pour chaque algorithme, la sensibilité,

la spécificité, les valeurs prédictives positives et négatives (VPP et VPN) ont été calculées.

RÉSULTATS

4400 procédures chirurgicales ont été analysées en utilisant les dossiers médicaux et les codes CCAM. Le nombre de chirurgies variait de 149 implantations de neuro-stimulateurs à 2259 PAC et remplacement valvulaire. 112 ISO ont été identifiées avec un taux d'incidence global de 2,5%. 74% des ISO étaient profondes. La sensibilité variait significativement entre les trois algorithmes 1, 2 et 3, de 25% à 87% et 90%, respectivement ($P < 0,001$). Les variations de la spécificité (91 à 98%), VPP (21 à 25%) et VPN (98 à 100%) entre les 3 algorithmes n'étaient pas significatives. La performance statistique était plus élevée pour les ISO profondes.

CONCLUSION

L'utilisation des codes CCAM et de la bases de données du laboratoire peuvent être utilisés pour surveiller en routine les ISO avec une excellente sensibilité. Cela devrait permettre aux hygiénistes de dégager du temps à des missions de prévention et d'évaluation. Une étude multicentrique devrait être menée pour évaluer la généralisation de cette méthode de surveillance des ISO dans les établissements de santé français.

SP7 - Communications libres 4

PARAMÉDICALES TRANSMISSION CROISÉE

CL-19

ANALYSE DU RISQUE DE TRANSMISSION CROISÉE MANUPORTÉE LIÉ AUX INTERRUPTIONS DE SOINS AU COURS DE LA TOILETTE DU PATIENT DÉPENDANT

THIRIET L., JEUNESSE K., GIZZI A.
CH de SEDAN, SEDAN, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En décembre 2010, l'unité d'hygiène avait piloté un audit dans le cadre des soins de nursing, qui avait mis en évidence la nécessité d'améliorer l'anticipation du soin. L'achat de satellites de toilette avait été préconisé. La direction de l'établissement, peu convaincue, a refusé de valider cette recommandation. "Nous avons décidé d'entreprendre une nouvelle évaluation des pratiques professionnelles (EPP), centrée sur la mesure d'impact des interruptions de soins sur la transmission croisée, dans le but de convaincre les décideurs financiers de l'intérêt de notre approche.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'EPP fut réalisée selon la méthode de l'audit de pratiques. La grille d'analyse fut élaborée à partir du référentiel national sur les précautions standard. Tous les services de soins de l'établissement (hors maternité et pédiatrie) furent concernés. Les auditeurs étaient les membres de l'unité d'hygiène. Les résultats ont été saisis dans Epi-info 6.04d. L'estimation du risque de transmission croisée a été réalisée par calcul de la criticité des événements porteurs de risques prédéterminés, résultat du produit de la fréquence de survenue par la gravité estimée. Les résultats obtenus ont été interprétés à l'aide d'une matrice d'appréciation du risque préalablement établie.

RÉSULTATS

21 toilettes ont été observées entre le 11 et le 15 février 2013. "Dans 2 cas seulement un satellite de soins a été utilisé. "17 toilettes ont donné lieu à au moins une rupture du soin. Dans 93% de cas, l'interruption occasionnait une sortie de la chambre, en relation dans 65% des situations observées avec un déficit d'anticipation du soin. 23% des professionnels

ont conservé leurs gants pendant l'interruption du soin, et 70% leur tablier plastique à usage unique. Seuls 50% des agents audités ont réalisé un acte d'hygiène des mains au moment de la rupture du soin. "Tous les événements porteurs de risque étudiés ont été cotés avec une criticité élevée, imposant une action corrective à brève échéance.

CONCLUSION

Cette EPP a clairement identifié les failles en matière d'hygiène résultant d'une défaillance d'organisation des soins de nursing du patient dépendant. L'accroissement de la prévalence des colonisations digestives à bactéries multi-résistantes impose de fournir aux professionnels de santé les outils adaptés à la prévention de la transmission croisée manuportée. Pour un investissement modique (1200€ par unité de soins), le satellite de réalisation de la toilette permet de répondre à la majorité des problématiques en relation avec ce type de soins. Reste maintenant à infléchir la position de la direction de l'établissement.

CL-20

PATIENTS CONTACTS BHR : RETOUR D'EXPÉRIENCE SUR LA GESTION D'UN PARCOURS DE SOINS AVEC VENUES ITÉRATIVES

CAMUS C.⁽¹⁾, **TEQUI B.**⁽²⁾, **VANSTEENE D.**⁽²⁾, **LE GAL A.L.**⁽²⁾, **BRETHE N.**⁽²⁾, **BARBAROT V.**⁽²⁾, **SOLAL-CELIGNY P.**⁽²⁾, **BATAILLE F.R.**⁽²⁾

⁽¹⁾ Institut de Cancérologie de l'Ouest René Gauducheau, ANGERS, FRANCE ; ⁽²⁾ Institut de Cancérologie de l'Ouest René Gauducheau, ANGERS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Une épidémie régionale d'entérobactéries productrices de carbapénémase (EPC) a généré la découverte fortuite d'une *Klebsiella pneumoniae* OXA 48 dans les urines d'une patiente après 3 semaines d'hospitalisation en oncologie médicale. Identifier facteurs facilitants et freins à la continuité de la prise en charge des patients contacts et à la mise en traitement sans délai des nouveaux patients.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Spécialisé en oncologie l'établissement dispose de 55 lits médecine répartis sur 2 unités et réalise 85 venues quotidiennes en HDJ. Le parcours d'un patient associe hospitalisation (semaine, conventionnelle, HDJ) et venues externes (radiothérapie, médecine nucléaire, imagerie). Dès découverte de l'EPC, l'EOH a déclenché l'alerte « gestion d'un épisode infectieux nécessitant réorganisation des soins ». La direction impliquée dans les réunions quotidiennes de crise a renforcé les effectifs pour sectoriser les patients contacts dans une unité dédiée. L'analyse de processus a permis d'identifier l'exhaustivité des modalités de venues au cours des parcours de soins.

RÉSULTATS

Le SIH a repéré en moins de 24 H, 126 patients contacts dont 14 déjà décédés. Le logiciel de gestion patient a permis de générer une liste quotidienne diffusée aux cadres de santé et à l'EOH pour les venues des 7 jours à venir. Une trentaine de patients contacts étaient réadmis chaque jour en début de crise, principalement en radiothérapie et HDJ. Le partage d'informations permettait de repérer les patients contacts pour la mise en œuvre des PCC et des dépistages. L'actualisation de la liste était automatique pour les décès et l'EOH demandait la sortie de liste dès 3 dépistages négatifs hors exposition. Le statut des contacts était mis à jour quotidiennement par l'EOH dans le dossier patient informatisé. Deux mois après la découverte d'EPC, les 331 dépistages étaient négatifs, 9 patients décédés après au moins 1 dépistage négatif et 6 rentrés à domicile après au moins 1 dépistage négatif. Il n'y a pas eu de perdu de vue. Aucun retard de traitement n'est à déplorer.

CONCLUSION

L'implication de la direction et la dématérialisation du dossier patient et des rdv ont été des facteurs essentiels pour gérer le risque infectieux lié aux venues itératives des contacts. La coordination des dépistages croisant résultats du laboratoire externe et liste des venues quotidiennes n'a pas toujours permis un délai optimal entre chaque dépistage (retard ou dépistage supplémentaire). La mise à disposition d'une carte de suivi des dépistages pourrait être une solution pour optimiser les délais et favoriser l'implication du patient.

CL-21

EVALUATION DE L'IMPACT PSYCHOLOGIQUE DES PRÉCAUTIONS COMPLÉMENTAIRES CHEZ LES PATIENTS HOSPITALISÉS DANS UN CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

GUILLEY-LERONDEAU B., BOURIGAUT C., GUILLE DES BUTTES A.C., LEPELLETIER D.
CHU Nantes, NANTES, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Une majoration de l'anxiété et une insatisfaction relative à la prise en charge des patients bénéficiant de précautions complémentaires (PC) d'hygiène ont été rapportées dans la littérature. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'impact psychologique de la mise en place des PC chez des patients hospitalisés dans l'établissement.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une enquête épidémiologique de type cas-témoins réalisée entre mars et juillet 2012. Les cas étaient des patients hospitalisés en PC dans 5 services de notre établissement. Deux témoins par cas ont été sélectionnés en appariant sur le service et la date d'hospitalisation et bénéficiant de précautions standard (PS). Le recueil de données se faisait lors d'un entretien directif (questionnaire) avec l'IDE hygiéniste. Le recueil des variables comprenait des données démographiques et des données relatives à la satisfaction de la prise en charge (échelle qualitative), à l'anxiété des patients (score de Spielberger > 37/80 pour les hommes et > 42/80 pour les femmes) et à l'autonomie des patients (score ADL, de 0 à 12).

RÉSULTATS

Trente cas et 60 témoins ont été inclus, représentant 90 entretiens répartis sur 45 heures. Concernant les données socio-démographiques, les 2 groupes étaient comparables concernant l'âge (médiane de 69 ans vs 64 ans pour les cas et les témoins), le sexe (sex ratio (H/F) de 47% vs 53%, respectivement), la catégorie socio-professionnelle et l'autonomie (score ADL médian de 4 vs 3, respectivement). Les patients en PC étaient significativement moins satisfaits que les patients en PS pour l'aide apportée dans les gestes de la vie quotidienne (20% vs 0, $p < 0.001$), la disponibilité (17% vs 5%, $p = 0.05$), les relations avec les équipes (10% vs 0, $p = 0.02$) et la prise en charge globale (17% vs 0, $p < 0.001$). Chez les cas, 93% des hommes (13/14) présentaient un score d'anxiété supérieur au seuil vs 34% (11/32) chez les témoins. Chez les femmes, 69% des cas (11/16) avaient un score d'anxiété supérieur au seuil vs 18% (8/28) chez les témoins.

CONCLUSION

Cette étude a mis en évidence une insatisfaction des patients en PC par rapport aux patients en PS, particulièrement dans la dimension relationnelle lors du soin, générant une situation anxiogène. Pour compléter ces résultats, une approche par la théorie ancrée permettra de mieux prendre en compte le profil psychologique des patients pour une meilleure participation et efficacité des PC.

CL-22

GESTION DES EXCRETA DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ DANS LE CONTEXTE DE RECROISSANCE DES BACTÉRIES MULTI ET HAUTEMENT RÉSISTANTES**ZRAIB A.***Centre hospitalier de Grasse Clavary, GRASSE, FRANCE***INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL**

La gestion des excréta est au cœur de la lutte pour prévenir l'émergence des entérobactéries multi voire hautement résistantes.

Mais où se situe vraiment la gestion des excréta dans l'échelle des précautions d'hygiène ? Précaution standard, précaution complémentaire ?

Pourquoi la gestion des excréta est devenue une préoccupation des établissements de santé et un enjeu de santé publique ?

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'étude a été réalisée auprès de cinquante professionnels : infirmiers et aide soignants de sept services de soins d'un centre hospitalier. Les questionnaires m'ont permis d'analyser les connaissances des professionnels en matière de gestion des excréta. J'ai parallèlement effectué un état des lieux précis des équipements, matériels et protocoles existants.

Au cours de cette étude, j'ai réalisé un test d'aérosolisation pour démontrer aux soignants (photographies à l'appui) les risques encourus lors de la vidange d'un bassin et lors d'utilisation de douchette.

RÉSULTATS

Les résultats montrent clairement l'absence de procédure encadrant l'utilisation des lave bassins et les pratiques professionnelles et une méconnaissance quant à l'utilisation du lave bassin.

La vidange préalable dans les toilettes des chambres des récipients souillés par les excréta est coutumière. Cet aspect est préoccupant car la tenue professionnelle est rarement protégée.

De plus, les professionnels expriment une gêne à sortir les bassins de la chambre d'un patient.

Les locaux aussi sont inadaptés pour effectuer une hygiène des mains après la manipulation des bassins. L'existence des douchettes et la proximité des vidoirs près des lave bassin portent à confusion : faut-il vidanger et rincer le récipient avant de l'installer dans le lave bassin ?

Les commandes traduisent également le faible renouvellement des bassins.

La gestion des excréta implique de nombreux acteurs : les soignants, le service d'hygiène, les services économiques, le biomédical...

Les démarches d'amélioration des différents partenaires ont été planifiées dans un plan d'actions.

CONCLUSION

La gestion des excréta est un enjeu majeur pour les établissements de santé. Longtemps considéré comme un sujet banalisé et peu attrayant, et face aux épidémies à BHR nous sommes tous dans l'obligation de changer nos pratiques professionnelles.

CL-23

EVALUATION DE L'OBSERVANCE DES PRÉREQUIS DE L'HYGIÈNE DES MAINS AU SEIN D'UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ**EPIARD S., ALLAIN D., AGUELON V., MOUET A., PORNET C., LE COUTOUR X.***CHU de Caen, CAEN, FRANCE***INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL**

En France, les sociétés savantes et les centres de références d'hygiène hospitalière définissent comme prérequis pour une réalisation conforme de l'hygiène des mains dans les services de soins l'absence de bijoux aux mains et aux poignets, avants bras dégagés (manches courtes) et des ongles courts sans artifices (recommandations reprises par la SF2H en 2009). L'objectif de ce travail était d'évaluer l'application de ces recommandations chez les professionnels de santé au sein d'un établissement de santé.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une étude observationnelle prospective a été conduite évaluant la fréquence du port de bijou(x) aux mains et aux poignets et le port de manches courtes. Après avoir informé les chefs de service et les cadres, l'audit a été réalisé de manière impromptue sur l'ensemble des services de soins d'un établissement de santé. Entre février et juillet 2013, 617 professionnels de santé ont été audités.

RÉSULTATS

Parmi ces 617 personnes auditées, 144 étaient des infirmiers (23%), 135 aides-soignants (22%), 86 internes (14%), 53 agents de service hospitalier (9%), 47 étudiants non médicaux (8%), 44 médecins (7%), 30 brancardiers (5%), 29 cadres (5%), 20 externes en médecine (3%), 16 manipulateurs radiologiques (3%), 7 sages-femmes (1%) et 6 kinésithérapeutes (1%). Le taux global de conformité pour l'absence de bijou était de 74%. Ce taux variait linéairement selon les catégories socioprofessionnelles, de 36% des médecins, 41% des cadres à 83% des aides-soignants, 85% des externes en médecine, 86% des sages-femmes, 88% des infirmiers, 96% des étudiants non médicaux. Les bijoux retrouvés étaient, dans 53% des cas des montres, 46% des alliances, 18% des bagues et 15% des bracelets. Les arguments donnés par les personnes portant leur alliance

étaient la charge affective, religieuse et l'impossibilité de la retirer. Le taux global de conformité de port des manches courtes était de 95%. Tous les professionnels de santé présentaient des manches courtes (100% de conformité), hormis le corps médical (66% des médecins, 78% des internes et 95% des externes).

CONCLUSION

L'écart constaté dans cet établissement de soins par rapport aux recommandations françaises en termes de port de bijou(x) est présent chez toutes les catégories des professionnels de santé, et est très important chez les personnels encadrants. Ces résultats suggèrent l'importance de rappeler les prérequis élémentaires pour l'hygiène des mains, qu'une bague peut être portée autour d'un collier, et qu'il existe des systèmes « porte bijou(x) » pour les montres et bijoux.

sur deux 1.81 % et le fait de sortir avec les gants d'une (21.82%). De plus concernant la remise des plateaux repas, 91,40% des soignants ne mettent pas de solution hydro-alcoolique lors du service des repas.

CONCLUSION

Cette étude met ainsi en évidence que la pratique des soins en routine est complexe et pas adaptée pour une compliance optimale à l'hygiène des mains. Elle permet aussi l'identification de 3 leviers d'amélioration de l'hygiène des mains. L'ergonomie des chambres doit être repensée pour solutionner la problématique du service repas, la pratique du port des gants doit être revue et simplifiée afin qu'elle devienne moins confuse pour les personnels. Enfin, la formation pédagogique doit être optimisée et restructurée dans l'objectif unique de pérenniser la compliance.

CL-24

HYGIÈNE DES MAINS, ANALYSE DES COMPORTEMENTS DES SOIGNANTS PAR VIDÉO ET IDENTIFICATION DES FACTEURS INFLUENÇANT LA NON OBSERVANCE

BOUDJEMA S.⁽¹⁾, **PATOURAUX P.**⁽¹⁾, **SOTO-ALADRO A.**⁽¹⁾, **PERETTI-WATEL P.**⁽²⁾, **BROUQUI P.**⁽¹⁾
⁽¹⁾ CHU Nord Marseille, MARSEILLE, FRANCE ; ⁽²⁾ ORS PACA - UMR912 (SE4S) INSERM, MARSEILLE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les mains sont le principal vecteur de la dissémination des infections à l'hôpital. L'hygiène des mains au cours des soins est l'une des mesures essentielles de la prévention des infections nosocomiales à l'hôpital. Les études disponibles montrent généralement que l'observance des soignants est faible, mais le plus souvent ces études sont biaisées par la présence d'un observateur.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'utilisation de la vidéo permet une observation directe des personnels en situation de soins. Une caméra a été installée dans une chambre dans un service de maladies infectieuses et tropicales (CHU Nord de Marseille). Elle a permis de filmer 30 soignants (médecins infirmières, aide soignantes, agents hospitaliers) pendant 3 mois. Deux experts ont visionné, codé, anonymisé et analysé les 757 vidéos enregistrées.

RÉSULTATS

L'analyse des enregistrements met en exergue plusieurs aspects de la pratique soignante en lien avec l'hygiène des mains.

Concernant l'utilisation des gants lors des soins auprès du patient, une utilisation incorrecte a été constatée dans 21,82% des situations, avec en particulier le port d'un gant

SP8 - Communications libres Junior

CLJ-01

ETUDE RÉTROSPECTIVE DES COMPLICATIONS INFECTIEUSES, THROMBOTIQUES ET MÉCANIQUES ASSOCIÉES AUX CATHÉTERS CENTRAUX INSÉRÉS PAR VOIE PÉRIPHÉRIQUE (PICC) EN ONCO-HÉMATOLOGIE

DAVID M.⁽¹⁾, **BAGATHA M.F.**⁽¹⁾, **NOYON E.**⁽¹⁾, **LOEB A.**⁽¹⁾, **GUILBAUD J.M.**⁽¹⁾, **COILLIOT A.**⁽¹⁾, **MULLIE P.**⁽¹⁾, **RENAUT J.**⁽¹⁾, **MARINI H.**⁽²⁾, **PERDRIX A.**⁽¹⁾, **BASTARD C.**⁽¹⁾
⁽¹⁾ CLCC Henri Becquerel, ROUEN, FRANCE ; ⁽²⁾ CHU, ROUEN, FRANCE

NATURE DU TRAVAIL PRESENTE ET CADRE DE PRESENTATION

Etude épidémiologique rétrospective des complications associées au PICC dans un Centre de Lutte Contre le Cancer.

PARTENARIAT

Aucun.

OBJECTIFS DU TRAVAIL

L'objectif du travail est d'évaluer l'incidence et la nature des complications liées aux PICC dans notre établissement, dans un contexte d'introduction récente de ce matériel, d'augmentation de son utilisation, d'organisations de formations du personnel médical et soignant et de rédaction de protocoles.

RESUME DU TRAVAIL

Introduction

Le PICC est une alternative aux abords veineux centraux conventionnels, en particulier à la chambre à cathéter implantable (CIP). Son utilisation croissante pour chimiothérapie dans notre établissement accueillant des patients d'onco-hématologie (O-H) s'est accompagnée de la rédaction de protocoles et de formations des équipes soignantes : elle appelait à une étude épidémiologique locale des complications associées, infectieuses, thrombotiques ou mécaniques, dans une démarche d'amélioration des connaissances et pratiques.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Notre étude rétrospective inclut tous les patients de notre établissement ayant eu une pose de PICC en 2012, suivis jusqu'au retrait du matériel ou, s'il n'a pas été retiré avant, jusqu'à 6 mois après la fin de la période d'inclusion. Ont été relevés âge, sexe, prise en charge O ou H.

Les complications suivantes ont été recueillies par suivi des infections au laboratoire et revue rétrospective des dossiers médicaux informatisés des patients : infection bactériémique ou locale, thrombose veineuse profonde (TVP), déplacement accidentel conduisant à l'ablation, obstruction conduisant à l'ablation.

RÉSULTATS

495 PICC chez 452 patients ont été posés entre le 01/01/12 et le 31/12/12 : âge moyen 57.1 ans, sex ratio h/f 0.42, ratio H/O 0.63.

85 complications sont survenues, soit un taux de 17.2%. L'infection est la plus fréquente des complications avec un taux de 7.3%, nécessitant l'ablation du PICC dans 86% des cas. Staphylococcus aureus est l'espèce la plus représentée. 1/3 sont des infections locales. 2/3 sont des bactériémies, significativement plus fréquentes en H (7.8%) qu'en O (3%) ($p=0.015$).

Le taux de TVP s'élève à 4.9%, nécessitant l'ablation du PICC dans 54% des cas. Le taux de déplacements accidentels est à 3.6% et d'obstructions à 1.4%.

CONCLUSION

Nous rapportons des taux de complications associées au PICC faibles par rapport aux données de la littérature. Si ces données sont certes peu nombreuses et difficilement comparables selon les méthodes employées, nos résultats témoignent de la sensibilisation des professionnels à la bonne utilisation du PICC dans notre établissement.

L'infection constitue le risque majeur de complication dans une population immunodéprimée d'O-H. Ce contexte, associé au recours de plus en plus fréquent au PICC, lié probablement à sa facilité de pose et de retrait, appelle à la comparaison des données de complications sur PICC et CIP, afin de définir le matériel le plus adapté à la population considérée et de rechercher d'éventuels facteurs de risque prédictifs de complications.

CLJ-02

LE RISQUE INFECTIEUX LIÉ À L'EAU DES UNITS DE SOINS DENTAIRES

COSTA D.⁽¹⁾, MERCIER A.⁽²⁾, BOUSSEAU A.⁽³⁾, THEVENOT S.⁽³⁾, CASTEL O.⁽³⁾, IMBERT C.⁽²⁾

⁽¹⁾ Laboratoire Ecologie et Biologie des Interactions UMR CNRS 7267, équipe MDE, CHU de poitiers, POITIERS, FRANCE ;

⁽²⁾ Laboratoire Ecologie et Biologie des Interactions, équipe MDE, UMR CNRS 7267, Université de poitiers, POITIERS, FRANCE ; ⁽³⁾ CHU de Poitiers, POITIERS, FRANCE

NATURE DU TRAVAIL PRESENTE ET CADRE DE PRESENTATION

Travail présenté dans le cadre d'un DIU d'Hygiene Hospitaliere

PARTENARIAT

CHU de poitiers, université de Poitiers, faculté de Médecine Pharmacie de Poitiers, Laboratoire Ecologie et Biologie des Interactions, équipe MDE, UMR CNRS 7267

OBJECTIFS DU TRAVAIL

Faire un état des lieux des unités dentaires du CHU (qualité microbiologique du réseau d'eau interne incluse) et de mise en place un protocole d'entretien des circuits d'eau internes.

RESUME DU TRAVAIL

L'unité dentaire (UD) correspond au fauteuil dentaire, ses circuits (eau, air) et ses équipements (seringues multifonctions, turbines...). L'exposition au sang, à la salive et aux aérosols générés par l'UD peut engendrer des infections aussi bien chez les soignants que chez les patients, notamment les plus fragiles. Le risque viral est le plus documenté. Des cas d'infections bactériennes liées à l'eau des UD ont plus rarement été rapportés. La qualité microbiologique de l'eau circulant dans les UD est sous la responsabilité des établissements de santé qui en disposent. Les objectifs de ce travail étaient d'effectuer un état des lieux des UD de l'établissement et de mettre en place un protocole d'entretien des circuits d'eau internes.

L'état des lieux des 4 UD de l'institution a été réalisé sur les critères suivants : modèle, ancienneté, procédés de traitement de l'eau, lutte contre la stagnation de l'eau et stérilisation des dispositifs médicaux.

La qualité microbiologique des eaux a été étudiée en 3 points par UD. Des prélèvements d'amont d'UD, témoin de la qualité de l'eau l'alimentant, d'aval en sortie de la turbine après une période de stagnation et après activités de soins, témoins de la qualité microbiologique de l'eau au contact des patients et de l'équipe médicale ont été effectués. Deux campagnes indépendantes de prélèvement ont été réalisées. Des bilans de potabilité microbiologique associés à la recherche de *Pseudomonas aeruginosa* ont été effectués, ainsi que des analyses par biologie moléculaire afin d'évaluer la biomasse bactérienne et fongique totale des échantillons. La présence d'espèces pathogènes du genre *Legionella* a également été recherchée.

La typologie des UD a été établie. Les eaux prélevées en amont des UD présentaient une qualité microbiologique satisfaisante. En revanche, une biomasse microbienne importante (culture en nappe/mL d'eau) a parfois été observée dans les eaux d'aval d'UD. La présence de *Legionella anisa* a été détectée dans l'eau d'un des UD.

Un UD présentant des résultats systématiquement non satisfaisants et ne bénéficiant d'aucun traitement a été équipé d'un système de désinfection chimique. Une formation du personnel a été organisée et un protocole d'entretien des circuits internes de l'UD a été élaboré.

Les résultats microbiologiques obtenus sont satisfaisants lorsque l'UD dispose d'un système de désinfection chimique continue des circuits d'eau. Toutefois les résultats obtenus, et notamment la présence de *L. anisa*, ne permettent pas d'écarter l'éventualité d'un risque infectieux lors des soins dentaires.

CLJ-03

UTILISATION DES GRAPHIQUES CUSUM POUR LA DÉTECTION PRÉCOCE DES ÉPIDÉMIES D'INFECTIONS À STAPHYLOCOCCUS AUREUS SENSIBLE À LA MÉTICILLINE EN NÉONATOLOGIE

MANOURI M., PORNET C., LESTEVEN C., BORGEY F., DEVERE N., GUILLOIS B., CATTOIR V., LE COUTOUR X., THIBON P.

CHU Caen, CAEN, FRANCE

NATURE DU TRAVAIL PRESENTE ET CADRE DE PRESENTATION

Ce travail a été présenté en juin 2013 dans le cadre d'une soutenance académique du mémoire de Master1 "Santé, soins et société" - parcours: recherche.

PARTENARIAT

Aucun

OBJECTIFS DU TRAVAIL

L'objectif principal de ce travail a été de tester la capacité des graphiques CuSum (Cumulative sum chart) à détecter précocement la survenue d'un épisode épidémique à *Staphylococcus aureus* sensible à la méticilline (SASM) dans un service de néonatalogie.

RESUME DU TRAVAIL

Introduction/Objectif

Les infections à *Staphylococcus aureus* sensible à la méticilline (SASM) sont fréquentes en service de néonatalogie, et il peut être difficile de déterminer précocement le début d'une épidémie. A partir d'un épisode épidémique signalé en décembre 2012, notre objectif était d'évaluer l'intérêt d'une méthode pour la détermination précoce du franchissement du seuil épidémique.

MÉTHODE

Nous avons analysé l'incidence des infections à SASM survenues dans le service de néonatalogie depuis janvier 2009. Les prélèvements de dépistage ont été exclus ainsi que les hémocultures du fait de leur gravité potentielle. Pour chaque mois et dans l'impossibilité de calculer un taux d'incidence exacte, le taux d'incidence a été approché par le calcul du nombre de nouveaux cas d'enfants colonisés ou infectés à SASM en considérant un taux d'occupation stable et homogène dans le service. La période allant de janvier 2009 à décembre 2011, non épidémique, a servi de référence pour déterminer les caractéristiques de la tendance habituelle du processus de survenue de ces infections dans la routine « bruit de fond ». Un graphique « CUSUM » (Cumulative sum chart) a ensuite été construit à l'aide du logiciel SAS v 9.3 puis implémenté dans un tableur, à partir des paramètres retrouvés pour la période de référence (moyenne, variance, écart-type). Ce type de graphique permet de visualiser l'écart cumulé entre une valeur observée et une valeur cible, c'est à dire le nombre de cas en excès.

RÉSULTATS OBTENUS

Pendant la période de référence 2009-2011, le nombre mensuel moyen de cas d'infections à SASM était de 2,0 (Variance de 2,1), avec un minimum de 0 cas et un maximum de 6 cas. La distribution du nombre de cas mensuel se présentait selon une loi de Poisson. Le graphique CUSUM a montré que le franchissement du seuil épidémique, en prenant une valeur cible de 3 cas par mois, est survenu dès le mois de juin 2012.

CONCLUSION

L'épisode épidémique finalement signalé en décembre 2012 aurait pu être détecté près de 6 mois auparavant par l'utilisation des graphiques CUSUM. Ces graphiques sont adaptés au suivi des phénomènes itératifs, récurrents, de moyenne non nulle, dont on veut identifier rapidement un changement persistant, de faible amplitude. Nous proposons l'utilisation de ces graphiques de manière prospective pour la surveillance des colonisations et infections à SASM en néonatalogie.

CLJ-04**LA VISITE DE RISQUE APPLIQUÉE À L'HYGIÈNE HOSPIATLIÈRE : RETOUR D'EXPÉRIENCE DANS 52 SERVICES**

MARIE V., LASHERAS A., LEROYER C., BOYER F., BOULESTREAU H., AUFFRET A., NUNES J., ROGUES A.M.

CHU de Bordeaux, BORDEAUX, FRANCE

NATURE DU TRAVAIL PRESENTE ET CADRE DE PRESENTATION

Retour d'expérience sur l'utilisation de la visite de risque comme méthode d'analyse a priori du risque infectieux associé aux soins.

Travail réalisé dans le cadre du Mémoire de DES de pharmacie spécialisée tenant lieu de thèse pour l'obtention du diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie soutenu le 24 avril 2013.

PARTENARIAT

-

OBJECTIFS DU TRAVAIL

Rapporter l'expérience de l'utilisation de la visite de risque comme méthode d'analyse a priori du risque infectieux associé aux soins.

RESUME DU TRAVAIL

L'intégration des hygiénistes dans la démarche globale de gestion des risques d'un établissement de santé doit s'accompagner d'une évolution des approches jusqu'alors utilisées. De plus, l'appropriation de nouvelles méthodes constitue probablement une étape importante vers la réduction de la part des infections nosocomiales encore évitables.

OBJECTIF

Rapporter l'expérience de l'utilisation de la visite de risque comme méthode d'analyse a priori du risque infectieux associé aux soins.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Les visites de risque ont été conduites par un binôme IDE/PH de l'EOH auprès de 52 services hospitaliers volontaires (22 médecine, 30 chirurgie). Cette méthode combine un temps de visite d'une demi-journée : entretiens, observations de pratiques et restitution puis formalisation d'un rapport avec contractualisation sur un plan d'actions. Elle a nécessité de concevoir une grille adaptée à l'activité : 54 critères définis en utilisant une échelle de criticité à partir des 5 thèmes abordés dans le classeur d'hygiène de l'établissement. Les réponses aux critères ont permis de calculer un score de maîtrise du risque infectieux pour chaque service visité. Une synthèse des résultats et des plans d'actions a été réalisée avec description des scores par service mais aussi par catégorie professionnelle et pour chaque thème.

RÉSULTATS

Le score global obtenu par les services variait de 57 à 87 sur 100. Les thèmes politique générale, respect de précautions standard et complémentaires obtenaient un score proche de 70. Les soins techniques et la gestion des dispositifs médicaux ou de l'environnement avaient un score proche de 65, toujours plus faible en chirurgie. Les réponses des 250 professionnels interviewés étaient insuffisantes chez les correspondants en hygiène hospitalière et moins bonnes chez les aides-soignants. Chaque service a contractualisé en moyenne 10 actions d'amélioration à court, moyen et long terme avec 8 critères retrouvés dans plus de la moitié des services (gestion des aérosols, fermeture des conteneurs à OPCT, entretien du lieu de stockage du linge propre...).

CONCLUSION

La visite de risque cible l'évaluation a priori sur les activités les plus critiques ; elle est rapide, bien acceptée des professionnels et engage le service clinique qui contractualise un plan d'actions. Son utilisation a fait émerger des actions à conduire en transversalité sur l'établissement car communes à plusieurs services et a permis des comparaisons inter services dans une optique de « benchmarking ».

S P 9

**APPROCHE PSYCHO COMPORTEMENTALE DES SITUATIONS
À HAUT RISQUE INFECTIEUX :
FACTEURS INFLUENÇANT LA PERCEPTION DU RISQUE****CP11 - «MIEUX-ÊTRE AU TRAVAIL» DANS LES PLATEAUX MÉDICO-TECHNIQUES
ET INFLUENCE SUR LA PRÉVENTION DES IA**

THIERRY SALMON *Psychanalyste et Psychosociologue*

Parmi les facteurs influençant la perception du risque infectieux et les Comportements associés, voir les autres risques professionnels, se trouve la Manière dont un individu, un groupe se les représente. La théorie des Représentations sociales (Moscovici, 1961, Abric 1996) démontre que les Comportements d'un individu, d'un groupe sont sur déterminés par la Manière dont cet individu, ce groupe se représentent la réalité. C'est ce qui Permet d'expliquer pourquoi les pratiques de prévention du Sida n'ont pas Rempportées 100% de succès,

pourquoi parmi du personnel instruit dans des Hôpitaux, auprès de porteurs du VIH, développent des pratiques hygiénistes Sans rapport avec le mode de contamination du Sida (Michel Morin, Pratiques Sociales et représentations, 2012). Il en est de même avec la Maladie mentale (Denise Jodelet : Folies et Représentations Sociales 1989). Appréhender et comprendre les représentations sociales d'un groupe, sont Des clés de succès en cas de blocage, ou d'échec en lien avec la Qualité De vie au travail (cadre de référence / conflits de valeurs).

SP10 - Communications libres 5

PARAMÉDICALES PRÉVENTION AU QUOTIDIEN

CL-25

EVALUATION DES COÛTS DE DÉPISTAGE D'ERG : CULTURE VERSUS PCR, RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES

ASSOUKPA J., DUPRAZ L., LECOINTE D.
UFHHLIN, Centre Hospitalier Sud Francilien, CORBEIL-ESSONNES, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les Entérocoques Résistants aux Glycopeptides (ERG) génèrent une augmentation des coûts d'hospitalisation. La technique de référence pour le dépistage est la culture sur milieu semi-sélectif. La valeur prédictive négative de l'amplification génique (polymerase chain reaction PCR) en fait une méthode de choix pour les établissements de prévalence faible. Notre but était d'évaluer les coûts des 2 techniques au sein de l'établissement.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous avons comparé le temps de rendu des résultats et le coût global des 2 méthodes. Les patients inclus étaient ceux à risque de portage d'ERG en Réanimation (surveillance ciblée) et les patients contacts de 3 services. Deux écouvillons rectaux ont été prélevés pour chaque patient : l'un pour la recherche par culture (VRE, BioMérieux®) après enrichissement par bouillon cœur/cerveau et l'autre pour la PCR (GeneXpert vanA/B Cepheid®).

RÉSULTATS

En surveillance ciblée, 25 prélèvements ont été techniqués (20 par culture, 25 par PCR). Pour les patients contacts, 22 prélèvements (3 listes de 5, 6 et 11 patients) ont été techniqués par culture et PCR. Aucun ERG n'a été détecté. Pour la culture, le temps total d'obtention des résultats par prélèvement était de 4 jours en surveillance ciblée et 5 jours pour les listes. Pour la PCR, le temps total par prélèvement était de 48 min 03 sec en surveillance ciblée et 55 min 40 sec pour les listes. Le coût de la culture par prélèvement était de 3,77 € HT en surveillance ciblée et 3,67 € HT pour les listes. Le coût de la PCR par prélèvement était de 42,54 € HT en surveillance ciblée et 42,38 € HT pour les listes.

CONCLUSION

Le temps d'obtention des résultats par prélèvement était plus long d'un jour par culture et d'environ 7 min par PCR pour les patients contacts. Les coûts étaient similaires pour la culture et la PCR en comparant surveillance ciblée versus listes de patients contacts, alors que ceux de la culture étaient environ 10 fois plus faibles que ceux de la PCR. Dans l'attente du résultat du dépistage, les patients à risque de portage d'ERG sont mis en précautions complémentaires contact (PCC). Celles-ci durent donc 4 à 5 jours pour un coût d'environ 1 € par jour si le dépistage est effectué par culture vs environ 42 € pour quelques heures s'il est effectué par PCR. La rapidité du test PCR pourrait donc être couplée à un avantage économique, dans l'hypothèse où chaque jour de PCC coûterait plus de 13 €. Il apparaît donc nécessaire d'évaluer le coût quotidien des PCC afin de connaître le coût réel de l'utilisation de la PCR dans un établissement de prévalence faible.

CL-26

LES FREINS À LA VACCINATION ANTIGRIPPALE : RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES D'UNE ÉTUDE CHEZ LES PERSONNELS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET MÉDICO-SOCIAUX (2013)

KADI Z., ATIF M.L., IZOARD S., RETAUX K., BRENET A.
CCLIN PARIS-NORD, AMIENS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Des études récentes en France ont montré que le taux de la couverture vaccination antigrippale ne dépassait pas dans la majorité des cas les 20% chez les professionnels des établissements de santé (ES) et 26% dans les établissements médico-sociaux (EMS). L'objectif de cette étude était de mesurer la couverture vaccinale antigrippale et d'évaluer les éventuels freins à cette vaccination chez les professionnels des ES et EMS de la région.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Cette étude a été proposée par l'Antenne Régionale du CCLIN (ARLIN) à l'ensemble des ES et EMS de la région durant le second semestre de l'année 2013. Elle a reposé sur un questionnaire standardisé, anonyme et auto administré. Cette étude a été coordonnée par les équipes opérationnelles d'hygiène (EOH) au sein des ES et par les référents en hygiène formés par l'ARLIN au sein des EMS. Ces professionnels ont été sollicités pour informer et inviter leur personnel soignant et non soignant à répondre au questionnaire. La participation à l'enquête était basée sur le volontariat. La saisie et l'analyse des données ont été réalisées par l'ARLIN à l'aide du logiciel Epi-Info 7.1.3.

RÉSULTATS

Après validation, 3222 questionnaires provenant de 30 ES et 36 EMS étaient exploitables. Parmi les participants, les aides-soignants et les infirmiers (y compris les cadres de santé (CDS)) étaient les plus nombreux (respectivement 32% et 28,5%), les médecins ne représentant que 4% des participants. Au total, 23,5% des participants ont déclaré s'être fait vaccinés l'année en cours. Les CDS (45%) et les médecins (67%) avaient la couverture vaccinale la plus élevée. Les AS (18%) et les ASH (16%) étaient les moins bien vaccinés. La vaccination était significativement associée au niveau de connaissance des participants sur les modes de transmission et les moyens de prévention de la grippe aussi bien dans les ES que les EMS. Parmi les professionnels non vaccinés, les 2 premières raisons invoquées étaient que le vaccin peut entraîner la grippe (23% et 17% respectivement dans les ES et EMS) et que le vaccin a trop d'effets secondaires (22% et 16%). La mesure incitative la plus fréquemment proposée par ces derniers était une meilleure information sur l'efficacité des vaccins (21% et 20%) mais plus du tiers des participants ont déclaré qu'aucune mesure incitative ne les ferait changer d'avis sur la vaccination.

CONCLUSION

La vaccination antigrippale semble être associée au niveau de connaissance des participants sur les modes de transmission et les moyens de prévention de la grippe. Dans cette étude, les participants semblent méconnaître l'efficacité du vaccin antigrippal et s'interrogent sur sa tolérance. Des études ultérieures seront probablement nécessaires pour déterminer les voies et moyens pour une information efficace des professionnels de santé encore réfractaires à la vaccination antigrippale.

CL-27

COMPARAISON ÉCONOMIQUE DE DIFFÉRENTES TECHNIQUES DE TRAITEMENT D'UN BASSIN

THILLARD D.⁽¹⁾, **PETEL T.**⁽²⁾, **ANNEREL S.**⁽³⁾, **CADOT-HEBERT M.**⁽⁴⁾, **COLOMBINI I.**⁽⁵⁾, **DUMONT C.**⁽⁶⁾, **DECONIHOUT F.**⁽⁷⁾, **LEGEIN C.**⁽⁸⁾, **GERMAIN J.M.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Arlin Haute Normandie, ROUEN, FRANCE ; ⁽²⁾ CHU, ROUEN, FRANCE ; ⁽³⁾ EHPAD Les nymphéas bleus, VERNON, FRANCE ; ⁽⁴⁾ Résidence Albert Jean, LUNERAY, FRANCE ; ⁽⁵⁾ CH, VERNEUIL SUR AVRE, FRANCE ; ⁽⁶⁾ Fondation Beaufils, FORGES LES EAUX, FRANCE ; ⁽⁷⁾ EHPAD Les jardins d'Andelle, PERRIER SUR ANDELLE, FRANCE ; ⁽⁸⁾ ProBTP, ST ETIENNE DU ROUVRAY, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'objectif de cette étude est de comparer les coûts de traitement d'un bassin selon différentes techniques afin d'aider les établissements à choisir la technique la plus adaptée en fonction des équipements déjà disponibles, des contraintes architecturales et du nombre de bassins ou matériel assimilé à traiter journalièrement.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les 4 méthodes de traitements comparées sont :

- Traitement en laveur désinfecteur de bassins thermique (2 laves-bassins étudiés)
- Utilisation de bassins à usage unique et d'un support puis élimination en broyeur
- Utilisation de bassins protégés par un sachet protecteur et d'un gélifiant permettant une élimination dans la filière des déchets ménagers ou celle des déchets d'activités de soins à risque infectieux
- Traitement manuel avec une étape de rinçage à l'aide d'une douchette dans un local dédié puis d'une désinfection par immersion dans un détergent/désinfectant.

Dans un 1^{er} temps seul les coûts de produits, d'eau, d'électricité sont pris en compte, puis le temps agent incluant les déplacements et le temps de traitement du matériel. Les coûts d'amortissement et d'installation des différents équipements n'ont pas été calculés. Les prix catalogues hors TVA et sans négociation sont retenus. Le prix du kWh d'électricité, de l'eau froide et chaude sont repris de la littérature.

RÉSULTATS

Hors temps-agent, les coûts de traitement unitaires sont de : 0,42 à 0,45€ si utilisation d'un lave bassins, 0,56€ pour le bassin à usage unique, 0,72€ pour les sachets protecteurs, 0,24€ pour le traitement manuel. En prenant en compte le temps-agent, les coûts sont de : 1,12 à 1,16€ pour le lave-bassins, 0,90€ pour le broyeur, 0,85€ pour les sachets protecteurs et 3,18€ pour le traitement manuel.

Conclusion

L'outil proposé ici met en évidence des différences dans les coûts de traitement unitaires des bassins. Il apporte un

élément d'aide dans le choix d'une méthode de traitement des bassins qui doit aussi permettre de limiter le risque de transmission croisée lié à la contamination environnementale et du personnel (tenue, mains, aérosol, ...). Pour être utilisés, ces chiffres doivent être recalculés par chaque établissement en incluant les propres des coûts de consommables, d'eau et d'électricité. Le traitement manuel (le moins ergonomique et le moins satisfaisant pour la prévention du risque de contamination environnementale) apparaît le plus cher et le plus chronophage pour les agents. Ce mode de traitement est à réserver aux situations dégradées pour lesquels les autres techniques ne peuvent être utilisées.

CL-28

L'ANALYSE DE SCÉNARIO CLINIQUE EN PRATIQUE

JOURDAIN S., DANIEL L.

CHRU BREST, BREST CEDEX, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'évolution réglementaire de la politique de gestion des risques des établissements de santé incite les EOH à développer des outils validés par la HAS dont l'analyse de scénario clinique (ASC). Notre objectif est de tester cette méthode de gestion du risque à priori créée et adaptée par le CCECQA et par le CCLIN Sud-ouest à la gestion du risque infectieux.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous avons utilisé la méthode de démarche projet (PDCA) pour mettre en œuvre l'ASC en néonatalogie. Le préalable était la construction d'un scénario adapté. L'animation de la séance a été évaluée par un cadre de santé formé à la pédagogie. Une enquête de satisfaction auprès des professionnels participants a été réalisée.

RÉSULTATS

Les critères de réussite de cette ASC étaient réunis : 2 animateurs experts en gestion du risque infectieux et formés à la méthode, 11 professionnels représentant chaque fonction de l'unité, un suivi rigoureux des étapes et du temps. Les variations apportées à la méthode sont : l'écriture d'un scénario, nécessaire pour s'adapter à la néonatalogie. Nous avons utilisé l'analyse des causes profondes d'une épidémie d'origine bactérienne chez des prématurés dans un secteur voisin. La grille d'identification des défenses a servi d'outil de soutien à l'animation et non de grille à renseigner. Les échanges des participants étaient notés sur paper board qui était utilisé comme support pour l'étape suivante (analyse "ici"). La grille de recueil qui doit être remplie en séance entravait l'animation, nous l'avons transformée en compte rendu complété à posteriori. L'évaluation de l'animation confirme la nécessité de la co-animation : un animateur et un secrétaire. 2 semaines après l'ASC les participants ont

répondu à un questionnaire de satisfaction : les 9 répondants étaient satisfaits trouvant la méthode facile. Ils se sont impliqués dans la recherche des causes de l'épidémie. Leur capacité à citer les actions d'amélioration 1 mois après l'ASC témoigne de l'efficacité de la méthode.

CONCLUSION

L'ASC est une méthode simple, efficace qui en 1 heure permet à une équipe d'analyser ses pratiques, d'identifier ses défaillances et de proposer des solutions. Les événements indésirables graves analysés (RMM, CREX, etc.) constituent une base de données intéressante pour la création de scénarii. Cette expérimentation nous a permis de valoriser la méthode auprès des EOH de la région et de l'interregion. L'ASC peut aussi s'appliquer à d'autres vigilances. L'hémovigilance de notre établissement l'a expérimentée avec succès.

CL-29

EVALUATION DE L'ACTIVITÉ SPORICIDE DE LINGETTES PRÉIMPRÉGNÉES POUR LA DÉSINFECTION DES DISPOSITIFS MÉDICAUX

HAVERBEQUE E., INGHELIS Y., BOUDRAHEM M., CATTOEN C., DEWULF G.

Centre hospitalier de Valenciennes, VALENCIENNES, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'arrivée sur le marché de lingettes imprégnées de désinfectant adaptées aux endoscopes sans canal opérateur et sondes d'échographie paraît séduisante pour les plateaux techniques d'endoscopie et d'échographie. Une évaluation de ce type de dispositif nous a semblé nécessaire avant d'autoriser leur utilisation dans l'établissement, en particulier concernant l'activité sporicide.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

En l'absence de méthodologie normative adaptée pour assurer une évaluation de la sporicidie sur des lingettes utilisées dans le domaine médical, nous avons suivi la norme européenne NF EN 13697 réservée au domaine agro-alimentaire.

Cette activité a été évaluée sur la souche bactérienne *Bacillus subtilis* subsp. *spizizenii* ATCC 6633 conformément aux normes de désinfection NF EN 14347 et NF T72-230/231 utilisées dans le domaine médical. Une réduction logarithmique de la viabilité égale ou supérieure à 4 (norme européenne) ou 5 (norme française) est attendue.

Une suspension bactérienne calibrée est déposée en condition de saleté selon la norme NF EN 13697 sur des surfaces d'essai en acier inoxydable et séchées. Les lingettes désinfectantes sont utilisées selon les recommandations du fournisseur de manière à nettoyer le film séché. Les surfaces sont ensuite transférées dans une solution neutralisante afin

de stopper l'activité du désinfectant. Le dénombrement des bactéries viables encore présentes sur les surfaces est réalisé afin d'évaluer l'efficacité de la désinfection. Conformément aux normes, différents témoins sont associés à ces essais : essais de dénombrement bactérien, témoin de neutralisation et témoin de séchage. Un autre témoin (« témoin mécanique 3 passages ») a été adjoint systématiquement afin d'évaluer l'impact de l'effet mécanique de l'essuyage par les lingettes et d'évaluer l'activité sporicide réelle du désinfectant présent dans le dispositif.

RÉSULTATS

Après validation des témoins, 8 essais en conditions réelles d'utilisation ont été réalisés afin de vérifier la répétabilité et reproductibilité de notre test. La réduction logarithmique entre le témoin de séchage et l'essai proprement dit oscille entre 2,93 et 3,62 ; celle entre le « témoin mécanique 3 passages » et l'essai proprement dit est inférieure à 1,3.

CONCLUSION

L'activité sporicide du dispositif retrouvée lors de nos essais ne satisfait pas aux exigences des normes médicales et semble en décalage avec les performances annoncées par le fournisseur. Etant donné l'utilisation croissante de ce type de lingettes, il semble important que les autorités sanitaires proposent une norme permettant de tester l'action antimicrobienne réelle.

CL-30

ÉPIDÉMIE DE GRIPPE DANS DES UNITÉS DE SOINS DE LONGUE DURÉE : ANALYSE A POSTERIORI SELON LA MÉTHODE ALARM

MIAS S.⁽¹⁾, **MARINI H.**⁽²⁾, **KADRI K.**⁽¹⁾, **LEMAITRE S.**⁽¹⁾, **LEBARON C.**⁽¹⁾, **DUVERNOIS BERTRAND S.**⁽¹⁾, **MERLE V.**⁽¹⁾, **CZERNICHOW P.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU-Hôpitaux de Rouen, ROUEN CEDEX, FRANCE ;

⁽²⁾ CHU-Hôpitaux de Rouen, ROUEN CEDEX, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

réaliser l'analyse systémique des mécanismes de survenue d'une épidémie de grippe dans une unité de soins de longue durée (USLD) d'un Centre Hospitalier Universtaire afin d'identifier les actions correctives permettant d'empêcher la répétition de l'évènement.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'épidémie de grippe s'est déroulée du 25/02 au 07/03/2013 dans 2 USLD de 35 lits chacune. Elle a concerné 29 résidents et 4 professionnels de santé. Six décès en lien avec la grippe sont survenus. La méthode ALARM (Association for Litigation and Risk Management) a été choisie pour réaliser l'analyse systémique de cet évènement. Dans un premier temps, la chaîne des évènements qui a conduit à la survenue de

l'épidémie de grippe a été établie. Dans un second temps, les défauts dans la gestion des soins ont été identifiés. Les conditions et le contexte organisationnel dans lesquels avaient pu avoir lieu les erreurs ont été étudiés. Enfin des facteurs contributifs spécifiques et généraux ont été identifiés.

RÉSULTATS

Le retard dans la prescription des précautions complémentaires gouttelettes et dans le repérage de la situation épidémique ont constitué les écarts majeurs dans la phase initiale de l'épidémie. La méthode ALARM a permis de mettre en évidence les causes immédiates individuelles. Elle a particulièrement repéré l'absence d'une procédure formalisée pour la gestion des cas groupés de grippe par les équipes et de la formation à cette gestion, l'absence d'information et de formation des professionnels de santé et des familles concernant les mesures de prévention de la transmission de la grippe, un effectif inadapté sur la période concernée, ainsi qu'un manque d'expérience dans cette gestion de cas groupés de grippe. Le travail d'analyse a ainsi conduit à l'identification et à la mise en oeuvre d'actions d'amélioration pour l'ensemble du pôle EHPAD/USLD: l'organisation d'une information annuelle sur la grippe à destination des professionnels de santé et des familles des résidents et la mise en place d'une procédure formalisée et d'une formation pour la gestion des cas groupés de grippe (et plus largement des IRA) pour les professionnels de santé. Ces mesures sont mises en place pour l'hiver 2013-2014.

CONCLUSION

L'utilisation de la méthode ALARM a permis de réaliser une analyse systémique, globale et efficace de cette épidémie de grippe sévère. Elle a ainsi contribué à la mise en place d'actions d'amélioration concrètes, dans l'ensemble des secteurs EHPAD USLD de l'établissement, au delà du secteur directement concerné.

SP11 - Communications libres 6

BMR/BHR

CL-31

132 SUSPICIONS DE PORTAGE DE BACTÉRIES MULTI OU HAUTEMENT RÉSISTANTES (BMR/BHR) AUX ANTIBIOTIQUES CHEZ DES PATIENTS RAPATRIÉS OU AYANT ÉTÉ HOSPITALISÉS À L'ÉTRANGER

LEPAINTEUR M., BIRGAND G., LOLOM I., REIBEL F., NEULIER C., ARMAND-LEFEVRE L., ANDREMONT A., LUCET J.C.

Hopital Bichat - Claude Bernard, PARIS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La maîtrise de la diffusion des BHR importées lors de rapatriement ou d'antécédent d'hospitalisation à l'étranger fait l'objet de recommandations nationales. Nous décrivons les données de surveillance des patients suspects de portage de BHR commensales ou saprophytes.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Entre 07/2012 et 10/2013 dans un CHU de 950 lits, tout patient (Pt) rapatrié ou hospitalisé à l'étranger dans l'année précédente signalé à l'unité d'hygiène était inclus. Les dépistages ont recherché le portage de BMR (beta-lactamase à spectre étendu, BLSE et *S. aureus* résistant à la méticilline, SARM) et de BHR (entérocoque résistant aux glycopeptides (ERG), entérobactérie productrice de carbapénémase (EPC) et *Acinetobacter baumannii* résistant à l'imipénème (ABRI)). La recherche d'EPC et d'ERG a été effectuée après enrichissement des écouvillons rectaux.

RÉSULTATS

Au total, 132 Pts ont été inclus dans l'étude parmi lesquels 63 (48%) étaient colonisés avec au moins 1 BMR : 5 SARM et 60 EBLSE; 2 Pts étaient co-colonisés avec EBLSE et SARM. Vingt des 60 Pts porteurs d'EBLSE étaient colonisés par 2 EBLSE différentes avec 80 EBLSE au total, parmi lesquels 47 (59%) étaient des *E. coli*. Au total, 15 (11%) Pts ont été identifiés porteurs de BHR avec 24 souches isolées : 9 souches d'EPC

(4 OXA-48, 2 NDM-1, 2 KPC et 1 IMP-2), 6 ERG (5 *E. faecium* vanA et 1 vanB) et 9 ABRI (6 OXA-23, 1 NDM-1, 1 OXA-24, 1 toto-R). La prévalence des BHR était plus importante chez les Pts rapatriés d'un hôpital étranger (n= 10/35, 28%) que chez les Pts hospitalisés à l'étranger durant l'année précédente (n= 5/97, 5%). La majorité des Pts étaient originaires d'Afrique du nord (n= 52, 39%) sans différence de BHR en fonction de la région. La prévalence de colonisation à BHR était plus importante chez les Pts sous que sans antibiotiques à l'admission (11/54, 20% vs 4/75, 5%) et chez les Pts admis en réanimation (n= 7/24, 29%), en comparaison des autres unités. Quatre épisodes de BHR ont générés des cas secondaires, 3 avec ABRI (1, 2 et 13 cas secondaires) et 1 avec ERG (2 cas secondaires). Durant la même période, 6 patients avec un passé récent d'hospitalisation à l'étranger, mais sans alerte du service clinique ont été identifiés porteurs de BHR dans un prélèvement clinique (2 EPC, 2 ERG and 2 ABRI).

CONCLUSION

La prévalence des BMR et BHR chez les Pts rapatriés est élevée, elle l'est aussi chez ceux avec des antécédents d'hospitalisation à l'étranger, justifiant une politique élargie de dépistage. L'identification fortuite à partir de prélèvements cliniques de 6 cas de BHR suggère que le système d'alerte est imparfait et doit être amélioré.

CL-32

UN RISQUE DE SURVENUE D'UNE ÉPIDÉMIE PLUS IMPORTANT AVEC LES ERG QU'AVEC LES EPC

FOURNIER S., MONTEIL C., RICHARD C., JARLIER V., RÉSEAU DES EOH .

AP-HP, PARIS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Comparer le risque de survenue d'une épidémie lors d'une alerte concernant les entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG) et les entérobactéries productrices de carbapénémase (EPC).

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Depuis 2010, les caractéristiques des alertes impliquant un ERG et une EPC sont recueillies de façon prospective dans un groupe d'hôpitaux: lien du cas index avec un séjour à l'étranger, survenue d'une épidémie (au moins un cas secondaire), nombre de cas secondaires, mesures mises en place autour du cas index dans les 48h suivant son admission : personnel dédié pour sa prise en charge, précautions complémentaires contact seules (PCC), retard à l'isolement. Une comparaison des alertes à ERG et EPC est réalisée (test de Fisher, test du Chi2).

RÉSULTATS

Entre 2010 et 2013, 127 alertes à ERG et 246 alertes à EPC ont été analysées. Un lien entre le cas index et une hospitalisation à l'étranger a été identifié dans 74 alertes à ERG (58%) et 197 alertes à EPC (80%), $p < 0,001$. Ces alertes ont donné lieu à 55 épidémies, dont 34/127 (27%) à ERG et 21/246 (9%) à EPC, $p < 0,001$. Au cours de ces 55 épidémies, 246 cas secondaires ont été identifiés : 197 porteurs d'ERG (61% des porteurs d'ERG) et 49 porteurs d'EPC (17% des porteurs d'EPC), $p < 0,001$. Le nombre moyen de cas secondaires par alerte est de 1,6 pour ERG et 0,2 pour EPC, $p < 0,001$.

La survenue d'une épidémie et le nombre de cas secondaires ne sont pas significativement différents entre ERG et EPC si du personnel paramédical a été dédié pour le cas index dans les 48h suivant son admission.

En revanche, si des PCC seules ont été appliquées ou si les mesures de prévention ont été appliquées avec retard, la proportion d'épidémies et le nombre de cas secondaires sont plus importants pour les alertes à ERG que pour celles à EPC.

	Mesures mises en place dans les 48h suivant l'admission du cas index								
	Personnel dédié			PCC			Retard à l'isolement		
	ERG	EPC	p	ERG	EPC	p	ERG	EPC	p
Alertes	18	28		57	109		52	109	
Epidémies	1	0	0.4	8	9	0.024	25	12	< 10 ⁻³
Cas (nombre total)	21	28		89	131		214	136	
Cas secondaires	3	0	0.07	32	22	0.001	162	27	< 10 ⁻³

CONCLUSION

Le risque de survenue d'une épidémie et le nombre de cas secondaires semblent plus importants pour les alertes impliquant un ERG que pour celles impliquant une EPC, si le cas index n'est pas pris en charge par du personnel dédié dans les 48 premières heures.

CL-33

RISQUE DE SURVENUE D'UNE ÉPIDÉMIE À BACTÉRIES HAUTEMENT RÉSISTANTES ÉMERGENTES (BHRE) SELON LE TYPE DE MESURES MISES EN PLACE AUTOUR DU CAS INDEX

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

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Evaluer le risque de survenue d'une épidémie à BHRe (entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG) et entérobactéries productrices de carbapénèmase (EPC)) en fonction des mesures mises en place autour d'un cas index.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les mesures de prévention des épidémies mises en place à l'admission d'un patient porteur de BHRe peuvent varier selon que le cas index est connu porteur dès son admission, qu'il est identifié à risque car hospitalisé récemment à l'étranger, ou encore qu'il est découvert porteur fortuitement en cours d'hospitalisation. Selon les cas, du personnel peut être dédié pour sa prise en charge, des précautions complémentaires contact seules (PCC) peuvent être appliquées dès l'admission, ou encore les PCC peuvent être appliquées avec retard.

De 2010 à 2013, les caractéristiques des alertes impliquant une BHRe ont été recueillies de façon prospective dans un groupe d'hôpitaux: lien du cas index avec un séjour à l'étranger, survenue d'une épidémie (au moins un cas secondaire), nombre de cas secondaires, catégorie de mesures mises en place autour du cas index dans les 48h suivant son admission.

Le risque de survenue d'une épidémie et l'ampleur de l'épidémie, évaluée par le nombre de cas secondaires, sont comparés en fonction des mesures mises en place (test du Chi2).

RÉSULTATS

Entre 2010 et 2013, 373 alertes à BHRe (127 à ERG et 246 à EPC) ont été analysées. Un lien entre le cas index et une hospitalisation à l'étranger a été identifié dans 271 alertes (73%). Ces alertes ont donné lieu à 55 épidémies. Au cours de ces épidémies, 246 cas secondaires ont été identifiés.

Le nombre d'épidémie varie significativement en fonction des mesures mises en place autour du cas index dans les 48h suivant son admission : 1 épidémie sur 46 alertes (2%) si du personnel a été dédié pour sa prise en charge, 17 épidémies sur 166 alertes (10%) si des PCC seules ont été mises en place, 37 épidémies sur 161 alertes (23%) si les précautions complémentaires ont été appliquées avec retard, $p < 10^{-3}$. Le nombre de cas secondaires varie également de façon significative en fonction de ces trois catégories de mesures: respectivement, 3 cas secondaires sur 49 cas (6%), 54/220 (25%) et 189/350 (54%), $p < 10^{-3}$.

CONCLUSION

La prise en charge d'un patient porteur de BHRé par du personnel dédié minimise le risque de survenue d'une épidémie et le nombre de cas secondaires. Le risque épidémique et l'ampleur de l'épidémie sont plus importants si des PCC seules sont appliquées, et à fortiori si aucune mesure n'est mise en place dans les 48 premières heures.

CL-34**FAUX NÉGATIFS DES DÉPISTAGES BHRE CHEZ LES PATIENTS HOSPITALISÉS À L'ÉTRANGER DANS L'ANNÉE PRÉCÉDENTE**

TEYSSIERES E.⁽¹⁾, DOIT C.⁽²⁾, DURAND I.⁽²⁾, FORTINEAU N.⁽²⁾, GUÉRIN J.M.⁽²⁾, JANSEN C.⁽²⁾, KASSIS-CHIKHANI N.⁽²⁾, SEYTRE D.⁽²⁾, JARLIER V.⁽²⁾, FOURNIER S.⁽²⁾, RÉSEAU DES EOH AP-HP.⁽²⁾

⁽¹⁾ Siège AP-HP, PARIS, FRANCE ; ⁽²⁾ AP-HP, PARIS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le Haut Conseil de la santé publique recommande que les patients hospitalisés à l'étranger dans l'année précédente soient placés en précautions complémentaires contact (PCC) et dépistés à la recherche de bactéries hautement résistantes aux antibiotiques émergentes (BHRE) : entérobactéries productrices de carbapénémase (EPC) et entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG).

Si ce dépistage est négatif, il est recommandé d'évaluer le risque que le patient soit quand même porteur, de lever les PCC et de renouveler le dépistage, notamment en cas d'antibiothérapie. L'objectif de cette étude est d'évaluer la proportion de patients ayant des antécédents d'hospitalisation à l'étranger, porteurs de BHRE et dont le premier dépistage est négatif.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Recueil prospectif des caractéristiques des alertes impliquant une BHRE en 2013 dans un groupe d'hôpitaux : lien du cas index avec une hospitalisation à l'étranger, mise en place des PCC, résultats des dépistages, antibiothérapie, survenue d'une épidémie.

RÉSULTATS

En 2013, 156 alertes à BHRE ont été analysées, 118 à EPC et 38 à ERG.

Une hospitalisation récente du cas index à l'étranger a été retrouvée dans 93 alertes (69 à EPC, 24 à ERG). Dans 82 alertes, le cas index a été placé en PCC et dépisté dès son arrivée.

Pour 10 (9 à EPC, 1 à ERG) de ces 82 alertes (12%), le premier dépistage s'est avéré négatif. Le portage n'a été découvert qu'au 2^{ème} (8 cas) voire au 3^{ème} dépistage (2 cas).

Six patients étaient hospitalisés en médecine, 3 en réanimation, 1 en chirurgie.

Huit patients sur 10 ont reçu des antibiotiques à large spectre à la suite du premier dépistage négatif. Une de ces 10 alertes a donné lieu à une épidémie à EPC (3 cas secondaires).

CONCLUSION

Cette étude évalue à au moins 12% le risque de faux négatif lors du premier dépistage de BHRE chez des patients hospitalisés à l'étranger. Ce dépistage doit être renouvelé chez les patients sous antibiotiques et la décision de lever les PCC doit être prise avec prudence.

CL-35**ÉPIDÉMIE À ACINETOBACTER BAUMANNII RÉ-SISTANT À L'IMPÉNÈME : STRATÉGIES POUR UNE MAÎTRISE RAPIDE ET INVESTIGATIONS DES DIFFÉRENTES VOIES DE TRANSMISSION**

FONDRINIER C.⁽¹⁾, MOUET A.⁽¹⁾, FINES-GUYON M.⁽¹⁾, PORNET C.⁽¹⁾, BORGEY F.⁽²⁾, CATTOIR V.⁽¹⁾, LE COUTOUR X.⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU de Caen, CAEN, FRANCE ; ⁽²⁾ ARLIN, BASSE NORMANDIE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Description d'une épidémie à *Acinetobacter baumannii* résistant à l'imipénème (ABRI), particulière par sa diffusion dans cinq unités différentes dont des unités de médecine, et des méthodes d'investigations qui ont mis en évidence les multiples vecteurs de transmission de la bactérie.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les investigations de l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) ont été menées par l'étude spatio-temporelle détaillée du parcours de patients, de leurs visiteurs, du personnel soignant et du matériel commun. Les souches d'ABRI ont été isolées à partir de prélèvements cliniques ou à partir de prélèvements de dépistage (gorge et rectum) sur géloses sélectives (Brilliance CRE, Oxoid). La comparaison des souches a été effectuée en utilisant la méthode de rep-PCR (Diversilab, bioMérieux).

RÉSULTATS

Le 6 février 2013, 2 cas d'infections à ABRI (pneumopathie, infection urinaire) ont été signalés dans une unité de réanimation chirurgicale. Ces 2 patients étaient hospitalisés dans les chambres voisines du cas index, rapatrié de Roumanie, porteur d'un ABRI producteur de carbapénémase OXA-23, d'un entérocoque résistant à la vancomycine VanA(+) et d'un *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline. Le manuportage par les soignants était jugé comme la voie de transmission la plus probable. Courant février, 4 autres cas ont été déclarés dans d'autres unités de réanimation dont un patient en réanimation médicale, service distant

géographiquement et sans lien épidémiologique apparent. En 4 mois, un total de 10 patients positifs à ABRI (8 infections, 2 colonisations) a été rapporté dans 5 unités différentes, dont 3 cas à distance de l'épidémie (orthopédie et urologie). Les mesures de prévention et de sensibilisation mises en place ont été adaptées et réévaluées au cours de l'épidémie (sectorisation, personnel dédié, bionettoyage renforcé...). La technique de rep-PCR a permis de confirmer de façon très précoce que les 10 souches étaient clonalement reliées, corroboré a posteriori par l'enquête approfondie de l'EOH qui a mis en évidence différents vecteurs de transmissions (personnel soignant, matériel et visiteurs communs, plateaux techniques partagés).

CONCLUSION

La multiplicité des vecteurs de transmission et la persistance bactérienne environnementale expliquent des résurgences à distance de l'épidémie. La mise en place précoce et appropriée des mesures de prévention et de sensibilisation du personnel a permis de maîtriser une épidémie et ses cas résurgents et d'éviter un retour à une situation épidémique.

CL-36

GESTION D'UNE ÉPIDÉMIE RÉGIONALE DE KLEBSIELLA PNEUMONIAE OXA-48, 2012-2013

BERNET C.⁽¹⁾, **LAPRUGNE-GARCIA E.**⁽¹⁾, **BONNET C.**⁽¹⁾, **JARD M.**⁽¹⁾, **SAVEY A.**⁽¹⁾, **BERROUANE Y.**⁽²⁾, **VEYRES P.**⁽²⁾, **FOSSÉ T.**⁽²⁾, **DELAROZIERE J.C.**⁽³⁾, **DEFMONS S.**⁽³⁾, **LORY A.**⁽³⁾, **JEAN E.**⁽⁴⁾, **VAUX S.**⁽⁵⁾, **CUZON G.**⁽⁶⁾, **DORTET L.**⁽⁶⁾
⁽¹⁾ CClin Sud-Est, hôpital Henry Gabrielle, Hospices Civils de Lyon, SAINT GENIS LAVAL, FRANCE ; ⁽²⁾ CHU, NICE, FRANCE ; ⁽³⁾ ARlin PACA, MARSEILLE, FRANCE ; ⁽⁴⁾ ARS PACA, MARSEILLE, FRANCE ; ⁽⁵⁾ InVS, SAINT MAURICE, FRANCE ; ⁽⁶⁾ CNR, Hôpital de Bicêtre, LE KREMLIN-BICETRE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Nous rapportons l'expérience de gestion d'une épidémie d'ampleur inhabituelle d'infections ou colonisations à *Klebsiella pneumoniae* productrice de carbapénémase de type OXA-48 qui a impliqué les niveaux local, régional, interrégional et national.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Un service de réanimation médicochirurgicale d'un établissement de santé (ES) de 1650 lits répartis sur 6 sites a donné l'alerte en octobre 2012. Des mesures pour la maîtrise de la diffusion de ce germe ont été mises en place entre septembre 2012 et février 2013, puis renforcées en août 2013, grâce à une coopération entre l'équipe opérationnelle d'hygiène, les professionnels de l'ES, et les autres partenaires

concernés. Un total de 19 souches a été identifié, appartenant toutes au même clone, responsables de 13 cas d'infections et 6 colonisations.

RÉSULTATS

Cette épidémie a touché 15 ES dont 9 avec survenue de cas secondaires. Au 10 janvier 2014, 106 cas (33 infectés, 73 colonisés) ont été rapportés, dont 33 décès (sans information sur l'imputabilité directe de l'infection), répartis dans 5 départements dont 2 hors inter région. La comparaison des souches a permis de confirmer la diffusion régionale de l'épidémie. Des mesures de prévention ont été recommandées : renforcement des précautions standard, précautions complémentaires d'hygiène de type contact, gestion des toilettes et des excréta (suppression de douchettes), hygiène de l'environnement, dépistage des contacts. Des prélèvements d'environnement ont été effectués. La commission des antibiotiques a été associée aux mesures. A 11 mois, le 30 août 2013, une unité de cohorting a été ouverte en réanimation, complétée le 16 septembre 2013 par une unité régionale dédiée d'aval de 10 lits en maladies infectieuses. Une application informatique d'aide à l'extraction des patients réadmis et au suivi des contacts a été élaborée. La coordination inter régionale a compris : une politique de dépistage des contacts avec rappel de la définition des patients contacts, la diffusion hebdomadaire des services concernés par des cas (infectés/colonisés) aux ES, ainsi que la diffusion de recommandations en cas d'identification de la souche et d'outils d'information. 11 visites par les partenaires ont permis d'accompagner les ES.

CONCLUSION

Malgré le retard à la mise en place rapide de certains des moyens préconisés et l'ampleur inhabituelle de l'épidémie, la plus importante en France, la coopération des partenaires loco-régionaux et nationaux et le suivi en temps réel des 66 signalements a montré une bonne efficacité mais qui reste à conforter. Le dispositif du signalement a été opérationnel.

SP12

ACTUALITÉS EN HYGIÈNE HOSPITALIÈRE**CP15 - DESINFECTION DES SONDES ENDOCAVITAIRES :
FAUT-IL FAIRE EVOLUER LES PRATIQUES EN FRANCE ?**

PR. BRUNO POZZETTO,

*Président du groupe de travail du Haut Conseil de la Santé Publique composé de :
Thomas Bénet, Gilles Brabant, Manon Garde, Bénédicte Gourieux,
Bruno Grandbastien, Meriam Memmi, Christian Rabaud et Philippe Vanhems*

Des recommandations ont été émises par le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) en décembre 2007 et octobre 2008 sur les mesures de désinfection des sondes d'échographie endocavitaire (SEE) ; ces avis se rapportaient aux sondes rectales, vaginales et oesophagiennes (dans le cadre des examens d'ETO) ainsi qu'aux endoscopes rigides utilisés dans des cavités non stériles. Ces mesures recommandent la mise en place d'une gaine de protection et, en cas d'intégrité de celle-ci au terme de l'examen, une désinfection de niveau 1 dans la classification de Spaulding. En cas de déchirure de la gaine ou de souillures macroscopiques de la sonde, une désinfection de niveau 2 doit être appliquée.

Suite à la publication de ces mesures, diverses voix se sont faites entendre pour contester le bien-fondé de ces recommandations et exiger un renforcement des mesures de désinfection (niveau 2 voire 3 dans la classification de Spaulding).

Les arguments développés par les partisans d'un rehaussement des mesures d'hygiène vis-à-vis des SEE et autres endoscopes rigides sont de trois ordres :

- épidémiologique, sur la base d'une méta-analyse publiée en 2013 par S. Leroy (1), faisant ressortir un risque très sous-estimé de contaminations bactériennes et virales par les pratiques actuelles en regard d'une analyse systématique de la littérature ;
- microbiologique, avec identification de nouveaux risques, notamment viraux liés aux papillomavirus humains (HPV), par mise en évidence de fragments de génome de ces agents sur une proportion non négligeable de SEE après application d'une désinfection de niveau 1 (2-5) ;
- technologique, avec apparition de nouveaux procédés physico-chimiques de désinfection des SEE (péroxyde d'hydrogène, exposition aux rayonnements ultra-violet C, lingettes à base de dioxyde de chlore ...).

Suite à une saisine du HCSP, et en accord avec les Sociétés savantes concernées, un groupe de travail s'est mis en place en 2014 avec la mission de réévaluer les mesures préconisées

en 2007-2008 et de proposer au HCSP une actualisation des recommandations de 2007-2008 (confirmées en 2009 par l'Académie Nationale de Médecine).

Le groupe de travail dont la composition figure en tête de ce résumé a mis en place les actions suivantes :

- réévaluation minutieuse de la méthodologie et des conclusions des études suggérant une efficacité insuffisante des modalités actuelles de prévention du risque infectieux ;
- audition de représentants des Sociétés savantes concernées par ces activités afin d'évaluer les pratiques actuelles et de discuter leur actualisation ;
- audition d'experts en virologie, en désinfection, en gestion des risques infectieux, ainsi que des représentants des usagers ;
- synthèse des recommandations internationales sur le sujet à partir de l'interrogation d'experts étrangers.

A partir de ces données, le groupe de travail propose une actualisation des mesures préconisées en 2007-2008 en orientant sa réflexion autour de trois grands thèmes :

- amélioration des connaissances en termes de risques infectieux associés aux SEE avec notamment une réévaluation spécifique du risque HPV ;
- mise à jour des recommandations relatives à la désinfection des SEE à la lumière des données nouvelles ;
- réalisation d'études capables d'évaluer l'efficacité des nouveaux procédés de désinfection sur HPV.

Ces mesures seront soumises à l'approbation du HCSP dès juin 2014 et feront l'objet d'un rapport qui sera finalisé pour la rentrée 2014 après concertation avec les Sociétés savantes concernées.

La présentation qui sera faite lors du Congrès de la SF2H fera le point de l'état des réflexions du groupe de travail à cette date et proposera des pistes de travail autour des trois thèmes évoqués ci-dessus en distinguant les mesures qui peuvent être proposées sans délai pour prendre en compte les données nouvelles mises en évidence depuis 2007 et les travaux à mettre en œuvre afin de préciser certains points encore non

résolus du fait des insuffisances des études actuelles et des incertitudes qui persistent, notamment en termes d'efficacité des méthodes alternatives à celles préconisées en 2007-2008. Il est important de préciser que ces informations sont fournies à titre préliminaire afin d'élargir le débat et n'engagent en rien les conclusions définitives du groupe de travail et du HCSP.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Leroy S. Infectious risk of endovaginal and transrectal ultrasonography: systematic review and meta-analysis. *J Hosp Infect.* 2013; 83:99-106.
2. Ferenczy A, Bergeron C, Richart RM. Human papillomavirus DNA in fomites on objects used for the management of patients with genital human papillomavirus infections. *Obstet Gynecol.* 1989; 74:950-4.
3. Casalegno JS, Le Bail Carval K, Eibach D, Valdeyron ML, Lamblin G, Jacquemoud H, Mellier G, Lina B, Gaucherand P, Mathevet P, Mekki Y. High risk HPV contamination of endocavity vaginal ultrasound probes: an underestimated route of nosocomial infection? *PLoS One.* 2012; 7:e48137.
4. Ma STC, Yeung AC, Chan PKS, Graham CA. Transvaginal ultrasound probe contamination by the human papillomavirus in the emergency department. *Emerg Med J.* 2013; 30:472-5.
5. (M'Zali F, Bounizra C, Leroy S, Mekki Y, Quentin-Noury C, Kann M. Persistence of microbial contamination on transvaginal ultrasound probes despite low-level disinfection procedure. *PLoS One.* 2014; 9:e93368.

Résumés des Posters Congrès et Junior

P-001

POUR UNE MEILLEURE HYGIÈNE DES MAINS DES PATIENTS EN HÉMODIALYSE

BERTRAND M., BOULOT F.
Aura, PARIS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les audits de branchement sur FAV réalisés sur nos différents sites en 2013 ont montré que seul 12% de nos patients réalisaient une hygiène des mains avant le branchement.

OBJECTIFS

- Améliorer l'hygiène de nos patients lors de leur prise en charge en HD et limiter les risques d'IAS
- Sensibiliser le patient à l'importance de l'hygiène en hémodialyse en décrivant les mesures à suivre
- Constituer un guide de conduite à tenir en cas d'incidents entre 2 séances d'hémodialyse
- De rendre le patient plus autonome dans sa prise en charge durant sa dialyse et après son retour chez lui.
- De lui donner un recueil d'informations simples et utiles

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Elaboration par l'IDE hygiéniste et les IDE d'une équipe de dialyse d'un document (petit livret d'une vingtaine de pages) composés de dessins avec des « bulles » de commentaires qui soit simple et accessible à tous. Ce document a été validé par nos médecins et traduit en anglais, espagnol et arabe.

Son impression a été sponsorisée par des laboratoires médicaux. Exemple d'une page (voir l'image ci-jointe)

Mise en place de ce support de communication

1. Présentation du livret par l'EOH aux équipes soignantes et aux correspondants hygiène pour qu'ils se l'approprient
2. Explication par le personnel soignant du contenu du livret aux patients (réelle opportunité pour le soignant de parler d'hygiène aux patients)
3. Responsabilisation des patients sur l'importance de l'hygiène en HD.



Exemple d'une page du livret

RÉSULTATS

Fin 2014, de nouveaux audits de branchements seront effectués, une amélioration de 50% du taux de conformité à l'hygiène des mains des patients est attendue.

CONCLUSION

Ce livret rentre dans le cadre des objectifs d'amélioration de l'hygiène des mains de nos patients. Il sera complété par la mise en place de « caissons pédagogiques » à l'entrée des salles de dialyse pour que les patients « s'auto testent » sur l'efficacité de leur friction avec les SHA. Fin 2014, de nouveaux audits de branchements seront effectués, une amélioration de 50% du taux de conformité à l'hygiène des mains des patients est attendue.

P-002

CONNAISSANCES ET CROYANCES À PROPOS DE LA FRICTION HYDRO-ALCOOLIQUE.

AMBROGI V., AMIEL M., CORSON L., MARCELLIN S., DESBOEUF K.
CH Lavour, LAVOUR, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans le cadre de la semaine de sécurité du patient, les connaissances et les croyances des personnels sur le produit hydro-alcoolique (PHA) ont été évaluées dans notre établissement, afin d'évaluer quels seraient les besoins éventuels en formation. Un objectif était aussi d'élaborer une plaquette type FAQ pour les personnels afin de vaincre les préjugés et/ou croyances concernant la friction hydro-alcoolique (FHA).

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le quizz était auto-administré puis corrigé collectivement. Une session pratique était ensuite réalisée avec une « boîte à mains ». Enfin il était restitué au service les chiffres de sa consommation annuelle de PHA avec le cas échéant indication d'une nécessité de progresser.

Le quizz était constitué de 5 parties avec pour thèmes: pré-requis à l'hygiène des mains; FHA et situations de soins (patients infectés/ colonisés à BMR, BHR ou germes sporulés); bon usage des PHA; PHA dans les services hébergeant des patients pouvant en ingérer; quantité et temps de contact nécessaires du PHA avec la peau des mains. Chacune proposait 5 assertions à coter en VRAI-FAUX.

Catégorie professionnelle :			
<input type="checkbox"/> Médecin	<input type="checkbox"/> Sage-femme	<input type="checkbox"/> Cadre de santé	<input type="checkbox"/> Kiné, ergo
<input type="checkbox"/> IDE	<input type="checkbox"/> ISP	<input type="checkbox"/> IADE	<input type="checkbox"/> IBODE
<input type="checkbox"/> AS	<input type="checkbox"/> AP.	<input type="checkbox"/> ASH	<input type="checkbox"/> Autre :
(1) Les pré-requis à l'hygiène des mains sont :			
Ongles courts et sans vernis	<input type="checkbox"/> VRAI	<input type="checkbox"/> FAUX	
Faux ongles, gel, décorations tolérés	<input type="checkbox"/> VRAI	<input type="checkbox"/> FAUX	
Des bijoux aux mains et aux poignets	<input type="checkbox"/> VRAI	<input type="checkbox"/> FAUX	
Alliance tolérée	<input type="checkbox"/> VRAI	<input type="checkbox"/> FAUX	
Tenue professionnelle à manches longues	<input type="checkbox"/> VRAI	<input type="checkbox"/> FAUX	
(2) La friction hydro-alcoolique est suffisante dans les situations suivantes:			
Soins au patient avec infection urinaire à <i>E. coli</i> BLSE	<input type="checkbox"/> VRAI	<input type="checkbox"/> FAUX	
Les mains sont visiblement souillées	<input type="checkbox"/> VRAI	<input type="checkbox"/> FAUX	
Soins au patient avec infection à <i>Clostridium difficile</i>	<input type="checkbox"/> VRAI	<input type="checkbox"/> FAUX	
Soins à un patient porteur d'ERG*	<input type="checkbox"/> VRAI	<input type="checkbox"/> FAUX	
Soins à un patient atteint de gale	<input type="checkbox"/> VRAI	<input type="checkbox"/> FAUX	

Extrait du quizz

RÉSULTATS

La plupart des services étaient formés : SSR, Médecine, UHCD, Soins continus, Radio, et EHPAD également.

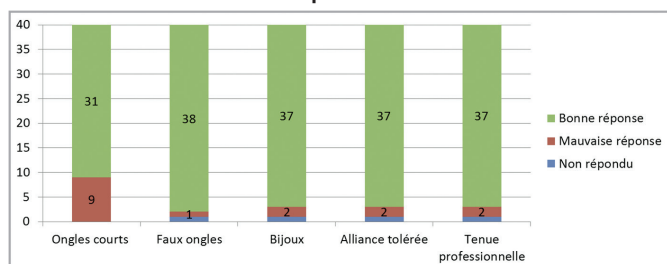
40 personnels ont répondu: 36 paramédicaux et 4 médicaux (25% d'AS, 10% d'ASH, 10% d'IDE et 5% de médecins).

Les pré-requis à l'hygiène des mains étaient bien intégrés.

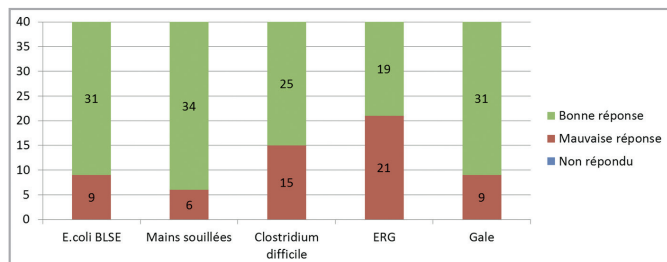
En revanche, plus d'un tiers affirmaient que la FHA suffit dans la prise en charge d'un patient atteint d'infection à Clostridium difficile (ICD). La moitié pensait qu'elle ne suffit pas dans la prise en charge d'un cas ERG(BHR), 1/4 répondait qu'elle suffit pour la prise en charge d'un patient infesté par la gale, 1/3 pensait qu'elle ne suffit pas pour la prise en charge d'un patient BMR (E. coli BLSE).

7 soignants croyaient que la FHA suffit aussi bien pour une ICD que pour une gale. Au contraire 9 autres soignants pensaient que la FHA ne suffit pas pour un cas ERG ni pour une infection à EBLSE. Quasiment tous ont répondu que le PHA pouvait être utilisé chez la femme enceinte. 1/4 pensait qu'on ne pouvait pas utiliser de PHA en psychiatrie et 6 croyaient encore qu'il pouvait être utilisé sur les gants.

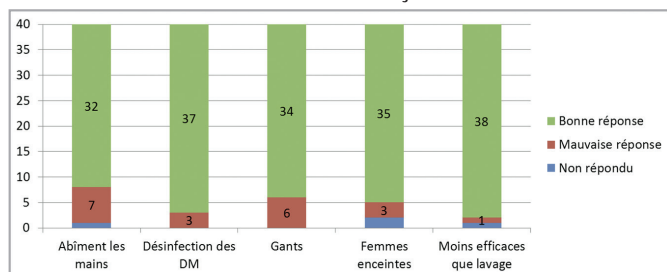
Pré-requis à la FHA



FHA et situations de soins



PHA et idées reçues



CONCLUSION

Les pré-requis à la FHA sont maîtrisés mais des connaissances inhomogènes ou des croyances erronées existent encore, montrant qu'il faut poursuivre la formation des personnels. Avec des effectifs plus élevés, il serait intéressant de comparer les réponses des différentes catégories professionnelles pour cibler de manière plus fine les besoins en formation.

P-003

AUTO-ÉVALUATION DU NOMBRE D'OPPORTUNITÉS DE FRICTION HYDRO-ALCOOLIQUE EN UNITÉ DE SOINS INTENSIFS DE CARDIOLOGIE : CONFRONTATION ENTRE LES CROYANCES ET LA RÉALITÉ DU TERRAIN.

PROUTEAU M.D.⁽¹⁾, BOISSELEAU E.⁽¹⁾, BOUTHOLEAU J.⁽¹⁾, KACG.⁽²⁾

⁽¹⁾ CHD Vendée, LA ROCHE-SUR-YON, FRANCE ;

⁽²⁾ CHD Vendée, LA ROCHE-SUR-YON, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le rendu trimestriel des indicateurs de consommation de produit hydro-alcoolique (PHA) en Unité de Soins intensifs de Cardiologie (USIC) a montré sur le premier semestre 2013 une consommation de 46 ml/j ou 15,3 frictions par jour, soit 55 % de l'objectif minimal ministériel ICSHA2 de 2013 (28 frictions par jour), seule unité en classe C au sein du Pôle. Une évaluation par l'EOH du respect de l'observance de la technique d'hygiène des mains de 23 soignants de l'unité a retrouvé un taux de conformité de 78 %. Un questionnaire des soignants sur le bienfondé du nombre d'opportunités de FHA pour les USIC a conduit à la réalisation d'une auto-évaluation du nombre d'opportunités de FHA par le personnel médical et paramédical de l'unité.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une auto-évaluation de l'ensemble des opportunités de FHA concernant tout le personnel a été menée dans l'USIC (15 chambres) sur une période de 24 heures. Une feuille de recueil était disposée sur la porte de chacune des 15 chambres et l'ensemble du personnel devait indiquer le nombre d'opportunités de FHA lors de tout soin (examen clinique, soin paramédical, ...) dans la chambre après être sorti de la chambre. Cette auto-évaluation a concerné les 3 équipes de matin, d'après-midi et de nuit.

RÉSULTATS

Sur une période de 24 heures, un total de 792 opportunités de FHA ont été identifiées pour 15 patients, soit 53 FHA par patient et par jour (min : 40 ; max : 91). Les opportunités de FHA étaient réparties en 278 opportunités le matin (35%) ou 18,5 FHA/période/patient (min : 10 ; max : 38), 328 opportunités l'après-midi (42%) ou 21,9 FHA/période/patient (min: 13 ; max:39) et 186 opportunités la nuit (23%) ou 12,4 FHA/période/patient (min : 7 ; max : 18).

CONCLUSION

Cette auto-évaluation a permis de quantifier le nombre d'opportunités de FHA en USIC à 53 FHA par patient et par jour, soit 1,9 fois l'objectif minimal fixé par les autorités sanitaires en 2013. Cette évaluation suggère que l'observance des personnels en routine à la FHA n'est pas optimale et/ou

que la quantité de PHA utilisée par le personnel est souvent inférieure aux 3 ml recommandés. L'impact de cette action d'auto-évaluation sera mesuré sur l'année 2014.

P-004

LES PRATIQUES D'HYGIÈNE DES MAINS EN CENTRE UNIVERSITAIRE DE SOINS DENTAIRES : ÉVALUATION D'UN PROGRAMME DE FORMATION DES ÉTUDIANTS

GIRARD R.⁽¹⁾, **THIVICHON-PRINCE B.**⁽²⁾, **BARSOTTI O.**⁽²⁾, **MORRIER J.J.**⁽²⁾, **CRACCO B.**⁽³⁾

⁽¹⁾ Hospices Civils de Lyon, **PIERRE BENITE CEDEX, FRANCE** ;

⁽²⁾ Centre de Soins dentaires, **Université Lyon 1, LYON, FRANCE** ; ⁽³⁾ Hospices Civils de Lyon, **LYON, FRANCE**

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'observance et la qualité de la désinfection des mains, effectuées par les étudiants et les enseignants du service de consultations et de traitements dentaires, ainsi que les connaissances des personnes observées ont été évaluées afin d'ajuster le programme éducatif, théorique et pratique.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Tous les enseignants et les étudiants présents lors des jours programmés étaient admissibles pour inclusion dans l'étude. Chaque professionnel de santé était observé en situation de soins pendant une période de 30 minutes minimum. Les référentiels étaient les protocoles locaux écrits. Le recueil des connaissances, attitudes et opinions a été effectué à partir d'un questionnaire. Les outils de l'étude avaient été validés préalablement, en collaboration avec un groupe de pilotage multiprofessionnel.

RÉSULTATS

Le nombre de professionnels de soins de santé inclus dans l'étude était de 190 (64,4 % de l'effectif officiel), incluant 151 étudiants (74,4%) et 39 enseignants (42,4%). La durée totale d'observation a été de 77 heures (40,5 minutes en moyenne). Sur un nombre total de 993 désinfections attendues des mains, 396 ont été réalisées (39,9 %). Les enseignants avaient un taux d'observance plus élevé que les étudiants (63,7 % à 35,8 %, $p = < 10^{-3}$). De grandes différences d'observance ont été observées entre les situations de soins (observance plus élevée avant le premier soin à un patient et inférieure lors de l'installation d'un patient en zone de radiologie).

En ce qui concerne la qualité de la friction hygiénique des mains, 36,6 % ont été effectuées correctement, avec pour erreurs les plus fréquentes : moins de 5 étapes de friction sur 7 (54,4 %) et durée trop courte (46,7 %).

L'observance et la qualité de la désinfection des mains étaient significativement associées à une meilleure connaissance et à une participation plus fréquente aux enseignements théoriques et pratiques, ainsi qu'à l'ergonomie des postes de travail.

CONCLUSION

Ces données permettent de vérifier l'utilité des programmes de formation et ont conduit à des actions d'amélioration :

- Révision de l'organisation des soins, de l'ergonomie et de la planification,
- Développement du programme de l'enseignement de l'hygiène des mains, principalement dans sa partie pratique et extension aux enseignants, car le comportement des élèves est fortement influencé et formé par l'attitude et les comportements de leur mentor.

P-005

HYGIÈNE DES MAINS : QUAND LES IMAGES PARLENT.

LEPAINTEUR M., **JANNET-DURAND L.**, **PETIT A.**, **ROEHRICH B.**, **LAWRENCE C.**
CHU R. POINCARE, GARCHES, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans le cadre de la journée mondiale pour l'hygiène des mains, une campagne de sensibilisation du personnel de pédiatrie a été organisée en décembre 2013 par l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) sous forme d'atelier pratique.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Chaque personnel (médical, soignant et kinésithérapeute) est convié à participer à un atelier de sensibilisation à l'hygiène des mains par produit hydro-alcoolique. L'atelier consiste en quatre étapes :

1. Prélèvement des doigts par apposition sur une gélose au sang
2. Réalisation une friction avec un produit hydro-alcoolique (FHA) qui contient de la fluorescéine. Pendant cette étape, une évaluation des pré-requis et de la qualité de la technique de friction est réalisée par observation selon un questionnaire prédéfini
3. Constatation par l'agent de la qualité de l'hygiène des mains par exposition à une lampe UV dans un caisson pédagogique. Le résultat est commenté par un membre de l'EOH.
4. Nouveau prélèvement des doigts de la même manière qu'avant friction. Les boîtes de pétri ont été incubées 48h à 37°C. La photographie des boîtes a été effectuée à l'aide du lecteur d'antibiogramme SIRSCAN, 12A. L'identification de colonies prises au hasard avant et après hygiène des mains a été réalisée par spectrophotométrie de masse MALDI-TOF. Un dénombrement du nombre de colonies avant et après a également été réalisé.

RÉSULTATS

Au total, 32 personnels du service de pédiatrie ont participé. Un diplôme avec les photos avant et après FHA a été remis à chaque participant et commenté personnellement. L'évaluation de la qualité de la friction montre que les pré-requis à l'hygiène des mains sont respectés chez 66 % des personnels (21/32), 19 % des personnes portant des bagues (6/32). Le volume de produit est satisfaisant dans 72 % des cas (23/32). La gestuelle est complète chez seulement 6 % du personnel (2/32), les zones les plus souvent oubliées étant les poignets (78 %) et les pouces (59 %).

L'identification a été obtenue pour 93 colonies sur 164 testées (57 %). Il s'agit principalement de staphylocoques (50/93, 54 %) dont 4/93 *S. aureus* et de bactéries de l'environnement (32/93, 34 %). Aucune entérobactérie n'a été identifiée.

Le dénombrement moyen du nombre de colonies présentes passe de 116 à 14 avec une réduction moyenne de 87 % des bactéries après FHA [50 % - 100%].

CONCLUSION

Ce type d'atelier pédagogique est extrêmement utile et parlant pour les personnels et permet de démontrer à chacun l'impact de l'hygiène des mains sur sa propre flore. Malgré une qualité de gestuelle assez médiocre, la réduction de la flore bactérienne après friction est globalement importante.

P-006

LE DESIGN DES ESSAIS DE TOLÉRANCE DES PRODUITS DE FRICTION DES MAINS DOIT TENIR COMPTE DE LA RÉGION, DE LA SAISON, DU TYPE D'USAGE ET DES PRODUITS EN PLACE

GIRARD R.⁽¹⁾, **CARRE E.**⁽¹⁾, **MERMET V.**⁽¹⁾, **ADJIDE C.**⁽²⁾, **BLAISE S.**⁽³⁾, **FASCIA P.**⁽⁴⁾, **LASHERAS-BAUDOIN A.**⁽⁵⁾, **ROATTINO N.**⁽⁶⁾, **SHUM CHEONG SING J.**⁽⁷⁾, **URBAN M.**⁽⁸⁾, **VALDEYRON M.L.**⁽⁹⁾

⁽¹⁾ Hospices Civils de Lyon, PIERRE BENITE CEDEX, FRANCE ; ⁽²⁾ CHU Amiens, AMIENS, FRANCE ; ⁽³⁾ CHU Belfort Montbelliard, BELFORT MONTBELLiard, FRANCE ; ⁽⁴⁾ CHU St Etienne, ST ETIENNE, FRANCE ; ⁽⁵⁾ CHU Bordeaux, BORDEAUX, FRANCE ; ⁽⁶⁾ Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille, MARSEILLE, FRANCE ; ⁽⁷⁾ CHU Grenoble, GRENOBLE, FRANCE ; ⁽⁸⁾ CHU Angers, ANGERS, FRANCE ; ⁽⁹⁾ Hospices Civils de Lyon, BRON, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Au cours d'un appel d'offres pour la fourniture de produits pour la désinfection des mains par friction, regroupant de nombreux établissements hospitaliers répartis sur le territoire français (TOM-DOM inclus), le comité de pilotage a organisé

des essais permettant de prendre en compte dans l'évaluation de la tolérance des produits la région climatique, 3 périodes hivernales d'essai, l'utilisation hygiénique ou chirurgicale et les produits en place. L'objectif était de retenir pour chacun des établissements participant un produit conforme au cahier des charges pour l'activité désinfectante et au moins aussi bien toléré que le produit en place, initialement différent entre établissements. Une analyse a posteriori a été réalisée afin de valider la pertinence d'inclure tous ces facteurs, et de recruter un large panel d'établissements testeurs, pour les appels d'offres ultérieurs.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Pour l'appel d'offres, l'évaluation de la tolérance a été basée sur l'évolution des quatre critères de tolérance de l'OMS (aspect, intégrité, absence de sécheresse et sensation) et les essais ont été organisés par groupes de région climatique et en fonction des facteurs de confusion retenus. L'analyse a posteriori (SPSS V19) a inclus :

- la comparaison des moyennes des différences concernant l'auto-évaluation de la peau au début et à la fin pour chacun des quatre critères de l'OMS pour la région climatique et pour la période, séparément par type d'utilisation (ANOVA),
- la comparaison de ces moyennes entre les hôpitaux de la même région climatique,
- un modèle linéaire généralisé concernant chacun des quatre critères et tenant compte de tous les facteurs de confusion.

RÉSULTATS

L'analyse a posteriori a porté sur 1925 couples de données avant-après.

Les différences moyennes étaient indépendamment et significativement associées à la région climatique, à la période d'essai, au type d'utilisation et au produit en place. La relation la plus significative a été observée pour le type d'utilisation ($p < 10^{-3}$ pour les 4 critères OMS). La relation la moins régulièrement significative a été observée pour le produit en place, avec un effet significatif seulement sur l'absence de sécheresse.

Les résultats étaient hétérogènes entre les hôpitaux d'une même région.

CONCLUSION

Il est essentiel de prendre en compte la région climatique, la période, le type d'usage et le produit en place dans le design des essais de produits pour la désinfection des mains. Ceci peut permettre de choisir durablement des produits bien tolérés, gage d'une meilleure observance de l'hygiène des mains.

P-007

DÉSINFECTION CHIRURGICALE DES MAINS PAR FRICTION : ASSOCIER AUDITS ET PÉDAGOGIE

GIRARD R.⁽¹⁾, CHOMAT-JABOULAY S.⁽¹⁾, COUDRAIS S.⁽¹⁾, MOURET N.⁽¹⁾, GARDES S.⁽¹⁾, DE SANTIS N.⁽¹⁾, MAURANNE C.C.⁽¹⁾, REAT C.⁽¹⁾, MAJDOUL B.⁽²⁾

⁽¹⁾ Hospices Civils de Lyon, **PIERRE BENITE CEDEX, FRANCE** ;

⁽²⁾ Ecole d'infirmier de Bloc Opératoire, **LYON, FRANCE**

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La qualité de la désinfection chirurgicale des mains par friction (DCF) garantit son efficacité. Il s'agit donc d'un indicateur nécessitant une mesure régulière.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Deux audits concernant la DCF ont été réalisés, en 2013, avec les mêmes référentiel et grilles, pour mesurer l'observance des pratiques et évaluer les connaissances des professionnels, en imagerie et aux blocs opératoires. Les équipements des vestiaires et des salles de préparation des opérateurs ont été observés.

Un audit a été conduit avec les moyens de l'unité d'hygiène et épidémiologie (UHE) et l'autre en collaboration avec une école des Infirmiers de Bloc Opératoire.

RÉSULTATS

En imagerie, l'équipement ne permettait pas une DCF aisée : ni affiche, ni distributeur, ni pendule. En bloc opératoire, l'équipement des salles de préparation était complet, à la différence de celui des vestiaires. Dans les deux cas, de meilleures connaissances étaient associées à de meilleures pratiques.

Le taux de respect des points principaux est détaillé dans le tableau ci-dessous :

CRITÈRES	BLOCS	IMAGERIE
Effectif	79	26
Mains et avant-bras parfaitement secs	80,8%	Non recueilli
1° friction complète avec coudes	31,6%	26,9%
Durée 1° friction ≥ 1 min 30		
Durée moyenne	20,5 %	
57,2 secondes	19,2%	
40,2 secondes		
2° friction complète sans coudes	13,1%	45%
Durée 2° friction ≥ 1 min 30		
Durée moyenne	10,3%	
48,8 secondes	30,0%	
44,2 secondes		
Absence de 2° friction	17,6%	25,9

La durée de la friction était plus courte que lors des audits de 2003 et 2008, sans différence significative. Les connaissances étaient inégales, meilleures en bloc opératoire qu'en imagerie. Les résultats, restitués à chaque équipe ont permis les interventions suivantes :

- En imagerie, l'équipement des postes a été adapté, mais seuls les Correspondants en Hygiène Hospitalière ont accepté de participer à une formation.
- En bloc opératoire, certaines équipes ont accepté un accompagnement pratique personnalisé des opérateurs et réponse aux questions (7h30 - 8h30) .
- Dans un bloc, l'intervention de l'UHE n'a pas été souhaitée mais le service a mis en place un "quick audit" régulier, réalisé sur les 5 étapes "incontournables", et présenté en RMM locale.

CONCLUSION

La DCF fait partie des apprentissages de base des différents professionnels, mais sa répétition quotidienne induit une banalisation et des manquements dans la pratique. Mettre en place des audits de pratiques réguliers, suivis de programmes de réappropriation adaptés, s'avère indispensable.

P-008

EVALUATION DES CONNAISSANCES ET DES PRATIQUES DU LAVAGE CHIRURGICAL DES MAINS CHEZ LES CHIRURGIENS ET LES INSTRUMENTISTES D'UN HOPITAL

BOUGUERRA C.⁽¹⁾, YOUSFI M.A.⁽²⁾, MEHDI F.⁽²⁾, BELLAJ R.⁽²⁾

⁽¹⁾ Hôpital militaire de Tunis, **TUNIS, TUNISIE** ; ⁽²⁾ Hôpital militaire de Tunis, **TUNIS, TUNISIE**

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'infection du site opératoire qui est une infection associée aux soins constitue un problème majeur des services de spécialité chirurgicale. Ces infections sont dues dans 75 à 90% des cas au manuportage. Le lavage des mains est la première mesure d'efficacité prouvée scientifiquement pour réduire l'incidence de ces infections.

Les objectifs de notre étude étaient d'évaluer les connaissances et les pratiques du lavage chirurgical des mains chez les chirurgiens et les instrumentistes.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Notre travail est un audit des connaissances et des pratiques du lavage chirurgical des mains, réalisé dans un hôpital universitaire, du 1^{er} au 31 octobre 2012. Nous avons inclus dans notre série 90 médecins chirurgiens et 60 infirmiers ou techniciens supérieurs instrumentistes.

RÉSULTATS

Nous avons trouvé des insuffisances dans les connaissances sur le lavage chirurgical des mains, malgré que ce type de lavage soit une pratique réalisée plusieurs fois par jour par la population enquêtée. Dans l'évaluation de la pratique du lavage chirurgical des mains, nous avons observé un bon respect qui dépasse les 75% pour tous les préalables au lavage chirurgical des mains, par contre lors des procédures du lavage aucun chirurgien ni instrumentiste n'a fait un lavage chirurgical des mains conforme aux recommandations internationales.

De plus nous avons remarqué une discordance très importante entre les connaissances et la pratique du lavage chirurgical des mains.

CONCLUSION

Afin de minimiser au maximum les infections des sites opératoires dues au manuportage, un programme de lutte doit être élaboré. Il doit avoir accès sur la mise à jour des connaissances du personnel médical et paramédical en matière d'hygiène hospitalière et surtout le lavage chirurgical des mains dans les blocs opératoires.

P-009

APPLICATION DE LA THÉORIE DU COMPORTEMENT PLANIFIÉ POUR L'ANALYSE DE L'HYGIÈNE DES MAINS CHEZ LES ÉTUDIANTS EN NURSING

EZZI O., MAHJOUR M., BOUAFIA N., BEN CHEIKH A., BANNOUR W., HÉLLALI R., NAIJJI R., NJAH M. CHU Farhat Hached Sousse, SOUSSE, TUNISIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'hygiène des mains est considérée comme la mesure la plus efficace prouvée pour réduire les infections associées aux soins. C'est un geste simple mais auquel l'observance des professionnels soignants demeure problématique dans le monde entier. Différents facteurs internes pourraient influencer l'observance à cette mesure d'hygiène. L'objectif de ce travail est de déterminer, en utilisant la théorie du comportement planifié (TCP) d'Ajzen, les facteurs pouvant influencer la pratique du lavage des mains (LM) chez les étudiants en nursing. Une meilleure connaissance de ces facteurs peut nous aider à affiner nos stratégies d'intervention en tant qu'hygiénistes.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Etude descriptive menée, en 2013, auprès d'étudiants finissants en sciences infirmières (N=60) à l'aide d'un questionnaire prétesté et autoadministré. L'analyse des données a été réalisée à l'aide de l'outil statistique SPSS 17.0.

RÉSULTATS

Concernant les attitudes des étudiants enquêtés vis-à-vis du comportement : la prévention du risque infectieux représente le principal avantage perçu par 60% des étudiants alors que les inconvénients liés à ce comportement sont essentiellement la perte de temps (31,7%), le risque de discontinuité des soins (30%) et l'irritation des mains (13,3%).

Relativement à la norme sociale perçue, nos enquêtés accordent, en matière d'hygiène des mains, de l'intérêt surtout à leurs encadreurs (46,7%) mais aussi au personnel infirmier exerçant sur les lieux de stage (55%) et les considèrent comme modèle à suivre.

Pour le contrôle comportemental perçu, seule la moitié des participants à l'étude ne verrait aucun problème à assurer une hygiène des mains malgré la charge de travail. L'indisponibilité du savon ou de postes de lavage des mains équipés peut, néanmoins et d'après les enquêtés, compromettre la faisabilité personnelle de l'acte dans 25 % des cas. Cependant, le LM a été jugé, lors de chaque contact avec le patient, comme légèrement difficile (48,3 %) ou assez incontrôlable (38,3%).

CONCLUSION

Le choix de la théorie du comportement planifié d'Ajzen paraît prometteur dans le développement des croyances comportementales des professionnels de santé sur le LM afin d'améliorer la compliance. Cependant, il est à tenir compte des facteurs de motivation internes aux individus mais aussi du contexte situationnel où l'accès aux ressources est connu comme étant un facteur déterminant du recours au LM, ce qui argumente, entre autre, l'aspect diversifiée et multimodale de la stratégie de mise en œuvre.

P-010

HYGIENE DES MAINS...LES PATIENTS AUSSI !

MOALLA M.⁽¹⁾, RODRIC A.⁽¹⁾, MARIE D.⁽¹⁾, THIAIS S.⁽¹⁾, OHANIAN L.⁽²⁾

⁽¹⁾ Centre Hospitalier de la Tour Blanche, ISSOUDUN, FRANCE ; ⁽²⁾ Laboratoire départemental d'hygiène environnementale, CHATEAURoux, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'importance de l'hygiène des mains des patients est mise en avant depuis plusieurs années, vu le rôle certain du patient dans la transmission croisée en milieu hospitalier, ainsi qu'en EHPAD (partage de chambre ou d'activité, déambulation, etc.).

Elle a été au cœur de la campagne de la semaine nationale de la sécurité des patients en 2012, et l'OMS (Organisation

Mondiale de la Santé) en a fait une campagne mondiale en mai 2013 à l'occasion de la journée mondiale pour l'hygiène des mains.

Nous avons réalisé en septembre 2013 un audit qui avait pour objectifs de :

- Mettre en avant l'importance de l'hygiène des mains des patients.
- Renforcer le rôle du patient dans sa prise en charge en le sensibilisant à l'importance de l'hygiène des mains.
- Mettre en place une dynamique impliquant les soignants, et les patients eux même, dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'objectif de l'audit ayant été présenté lors d'une réunion du CLIN (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales), il a été également présenté aux patients concernés.

Le jour de l'audit, 50 empreintes de mains non lavés ont été effectuées sur gélose au sang, dans l'ensemble des services du centre hospitalier, soit environ 10% des patients des services de soins et EHPAD.

Le moment choisi était celui qui précède le repas du midi.

Les prélèvements ont été envoyés ensuite le jour même pour analyses au laboratoire départemental d'hygiène environnementale à Châteauroux (36).

RÉSULTATS

Après 24h d'incubation à 37°C, les colonies ont été identifiées et comptées: Une prédominance des bactéries de la flore résidente de type gram+ tel que le staphylocoque à coagulase négative, ainsi que des micrococcus a été constatée. Cependant, et dans certains cas, des bactéries de la flore transitoire ont été isolées : Staphylococcus aureus dans 18% des prélèvements (n=9), Pseudomonas aeruginosa et acinetobacter : 4% (n=2), Klebsielle pneumoniae : 2% (n=1), Escherichia coli : 2% (n=1).

CONCLUSION

Le patient est de plus en plus acteur de sa santé, et l'hygiène des mains en constitue un acte très important, surtout en dans les établissements de soins et établissements médico sociaux. Les résultats de cet audit ont montré l'importance de l'hygiène des mains des patients, dans la prévention des transmissions croisées. Ils ont été présentés au CLIN ainsi qu'aux responsables soignants. Un outil de sensibilisation à l'hygiène des mains à mettre à la disposition des patients sera proposé prochainement, ainsi qu'une démarche d'éducation des patients à l'hygiène des mains, impliquant l'ensemble des soignants.

P-011

HYGIÈNE DES MAINS, RETOUR D'EXPÉRIENCE DE 7 ANNÉES DANS UN CHU LA PERSÉVÉRANCE PORTE SES FRUITS : DE LA SENSIBILISATION À L'ENGAGEMENT

MBONGO L., BOUTTÉ C., DECAYEUX C., PEREIRA C., GANRY O., ADJIDÉ C.
CHU Amiens, AMIENS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Depuis de nombreuses années, l'hygiène des mains (HDM) est au cœur de nos formations et devient un axe prioritaire dès 2006. Dans un souci d'efficacité, l'Unité d'Hygiène (UH) a souhaité diversifier les outils de sensibilisation.

L'objectif de cette démarche est l'amélioration de l'observance de l'hygiène des mains et l'efficacité de la friction hydro-alcoolique (FHA), dans l'ensemble des services du CHU

MATÉRIEL ET MÉTHODES

En 2006, le CHU participe au premier audit national sur l'hygiène des mains. Ces évaluations par observations directes se sont poursuivies en 2007, 2009 et 2012. L'ajout des critères « non port de bijoux » et « efficacité de la friction » à partir de 2009 vont nous permettre d'adapter nos sensibilisations. Cependant, les résultats peu satisfaisants des audits, la faible participation des professionnels lors des différentes actions de sensibilisation nous ont amené à réfléchir à d'autres méthodes pédagogiques. Sur proposition de l'UH, le CLIN, la direction des soins et la direction de la communication ont organisé un concours d'affiche sur l'engagement au non port de bijoux. Cette action nous a permis de créer l'acte préparatoire nécessaire pour obtenir l'adhésion des soignants.

RÉSULTATS

L'observance de l'HDM est passée de 56% de conformité en 2006 dont 67% par FHA à 82% en 2012 dont 92% par FHA ($p < 0.001$). Le taux de conformité du « non port de bijoux » passe de 59% en 2009 à 76% en 2012 ($p < 0.001$). L'efficacité de la FHA, est passée de 44% en 2009 et de 57% en 2012 ($p < 0.001$). On peut donc noter une amélioration significative des pratiques.

La participation des soignants aux diverses actions de sensibilisation n'excède jamais 32% des personnels soignants de l'établissement. Le minimum était de 5% en 2009. Par ailleurs, nous avons une nette amélioration de l'observance de l'HDM et du recours à la FHA. La diffusion de l'affiche lauréate, avec signature du cadre et du responsable médical de l'unité pour contracter l'engagement de l'équipe, peut expliquer la forte progression des résultats sur le non port de bijoux. Celle-ci nous a permis de pallier à la faible participation des soignants aux formations.

CONCLUSION

L'implication des soignants leur a permis de réfléchir aux risques liés au port de bijoux et de se sentir acteurs dans la prévention des risques infectieux. Les actes préparatoires, suivis de l'engagement des professionnels, nous permettent une meilleure adhésion au respect des bonnes pratiques. L'amélioration de l'observance et de l'efficacité de la FHA sont des résultats encourageants, la persévérance porte ses fruits. Un prochain audit sera réalisé en 2014.

P-012

ENTRETIEN DES LOCAUX : GANTS A USAGE UNIQUE OU GANTS REUTILISABLES, QUELLE STRATEGIE ?

BATAILLER P.⁽¹⁾, **ESCLASSAN V.**⁽²⁾, **GONON M.H.**⁽¹⁾, **DUCKI S.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU de Grenoble, LA TRONCHE, FRANCE ; ⁽²⁾ Groupe Hospitalier Mutualiste, GRENOBLE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les recommandations relatives à l'entretien des locaux (CCLIN Sud-Ouest 2005) proposent deux alternatives en matière de protection des mains du personnel : les gants à usage unique (UU) ou les gants réutilisables. Le CCLIN recommande cependant de privilégier le port de gants à UU à manchettes longues à éliminer entre chaque local. Cette étude a pour objectif d'évaluer la contamination des gants réutilisables et d'analyser le coût des 2 stratégies.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

- Réalisation de 5 séries de prélèvements sur les gants réutilisables (face palmaire) avec des gélouses contact : le matin avant toute utilisation sur des gants entretenus la veille au soir avec du savon doux, après entretien d'une chambre et après entretien de 4 chambres.
- Etude économique des gants à UU versus gants réutilisables pour l'entretien des chambres.

RÉSULTATS

- Analyse de la contamination des gants : Malgré l'absence d'entretien des gants entre deux chambres, la quantité moyenne d'unités formant colonie (UFC) n'augmente pas significativement entre les prélèvements de gants réalisés avant utilisation (37 [24.6 – 49.4]) (moyenne [Intervalle de Confiance à 95%]), après entretien d'une chambre (36 [25.7 – 46.3]) et après l'entretien de 4 chambres (44 [34.1 – 53.9]).
- Analyse des coûts : En se basant sur l'utilisation d'une paire de gant à UU par chambre et par jour, plus de

130 000 gants sont nécessaire pour l'entretien annuel des chambres d'un hôpital de 230 lits pour un montant estimé de 5 300 €. Les gants réutilisables étant à changer mensuellement le coût annuel est estimé à 300 €.

CONCLUSION

La contamination des gants réutilisables est inférieure au seuil fixé pour l'hygiène des mains soit 50 UFC pour tous les prélèvements réalisés. Ce résultat peut être expliqué du fait du contact très fréquent entre les gants et le produit désinfectant utilisé pour l'entretien des locaux.

Le surcoût annuel des gants à UU pour l'entretien des locaux est d'environ 5 000 € pour un hôpital de 230 Lits. Pour un CHU de 2000 lits, le surcoût est estimé à plus de 40 000€. Cette estimation ne prend pas en compte l'entretien de tous les locaux mais uniquement celui des chambres avec des gants à manchettes courtes. Le surcoût lié au traitement des déchets n'a pas été calculé.

Au vu des résultats microbiologiques satisfaisants des gants réutilisables, du surcoût important des gants à UU, et de la meilleure protection chimique des gants réutilisables, il semble intéressant de privilégier l'usage de ces derniers pour l'entretien des locaux au sein des établissements.

P-013

OPÉRATION "ZÉRO BIJOUX" EN ÉTABLISSEMENT MCO

DIAW F., **MARSAL L.**, **HAKOUNE V.**

GH Diaconesses Croix Saint Simon, PARIS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La réalisation au sein de notre établissement de différentes évaluations portant sur l'hygiène des mains (HDM) a mis en évidence un port de bijoux trop important. Dans son programme d'activité 2013, le CLIN a donc inscrit comme objectif de promotion des bonnes pratiques d'HDM une opération «zéro bijoux».

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Notre établissement comportant 2 sites, l'EOH a réalisé un jour donné sur chaque site un audit portant sur le port de bijoux en définissant une tenue conforme comme des mains et des poignets dépourvus de bijoux, y compris l'alliance, associée à une tenue à manches courtes et des ongles courts, sans vernis. Tous les professionnels rencontrés dans les services de soins et sur les plateaux techniques étaient sollicités pour «montrer» leur main. Pour certains professionnels qui portaient des bijoux, un prélèvement microbiologique était effectué sur le bijou en demandant aux professionnels de récupérer le résultat lors de

la journée nationale Hygiène des mains. Lors de cette journée, le résultat était rendu lors d'un entretien et la technique de friction était vérifiée grâce à un caisson pédagogique. En cas de port de bague, un porte bague était remis au professionnel. Un deuxième audit a été réalisé 2 mois plus tard selon les mêmes modalités, sans les prélèvements pour évaluer cette action.

RÉSULTATS

304 professionnels ont été audités lors du premier audit, 292 lors du second. Les professions médicales représentaient 25% de la population lors des 2 audits, les infirmières spécialisées ou non, entre 30% (1^{er} audit) et 34% (2^{ème} audit). Le taux de conformité était de 52% lors du premier audit, 57,2% lors du second. Concernant les manches longues, seuls les médecins étaient concernés. Un rappel sur le port de tenue professionnelle manche courte a été fait. Concernant les bijoux, le port de bague a sensiblement diminué entre les 2 audits. De même, la présence de nombreux bracelets «brésiliens» avait été notée lors du premier audit. Les prélèvements réalisés sur ces derniers ont montré une contamination massive et lors du second audit, aucun agent ne portait plus ce type de bracelet. Enfin, il n'y a eu que peu de changement concernant le port de montre entre les 2.

CONCLUSION

Cet audit montre la difficulté à faire respecter une règle pourtant simple en matière d'hygiène des mains. Un troisième audit est prévu en 2014 avec 2 actions supplémentaires :

1. L'audit des équipes de nuit non fait en 2013
2. La remise d'une montre clipsable sur la tenue au logo de notre établissement contre engagement des professionnels à ne plus porter leur montre au poignet.

P-014

AUDIT PAR OBSERVATION DES PRATIQUES D'HYGIÈNE DES MAINS AU COURS DU CIRCUIT DES DÉCHETS ET DU LINGE SALE DE DEUX ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

CHUBILLEAU C.⁽¹⁾, **CHANU C.**⁽¹⁾, **BALOGÉ I.**⁽²⁾, **GUIGNARD F.**⁽³⁾, **MARTEAU S.**⁽⁴⁾

⁽¹⁾ Centre hospitalier, NIORT, FRANCE ; ⁽²⁾ Melioris, Le Logis des Francs, CHERVEUX, FRANCE ; ⁽³⁾ Melioris, Le Grand Feu, NIORT, FRANCE ; ⁽⁴⁾ Hôpital, SAINT-MAIXENT-L'ECOLE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Un audit des pratiques d'hygiène des mains au cours des circuits des déchets (d'activité de soins à risque infectieux, DASRI, et assimilés aux ordures ménagères, DAOM) et du

linge sale a été réalisé en 2013 dans un établissement de soins de suite et réadaptation (SSR) de 186 lits et un hôpital de 159 lits de médecine, soins de suite et longue durée et 290 lits d'EHPAD. Son objectif est d'évaluer le respect des recommandations d'hygiène des mains (précautions standard) au cours des circuits des déchets et du linge sale et de proposer des améliorations.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'audit d'observation est réalisé en mai 2013 par les équipes d'hygiène.

Par établissement, au moins 20 observations par circuit (DASRI, DAOM, linge sale) sont prévues. Les grilles d'observation concernent les opportunités de friction hydroalcoolique (FHA) et les circonstances de port des équipements de protection individuelle (EPI) définies par les précautions standard. Les différentes étapes des circuits (collecte initiale-production, stockage intermédiaire, stockage final avant enlèvement) sont observées.

RÉSULTATS

Les pratiques ne diffèrent pas selon l'établissement ($p > 0,05$) hormis le port du tablier plus fréquent dans l'établissement SSR quel que soit le circuit ($p < 0,01$).

L'audit du circuit des déchets a permis d'observer 111 agents de ménage, aides-soignants et infirmiers (57 pour les DASRI, 54 pour les DAOM). Lors de la manipulation des DAOM, 34 agents sur 54 ont réalisé une hygiène des mains, 28 portaient des gants et 5 un tablier. Lors de la manipulation des DASRI, 36 agents sur 57 ont réalisé une hygiène des mains, 39 portaient des gants et 14 des tabliers. Une hygiène des mains est réalisée par les 60% des agents manipulant des déchets, les gants sont portés par les 63% des agents et les tabliers par 17% des agents. Les pratiques ne diffèrent pas selon que les agents portent ou non des gants ($p > 0,05$).

L'audit du circuit du linge sale a permis d'observer 65 coursiers, agents de ménage, aides-soignants et infirmiers. Lors de la manipulation du linge sale, 38 agents sur 65 ont réalisé une hygiène des mains (58%), 34 portaient des gants (52%) et 15 un tablier (23%). Les agents portant des gants réalisent plus souvent une FHA après retrait des gants que ceux n'en portant pas (74% vs 43%, $p < 0,01$).

CONCLUSION

L'hygiène des mains n'est pas assez réalisée et les EPI sont peu portés, notamment les tabliers. Les résultats de l'audit sont présentés aux équipes. Après des rappels sur l'hygiène des mains et le port des EPI, et la révision des protocoles, un nouvel audit sera nécessaire pour étudier l'évolution des pratiques.

P-015

DESCRIPTION DE L'ÉVOLUTION DES COMMANDES DE PRODUITS HYDRO-ALCOOLIQUES DE 2005 À 2011 DANS LA CATÉGORIE DES CHU-CHR

MORDINI J.⁽¹⁾, SPIGA R.⁽¹⁾, DUBOIS V.⁽¹⁾, GAGNAIRE J.⁽¹⁾, TURCO M.⁽¹⁾, MARIAT C.⁽¹⁾, ALLEAUME S.⁽²⁾, BERTHELOT P.⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU de Saint-Etienne, SAINT-ETIENNE, FRANCE ; ⁽²⁾ DGOS, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, PARIS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

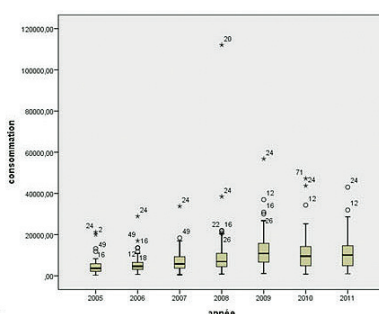
Décrire l'évolution des commandes de produits hydro-alcooliques (PHA) de 2005 à 2011 dans la catégorie des CHU-CHR.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

De façon concomitante à la mise en place de distributeurs de PHA dans la majorité des chambres d'un CHU pour promouvoir l'hygiène des mains au plus près des soins, il a été proposé d'analyser l'évolution des commandes de PHA au niveau national pour des établissements de même catégorie afin de situer l'évolution locale de cet indicateur. La base de données anonymisée de l'indicateur ICSHA pour la catégorie des CHU-CHR a été fournie par la DGOS. Une description des tendances évolutives des commandes de PHA a été réalisée pour la base nationale et le CHU. Un modèle linéaire à effet mixte a été utilisé, pour déterminer si l'augmentation observée était statistiquement significative, à l'aide du logiciel SPSS (version 20.0, Chicago, Illinois).

RÉSULTATS

Au cours de la période étudiée il a été documenté une augmentation moyenne de la commande de PHA pour l'ensemble des établissements et pour le CHU de respectivement 89 719 litres/an ($p=0,001$) et 1277 litres/an ($p<0,001$) correspondant à une progression de 14% par an. Pour le CHU, depuis 3 ans les résultats de l'indicateur ICSHA sont rendus globalement, par pôle et par service permettant ainsi de suivre l'évolution de son indicateur dans le temps et de se situer par rapport aux autres unités / spécialités. De plus, cet indicateur a été choisi comme indicateur qualité pour les pôles.



Evolution des commandes de PHA en litres, base de données nationale CHU-CHR de 2005 à 2011

Commandes SHA

CONCLUSION

Cette étude visant à analyser les tendances évolutives de la commande des PHA dans la base de données CHU-CHR a montré l'augmentation statistiquement significative des consommations dans le temps d'environ 14% / an sur la période considérée. Elle a permis de montrer que notre CHU se situait dans la même tendance évolutive que la moyenne des établissements de même catégorie.

P-016

LES FAUX ONGLES ET L'HYGIÈNE DES MAINS

MEUNIER O.⁽¹⁾, HEMMERLÉ J.⁽²⁾, BURGER S.⁽¹⁾, SALLES F.⁽¹⁾

⁽¹⁾ CH Haguenau, HAGUENAU, FRANCE ; ⁽²⁾ Inserm UMR_ S1121 biomatériaux et bioingénierie, STRASBOURG, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les ongles artificiels qui associent extrême longueur et vernis sont évidemment à bannir des lieux de soins. La question est néanmoins souvent posée à l'Equipe d'Hygiène Hospitalière et nos enquêtes « zéro bijou » nous révèlent de tant en tant quelques surprises. Il convient d'apporter des arguments convaincants pour éviter l'introduction de cette mode à l'hôpital.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Pour apporter des arguments visuels, nous avons réalisé des photographies en microscopie électronique à balayage (grossissement x 1000) de faux ongles préparés avec le matériel de la gamme Peggy Sage® (Paris) « Techni Gel® ». Sur une capsule sont posés successivement les « gels de base, de construction et de finition ». Entre chaque application, la capsule est soumise à un rayonnement ultra-violet pour polymérisation.

RÉSULTATS

Les images montrent de très nombreux microcratères (une cinquantaine par mm³) d'un diamètre moyen de 10 à 50 µm. Leurs bords sont nets et leurs dimensions tout à fait compatibles avec l'implantation de colonies bactériennes et fongiques. En revanche, ils restent inaccessibles à tout outil de nettoyage, les poils des pinces les plus fins ne pouvant pas accéder à l'intérieur de ces anfractuosités. Affaissement localisé du gel au moment du durcissement ou libération de microbulles d'air pendant la polymérisation ? toujours est-il qu'ils constituent d'excellentes niches microbiennes.

CONCLUSION

Ces images apportent les éléments permettant d'expliquer l'absence d'efficacité des techniques d'hygiène des mains sur les ongles artificiels que signalent certains auteurs et le rôle de réservoir microbien attribué à ces dispositifs reconnus comme ayant été à l'origine de quelques épidémies hospitalières.

Ces microphotographies inédites devraient convaincre les professionnels sur le terrain à ne pas porter

P-017

SENSIBILISATION À L'HYGIÈNE DES MAINS AU SEIN DE LA DÉMARCHE NIDCAP EN NÉONATOLOGIE

MONIEZ F., RÉMY A., HUART-DESCHAMPS C., CRACCO-MOREL A.A.

Centre hospitalier de Valenciennes, VALENCIENNES, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Afin d'améliorer la prise en charge d'un enfant prématuré, une démarche spécifique telle que le NIDCAP (programme d'individualisation des soins aux prématurés) est souvent réalisée. L'un des objectifs est d'intégrer les parents dans tous les soins de leur enfant. Cependant la prise en charge d'un prématuré nécessite le respect de règles d'hygiène strictes. Il faut alors associer les principes de la démarche NIDCAP aux mesures d'hygiène indispensables à une prise en charge garantissant une qualité des soins optimale.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le service de Néonatalogie de l'établissement est fortement impliqué dans cette démarche et plusieurs actions d'information et de formation auprès des familles ont été menées dans le service, en collaboration avec les correspondants paramédicaux et médicaux du service.

RÉSULTATS

Au cours de l'année 2013, nous avons centré nos actions sur le rôle déterminant des parents et des frères et sœurs qui sont en effet amenés à participer quotidiennement à l'éveil de l'enfant. Il nous a semblé primordial de leur donner des règles de base concernant l'hygiène des mains et de leur simplifier la réalisation de cette pratique.

Dans ce cadre, des affiches spécifiques ont été réalisées et placées à des points stratégiques (entrée du service, vestiaires...) et le personnel du service est en charge de la formation des parents à la réalisation de la friction hydro-alcoolique.

Des journées « hygiène » ont été organisées :

- 1 journée « hygiène des mains » le 04 juin pour les familles (20 visiteurs)

- 1 après-midi de sensibilisation pour les frères et sœurs le 03 juillet, avec des activités diverses sur le thème de la main dont la danse du SHA (10 frères et sœurs participants)
- A la suite de ces journées, un flyer sur la technique d'hygiène des mains et les opportunités à l'hôpital et au domicile a été réalisé. Il est distribué avec le livret d'accueil.

CONCLUSION

Au vu de la bonne participation des parents et des retours positifs, ces actions seront poursuivies en 2014 avec un focus particulier chez les grands-parents qui seront prochainement intégrés à la démarche NIDCAP.

P-018

IMPACT DE LA FORMATION DU PERSONNEL SOIGNANT SUR L'OBSERVANCE DU LAVAGE DES MAINS DANS UN HÔPITAL PÉDIATRIQUE

HEROUAL N.⁽¹⁾, ERROUANE S.⁽²⁾, ZENDAGUI F.⁽²⁾, OUABDESSELAM D.⁽²⁾, DERKAOUI H.⁽²⁾, DIDA F.⁽²⁾, DIDA F.⁽²⁾, BELKHORISSET M.⁽²⁾, TADJEDDINE A.⁽²⁾

⁽¹⁾ EHS CANASTEL, ORAN, ALGÉRIE ; ⁽²⁾ EHS CANASTEL, ORAN, ALGÉRIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les infections associées aux soins « IAS » constituent un véritable problème de santé dont plus de la moitié sont manuportées. L'hygiène des mains est une mesure essentielle pour réduire ces IAS mais auquel l'observance des soignants demeure problématique. Plusieurs stratégies ont été développées pour la promotion et l'amélioration du lavage des mains.

Objectif de ce travail est d'évaluer l'impact de la formation et la sensibilisation du personnel soignant au niveau de notre hôpital pédiatrique sur l'observance du lavage des mains.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous avons réalisé un audit sur le lavage des mains en 2009 avant la formation du personnel et un deuxième en 2010-2011 après la formation. Des enquêteurs ont été formés au remplissage de la grille d'observation. La méthode s'est appuyée sur le repérage des opportunités d'hygiène des mains « HDM » et l'observation du lavage des mains effectuées par les soignants (médecin, paramédical). Cette observance portait sur une liste limitée de 6 soins, gestes ou actes techniques ou une HDM était attendue avant et après. Chaque personne auditée a été observée pendant une heure. Nous nous sommes référés au Guide méthodologique d'hygiène des mains du CCLIN- Paris 2008, France. La saisie et analyse des données ont été faite par SPSS version 17.

RÉSULTATS

Au total plus de 456 opportunités de lavage des mains ont été observées entre les deux audits. Le taux d'observance global (avant et après) est passé de 3,8% à 7,4%. On note une amélioration significative du taux d'observance avant (7,4% en 2009 vs 17% en 2010 ; $p < 0,001$) et après (14,8% vs 23,1% ; $p < 0,03$). Le taux de conformité était resté faible (4% en 2009 vs 6,8% en 2010) mais une amélioration significative a été observée pour le taux de conformité avant ($p < 0,001$). Par ailleurs, le taux d'utilisation des solutions hydroalcooliques « SHA » s'était aussi amélioré de façon significative.

CONCLUSION

Globalement, les taux d'observance du lavage des mains et d'utilisation des SHA se sont légèrement améliorés au niveau de notre établissement mais restent au dessous des objectifs fixés. Il est nécessaire de continuer à former et sensibiliser le personnel soignant aussi bien médical que paramédical pour promouvoir le lavage des mains afin de donner des soins de qualité.

P-019

EXEMPLE D'INSTALLATION D'EQUIPEMENTS POUR LE LAVAGE DES MAINS DANS LES PAYS EN DEVELOPPEMENT

SOROHEYE P.

Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers et de Soins, COTONOU, BÉNIN

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Plusieurs hôpitaux sont construits et équipés dans les pays en développement avec une méconnaissance des règles d'hygiène. Dans le but d'installer les postes de lavage des mains dans cet hôpital qui dispose des installations inadéquates, il a été procédé aux modifications infrastructurelles.

L'objectif du présent travail est de présenter l'intérêt de modèles locaux de poste de lavage des mains.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le présent travail consiste à mettre en exergue l'élévation des indicateurs essentiels d'hygiène des mains suite à l'amélioration des dispositifs infrastructurels. En 2012, l'hôpital disposait d'un seul robinet à commande à genou au bloc opératoire. En 2013, des travaux de remplacement ont été effectués. 15 robinets à commande manuelle sont remplacés par des robinets à commande à pieds, 25 points d'eau mobiles sont installés dans les endroits où il n'était pas prévu des points d'eau.

Le dispositif de point d'eau mobile est constitué d'un sceau en plastique de contenance 100 litres sur support métallique auquel on adapte un robinet à commande à pied. De même des supports de séchage artisanaux en bois sont fixés au niveau des points de lavage de mains.

Une enquête a été réalisée avant les travaux et la seconde après pour mesurer l'impact des travaux sur le lavage des mains.

RÉSULTATS

Services concernés : pédiatrie, chirurgie, maternité, médecine, bloc opératoire, laboratoire et imagerie médicale. Le nombre de robinet à commande manuelle avant travaux était de 22 ; nombre de robinet à commande au genou après travaux est 1 ; coût de remplacement d'un robinet à commande manuelle par un robinet à pied : 27,5 € ; coût d'installation d'un point d'eau mobile : 33,5€ ; 15 robinets manuels sont transformés en robinet à commande à pied. Le Taux d'observance du lavage des mains avant installation est de 2% alors qu'après les travaux, il est de 17% : le taux lavage des mains à la prise de service avant est de 0,8% et de 12% après ; le taux de lavage entre les soins est 0,9% avant et est monté à 6% après ; après les soins, ce taux était 6% avant et 18% en 2013 ; avant les soins, le lavage des mains était de 2% en 2012 et de 24% en 2013. La friction hydro alcoolique est observée à 12%.

CONCLUSION

L'installation de ces infrastructures a permis de changer les habitudes des prestataires de soins. Ces modifications sont peu esthétiques mais abordent la question de l'utilisation des ressources locales pour la performance. Une enquête sur les infections nosocomiales dans cette structure permettrait d'analyser les impacts sur les soins.

P-020

QUALITÉ MICROBIOLOGIQUE DES ENDOSCOPES APRÈS 72 HEURES DE STOCKAGE DANS UNE ENCEINTE

*LEMAIRE V., BRETON N., MOGENOT E., LOMONT A., PANGON B., NEULIER C., MERRER J.
CH de Versailles, LE CHESNAY CEDEX, FRANCE*

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les endoscopes digestifs sont des dispositifs médicaux qui présentent des risques de transmissions bactériennes ou virales, essentiellement en raison de la difficulté de désinfection et de séchage des canaux opérateurs. Un nouveau dispositif médical, les armoires de stockage (ESET), devrait permettre d'améliorer la qualité microbiologique des endoscopes en permettant de mieux sécher les canaux.

Cette étude a pour but d'évaluer la qualité microbiologique des endoscopes après 72 heures de stockage dans l'armoire AS 300 de Hysis médical® comparativement à celle obtenue après stockage dans des conditions standards.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Avant d'être introduit dans l'ESET, les endoscopes ont été testés microbiologiquement après stockage dans des conditions standards (groupe « Standard »). Après s'être assuré de leur conformité (éventuellement par plusieurs désinfections successives), ils ont été introduits dans l'ESET. Ultérieurement et après 72 heures de stockage dans l'ESET, ils ont été testés de nouveau pour juger de la persistance de leur conformité (groupe « ESET »). Dans les deux groupes la procédure de recueil des prélèvements et d'analyse des échantillons était la même. En fonction de seuils prédéfinis, les résultats étaient exprimés selon les terminologies : « Conforme », « Alerte » ou « Action ». La comparaison des résultats entre les groupes « Standard » et « ESET » a été réalisée par un test exact de Fisher.

RÉSULTATS

4 coloscopes et 6 gastroscopes ont été testés. En procédure standard, 4 étaient conformes et 6 présentaient un niveau d'alerte (1 cas) ou d'action (5 cas). Tous sont devenus conformes avant introduction dans l'ESET. En procédure ESET et après 69 à 72 heures de stockage, seul 1 endoscope présentait un niveau d'alerte, les 9 autres étaient conformes. La différence de conformité après stockage entre les groupes « Standard » et « ESET » est à la limite de la significativité ($p=0.057$).

CONCLUSION

La qualité microbiologique des endoscopes après 72 heures de stockage en ESET est supérieure à celle de stockage en condition standard. Cela limite le risque infectieux et permet un gain de temps précieux pour le personnel qui n'a pas besoin de redésinfecter l'endoscope avant utilisation, contrairement à ce qui est nécessaire après un stockage standard. Ce gain de temps infirmier permettra d'augmenter le nombre d'actes d'endoscopie et la diminution du nombre de désinfection par endoscope permettra de préserver ces dispositifs médicaux onéreux.

P-021

INTÉRÊT DES PRÉLÈVEMENTS ENVIRONNEMENTAUX LORS D'UNE ÉPIDÉMIE D'ENTÉROCOQUES RÉSISTANTS AUX GLYCOPEPTIDES

SATILMIS L.⁽¹⁾, CAHUZAC C.⁽²⁾, CASSIER P.⁽²⁾, BÉNET T.⁽²⁾, NICOLLE M.C.⁽²⁾, HULIN M.⁽²⁾, PERRAUD M.⁽²⁾, DAUWALDER O.⁽³⁾, FINES-GUYON M.⁽⁴⁾, VANHEMS P.⁽²⁾
⁽¹⁾ Hôpital Edouard Herriot, LYON, FRANCE ; ⁽²⁾ Hôpital

Edouard Herriot, LYON, FRANCE ; ⁽³⁾ Hospices Civils de Lyon, LYON, FRANCE ; ⁽⁴⁾ Centre national de Référence des Entérocoques, CHU de Caen, CAEN, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les nouvelles recommandations du Haut Conseil de la Santé Publique de juillet 2013, concernant la prévention de la transmission croisée des Bactéries Hautement Résistantes aux antibiotiques émergentes (BHRé), ne préconisent pas la validation microbiologique du bionettoyage des zones contaminées. Parmi ces BHRé, les Entérocoques Résistants aux Glycopeptides (ERG), particulièrement persistants dans l'environnement, peuvent constituer un réservoir environnemental pouvant générer des cas secondaires. L'objectif est de rapporter l'utilité des prélèvements microbiologiques environnementaux (PE) au cours d'une épidémie d'ERG.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Lors d'une épidémie d'ERG survenue de novembre à décembre 2013 dans notre établissement, il a été décidé en CLIN de réaliser après bionettoyage des PE. Six points (lit, chevet, adaptable, cuvette des toilettes, chasse d'eau, robinet) ont été prélevés par écouvillonnage dans les chambres ayant accueillies des cas et dans celles des patients contact de l'unité du cas index. Chaque écouvillon a été mis en culture sur milieu sélectif chromogène après enrichissement. Le gène de résistance van des PE et des prélèvements cliniques positifs a été recherché par PCR. Le profil génotypique a été étudié par rep-PCR (méthode DIVERSILAB BioMérieux) ainsi que la présence de la séquence d'insertion IS16.

RÉSULTATS

Lors de l'épidémie, 1 cas index infecté sur une greffe cutanée par un Enterococcus faecium résistant aux glycopeptides et 3 cas colonisés secondairement par transmission croisée ont été pris en charge dans notre établissement. Ces cas ont générés 199 patients contact à investiguer. Une première série de 84 PE a été effectuée : 66 dans les 9 chambres ayant hébergé des cas et 18 dans 2 chambres de contacts. 2 PE (3%) se sont révélés positifs à l'ERG dans 2 des 9 chambres des cas (22%) après bionettoyage. Une deuxième série de 15 PE a été réalisée après un 2^e bionettoyage dans les chambres contaminées. Aucun ne s'est révélé positif. Les 6 souches, issues des prélèvements cliniques des 4 cas et des 2 PE positifs, étaient des Enterococcus faecium possédant le gène vanA et la séquence d'insertion IS16 marquant leur appartenance au complexe clonal CC17. Toutes ces souches ayant le même profil génomique provenaient du même clone.

CONCLUSION

Il existe un risque de persistance des ERG sur des surfaces malgré un bionettoyage soigneux. Dans un contexte épidémique, il semble donc important de valider la qualité du bionettoyage par la réalisation de PE. Leur place dans le contrôle du risque de transmission croisée mérite d'être discutée.

P-023

CARNET SANITAIRE INFORMATIQUE

GOSSAY C., QUENARD S., POURE L., LUU DUC D., MANQUAT G.

Chambery, CHAMBERY, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Mettre en place dans 6 établissements Médico-Sociaux un carnet sanitaire informatique standardisé afin d'appliquer la réglementation legionella pour améliorer la gestion de ce risque sanitaire.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le carnet sanitaire informatique (commercialisé sous forme d'un abonnement annuel) est basé sur une plateforme Web donnant accès à une application permettant de centraliser l'ensemble des données (résultat de la surveillance microbiologique, réglementation, procédures, surveillance des contrôles de température et de maintenance, traçabilité) et de les rendre accessible aux intervenants dans la gestion de ce risque. Il est mis en place suite à une visite sur site permettant d'établir un bilan sanitaire des installations et de former le personnel à l'utilisation de l'application. Une liste des tâches et opérations de maintenance spécifiques à l'établissement est établie en adéquation avec la réglementation en vigueur. Les rappels de tâches hebdomadaires sont envoyés par mail au personnel du service technique. Les tâches effectuées sont ensuite saisies à partir de tout poste informatique relié à internet. En cas de non saisie ou de non-conformité, un mail d'alerte est envoyé au directeur. Le stockage et la sécurisation des données sont assurés et l'archivage papier est inutile.

RÉSULTATS

Ce carnet sanitaire informatique a permis :

- de mettre en place 10 procédures dans chacun des établissements et de mettre en évidence des anomalies techniques dans les 6 établissements
- d'identifier des situations à risque dans 5 des 6 établissements (présence de Legionella pneumophila < 1000 UFC/L dans 4 / 6 établissements, contamination de réseau par Legionella pneumophila > 1000 UFC/L dans 1/6 établissements).
- améliorer le respect de la réglementation : contrôles de

température, plan d'échantillonnage, interprétation des résultats, opération de maintenance.

Après enquête téléphonique auprès des différents intervenants tous les établissements sont satisfaits après une phase d'adaptation rapide à l'outil et ils ont tous reconduit leur abonnement.

CONCLUSION

Le carnet sanitaire informatique est un outil facile d'utilisation pour un coût modéré (< 1 000 euros par an). Il permet aux établissements d'être en conformité avec la réglementation en vigueur et il oblige à un suivi régulier des installations et à une gestion du risque plus efficace des installations d'eau chaude sanitaire.

P-024

ÉPIDÉMIE D'INFECTIONS NOSOCOMIALES À P. AERUGINOSA LIÉE À L'EAU D'UNE FONTAINE RÉFRIGÉRANTE

COSTA D.⁽¹⁾, BOUSSEAU A.⁽²⁾, THEVENOT S.⁽²⁾, DUFOUR X.⁽²⁾, BURUCOA C.⁽²⁾, LALAND C.⁽²⁾, CASTEL O.⁽²⁾

⁽¹⁾ Laboratoire Ecologie et Biologie des Interactions UMR CNRS 7267, équipe MDE, CHU de Poitiers, Université de Poitiers, POITIERS, FRANCE ; ⁽²⁾ CHU de Poitiers, POITIERS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans le cadre de la surveillance des infections nosocomiales (IN) de notre centre hospitalier, des fiches de déclarations présomptives d'IN sont éditées suite à l'isolement d'une bactérie dans un prélèvement à visée diagnostic d'un patient hospitalisé depuis plus de 48h. Après confirmation, une augmentation des patients colonisés ou infectés à P. aeruginosa a été constatée dans le service d'ORL. Nous présentons ici les investigations qui ont été menées afin de déterminer s'il s'agissait d'une épidémie et d'en rechercher l'origine.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

De janvier à avril 2013, P. aeruginosa a été isolé chez 10 patients du service d'ORL. Des prélèvements d'eau ont été réalisés afin de rechercher la présence de P. aeruginosa dans l'environnement direct des patients pour lesquels le caractère nosocomial avait été confirmé. Les points d'eau choisis ont été les suivants : douches, éviers et lavabos utilisés pour les soins, points témoins de la qualité de l'eau du réseau du service et eau de la fontaine réfrigérante. Un typage moléculaire des souches environnementales et cliniques de P. aeruginosa a ensuite été réalisé par technique RAPD (Random Amplified Polymorphism DNA) à l'aide de 3 amorces : BK4, AP12H et VL1.

RÉSULTATS

Chez 6 patients le caractère nosocomial de l'infection a été retenu et les points d'eau en rapport ont été investigués. Sur 31 prélèvements d'eau, seule l'eau de la fontaine réfrigérante s'est révélée positive à *P. aeruginosa*. Après typages, cette souche et celles de 3 patients se sont révélées identiques. Ces 3 patients présentaient une pathologie lourde avec un indice Mac Cabe à 1 et s'alimentaient soit par sonde nasogastrique, soit par GPE (Gastrostomie Endoscopique Percutanée).

CONCLUSION

L'eau de la fontaine était utilisée pour l'hydratation des patients ou la préparation et l'administration de médicaments. Cette eau était uniquement administrée via la sonde ou la GPE. Les reflux alimentaires ou la consommation directe d'eau de fontaine par les patients peuvent expliquer la présence de *P. aeruginosa* dans les plaies cervicales. Dans le cadre de cette épidémie, l'origine liée à l'eau a pu être prouvée biologiquement. Des actions correctives et préventives ont été menées à la suite de cet épisode : désinfection de la fontaine et suivi microbiologique, jusqu'à l'achat d'une fontaine avec traitement UV terminal (dont le suivi microbiologique est en cours). Aucune infection n'a été identifiée depuis la mise en place de ces mesures.

P-025

ETUDE APPROFONDIE DES CAUSES DE PRÉLÈVEMENTS MICROBIOLOGIQUES NON CONFORMES EN CUISINES D'UN ÉTABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET RÉADAPTATION EN 2011 ET 2012

CHUBILLEAU C.⁽¹⁾, **GUIGNARD F.**⁽²⁾, **FRIDRICK M.**⁽²⁾, **GUEUDET D.**⁽²⁾, **MENARD F.**⁽²⁾, **CABELO L.**⁽²⁾, **BOURGUIGNON L.**⁽²⁾

⁽¹⁾ Centre hospitalier, NIORT, FRANCE ; ⁽²⁾ Melioris Le Grand Feu, NIORT, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La survenue de résultats non conformes lors des autocontrôles microbiologiques en cuisines, en 2011 puis à nouveau en 2012, a conduit l'équipe d'hygiène et la coordinatrice de la gestion des risques à mener une analyse approfondie des causes pour déterminer les causes immédiates et profondes de la persistance de ces non-conformités et mettre en place les mesures préventives et correctives nécessaires.

La cuisine de cet établissement de 100 lits de soins de suite et réadaptation distribue 92000 repas annuels produits sur place en liaison froide.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une description des non-conformités, un audit en 2011 dès les premiers résultats non conformes, l'observation du fonctionnement des cuisines puis une analyse approfondie des causes selon la méthode d'Ishikawa réalisées en 2012, permettront de mettre en place un plan d'actions préventives et correctives.

RÉSULTATS

D'avril 2011 à octobre 2012, 18 % des analyses alimentaires et 8 % des prélèvements de surface sont non conformes.

Confirmant l'audit de 2011, les observations montrent notamment : un défaut de maîtrise des températures, une marche en avant partiellement respectée, l'absence de procédure, d'enregistrement et de contrôle des étapes de nettoyage/désinfection, des équipements dégradés et d'utilisation non optimale, une hygiène des mains insuffisante, un mésusage des gants et une désorganisation du travail quotidien.

L'analyse approfondie des causes pointe une désorganisation du travail quotidien, un défaut d'entretien des locaux, équipements et matériels, une pratique d'hygiène des mains négligente et une utilisation non raisonnée des équipements.

Associant différents services de l'établissement, les actions correctives et préventives mises en place sont la remise en état des locaux et équipements, une formation à l'hygiène des mains, la planification des différentes tâches par plage horaire et secteur de production, la réorganisation de la marche en avant et des enceintes réfrigérées.

CONCLUSION

Grâce à ces actions, la sécurité des patients et du personnel est améliorée : le nombre de prélèvements non conformes s'est réduit et un audit réalisé en 2013, s'il a constaté la persistance de certains manques, a montré des progrès dans le fonctionnement et l'organisation du travail en cuisines.

P-026

INVESTIGATION D'UNE ÉPIDÉMIE D'INFECTIONS À ACHROMOBACTER XYLOSOXIDANS DANS UN SERVICE DE SOINS INTENSIFS DE PNEUMOLOGIE.

BOURIGAU C., **CHOLET S.**, **CORNE F.**, **JAFFRE S.**, **LE GALLOU F.**, **PICARD M.**, **PROUTEAU P.**, **CAILLON J.**, **CORVEC S.**, **LEPELLETIER D.**
CHU Nantes, NANTES, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En décembre 2011, plusieurs cas d'infections respiratoires à *Achromobacter xylosoxidans* ont été diagnostiqués chez des patients hospitalisés dans le service des Soins Intensifs (SI) de pneumologie.

Une enquête épidémiologique et microbiologique a été menée afin de déterminer l'origine de ces contaminations et de maîtriser la diffusion épidémique.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. Surveillance prospective des colonisations/infections
2. Prélèvements d'environnement à la recherche d'un réservoir
3. Caractérisation moléculaire des souches cliniques et environnementales
4. Mise en place d'une stratégie de contrôle de la diffusion épidémique.

RÉSULTATS

Entre décembre 2011 et janvier 2012, deux clones d'A. xyloxydans ont été identifiés dans des prélèvements cliniques respiratoires chez 6 patients hospitalisés aux SI de pneumologie (chambres non contiguës) : clone A (4 patients) et clone B (2 patients). Sur les 6 patients, 2 étaient pris en charge pour surveillance post-transplantation pulmonaire (patients mucoviscidiques) et 4 pour pneumopathie. Le délai médian entre l'admission et le 1^{er} prélèvement clinique positif était de 12 jours (min-max : 6-23). La durée médiane de séjour dans le service était de 62 jours (min-max : 20-184). Ces patients ont tous bénéficié d'aérosols avec un nébuliseur réutilisable au cours de leur hospitalisation. Les prélèvements microbiologiques réalisés sur ce matériel après traitement mettaient en évidence les clones A et B d'A. xyloxydans. L'évaluation des pratiques professionnelles a montré une non-conformité du traitement de ce matériel après utilisation (absence de désinfection).

CONCLUSION

Achromobacter est une bactérie se développant dans les milieux humides. La littérature décrit des cas similaires dont l'origine est souvent liée à un dispositif médical réutilisable utilisé chez les patients. Les prélèvements microbiologiques positifs du nébuliseur réalisés après traitement confirment l'absence de désinfection. Ce défaut de pratique explique probablement la transmission croisée entre les patients mucoviscidiques ou non. Le remplacement des nébuliseurs réutilisables par du matériel à usage unique a permis de contrôler l'épidémie. Aucun nouveau cas épidémique n'a été diagnostiqué depuis ce changement de matériel.

P-027

PRÉLÈVEMENTS MICROBIOLOGIQUES DES SURFACES : ENQUÊTE DE PRATIQUES AUPRÈS DE 34 CENTRES HOSPITALIERS

DIEBOLT M., MARIE V., LEROYER C., COPPRY M., BOYER F., LASHÉRAS A., BOULESTREAU H., ROGUES A.M.
CHU de Bordeaux, BORDEAUX, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans une démarche qualité de l'environnement en établissement de santé, la surveillance microbiologique des surfaces constitue un outil complémentaire aux contrôles de procédés. Cependant, la politique de cette surveillance et les techniques de prélèvements sont en grande partie laissées à l'appréciation des instances chargées de la lutte contre les infections nosocomiales. Objectif : Evaluer la politique et les choix techniques de la surveillance microbiologique des surfaces mise en œuvre dans des centres hospitaliers (CH).

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Enquête transversale par envoi d'un questionnaire et entretien téléphonique en janvier 2013 avec le biologiste ou l'hygiéniste responsable de la microbiologie environnementale. Le premier volet du questionnaire portait sur la politique de l'établissement en matière de prélèvement : secteurs concernés, fréquence, stratégie d'échantillonnage, nombre de points prélevés; le second volet était consacré aux aspects techniques : méthode, critères d'interprétation.

RÉSULTATS

34 des 47 CH contactés ont répondu. Les secteurs retenus dans la politique de surveillance étaient : stérilisation et hématologie (100% des CH), blocs opératoires (90%), cuisine et blanchisserie (70%), réanimation ou néonatalogie (50%), avec une fréquence trimestrielle le plus souvent (fréquence mensuelle pour 10% des CH). Plus de la moitié des CH réalisaient aussi des prélèvements à visée pédagogique. La stratégie d'échantillonnage « à points identiques » était retenue par 26 CH et le nombre de points prélevés dans une chambre ou une salle d'intervention variait de 2 à 20. Tous les CH utilisaient des géloses contact (60% avec applicateur) et 25 associaient parfois des écouvillons (humidification : 76% des cas et ensemencement direct sur milieu gélosé sans étape d'enrichissement en bouillon : 62%). Une identification des bactéries et des moisissures en plus du dénombrement des colonies était réalisée par 31 CH. La durée moyenne d'incubation était de 5,5j +/- 2,4j avec deux températures successives (37°C puis 25°C) pour 12 CH. L'interprétation des résultats suivait le guide du CTIN 2002 pour 28 CH.

CONCLUSION

Les CH sollicités avaient un recours fréquent aux prélèvements de surfaces avec des stratégies variables. De plus, les conditions de culture étaient hétérogènes parfois insuffisantes pour la détection des certains germes environnementaux. L'absence de consensus explique les disparités observées ; elle justifie d'évaluer et de standardiser les méthodes afin d'optimiser la surveillance des surfaces dans une démarche d'assurance qualité.

P-028

LIMITE À L'APPLICATION DES MESURES DE PRÉVENTION DU RISQUE ASPERGILLAIRE DANS UN CHU PAVILLONNAIRE, EN COURS DE RESTRUCTURATION

REGARD A., OLTRA L., HULIN M., DANANCHE C., NICOLLE M.C., BENET T., PERRAUD M., CASSIER P., VANHEMS P.

Groupement hospitalier Edouard Herriot, Hospices Civils de Lyon, LYON, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Une augmentation, entre décembre 2012 et mai 2013, de l'incidence des aspergilloses invasives (AI) chez des patients greffés rénaux ou pulmonaires, dans un contexte d'augmentation des travaux sur l'établissement ainsi qu'à proximité, nous a amené à renforcer les mesures de protection. Ces patients étaient hospitalisés en post greffe immédiate dans un service A (6 lits) équipé d'un système de traitement d'air (ISO8) ou dans un service B (25 lits) sans traitement d'air pour les patients greffés depuis plus de 10 jours. L'objectif était d'évaluer les limites à l'application des recommandations du CLIN sur la prévention des AI comparativement dans les 2 services.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Entre le 15/05 et le 23/07/13, des prélèvements d'aérobiocontamination ont été réalisés afin de vérifier l'impact des mesures de prévention sur le taux d'*Aspergillus* spp. dans les 2 services. Les mesures mises en place ont été les suivantes :

1. Contrôles d'environnements dans les zones accueillant les patients à risque et à proximité des travaux, 2. Renforcement des mesures de confinement : fermeture des portes/fenêtres des chambres et accès des services
3. Port d'appareil de protection respiratoire de type FFP1 par les patients à risque lors des déplacements en dehors des services d'hospitalisation
4. Réévaluation hebdomadaire des mesures mises en place
5. Contrôle de l'application des mesures de protection d'environnement par la maîtrise d'œuvre des travaux sur l'ensemble des chantiers.

RÉSULTATS

Au total, 56 prélèvements d'environnement ont été réalisés dans les 2 services étudiés.

Dans le service A, les concentrations diminuent progressivement alors que dans le service B, bien que fluctuante, la flore fongique reste élevée.

Les principales caractéristiques du service A comparativement au service B sont :

1. La présence d'une centrale d'air ISO 8 qui a un effet

protecteur par rapport au risque aspergillaire

2. La fermeture des huisseries plus aisée (traitement d'air)

3. La taille réduite de l'unité

4. La sensibilisation au risque facilitée par une équipe soignante peu nombreuse.

		15-mai	20-mai	10-juin	17-juin	19-juin	26-juin	23-juil
Service A	<i>Aspergillus fumigatus</i> * (UFC/m ³)	couloir	4	0	0	10	0	0
	Flore fongique** (UFC/m ³)	couloir	96	32	60	50	30	20
	<i>Aspergillus fumigatus</i> (UFC/m ³)	chambre	4	0	0	0	0	1
	Flore fongique (UFC/m ³)	chambre	36	24	30	0	30	0
Service B	<i>Aspergillus fumigatus</i> (UFC/m ³)	couloir	0	1	30	0	0	10
	Flore fongique (UFC/m ³)	couloir	160	60	240	100	110	60
	<i>Aspergillus fumigatus</i> (UFC/m ³)	chambre	4	10	0	0	0	0
	Flore fongique (UFC/m ³)	chambre	152	130	120	80	120	20

**Aspergillus fumigatus* : 37°C 48h

** Flore fongique à 25°C 7 j

Résultat des prélèvements d'aérobiocontamination dans les services A et B

CONCLUSION

Le nombre de cas d'AI a diminué dans les 2 services depuis la mise en place des recommandations. La contamination environnementale par *Aspergillus* spp. semble corrélée à la structure du service, au type de patient et possiblement aux conditions climatiques. Une étude comparative sur la contamination aspergillaire de l'air extérieur et intérieur permettra d'évaluer le rôle de la contamination environnementale.

P-029

EVALUATION DES PERFORMANCES D'UN DISPOSITIF MOBILE DE TRAITEMENT DE L'AIR DANS UN SERVICE D'HÉMATOLOGIE ADULTE

LACROIX J., MOUET A., AGUELON V., PORNET C., LE COUTOUR X.

CHU de Caen, CAEN, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les médecins d'hématologie clinique souhaitent l'ouverture de quatre chambres avec sas pour la prise en charge de patients qu'ils définissent comme à risque « intermédiaire » d'aspergillose car présentant au moins l'une des caractéristiques suivantes : neutropénie induite, corticothérapie ≥ 1 mg/kg/j, fortes doses de traitement immunosuppresseur, autogreffe. Pour ce faire, ils souhaitent équiper ces chambres de dispositifs mobiles de traitement d'air. L'équipe opérationnelle d'hygiène

a été mandatée pour réaliser des essais en conditions réelles afin d'évaluer in situ l'impact du dispositif sur la qualité de l'air.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

En mars 2013, les essais ont été réalisés dans deux chambres non occupées d'hématologie clinique et ont duré pour chaque chambre 3 jours consécutifs. Les critères mesurés pour évaluer in situ la qualité de l'air avant et après mise en place du dispositif (vitesse min. et max.) étaient : le nombre de particules, la contamination fongique de l'air et des surfaces. Les résultats ont été comparés aux objectifs définis dans la norme AFNOR NF S90351-2013 et recommandations en vigueur qui traitent des zones à environnement maîtrisé. Les conditions de réalisation des mesures étaient définies dans un protocole (tenue, chronologie, délai après bionettoyage, feuille de traçabilité des entrées et sorties).

RÉSULTATS

Au total pour les deux chambres, ont été réalisés plus de 1500 comptages de particules, 12 prélèvements d'air et 54 de surfaces. La mise en place du dispositif mobile de traitement d'air a permis de diminuer le nombre de particules dans les deux chambres et d'atteindre les valeurs d'une zone 3, comme définies dans la norme NF S90351-2013. Une augmentation significative des particules 5µm est à noter en cas d'ouverture de porte, d'activité (prélèvements et bionettoyage) et en puissance minimale. Après activité le dispositif permet un retour aux valeurs mesurées avant activité en 10 minutes maximum. La classe microbiologique de l'air est améliorée (M100 à M10) et la qualité microbiologique des surfaces atteint les niveaux cibles.

CONCLUSION

Notre étude valide l'utilisation du dispositif mobile de traitement d'air pour les indications retenues par les hématologues. Il permet d'obtenir des chambres conformes aux objectifs pour les classes particulaire et microbiologique d'une zone 3 (norme NF S90351- 2013). Néanmoins il ne permet pas d'obtenir une suppression entre la chambre et le sas. Lors d'une ouverture de porte, le taux de particules peut augmenter, mais diminue rapidement après activité, en 10 minutes.

P-030

EVALUATION DE LA BIOCONTAMINATION DE L'ENVIRONNEMENT DES PATIENTS EN PRÉCAUTIONS COMPLÉMENTAIRES D'HYGIÈNE (PCH) POUR UNE BACTÉRIE MULTI RÉSISTANTE (BMR)

JOUTTIER M., LE BRIQUER K., BARBIER L., LINARES C., LALLECHERE S., CHANAY O.
CHA NEVERS, NEVERS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En 2013 l'EOH a voulu mettre en évidence la présence de BMR dans l'environnement des patients en PCH pour sensibiliser les équipes sur l'importance du bionettoyage et des PCH. 2 questions nous paraissaient intéressantes :

- Retrouvons-nous du patient le germe à l'origine des PCH ?
- Retrouvons-nous dans l'environnement des BMR autres que celles ayant conduit à la mise en place des PCH ?

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous avons choisi d'élaborer une grille d'audit fixant les 6 à 7 points de prélèvements dans les chambres des patients en PCH. Les prélèvements de surface ont été réalisés à l'aide de boîte Count tact (laboratoire Biomérieux). Une numération des UFC (Unité formant colonie) a été réalisée après mise à l'étuve 48h à 36°. La suspicion d'une BMR était confirmée ou non par identification et réalisation d'un antibiogramme. 30 PCH ont été évaluées et 185 points prélevés.

RÉSULTATS

Pour 1/3 des patients en PCH, nous retrouvons une BMR dans leur chambre.

Concordance entre BMR patient et BMR de l'environnement : dans 13.3 % des cas dont 75 % avec SARM et 25 % avec *Acinetobacter baumannii*. De plus, dans une chambre nous avons retrouvé 2 BMR : celle ayant conduit à la mise en place des PCH (SARM) et une autre BMR, un *Acinetobacter baumannii*.

Présence dans l'environnement d'une BMR autre que celle isolée chez le patient : dans 23.3 % des cas dont 57.1 % avec *Acinetobacter baumannii*, 28.6 % avec SARM et 14.3 % avec *Stenotrophomonas maltophilia*.

D'autres germes pathogènes non BMR ont également été retrouvés dans l'environnement : 1 *Pseudomonas aeruginosa*, 1 *Klebsiella pneumoniae*, 1 *Acinetobacter junii*, 2 *Staphylococcus aureus*, 1 *Pseudomonas putida*, 1 *Acinetobacter lwoffii*, et 1 *Acinetobacter* spp.

Sur les 6 ou 7 points prélevés dans les chambres, un point attire particulièrement l'attention : la poignée de porte de la chambre côté extérieur avec dans 16.7% des cas une BMR sur sa surface (2 SARM, 2 *Acinetobacter baumannii*, 1 *Stenotrophomonas maltophilia*).

CONCLUSION

Cette évaluation met en évidence une contamination importante des surfaces des chambres des patients en PCH. Ceci permettra de rappeler l'importance du bionettoyage et du respect des PCH. Compte tenu du nombre de BMR retrouvées dans l'environnement qui sont différentes de celle isolée chez le patient, une évaluation sera conduite dans des chambres de patients en précautions standard.

P-031

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES SUR L'ENTRETIEN QUOTIDIEN D'UNE CHAMBRE DE PATIENT

*JEUNESSE K., THIRIET L., GIZZI A.
CH de Sedan, SEDAN, FRANCE*

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans un contexte d'augmentation de la prévalence des portages digestifs de bactéries multi-résistantes dans notre établissement, la maîtrise du bionettoyage est devenue incontournable. A l'issue d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) réalisée en 2010 sur ce thème, un groupe de travail avait émis plusieurs recommandations dans le but d'améliorer les pratiques. Nous avons réalisés une nouvelle EPP en 2011 dans le but de vérifier leur application.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

La méthode retenue pour cette EPP a été l'observation directe des agents en charge de l'entretien des locaux. La grille d'évaluation a été construite à partir du protocole de l'établissement. Tous les secteurs de soins y compris nos deux Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes étaient concernés par l'audit. Les auditeurs étaient les membres de l'unité d'hygiène. L'analyse fut réalisée par Epi-info 6.04.

RÉSULTATS

38 observations ont été réalisées entre le 5 et le 30 décembre 2011.

7 patients étaient infectés. Ils bénéficiaient de précautions complémentaires de type contact mais un seul patient était accueilli en chambre particulière.

85 % des professionnelles auditées portaient des gants de ménage, 31% avaient revêtu un tablier de protection à usage unique. Aucun changement de tablier n'a été observé entre deux patients dans une même chambre.

100 % des services disposaient d'un chariot de ménage. Son approvisionnement était conforme à 87,7 % de la composition retenue par le groupe de travail de 2010.

Le produit utilisé pour le bionettoyage des surfaces hautes (détergent-désinfectant) était approprié dans 100% des cas, mais sa dilution était incorrecte dans 14% des cas observés. La technique d'application était conforme dans 68,4 % des audits. La technique d'application était non conforme dans 68,4 %.

La traçabilité de l'entretien des locaux était présente pour 89,4 % des audits, mais seules 34,2 % des feuilles de traçabilités utilisées étaient issues des documents émis par le groupe de travail de 2010. (Documents périmés encore en circulation)

CONCLUSION

Si nous comparons les résultats obtenus avec l'EPP précédente, nous ne pouvons que constater une stagnation des pratiques en termes de bionettoyage. Si le groupe de travail a élaboré des documents d'aide (tableau récapitulatifs des dilutions, harmonisation des feuilles de traçabilité, révision du protocole) encore faut-il qu'ils soient connus et appliqués. L'accent doit être mis sur la formation initiale et continue des agents pour que la prestation soit de qualité. L'équipe d'hygiène s'y efforce au travers d'ateliers pédagogiques pratiques.

P-032

GESTION DU RISQUE INFECTIEUX LIÉ À L'UTILISATION DE L'EAU CIRCULANT DANS LES UNITS DENTAIRE : EXPÉRIENCE D'UN CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

LIZON J.⁽¹⁾, FLORENTIN A.⁽¹⁾, MARTRETTE J.M.⁽²⁾, RIVIER A.⁽³⁾, HAUTEMANIERE A.⁽⁴⁾, DUWOYE V.⁽⁵⁾, CLEMENT C.⁽²⁾, RABAUD C.⁽¹⁾

(¹) Equipe opérationnelle d'Hygiène Hospitalière - CHU Nancy, NANCY, FRANCE ; (²) Service odontologie - CHU Nancy, NANCY, FRANCE ; (³) Laboratoire de biologie environnementale - CHU Nancy, NANCY, FRANCE ; (⁴) Service Central des Archives Médicales et Accès au Dossier, CHU Nancy, NANCY, FRANCE ; (⁵) Direction de la qualité des usages - CHU Nancy, NANCY, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Suite au déménagement d'une des unités d'odontologie, une étude de la qualité de l'eau en sortie des unités dentaires a montré la présence d'une dérive avec un biofilm important (flores revivifiables aérobies à 22°C et/ou 36°C ≥ 300 UFC/mL et micro-organismes opportunistes : *Pseudomonas aeruginosa*, *Legionella pneumophila*) pour 5 fauteuils sur 8. Nous rapportons ici les différentes étapes qui nous ont permis in fine d'obtenir une eau de qualité « eau pour soins standard » avec absence de pathogènes et de *Legionella* sp, sur l'ensemble du parc dentaire.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Notre établissement possédait 44 fauteuils dentaires alimentés en eau du réseau. Nous avons, successivement, mis en place plusieurs actions correctives dont l'efficacité est précisée ci-dessous.

RÉSULTATS

Après être repassés à une alimentation en eau stérile, avoir revu des procédures de maintenance quotidienne (purge, vidange des circuits) et réalisé une désinfection ponctuelle au Dialox® (mélange de peroxyde d'hydrogène et d'acide

peracétique) associée à un changement de toutes les tubulures accessibles, 38 (89%) fauteuils n'étaient pas conformes après 30 jours de suivis, dont 8 pour une non-conformité critique (7 pour la présence de *L. pneumophila* séro-groupe 1 et 1 pour la présence de *P. aeruginosa*). Après une deuxième désinfection selon le même protocole, 22 (50%) fauteuils n'étaient pas conformes mais sans non-conformité critique. Les flores revivifiables aérobies à 22°C et/ou 36°C augmentaient progressivement de J1 à J30 (de 12 à 131 UFC/mL en moyenne) témoignant d'un développement du biofilm persistant dans les tubulures ou les micro-connectiques. Aussi, un traitement de l'eau par désinfection continue a été testé. Le traitement retenu a été fourni par la société KOMET®. Ce procédé utilisait deux types de produits : d'une part, Alpron® (mélange de biguanides et de tosylchloramide de sodium) utilisé quotidiennement sur les fauteuils en activité et d'autre part, Bilpron® (éthylène-diamine-tétra-acétique, PHB-ester, hexaméthylènebiguanide) désinfectant utilisé pendant les périodes d'inactivité pour stabiliser le développement du biofilm dans les tubulures. Depuis lors, l'ensemble des fauteuils est resté conforme jusqu'à J60. De plus, les flores revivifiables aérobies à 22°C et 36°C sont restées très faibles, de l'ordre de quelques UFC/mL.

CONCLUSION

Au final, le traitement par désinfection continue associée à l'usage d'eau stérile et aux procédures de maintenance quotidienne a permis de rétablir la qualité de l'eau en sortie des unités dentaires tout en garantissant la sécurité des soins.

P-033

GESTION DES EXCRETA : LAVE-BASSINS, VRAIE OU FAUSSE SÉCURITÉ ?

MASSON C., BACOUILLARD J.B., DEGERMANN C., HIVET L., LASSAULX A., MAILLIOT P., DUPONT P., VALLET C., BUREAU-CHALOT F., BAJOLET O.
CHU de Reims, REIMS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La gestion des excréta expose le soignant, le patient et l'environnement à une contamination microbienne et place au centre de la politique de cette gestion, l'utilisation des lave-bassins.

L'objectif de l'étude était d'évaluer l'état et la contamination bactérienne des lave-bassins (LB) et des bassins utilisés dans les services de soins après une campagne d'information sur les risques liés à la gestion des excréta et un rappel des modalités d'entretien des LB.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Un audit a été réalisé sur les LB thermiques utilisés lors des hospitalisations de court séjour d'un centre hospitalier de 1423 lits (1089 lits de court séjour). Pour chaque LB était relevé : la présence de produits, de tartre ou de rouille au niveau des buses et de la cuve et la traçabilité de l'entretien. Les prélèvements de surface étaient réalisés en trois points du LB (fond de cuve, paroi verticale, buses) et sur les matériels désinfectés (1 à 3 matériels), par écouvillonnage ou par empreinte (Hygiènes 2011; XIX (5): 277-283).

RÉSULTATS

68 LB et 196 dispositifs désinfectés ont été prélevés. 58 LB (85,3%) présentaient du tartre au niveau de la cuve ou des buses, 88 bassins (44,9%) présentaient des résidus.

398 prélèvements microbiologiques ont été réalisés. Les résultats de numération bactérienne des prélèvements réalisés par empreinte sont présentés dans le tableau 1.

	<1 UFC/25 cm ²	1≤UFC/25 cm ² <25	≥25 UFC/25 cm ²	Total
Lave-bassins				
Paroi verticale	64 (94,1%)	4 (5,9%)	0	68
Fond de cuve	30 (44,8%)	35 (52,2%)	2 (3%)	67
Dispositifs				
Bassins + pots	84 (42,9%)	94 (48%)	18 (9,1%)	196

Tableau 1 : Résultats des prélèvements microbiologiques

Sur les 67 buses prélevées, seules 8 (11,9 %) étaient colonisées. Parmi les prélèvements positifs 70 % étaient polymicrobiens, 30% étaient monomicrobiens. Les bactéries retrouvées étaient les suivantes : *Micrococcus* spp (n=116), *staphylocoque* à coagulase négative (n=110), *Bacillus* spp (n=66), moisissures (n=38), bacilles à Gram négatif aérobies strict (n=10) et *Corynebacterium* spp (n=7). Aucune bactérie potentiellement pathogène (*S. aureus*, *P. aeruginosa*, entérobactérie) n'a été identifiée.

CONCLUSION

L'audit a mis en évidence un défaut d'entretien des cuves et des buses ainsi que la présence de résidus au niveau des bassins alors que les résultats microbiologiques étaient satisfaisants (la flore anaérobie n'a cependant pas été recherchée). Des actions de formation et de sensibilisation sont à prévoir pour améliorer la qualité de l'entretien des dispositifs désinfectés dans les LB thermiques.

P-034

COLONISATION CHRONIQUE DE L'EAU D'ALIMENTATION DES LAVEURS-DÉSINFECTEURS D'ENDOSCOPES (LDE) : SOURCE ET SOLUTION CURATIVE

BOULESTREAU H., NICOLAS R., BOYER F., FOUQUET M., MARIE V., BARD F., BOURNET F., ROGUES A.M. CHU de Bordeaux, BORDEAUX, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'eau d'alimentation des LDE est surveillée trimestriellement (eau pour soins standard-ESS). Sur un parc de 16 LDE dont 15 de marque identique, l'eau d'alimentation de 10 LDE est constamment colonisée par *P. aeruginosa*. L'investigation du groupe « qualité de l'eau » s'est déroulée en 2 temps pour identifier la source et proposer une solution curative pérenne.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le circuit d'alimentation en eau des LDE est constitué des arrivées d'eaux chaude (EC) et froide (EF), un mitigeur, un flexible d'alimentation arrivant à l'électrovanne (EV) d'entrée dans le LDE. Dans un 1er temps les prélèvements d'EC et EF en amont et en sortie du mitigeur ont été réalisés. Le protocole curatif du fournisseur n'a cependant pas résolu le problème de façon pérenne. Un montage technique insérant un clapet anti-retour, précédé et suivi d'un point de prélèvement a permis un suivi microbiologique étagé. Une analyse d'ESS après la mise en œuvre du protocole curatif (T0) puis la recherche de *P. aeruginosa* quotidienne (NF EN 12780 -2002) jusqu'à l'apparition de la colonisation et son suivi, sur l'ensemble des points de prélèvements, ont permis d'identifier plus précisément la source et le sens de la colonisation.

RÉSULTATS

La 1^{ère} étape de l'investigation a identifié le mitigeur comme source de colonisation. Cette étape a abouti à des préconisations validées par le fournisseur de changement d'EV dans le même temps que la réalisation du protocole de désinfection, en plus du changement de mitigeur et de flexible (1h30 de temps agent), avec un résultat toujours non pérenne à court terme. La 2^{ème} étape a identifié l'EV comme source initiale de colonisation, apparaissant dans les jours suivant un protocole curatif efficace à T0, se poursuivant de façon rétrograde, franchissant le clapet anti-retour, jusqu'au mitigeur. Des prélèvements jusqu'à 1 litre d'EC et EF en amont du mitigeur n'ont pas permis de retrouver la bactérie. Une réunion des différents interlocuteurs (services d'hygiène hospitalière, techniques, biomédicaux) et du fournisseur a conclu à une qualité basique de l'électrovanne.

CONCLUSION

Les EV basiques favorisent la colonisation de l'eau par stagnation d'eau mitigée dans la chambre de mélange, même en l'absence de colonisation détectable en amont. La présence d'une chaîne de filtration correctement entretenue sécurise la qualité de l'eau destinée au traitement des endoscopes. Le fournisseur a validé la piste d'amélioration identifiée ; il lui a été demandé de fournir un modèle d'EV de qualité supérieure pour la conduite d'essais complémentaires.

P-035

DEGRÉ DE CONTAMINATION DES ÉCHOGRAPHES EN RÉANIMATION : COMPARAISON D'UN APPAREIL À COMMANDE LISSE ET À COMMANDE STANDARD

MEKONTSO DESSAP A.⁽¹⁾, JANSEN C.⁽¹⁾, BOISSIER F.⁽¹⁾, RAZAZI K.⁽¹⁾, DE PROST N.⁽¹⁾, MICHAUD G.⁽¹⁾, CIZEAU F.⁽¹⁾, DUCCELLIER D.⁽¹⁾, ABID S.⁽²⁾, DECOUSSER J.W.⁽¹⁾, BRUN-BUISSON C.⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU Henri Mondor, CRÉTEIL, FRANCE ; ⁽²⁾ INSERM, Unité U955, CRÉTEIL, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le risque de transmission bactérienne associé aux appareils échographiques, très souvent utilisés en réanimation, est mal connu et les méthodes de décontamination de ces appareils et annexes mal établies. Leur architecture peut influencer leur degré de contamination.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous avons évalué le degré de contamination de 2 types d'appareils, l'un disposant d'une interface de commande lisse et l'autre à interface classique à touches, utilisés en réanimation, alternativement d'une semaine sur l'autre pendant 12 semaines. Après utilisation, les surfaces des appareils étaient désinfectées par passage d'une chiffonnette imprégnée d'alcool (Sterimed 100[®]). Les prélèvements (15 prélèvements/semaine sur 5 sites) étaient effectués 3 fois par semaine, de manière aléatoire hors utilisation. L'interface de commande, la sonde et les câbles ECG étaient prélevés à l'aide de compresses stériles humidifiées analysées par filtration sur membrane de 50 mL de DNP. La tête de sonde et le clavier étaient prélevés à l'écouvillon stérile humidifié déchargé dans 1 mL ; 100 µL de suspension étaient inoculés en rateau. Trois milieux étaient utilisés : TSA (pour flore totale) et 2 milieux sélectifs pour recherche de bacilles à gram négatif (BGN, Drigalski) ou à gram positif (CGP, ANC). Les résultats sont exprimés en UFC/mL. La contamination des différents sites a été comparée entre les 2 appareils (tests de Mann-Whitney et test de chi-2 ou de Fisher).

RÉSULTATS

La contamination de l'interface de commande était plus élevée pour l'interface classique que pour l'appareil à interface lisse, en flore totale (médiane, 112 vs. 35 UFC/mL, $p=0.02$) et pour la flore à CGP (60 vs. 20 UFC/mL, $p=0.02$) ; la contamination par BGN était rare (0 vs 0, $p=0.70$). La contamination des sondes (53 vs. 36 UFC/mL, $p=0.44$) et des claviers (0 vs 0) était similaire ; les câbles ECG étaient fortement contaminés (138 vs 225 UFC/mL, $p=0.63$). Les germes pathogènes ciblés retrouvés comprenaient des staphylocoques dorés ($n=7$), des *Klebsiella pneumoniae* ($n=4$), *Enterobacter* spp ($n=2$) et *Pseudomonas* spp ($n=9$).

CONCLUSION

Les appareils d'échographie sont fréquemment contaminés lors d'une utilisation de routine. L'interface des appareils à surface lisse, plus faciles à décontaminer, sont moins souvent contaminés, notamment par des germes à Gram positif. Cependant, les sites les plus contaminés sont les câbles ECG. En présence d'un nettoyage/désinfection insuffisant, ces surfaces peuvent constituer des réservoirs de bactéries pathogènes, sources de transmission ultérieure.

P-036

EVALUATION DU TRI DES DASRI : UNE DÉMARCHÉ CITOYENNE ET EFFICACE !

COULON A.M.⁽¹⁾, **DURAND O.**⁽¹⁾, **MONTAIGU F.I.**⁽¹⁾, **FRELET B.**⁽¹⁾, **GOPOIS S.**⁽¹⁾, **PETEL T.**⁽¹⁾, **ROUX M.H.**⁽¹⁾, **DELAIRE F.**⁽¹⁾, **MERLE V.**⁽²⁾, **CZERNICHOW P.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU-Hôpitaux de Rouen, ROUEN, FRANCE ; ⁽²⁾ CHU-Hôpitaux de Rouen, ROUEN, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les déchets d'activité de soins à risque infectieux (DASRI) doivent être éliminés dans une filière spécifique, plus coûteuse que la filière des déchets assimilables aux ordures ménagères (DAOM). L'actualisation en 2010 du protocole de tri et la formation des équipes de notre établissement avait permis d'obtenir une réduction de 35% des DASRI. L'amélioration du tri des DASRI a été choisi à nouveau comme objectif à la suite du Bilan Carbone réalisé en 2012. L'objectif de notre travail était d'évaluer la part des DAOM mal classés en DASRI et de mettre en place des mesures visant à améliorer le classement par les équipes.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Un groupe de travail pluridisciplinaire a mené en mai-juin 2013 une évaluation sur site du contenu des sacs et containers à DASRI présents dans les Grands Réservoirs en Vrac (GRV). Après

pesée, le contenu était analysé avec recueil du % (poids) des DAOM et des DASRI, et du nombre d'erreurs de tri. Des photos des erreurs de tri ont été réalisées et ont servi de support pour une discussion avec chaque équipe soignante des mécanismes d'erreur. Des mesures correctives adaptées aux constats et aux locaux ont été proposées et une intervention pilote a été réalisée dans le secteur des urgences adultes.

RÉSULTATS

8 collectes, représentant 72 heures de travail, ont été réalisées sur 142 GRV. Les erreurs de tri étaient nombreuses (65% du poids), certaines sans danger (présence de DAOM, dont matériel encore sous emballage, dans le container DASRI), d'autres dangereuses (objets piquants-coupants-tranchants non protégés). Les raisons des erreurs de tri étaient principalement la méconnaissance du protocole "Tri des déchets" et des supports de communication (affiche, réglette), l'infrastructure des locaux mal adaptée, l'emplacement et le type des contenants dans le service. Des mesures d'amélioration (outils d'aide à l'observance, formations s'appuyant sur des exemples concrets, réduction de la dotation en containers DASRI au profit de sacs plastiques) ont été mises en place dans le service des urgences adultes en octobre : la quantité de DASRI a été réduite par 2 (1 GRV par au lieu de 2) dans la semaine qui a suivi et la réduction s'est maintenue, avec 4 mois de recul.

CONCLUSION

Malgré des efforts importants pour restreindre la définition des DASRI et pour former les équipes, des erreurs très fréquentes, dangereuses et coûteuses persistaient. La mise en place de mesures simples, portant en particulier sur le matériel mis à disposition des professionnels, semble permettre de réduire de façon pérenne le volume de DASRI.

P-037

ORGANISATION DES ÉQUIPES OPÉRATIONNELLES D'HYGIÈNE : CRÉATION D'UN POSTE DE FORMATEUR/QUALITICIEN POUR L'ENTRETIEN DES LOCAUX. RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES.

ILABI B., **DEPRES L.**, **LECOINTE D.**
UFHHLIN, Centre Hospitalier Sud Francilien, CORBEIL-ESSONNES, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La prestation de bionettoyage dans les établissements de santé peut être externalisée ou prise en charge par une équipe d'agents de service hospitalier (ASH). Bien que l'encadrement de cette prestation ne fasse pas partie des missions réglementaires

des Equipes Opérationnelles d'Hygiène (EOH), celles-ci sont sollicitées sur ce sujet, au détriment de ces missions. A l'inverse, les EOH doivent se préoccuper de la qualité de l'entretien des locaux dans le cadre de la gestion des risques liés aux légionelles ou du risque aspergillaire. L'organisation des ASH de notre établissement a été redéfinie. A cette occasion, les modalités de formation et de contrôle de la qualité de leur prestation ont été révisées.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Un agent administratif a été nommé formateur/qualiticien pour le bionettoyage et son poste a été affecté dans l'EOH en mai 2013.

RÉSULTATS

La fiche de fonction du formateur/qualiticien comprenait la formation des ASH et l'organisation du contrôle qualité. Suite à la détection d'un taux élevé de *Legionella pneumophila* séro groupe 1 (Lp1) sur un des sites de l'établissement, le formateur/qualiticien a effectué en juillet un audit sur l'entretien des points d'usage et la mise en œuvre des purges de l'eau chaude. Douze séances de formation pour remise à niveau des ASH comme des responsables de la fonction bionettoyage ont été mises en œuvre de septembre 2013 à janvier 2014. La satisfaction des participants était de 96,7%. Le formateur/qualiticien est également intervenu quotidiennement dans 2 services impactés par la détection de Bactéries Hautement Résistantes aux antibiotiques émergentes (BHRé). Il s'est impliqué dans la préparation du programme d'action de lutte contre les infections nosocomiales de l'année 2014, en proposant les actions suivantes :

1. Pour l'assurance qualité de la prestation bionettoyage : audits sur l'entretien des points d'usage et les pratiques de bionettoyage
2. Pour la formation des ASH : un programme de remise à niveau destiné aux nouveaux arrivants, un programme de formation spécifique des services à risque infectieux de niveau 4, et des ateliers avec mises en situation.

CONCLUSION

Au terme des 8 premiers mois, le bilan suggère que ce poste présente plusieurs avantages. La réactivité obtenue lors d'alertes à Lp1 ou à BHRé était optimale. Les infirmières hygiénistes ne sont plus sollicitées pour effectuer les formations des ASH et à court terme ne devraient plus participer aux évaluations de la qualité de la prestation. Le programme de formation de remise à niveau a permis une première harmonisation des connaissances.

P-038

IMPACT DES CONDITIONS D'ANALYSE DES EAUX BACTÉRIOLOGIQUEMENT MAÎTRISÉES SUR LE TAUX DE NON-CONFORMITÉ

FLORENTIN A., DREYER M., LIZON J., ASENSIO E., RIVIER A., HARTEMANN P.
CHU de Nancy, VANDOEUVRE LES NANCY, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

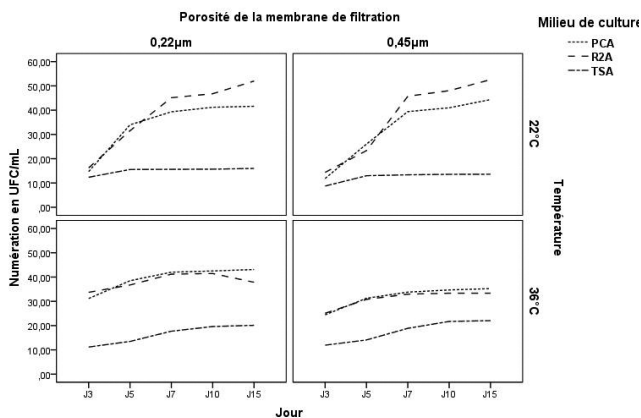
L'eau bactériologiquement maîtrisée (EBM) est une eau spécifique aux établissements de santé lorsqu'une haute qualité microbiologique est nécessaire. L'EBM est utilisé pour les patients les plus vulnérables (post-greffe), lors des soins en contact avec les muqueuses ou lors de l'exposition à des risques particuliers d'infection (ex: rinçage terminal des fibroscopes). Cette qualité d'eau est obtenue après traitement chimique (chloration) ou physique (ultraviolet, microfiltration). La surveillance du maintien de la qualité d'eau est primordiale pour garantir des soins en toute sécurité. Néanmoins les résultats de cette surveillance sont très dépendants de la méthode analytique mise en œuvre. L'objectif de notre travail est de comparer l'impact sur le taux de non-conformité des différentes méthodes analytiques mises en œuvre dans notre région.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Notre étude s'est déroulée sur un an (avril 2010 – avril 2011). Nous avons réalisé 10 échantillons par type de traitement d'eau disponible dans notre établissement : chloration, filtration en ligne, filtration terminale et osmoseur. Sur chaque échantillon, nous avons réalisé sur un filtrat de 100mL une étude des couples milieu de culture (TSA, PCA, R2A) / température (22/36°C) / membrane de filtration (0,22/0,45µm), soit 12 ensemencements par échantillon. Chaque boîte de pétri est ensuite dénombrée à J3, J5, J7, J10 et J15.

RÉSULTATS

Au terme de notre étude, 480 couples ont pu être testés soit 2 400 résultats. Nous observons une augmentation rapide et significative de la numération et du taux de non-conformité ($p < 0,001$) jusqu'à J7 puis une stagnation relative. Le milieu de culture TSA présente des numérations significativement inférieures aux deux autres ($p < 0,001$). La porosité des membranes de filtration ainsi que la température n'influence pas de façon significative la numération ($p = 0,149$ et $0,683$). Le taux de non-conformité n'est pas significativement influencé par la porosité des membranes (29,6% à 0,22µm ; 29,3% à 0,45µm ; $p = 0,92$) mais significativement par la température (27,4% à 22°C ; 31,5% à 36°C ; $p = 0,028$) et par le milieu de culture (TSA à 13% ; PCA à 36,8% ; R2A à 38,6% ; $p < 0,001$).



Evolution de la numération en UFC/mL selon les différents paramètres

CONCLUSION

Les résultats ont montré l'hétérogénéité des méthodes analytiques. Cette hétérogénéité repose principalement sur le temps d'incubation, le milieu de culture et dans un moindre mesure, la température d'incubation. Ces résultats ont conduit à une harmonisation des pratiques dans notre établissement avec le choix d'un délai d'incubation à 7 jours, du milieu PCA, d'une membrane de filtration de 0,45µm de porosité et d'une incubation à 22 et 36°C.

P-039

AUDIT D'UN RÉSEAU D'EAU CHAUDE SANITAIRE : RETOUR SUR LA COMBINAISON D'UN AUDIT TECHNIQUE ET D'UN BIOAUDIT INCLUANT L'ATPMÉTRIE ET LE MARQUAGE FISH

FLORENTIN A., LIZON J., DREYER M., ASENSIO E., RIVIER A., HARTEMANN P.

CHU de Nancy, VANDOEUVRE LES NANCY, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Notre établissement a ouvert un nouveau bâtiment en 2009. Ce dernier présente depuis son ouverture une problématique de contamination microbiologique identifiée sur l'eau chaude sanitaire (ECS) avec des flores revivifiables aérobies à 22°C et à 36°C supérieures à 300UFC/L et une absence de micro-organismes pathogènes. Malgré plusieurs opérations de désinfection par biocides oxydants (opérations chocs et en continu, mise en œuvre d'opérations de purges préventives hebdomadaires puis quotidiennes), cette contamination persiste. L'objectif de notre travail a été d'étudier notre réseau d'ECS pour trouver l'origine de ce biofilm persistant avant la prolifération de micro-organismes tels *L. pneumophila*.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le bâtiment de 6 étages représente environ 22 km de canalisations et environ 5000 points de puisages. Ce bâtiment accueille des services variés : cardiologie, réanimations et blocs opératoires. Entre juin et octobre 2012, nous avons programmé un audit du réseau d'ECS associant une étude technique (structure, exploitation, température, débits), une étude microbiologique couplant une analyse du biofilm par technique FISH, une analyse par ATPmétrerie et une analyse par microbiologie conventionnelle. Au final, une cartographie associant les différents résultats a été réalisée puis analysée.

RÉSULTATS

Le suivi de température sur 48h a montré un départ et un retour correct avec un différentiel important pour des températures oscillant entre 58-59°C et 51-53°C respectivement. Les températures en fin de boucle étaient nettement inférieures (25 à 46°C). Les débits dans la plupart des boucles étaient inférieurs à 0,2 m/s avec de nombreuses vannes fermées. Les prélèvements ont été réalisés au même endroit que les mesures de température et de débit. Au test FISH, les α et β protéobactéries étaient la flore prédominante. La contamination microbiologique était croissante du départ jusqu'au point d'usage : ATPmétrerie moyenne de 0,75pg/mL à 11,9pg/mL, une flore revivifiable aérobique à 22°C moyenne de 10,3UFC/mL à 610,5UFC/mL et une flore revivifiable aérobique à 36°C moyenne de 47UFC/mL à 4891,7UFC/mL, respectivement. La contamination microbiologique était très hétérogène se majorant à chaque étape du réseau de distribution.

CONCLUSION

Au final, le couplage intéressant des différentes approches a permis d'identifier une origine plutôt terminale : surbouclage associé à une problématique générale de la circulation d'eau : nombreux bras morts, absence d'équilibrage, présence d'interconnexion eau froide – eau chaude.

P-040

ETUDE DE LA CONTAMINATION FONGIQUE DES CHAMBRES DE DIFFÉRENTS NIVEAUX DE RISQUE SANITAIRE DANS UN CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

GUILLASO M., RIVIER A., FLORENTIN A., HARTEMANN P.

CHU de Nancy, VANDOEUVRE LES NANCY, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans les établissements de santé, la surveillance de la qualité de l'air revêt un enjeu particulier en raison du nombre croissant

de patients immunodéprimés séjournant dans des services où la contamination fongique est peu renseignée. Par ailleurs, d'autres risques, comme l'exposition allergénique, sont désormais reconnus par les autorités qui insistent davantage sur la qualité de l'air intérieur et les systèmes de traitement d'air (NF EN 13779). Cette étude dresse un état des lieux de la contamination fongique de l'air et des surfaces dans des chambres de patients représentatives des zones à risque 2, 3 et 4.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Sept services répartis sur quatre bâtiments d'ancienneté variable ont été investigués au printemps. Les locaux prélevés étaient les suivants : zone 4 : 14 chambres d'hématologie ; zone 3 : 20 chambres de réanimation et d'onco-hématologie pédiatrique ; zone 2 : 40 chambres d'hospitalisation classique. Un prélèvement d'air par impaction (1000L en 1 min) impacter sur un milieu malt et un DG18 (dichloran agar 18) et des prélèvements de surface par écouvillonnage selon la configuration (cadres de fenêtre, coins de murs extérieurs, bouches de reprise) ont été effectués. Ils sont réalisés de préférence hors présence humaine et après bionettoyage. Ils sont incubés à 25±3 °C pendant 14 jours. Les lectures se réalisent à J3, J7, J10 et J14.

RÉSULTATS

La contamination aéroportée fongique moyenne pour les niveaux 2, 3 et 4 était respectivement de 109,5UFC/m³ (maximum à 240UFC/m³) de 12UFC/m³ (maximum à 50UFC/m³) et de 3,2UFC/m³ (maximum à 23UFC/m³). La moyenne des prélèvements extérieurs est de 278UFC/m³ (maximum à 1150UFC/m³). En zone 4, 21,4% des chambres ont présenté une contamination fongique dont 50% des prélèvements de surface. La majorité des espèces fongiques ne sont pas à risque infectieux invasif (*Penicillium*) sauf pour 3 chambres (*Aspergillus fumigatus*). En zone 3, 80% des chambres présentaient une contamination fongique dont 60% des surfaces (*Aspergillus fumigatus* et *Aspergillus niger*). En zone 2, 100% des chambres présentaient une contamination fongique de l'air dont 62,5% une contamination surfacique. Une large variété d'espèce fongique est retrouvée en particulier des espèces à risque allergéniques (*Cladosporium*).

CONCLUSION

Plusieurs paramètres peuvent être impliqués dans la maîtrise du développement fongique : l'ancienneté et la conception du bâtiment, le système de traitement de l'air, le bionettoyage et la présence d'un milieu humide. Notre étude a montré l'hétérogénéité de la contamination fongique avec une contamination décroissante selon le niveau de risque.

P-041

UNE EXPERTISE MICROBIOLOGIQUE DE PROXIMITÉ POUR LA GESTION DES SIGNALEMENTS EXTERNES DES INFECTIONS NOSOCOMIALES : LES CRENO

AUPÉE M.⁽¹⁾, **SÉNÉCHAL H.**⁽¹⁾, **AVRIL C.**⁽²⁾, **BORGEY F.**⁽³⁾, **CATTOIR V.**⁽⁴⁾, **CORVEC S.**⁽⁵⁾, **FINES M.**⁽⁴⁾, **HÉRY - ARNAUD G.**⁽⁶⁾, **ROUZIC N.**⁽⁷⁾, **TANDÉ D.**⁽⁶⁾, **VAN DE MEE - MARQUET N.**⁽⁸⁾, **DONNIO P.-Y.**⁽⁹⁾

⁽¹⁾ CCLin Ouest, RENNES, FRANCE ; ⁽²⁾ Arlin Pays de la Loire, NANTES, FRANCE ; ⁽³⁾ Arlin de Basse Normandie, CAEN, FRANCE ; ⁽⁴⁾ CHU de Caen, CAEN, FRANCE ; ⁽⁵⁾ CHU de Nantes, NANTES, FRANCE ; ⁽⁶⁾ CHU de Brest, BREST, FRANCE ; ⁽⁷⁾ Arlin de Bretagne, BREST, FRANCE ; ⁽⁸⁾ Arlin du Centre, TOURS, FRANCE ; ⁽⁹⁾ CHU de Rennes, RENNES, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les épidémies d'infections nosocomiales posent le problème d'une possible transmission croisée qu'il est essentiel de pouvoir objectiver.

Pour apporter une aide de proximité gratuite, à 429 établissements de santé une structure interrégionale a créé, en 2003, des cellules régionales d'épidémiologie nosocomiales (Creno). Elles apportent une expertise microbiologique et épidémiologique lors de la gestion d'épidémies d'infections nosocomiales (IN).

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Cellules d'appui régionales elles sont hébergées par 4 CHU et adossées aux unités de biologie moléculaire des laboratoires de microbiologie de ces établissements. Elles reçoivent un financement de la structure interrégionale leur permettant d'acquérir du matériel (automate) des réactifs ou de financer un temps de personnel (technicien, secrétariat). Des conventions annuelles lient les 5 CHU impliqués dans le dispositif. Les Creno travaillent en lien avec les structures interrégionale et régionales de lutte contre les infections nosocomiales (Arlin) lors de la gestion des signalements externes d'IN. Elles envoient chaque année à la structure interrégionale, un rapport d'activité et un bilan financier.

Lors de cas groupés d'IN, elles réalisent rapidement et gratuitement le typage des souches qui permettent aux EOHH des établissements de santé de l'interrégion de confirmer ou non l'hypothèse d'une transmission croisée. Elles représentent des laboratoires référents de proximité pour les établissements notamment pour l'identification des bactéries hautement résistantes émergentes (BHRe) et travaillent avec les CNR de référence. Elles participent à des études interrégionales sur la diffusion de souches clonales (entérobactéries BLSE) et à la formation des acteurs de terrain, hygiénistes, responsables signalement et biologistes pour la gestion des épidémies.

RÉSULTATS

De 2007 à 2012, les Creno ont apporté leur aide dans la gestion de 430 épisodes de cas groupés et analysé 4690 souches. En 2012 la diffusion d'une souche d'*Enterobacter cloacae* a pu être mise en évidence entre plusieurs établissements de 2 régions. En 2013, elles ont montré leur réactivité lors de la gestion d'épidémies à BHRé (EPC et ERG) survenues dans plusieurs régions.

CONCLUSION

Particularité d'une interrégion, cette dynamique CCLin, Arlin et Creno est un élément clé du dispositif interrégional de gestion des signalements externes des IN tout particulièrement lors des épidémies d'infections et colonisations à BHRé.

P-042

INVESTIGATION DE CAS GROUPÉS DE PARASITOSE INTESTINALE DANS UN HÔPITAL PÉDIATRIQUE

HEROUAL N.⁽¹⁾, *HAMMOUDA I.*⁽²⁾, *HASSEINE M.*⁽²⁾, *TADJEDDINE A.*⁽²⁾

⁽¹⁾ EHS CANASTEL, ORAN, ALGÉRIE ; ⁽²⁾ EHS CANASTEL, ORAN, ALGÉRIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Mie juillet 2013, l'alerte donnée par le service de gastro-entérologie concernant une série inhabituelle de cas d'amibiase intestinale a conduit à la mise en route d'une enquête épidémiologique pour déterminer s'il s'agit d'infection nosocomiale ou communautaire et mettre en place des mesures de prévention.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une recherche active et rétrospective de cas similaires au niveau du laboratoire et des services a été lancée. Nous avons réalisé une enquête autour des cas hospitalisés à la recherche du mode et la source probable de contamination. Des examens parasitologiques des selles de contrôle du personnel de cuisine et des gardes malades ont été effectués. Un dispositif de dépistage des nouvelles admissions a été discuté et proposé à l'ensemble des services.

RÉSULTATS

Au total, 129 examens parasitologiques des selles ont été effectués entre juin et juillet dont 84% étaient positifs. Plus de 67% des examens ont été demandés à titre externe ou dans un délai de moins de 48 heures pour les enfants hospitalisés. Les espèces parasitaires identifiées étaient des protozoaires dans

plus 90% des cas avec une nette prédominance d'*Entamoeba histolytica* dans sa forme kystique et /ou végétative. L'âge moyen des enfants parasités était de 44 mois + 48 mois avec un sex-ratio G/F= 1,3. Parmi les gardes malades dépistées, 75% étaient positives à *Entamoeba histolytica*. Le personnel de cuisine dépisté était négatif.

CONCLUSION

La prévalence du parasitisme intestinal est élevée aussi bien chez adultes que chez les enfants en particulier les nourrissons. En milieu hospitalier, le risque de contamination existe en absence du respect des mesures d'hygiène de base d'où la nécessité de veiller au respect de ces mesures en impliquant les gardes malades ainsi que la surveillance périodique du personnel responsable de la préparation et la distribution des repas.

P-043

GESTION D'UNE DOUBLE ÉPIDÉMIE À ENTÉROBACTÉRIES PRODUCTRICES DE β LACTAMASE À SPECTRE ÉTENDU (EBLSE) EN RÉANIMATION PÉDIATRIQUE ET SOINS INTENSIFS NÉONATAUX

BROCHART-MERLIN J., *LE GALL D.*, *MBONGO L.*, *HIRSCH M.P.*, *OBIN O.*, *GUEROULT-LOCHER G.*, *PODIK J.E.*, *GOUDJIL S.*, *LEKE A.*, *LONGO B.*, *GANRY O.*, *ADJIDE C.*
CHU Amiens, AMIENS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Notre établissement est confronté depuis une dizaine d'année à une augmentation constante de l'incidence des EBLSE. Ce phénomène reste pour l'instant modéré en pédiatrie. Cependant, nous avons été confrontés à une épidémie concomitante de *Klebsiella pneumoniae* (Kp) et d'*Escherichia coli* (Ec) BLSE au cours de l'été 2013, dans le service de réanimation pédiatrique et soins intensifs néonataux. L'objectif de ce travail est d'effectuer un retour d'expérience sur la gestion de cette épidémie.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

En juin, 3 cas d'Ec BLSE dont des jumeaux ont été recensés. Fin juillet, 4 cas de Kp BLSE se sont succédés en une dizaine de jours. Le plan local de gestion des épidémies a été activé. Des dépistages hebdomadaires, à l'entrée et à la sortie de tous les enfants hospitalisés ont été mis en place. Huit cellules de crise ont eu lieu entre août et octobre.

En plus des précautions complémentaires déjà instaurées, un regroupement géographique avec du personnel partiellement dédié a été instauré. Devant l'acquisition de nouveaux cas,

un cohorting strict avec personnel et matériel totalement dédiés, un accueil des patients dans 3 secteurs identifiés et une fermeture transitoire de lits ont été décidés.

L'unité d'hygiène (UH) a accompagné les équipes jour et nuit en réalisant des observations avec réajustement immédiat de tous les actes exposant à un risque de transmission croisée. Simultanément, un rappel des bonnes pratiques d'hygiène des mains à l'aide du caisson pédagogique était effectué.

En parallèle, 8 séances de brainstorming avec application de la méthode d'analyse des causes profondes de type ALARM ont été proposées aux équipes.

RÉSULTATS

Au total, 23 cas d'EBLSE chez des prématurés et nouveau-nés ont été dénombrés sur 13 semaines : 16 Kp et 8 Ec (un enfant était porteur des 2 germes). Il n'y a pas eu de nouvelle acquisition à partir de la mise en place du cohorting strict.

L'analyse génotypique d'une partie des souches isolées de différents prélèvements a montré qu'il s'agissait de souches clonales. Elle a aussi permis de confirmer les cas index de Kp qui étaient des enfants plus âgés connus porteurs de BMR et multi hospitalisés. Lors des passages de l'UH, 69 médicaux et paramédicaux ont été formés. Trois restitutions de l'analyse systémique des causes ont été faites au service.

CONCLUSION

La survenue de ces cas groupés durant une période estivale a entraîné des difficultés à la mise en place d'un cohorting strict mais lui seul a permis de stopper l'épidémie. Des actions d'amélioration ont émergé de l'analyse systémique et sont en cours d'élaboration pour éviter une nouvelle épidémie.

P-044

CAS GROUPÉS DE MÉDIASTINITES EN CHIRURGIE CARDIAQUE : INVESTIGATIONS ET ÉTUDE CAS-TÉMOINS

BORGEY F.⁽¹⁾, LESTEVEN C.⁽²⁾, HENRY L.⁽¹⁾, DUVAL C.⁽²⁾, FINES-GUYON M.⁽³⁾, SENECHAL H.⁽⁴⁾, THIBON P.⁽¹⁾

⁽¹⁾ ARLIN de Basse-Normandie, CAEN, FRANCE ; ⁽²⁾ CHP St Martin, CAEN, FRANCE ; ⁽³⁾ CHU Caen, CAEN, FRANCE ; ⁽⁴⁾ CCLIN Ouest, RENNES, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le signalement au cours de l'été 2012 de cas groupés de médiastinites dans un service de chirurgie cardiaque a conduit à la réalisation d'investigations pour proposer des mesures correctives et maîtriser cet épisode.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les investigations ont comporté une étude descriptive des cas, un audit des pratiques au bloc opératoire, un typage moléculaire des souches de même genre et de même espèce, des prélèvements d'environnement, et une étude cas-témoins réalisée sur la période du 1^{er} mai au 30 septembre 2012. Les cas ont été définis comme tout patient présentant une infection de l'espace médiastinal dans les suites d'une chirurgie cardiaque avec prélèvements positifs. Chaque cas a été apparié à 3 témoins sur l'Euroscore II et la période. Les données de 58 variables ont été recueillies puis saisies dans EpiData Manager, et les analyses effectuées dans SAS v9.3.

RÉSULTATS

Dix-huit patients ont présenté une médiastinite, 48% des germes étaient des entérobactéries, dont 3 *S. marcescens* dont le typage a confirmé qu'il s'agissait du même clone, non retrouvé lors des prélèvements d'environnement. L'audit a mis en évidence des axes d'amélioration pour lesquels des mesures ont été instaurées : généralisation du dépistage nasal du SA, rappels concernant l'hygiène bucco-dentaire en préopératoire, révision des pratiques d'antibioprophylaxie, comportement des professionnels au bloc... L'étude cas-témoins a retrouvé en analyse univariée que les principaux facteurs associés étaient : l'IMC (médiane de 30,3 (26,7-33,9) chez les cas vs 27,6 (24,8-29,4) chez les témoins, $p=0,015$), un antécédent de diabète (OR=6,7 [2,0-22,7]), une dyslipidémie (OR=11,7 [1,5-94,4]), la technique double mammaire (OR=13,3 [3,6-19,0]), la durée de ventilation (OR=10,3 [3,0-35,6]) et la glycémie post-opératoire non contrôlée (OR=4,6 [1,5-14,5]). En analyse multivariée, trois facteurs de risque persistaient : la technique chirurgicale double mammaire (OR=11,1 [1,5-81,2]), la glycémie post-opératoire non contrôlée (OR=7,0 [1,5-33,5]) et la durée de ventilation post-opératoire (OR=12,7 [2,5-63,5]).

CONCLUSION

En complément des mesures correctives initiales proposées après l'audit des pratiques d'hygiène, l'identification par l'étude cas-témoins de facteurs de risque indépendants majeurs a permis de compléter les mesures préventives, en mettant notamment en place un meilleur contrôle glycémique post-opératoire.

P-045

QUAND LES PRÉCAUTIONS STANDARD ET COMPLÉMENTAIRES SE DÉVOILENT !

HENOUN LOUKILI N., TRONCHON I., BAGHDADI N., FARDEL D., BOURRIEZ A., RENDU A., D'HALLUIN F., CAUCHY L., MAERTEN C., GRANDBASTIEN B., GUERY B. CHRU de Lille, LILLE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les précautions standard et complémentaires (PSPC) sont le socle de la prévention de la transmission croisée. Le niveau actuel de connaissances et d'observance de ces précautions reste une préoccupation pour les EOH. Dans notre établissement, l'EOH a proposé un projet pour remobiliser les équipes médico-soignantes autour des PSPC en leur permettant de connaître le statut infectieux du patient, les mesures à observer 24h/24 sans confusion, et d'impliquer les services dans cette démarche. Ce travail propose de partager cette expérience et ses premiers résultats.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Après avoir défini l'objectif du projet, l'EOH a organisé sa mise en œuvre.

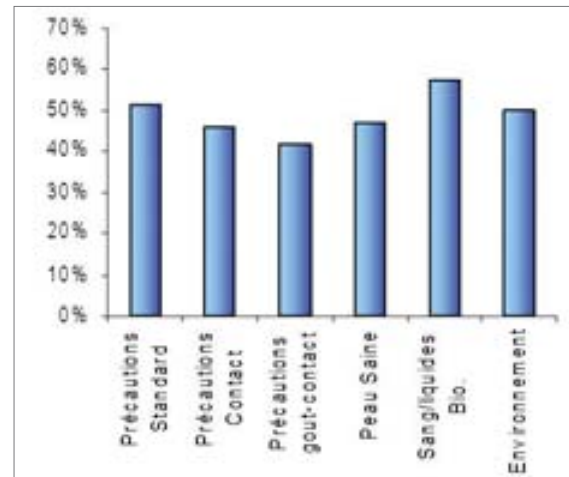
Phase 1 : Elaboration des outils, affiches PSPC, outils d'évaluation des connaissances et d'observance.

Phase 2 : Réalisation d'évaluations en deux temps (avant et après) pour les connaissances, et après la mise place des affiches pour l'observance des PSPC. Le traitement des données a été fait sur Epidata3.1 et Excel 2003[®].

Phase 3 : Retour des résultats auprès du groupe de travail et des services « test »; réalisation de modifications sur les affiches et réajustements dans la stratégie de déploiement.

RÉSULTATS

Sept affiches sur les PSPC ont été réalisées. Les résultats suivants portent sur les affiches PS et PC contact (PCC). Globalement, l'évaluation des connaissances avant (n=153)/après (n=103) la mise en place des affiches a montré une progression significative mais modeste. Les principales progressions (avant vs après) étaient: hygiène des mains (66% vs 78% en situation de PS, et 49% vs 68% en situation de PCC); bon usage des gants (67% vs 85% en situation de PS et 78% vs 67% en situation de PCC). L'évaluation des pratiques (N= 253 observations) après la pose des affiches a montré que le niveau global de l'observance pour l'ensemble des précautions était de l'ordre de 50%.



Résultats de l'évaluation des pratiques après la pose des affiches



Affiche Précautions Standard



Précautions Contact

CONCLUSION

Les résultats ont confirmé le besoin des professionnels d'avoir des informations simples, claires et précises sur le statut infectieux du patient, ainsi que les précautions à mettre en œuvre. Cependant, la mise en place des affiches sans accompagnement a montré que les progrès réalisés sont restés modestes. L'EOH a donc introduit 3 ajustements sous

forme d'engagements de la part des services: une action de formation systématique à tous les professionnels aux PSPC, un audit de pratique annuel sur le respect des PSPC selon les préconisations des affiches, l'établissement d'indicateurs annuels pour les pôles et services. La collaboration avec le service de communication a permis la création d'une identité visuelle par type de précautions.

P-046

RETARD À L'IDENTIFICATION D'UNE EPC ET DÉFAUT DE COMMUNICATION, HISTOIRE D'UNE ÉPIDÉMIE ÉVITABLE

MOURLAN C.⁽¹⁾, **BOUDOT E.**⁽¹⁾, **GAUCI M.**⁽²⁾, **BRUNET E.**⁽²⁾, **CAVERIVIÈRE V.**⁽³⁾, **REBELLE D.**⁽³⁾, **BONNAY A.**⁽⁴⁾, **SCHWARTZENTRUBER E.**⁽⁴⁾, **BROCHE B.**⁽⁴⁾

⁽¹⁾ ARLIN Languedoc Roussillon, MONTPELLIER, FRANCE ; ⁽²⁾ Centre Hospitalier, CASTELNAUDARY, FRANCE ; ⁽³⁾ Centre hospitalier, CARCASSONNE, FRANCE ; ⁽⁴⁾ ARS Languedoc Roussillon, MONTPELLIER, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) a récemment réédité des recommandations pour maîtriser la diffusion des Bactéries Hautement Résistantes émergentes (BHRé). L'épidémie d'Entérobactéries Productrices de Carbapénèmase que nous décrivons met en lumière l'impact de 2 facteurs : le retard d'identification du caractère hautement résistant d'un germe et le défaut de communication entre les acteurs.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une identification fortuite d'une *Klebsiella pneumoniae* (Kp) productrice de carbapénèmase oxa 48 a déclenché la mise en œuvre des recommandations par l'établissement (ES1) et son signalement avec suivi par l'ARS et l'ARLIN. Les dépistages ont permis d'identifier 8 cas secondaires. Un regroupement des cas et des contacts avec équipe dédiée a été décidé. Le cas index provenait d'un autre établissement (ES2), pour lequel on a retrouvé 4 semaines auparavant un ECU avec une Kp avec résistance aux C3G, sans recherche de sensibilité aux carbapénèmes.

Plus d'un mois après cet épisode, un nouveau cas s'est positivé parmi les patients contacts. Ce dernier, après ses 3 dépistages négatifs et un traitement par imipenem pour une autre BMR, avait été transféré dans un troisième établissement (ES3). Juste avant son retour dans l'ES1 un ECU réalisé par un laboratoire extérieur a isolé une Kp résistante aux carbapénèmes, sans que soit recherché son mécanisme, sans envoi de la souche au Centre National de Référence, ni signalement. Le résultat n'a pas été transmis à l'ES1. Ce n'est qu'un mois après qu'un nouvel ECU a retrouvé la Kp oxa48. Heureusement les dépistages des contacts de ce patient n'ont pas identifié de cas secondaires.

RÉSULTATS

Cet épisode montre qu'à deux reprises un défaut d'identification et des difficultés de transmission de l'information entre laboratoires, services et établissements ont conduit à cette épidémie entraînant une gestion très lourde. Un courrier conjoint, ARS-ARLIN, a été adressé aux établissements et aux laboratoires d'analyses médicales afin d'insister sur les points incontournables à mettre en œuvre pour l'identification des BHRé, la communication rapide des résultats et la mise en œuvre stricte des recommandations destinées à éviter leur diffusion.

CONCLUSION

La connaissance et l'application des mesures préconisées par le HCSP est un enjeu majeur de la maîtrise de diffusion des BHRé. Si celles-ci avaient été mises en œuvre tout au long de cet épisode nous aurions évité la colonisation des 9 patients ainsi qu'une perte importante de ressources tant humaines que financières consacrées à la gestion de cet épisode.

P-047

INTÉRÊT DE SURFACES SÈCHES EN CUIVRE DANS LA PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DES BMR EN RÉANIMATION

HAYAUD S., **FADEL N.**, **GUMY A.**, **GALLE B.**, **MARTIN A.**, **PINA P.**
CH Rambouillet, RAMBOUILLET, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les propriétés antimicrobiennes du cuivre ont montré leur efficacité dans la réduction de la contamination bactérienne de l'environnement en milieu de soins. Toutefois, l'intérêt du cuivre dans la prévention des infections nosocomiales n'a pas été encore largement démontré. L'objectif de notre travail a été d'évaluer l'impact de surfaces sèches en cuivre dans la prévention de la transmission croisée de BMR en réanimation.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous avons comparé l'incidence de la transmission croisée de BMR en réanimation avant et après l'installation d'éléments en cuivre : poignées de porte, robinetterie, barres de déambulation, interrupteurs, prises électriques et tables servant à la préparation de soins. Quatre BMR ont été étudiées : *S. aureus* résistant à la méticilline (SARM), *E. coli* (ECOL), *K. pneumoniae* (KPNE) et *E. cloacae* (ECLO) producteurs de BLSE. Pour tous les patients, le portage était recherché à l'admission et une fois par semaine par écouvillonnage rectal pour les entérobactéries BLSE et par écouvillonnage nasal pour SARM. Un cas importé était défini

par un portage de la BMR à l'admission. Un cas acquis était défini par l'absence de portage à l'admission et un portage ou une infection en cours d'hospitalisation dans le service. La période d'étude sans cuivre (P1) s'échelonnait de janvier 2010 à juillet 2011 et la période avec cuivre (P2) d'août 2011 à juin 2013.

RÉSULTATS

Le tableau regroupe les incidences (pour 100 admissions) d'acquisition et d'importation des quatre BMR étudiées au cours des deux périodes :

	SARM		ECOL		KPNE		ECLO	
	Acquis	Importé	Acquis	Importé	Acquis	Importé	Acquis	Importé
P1	0,26	2,32	0,77	2,58	2,32	0,26	1,03	0,77
P2	0,55	3,47	0,36	2,92	0,00	0,55	1,46	1,28

Le taux d'importation a augmenté dans la période P2 pour les BMR étudiées. Le taux d'acquisition a augmenté pour SARM et ECLO dans la période P2 (différences non statistiquement significatives) mais a diminué pour ECOL et KPNE (différence statistiquement significative pour KPNE, test de Fisher – $p < 0,001$). Les caractéristiques des patients (âge, sexe, durée d'hospitalisation, IGS2) n'ont pas été modifiées dans les deux périodes, et la consommation de SHA est restée sensiblement identique : 31,8 jours vs 33,3 litres/1000 respectivement pour P1 et P2.

CONCLUSION

Le cuivre semble avoir un effet différent sur l'acquisition nosocomiale selon la BMR. La diminution de l'acquisition de KPNE semble intéressante, d'autant que l'environnement est connu pour jouer un rôle plus important dans la transmission de cette espèce à l'hôpital. Ces résultats sont encourageants et l'investigation dans ce domaine mérite d'être poursuivie.

P-048

PEUT-ON MAITRISER UNE ÉPIDÉMIE DE GASTROENTÉRITES À NOROVIRUS EN ÉTABLISSEMENTS HÉBERGEANT DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES (EHPAD) ?

*HAYAUD S., JOSSERAN-MARTINEZ P., MARTIN A., DE MORTAIN D., HENNETON V., PINA P.
CH Rambouillet, RAMBOUILLET, FRANCE*

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le Norovirus est souvent responsable d'épidémie de gastroentérite virale (GEV) dans les EHPAD. Ces épidémies touchent les résidents mais aussi les professionnels avec des taux d'attaque souvent élevés. L'objectif de ce travail a été d'évaluer l'efficacité des mesures de contrôles d'une épidémie de GEV dans l'EHPAD de notre hôpital en étudiant l'évolution de l'épidémie avant et après la mise en place de ces mesures.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'EHPAD de notre hôpital est constituée de 5 unités, 4 unités de 36 résidents (A, B, C, D) et une de 16 (E). Deux unités sont fermées (D et E) pour assurer la sécurité des résidents (maladie d'Alzheimer ou autres démences). Les autres sont ouvertes permettant une vie partagée des résidents entre les unités. Les professionnels se répartissent en 3 équipes : une équipe du matin, spécifique de chaque unité, une équipe d'après-midi et une équipe du soir, partagées entre plusieurs unités.

RÉSULTATS

Une épidémie de GEV a débuté dans les unités A et B de notre EHPAD. L'EOH a été prévenue à J2. A cette date, l'analyse montrait déjà des taux d'attaque importants, respectivement 33 et 42%. Les mesures de contrôle ont été mises en place sans délai : renforcement de l'hygiène des mains et des locaux, repas en chambre des malades, arrêt des activités collectives, précautions complémentaires contact. La formation des professionnels, y-compris des équipes de nuit, a été réalisée et a touché 87% du personnel.

Le tableau montre les principales caractéristiques de l'évolution épidémique dans les différentes unités :

Unité	Jour de démarrage	Taux d'attaque (%)	Durée totale (en jours)
A	J0	64	5
B	J0	69	6
C	J2	42	12
D	J4	67	16
E	J4	38	4

Les professionnels de chaque unité ont été touchés, avec un taux d'attaque global de 31%, ce qui a nécessité le déploiement d'un renfort de personnel. Un Norovirus a été identifié par le CNR dans les selles des résidents.

CONCLUSION

Les mesures de contrôle n'ont pas permis d'empêcher l'introduction du norovirus dans les 3 unités encore épargnées le jour de leurs mises en place (C, D et E). Toutefois, le taux d'attaque a été significativement diminué dans 2 unités (C et E), la troisième (D) hébergeant des résidents déambulants difficilement contrôlables. De plus, la vitesse de propagation

de l'épidémie a été ralentie dans les unités où les résidents sont plus nombreux (C et D), ce qui a eu pour effet un nombre quotidien de résident malade moins important, facilitant ainsi leur prise en charge. Les mesures de contrôle sont donc efficaces et doivent être instaurées le plus rapidement possible.

P-049

PRISE EN CHARGE DES PATIENTS PORTEURS DE BACTÉRIES HAUTEMENT RÉSISTANTES EN RÉÉDUCATION.

BERROUANE Y.⁽¹⁾, **ABBYAD C.**⁽²⁾, **CRISTINI M.C.**⁽²⁾, **VICTOR V.**⁽¹⁾, **NÉGRIN N.**⁽³⁾

⁽¹⁾ CHU de Nice, NICE, FRANCE ; ⁽²⁾ Centre HélioMarin, VALLAURIS, FRANCE ; ⁽³⁾ CH de Grasse, GRASSE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans un contexte d'émergence de Bactéries Hautement Résistantes (BHR), des refus ou difficultés de prises en charge en rééducation ont été observés. Le réseau départemental des hygiénistes a souhaité répondre au besoin d'information et de formation des professionnels de rééducation.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Un groupe de travail a été composé de rééducateurs référents CLIN et d'hygiénistes. Ce groupe a élaboré une procédure sur la base des référentiels existants en matière d'hygiène et rééducation d'une part et de BHR d'autre part. Un groupe de relecture a été sollicité dans plusieurs établissements participant au réseau.

RÉSULTATS

La procédure rappelle que le portage d'une BMR ou BHR ne doit pas entraîner de perte de chance pour le patient. Elle est déclinée selon le lieu de rééducation : en chambre ou en plateau technique.

Pour former les professionnels, nous avons élaboré un diaporama comportant :

- Diapositives présentant les principaux points de la procédure, illustrés dans de courtes séquences filmées
- Courtes séquences filmées avec erreur(s) que les participants doivent repérer
- « Quiz » auquel les participants répondent oralement, suivi des réponses
- Photographie pour jeu des 7 erreurs, suivie des réponses

La formation à l'aide de ce diaporama a été initiée en novembre 2013 et avait touché fin décembre 2013, 65 participants provenant de 14 établissements.

CONCLUSION

Cette initiative en réseau a été l'occasion d'enrichir les pratiques de chaque établissement. Répondant à un réel besoin, elle a été favorablement accueillie par les professionnels de rééducation. La formation va se poursuivre :

- En réunion de réseau
- Dans les structures concernées avec mise à disposition de l'outil pour les hygiénistes et les correspondants en hygiène.
- Avec la filière de soin libérale, en collaboration avec l'URPS des masseurs-kinésithérapeutes.

Par ailleurs, une évaluation des pratiques est prévue au 1^{er} trimestre 2014 incluant les patients porteurs de bactéries multi- et hautement résistantes dans les structures volontaires participant au réseau.

P-049

PRISE EN CHARGE DES PATIENTS PORTEURS DE BACTÉRIES HAUTEMENT RÉSISTANTES EN RÉÉDUCATION.

BERROUANE Y.⁽¹⁾, **ABBYAD C.**⁽²⁾, **CRISTINI M.C.**⁽²⁾, **VICTOR V.**⁽¹⁾, **NÉGRIN N.**⁽³⁾

⁽¹⁾ CHU de Nice, NICE, FRANCE ; ⁽²⁾ Centre HélioMarin, VALLAURIS, FRANCE ; ⁽³⁾ CH de Grasse, GRASSE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans un contexte d'émergence de Bactéries Hautement Résistantes (BHR), des refus ou difficultés de prises en charge en rééducation ont été observés. Le réseau départemental des hygiénistes a souhaité répondre au besoin d'information et de formation des professionnels de rééducation.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Un groupe de travail a été composé de rééducateurs référents CLIN et d'hygiénistes. Ce groupe a élaboré une procédure sur la base des référentiels existants en matière d'hygiène et rééducation d'une part et de BHR d'autre part. Un groupe de relecture a été sollicité dans plusieurs établissements participant au réseau.

RÉSULTATS

La procédure rappelle que le portage d'une BMR ou BHR ne doit pas entraîner de perte de chance pour le patient. Elle est déclinée selon le lieu de rééducation : en chambre ou en plateau technique.

Pour former les professionnels, nous avons élaboré un diaporama comportant :

- Diapositives présentant les principaux points de la procédure, illustrés dans de courtes séquences filmées
- Courtes séquences filmées avec erreur(s) que les participants doivent repérer

- « Quiz » auquel les participants répondent oralement, suivi des réponses

- Photographie pour jeu des 7 erreurs, suivie des réponses

La formation à l'aide de ce diaporama a été initiée en novembre 2013 et avait touché fin décembre 2013, 65 participants provenant de 14 établissements.

CONCLUSION

Cette initiative en réseau a été l'occasion d'enrichir les pratiques de chaque établissement. Répondant à un réel besoin, elle a été favorablement accueillie par les professionnels de rééducation. La formation va se poursuivre :

- En réunion de réseau
- Dans les structures concernées avec mise à disposition de l'outil pour les hygiénistes et les correspondants en hygiène.
- Avec la filière de soin libérale, en collaboration avec l'URPS des masseurs-kinésithérapeutes.

Par ailleurs, une évaluation des pratiques est prévue au 1^{er} trimestre 2014 incluant les patients porteurs de bactéries multi- et hautement résistantes dans les structures volontaires participant au réseau.

P-050

IMPACT D'UNE RÉDUCTION DE CONSOMMATION D'ANTIBIOTIQUES SUR L'INCIDENCE DES BACTÉRIÉMIES NOSOCOMIALES À KLEBSIELLA PNEUMONIAE SÉCRÉTRICES DE BÊTA-LACTAMASES À SPECTRE ÉTENDUE DANS UNE UNITÉ DE RÉANIMATION NÉONATAL

ATIF M.L.⁽¹⁾, SADAQUI F.⁽¹⁾, BOUBECHOU N., BEZZAOUCHA A., KADDACHE C.A., BOUKARI R.

⁽¹⁾ Université Saad Dahlab Blida 1, BLIDA, ALGÉRIE ;

⁽²⁾ Centre Hospitalier Universitaire de Blida, BLIDA, ALGÉRIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

De nombreuses études ont mis en évidence une association entre la consommation d'antibiotiques de la famille des bêta-lactamines et l'acquisition d'une Klebsiella pneumoniae sécrétrice de bêta-lactamases à spectre étendue (BLSE). L'objectif de cette étude était de mesurer l'impact d'une réduction de la consommation des antibiotiques de la famille des bêta-lactamines sur l'incidence des bactériémies dues à K. pneumoniae sécrétrice de BLSE dans une unité de réanimation néonatale.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Afin de réduire la consommation d'antibiotiques, un programme d'éducation a été réalisé au début de l'année 2008 au niveau de l'unité de réanimation néonatale

d'un Centre Hospitalier Universitaire. Afin de mesurer l'impact de ce programme, une surveillance prospective des bactériémies nosocomiales a été réalisée entre 2008 et 2010 en utilisant les critères du National Nosocomial Infection Surveillance (NNIS) System. La consommation d'antibiotiques était mesurée par le rapport entre la durée moyenne de consommation des antibiotiques et la durée moyenne du séjour hospitalier.

RÉSULTATS

Un total de 3842 nouveau-nés hospitalisés depuis plus de 48 heures ont été inclus dans l'étude. Ces patients ont totalisé 44.424 jours d'hospitalisation et 25.180 jours de consommation d'antibiotiques de la famille des bêta-lactamines. La consommation moyenne d'antibiotiques de cette famille a significativement diminué de 71,4 jours pour 100 patient-jours en 2008 à 41,3 jours pour 100 patient-jours en 2010 ($p < 0,01$). L'incidence des bactériémies à K. pneumoniae sécrétrice de BLSE a significativement diminué de 3,6% en 2008 à 0,2% en 2010 ($p < 0,01$), la densité d'incidence a diminué de 3,2 pour 1000 patient-jours en 2008 à 0,2 pour 1000 patient-jours en 2010 ($p < 0,01$).

CONCLUSION

Nos résultats obtenus sur une large cohorte de patients ont montré la nécessité de réduire l'utilisation non justifiée ou inappropriée d'antibiotiques, notamment ceux appartenant à famille des bêta-lactamines, afin de prévenir l'acquisition K. pneumoniae sécrétrice de BLSE dans les unités de réanimation néonatale.

P-051

SHADOWING DU PATIENT PORTEUR DE BMR OU COMMENT ÉVALUER LE RESENTI DU PATIENT ET DE SON ENTOURAGE À LA LEVÉE DE L'ISOLEMENT

GRAINA.⁽¹⁾, BROCVIELLE C.⁽¹⁾, CALLANT C.⁽¹⁾, LARGOT M.⁽¹⁾, BERARD V.⁽¹⁾, CHABLOZ C.⁽²⁾, BAGOUET F.⁽²⁾

⁽¹⁾ CH Saint-Marcellin, SAINT-MARCELLIN, FRANCE ;

⁽²⁾ CEPPrAL, LYON, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'objectif de ce travail est d'améliorer l'expérience du patient porteur de BMR au sein de l'établissement en évaluant son parcours à travers son ressenti et celui de son entourage.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Pour cela nous avons appliqué la méthode du Shadowing

développée par l'Université de Pittsburg et adaptée par une Structure Régionale d'Appui (SRA) pour la France. Elle consiste à suivre le patient « comme son ombre » durant un parcours défini (pour notre établissement la sortie du patient ou la levée de l'isolement) et pouvoir ainsi reconstituer le parcours de soin à travers la perception du patient. Le professionnel recueillant les impressions du patient, aussi appelé « Shadower », a été choisi parmi les psychologues de l'établissement.

RÉSULTATS

Nous avons réalisé l'expérimentation sur la sortie de 10 patients. Les données recueillies ont été analysées par un groupe pluri professionnel intégrant Praticiens, IDE, AS, Cadres, Kiné et Psychologues. Des mesures d'améliorations simples et rapides à mettre en œuvre ont été définies comme la modification des supports d'information concernant les Précautions Complémentaires Contacts ainsi que des modalités de remise. L'étude fait apparaître la nécessité d'optimiser la qualité de communication des professionnels. Dans cet objectif, une formation à l'écoute active sous forme d'atelier a été conçue et est proposée à l'ensemble des professionnels dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC).

CONCLUSION

Cette nouvelle approche évaluative a fédéré les professionnels autour de la prise en compte du ressenti du patient lors de la levée des mesures de Précautions Complémentaires Contact pour un véritable partenariat soignant-soigné. Elle fait apparaître que les priorités du patient ne sont pas forcément superposables à celles des soignants. Les mesures d'amélioration apportées sont au plus près des préoccupations de ceux-ci. Ce travail nous a permis de compléter l'approche du patient traceur de la certification V2014.

P-052

UNE ÉPIDÉMIE DE CLOSTRIDIUM DIFFICILE 027

DELAROZIERE J.C.⁽¹⁾, BERNET C.⁽²⁾, DESMONS S.⁽¹⁾, LORY A.⁽¹⁾, JEAN E.⁽³⁾

⁽¹⁾ ARLIN PACA, MARSEILLE, FRANCE ; ⁽²⁾ CCLIN sud-est, LYON, FRANCE ; ⁽³⁾ ARS PACA, MARSEILLE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Clostridium difficile (CD) est un pathogène connu des établissements (Ets). L'apparition d'un CD de ribotype 027 est plus rare. CD 027 est plus pathogène, épidémiogène et récidivant. Il fait parti des 3 pathogènes résistants aux antibiotiques qui sont ciblés en priorité en 2013 par le CDC d'Atlanta. En février 2013 le laboratoire du CHU a signalé l'apparition de cas

de CD 027. Plusieurs cas ont été hospitalisés dans un SSR gériatrique des quartiers nord. Une alerte a été lancée dans la région.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Recueil exhaustif de tous les cas. Suivi des transmissions croisées. Visites sur sites. Le ribotype 027 a été déterminé par PCR et/ou CNR. Les cas concomitants de cas CD 027 confirmés ont été considérés comme des cas probables.

RÉSULTATS

113 cas de CD recensés :

- 61 CD 027 (PCR et/ou CNR)
- 19 CD 027 probables
- 21 cas non 027
- 12 cas inconnus

47 cas sont survenus dans un même Ets (34 cas de CD 027). 16 Ets sanitaires et 3 EHPAD ont été touchés par le CD 027. 5 cas communautaires de CD 027 ont été retrouvés. Sur 7 Ets il y a eu des cas 2^{re} de CD 027.

63,6% des cas sont de femmes. L'âge moyen des cas était de 84,3 ans pour les femmes et 83,1 ans pour les hommes. L'âge moyen des cas de CD 027 était de 83,3 ans (vs 84 ans pour les non 027). 16 décès ont été rapportés sans que l'on puisse toujours déterminer l'imputabilité. Il y a eu 9,5% des décès pour les non 027 et 15,5% pour les CD 027 (p=ns).

8 visites CCLIN ARLIN ARS ont été effectuées dans 5 Ets.

En ce qui concerne la gestion de l'épidémie dans les Ets on note des problèmes dans :

- le lavage simple des mains
- la gestion des excréta
- la toilette des patients
- le renforcement de la fréquence du bionettoyage et l'utilisation de la javel.

La mise en place d'un service de cohorting a permis d'optimiser la gestion de cette épidémie. Les greffes de selles sont en cours de développement dans ce service pour limiter les récurrences.

CONCLUSION

La méconnaissance du problème dans un Ets a favorisé la diffusion inter-Ets (multiples transferts entre Ets) d'où l'importance de l'information des Ets d'aval.

Les LABM de ville sont des interlocuteurs privilégiés (isolent fréquemment les CD).

Intérêt de la PCR pour le diagnostic rapide (mais ne pas oublier le CNR).

Les bonnes pratiques d'antibiothérapie doivent être rappelées.

La communication régionale des alertes (ARS et ARLIN) a permis une mobilisation des Ets.

L'épidémie est restée limitée sur 1 ville. Depuis fin 2013 l'épidémie semble en régression mais une réactivation est possible.

P-053

ANALYSE DES CAUSES DE LA NON MAÎTRISE D'UNE ÉPIDÉMIE DE PORTAGE D'ENTÉROCOQUES RÉSISTANTS AUX GLYCOPEPTIDES DANS UN SSR. UNE APPLICATION DE LA MÉTHODE ALARM

LANDRIU D.⁽¹⁾, **THILLARD D.**⁽²⁾, **GERMAIN J.M.**⁽²⁾

⁽¹⁾ Cclin Paris-Nord, PARIS, FRANCE ; ⁽²⁾ Arlin Haute-Normandie, ROUEN, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'apparition des bactéries hautement résistantes émergentes (BHRe) tel que les entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG) a conduit les autorités sanitaires et les experts à recommander une politique raisonnée d'utilisation des antibiotiques mais aussi et surtout une application stricte des mesures de prévention de la transmission croisée de ces micro-organismes pour éviter le développement d'épidémies.

CONTEXTE

La déclaration externe d'une épidémie d'ERG dans un service de soins de suite et réadaptation (SSR) et sa gestion difficile dans le temps, nous a conduits à proposer au service de réaliser une analyse des causes.

Les méthodes d'analyses du risque a posteriori permettent une recherche des causes après des incidents ou des accidents.

OBJECTIF

L'objectif était de mettre en lumière les facteurs qui ont contribué à cet évènement, de définir et proposer au service les mesures d'amélioration.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

La méthode Alarm (issue de l'association of litigation and risk management) a été retenue car elle permet de mettre en évidence des causes latentes (racines) souvent négligées et partant de là de mettre en place les mesures d'amélioration du système.

La méthode Alarm consiste lorsqu'un évènement indésirable survient à :

1. Reconstituer la chronologie des faits ayant conduit à l'évènement
2. Identifier dans cette reconstitution les défauts de soins
3. Conduire pour chaque défaut de soins identifié à une analyse des facteurs ayant favorisé sa survenue
4. Rédiger un rapport final préconisant des actions correctives.

RÉSULTATS

Plusieurs facteurs contributifs liés à l'organisation, aux individus, à l'équipe et aux tâches se sont dégagés. La communication entre professionnel, la formation et la reconnaissance de l'EOH ont notamment été défailants.

Des axes d'améliorations en lien avec ces facteurs ont été proposés au service.

CONCLUSION

L'utilisation d'une méthode qui s'attache à réduire la portée de l'erreur humaine a permis d'appréhender plus largement le système et devrait aider le service à mieux cerner ce qui doit être amélioré et à utiliser cette méthode à l'avenir pour d'éventuels dysfonctionnements.

P-054

DIFFUSION CLONALE D'UNE SOUCHE DE STREPTOCOCCUS PYOGENES AU SEIN D'UN HÔPITAL FRANCILIEN. ETUDE CAS-TÉMOINS SUR LES FACTEURS ASSOCIÉS À CETTE ÉPIDÉMIE

SERINGE E.⁽¹⁾, **COGNET M.**⁽²⁾, **NOVAKOVA I.**⁽¹⁾, **HERNANDEZ E.**⁽³⁾, **MANUEL C.**⁽³⁾, **PLAINVERT C.**⁽⁴⁾, **POYART C.**⁽⁴⁾, **ASTAGNEAU P.**⁽²⁾

⁽¹⁾ Arlin Ile-de-France, PARIS, FRANCE ; ⁽²⁾ Cclin Paris-Nord, PARIS, FRANCE ; ⁽³⁾ Centre Médical de Forcilles, FEROLLES-ATTILY, FRANCE ; ⁽⁴⁾ Centre National de référence des streptocoques, PARIS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Depuis février 2012, une souche clonale de streptocoque du groupe A(SGA) diffuse sur un mode endémo-épidémique dans un service de soins de suite de cancérologie ORL. Une étude cas-témoins a été réalisée afin d'identifier les facteurs associés à cette épidémie.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Cette étude concernait des patients en seconde ligne de traitement de leur cancer ORL, avec des durées d'hospitalisation souvent prolongées. Deux clusters de cas ont été identifiés, au printemps 2012 et au début de l'hiver 2013. Les souches de SGA ont été envoyées au CNR des streptocoques qui a identifié un seul clone circulant de génotype emm89.

Les cas étaient tous les patients hospitalisés dans ce service entre février 2012 et juillet 2013 présentant une infection (bactériémie, pneumopathie ou cellulite) ou une colonisation au clone circulant de SGA. Trois souches n'ont pu être adressées au CNR mais ont été incluses dans l'étude

car reliées épidémiologiquement aux cas. Les témoins ont été tirés au sort parmi l'ensemble des patients hospitalisés dans le même service pendant la même période que les cas et pour lesquels les prélèvements réalisés ne retrouvaient aucun SGA ou présentaient un prélèvement positif à un autre germe. Une régression logistique multivariée a été réalisée pour identifier les facteurs associés à une infection ou une colonisation à SGA.

RÉSULTATS

L'étude a inclus 49 cas et 51 témoins. Parmi les cas, 27 étaient des infections sévères réparties en 14 bactériémies, 12 pneumopathies et 1 cellulite et 22 des colonisations. Pas de différence significative entre les 2 groupes concernant leur pathologie cancéreuse ; un envahissement ganglionnaire était présent chez 78,3% des cas et chez 70,2% des témoins. Parmi les cas, 63,8% étaient trachéotomisés contre 27,5% des témoins ($p < 0,001$). En analyse multivariée, la chimiothérapie dans la semaine précédente (OR=5.11, IC95% [1.5-17.3], $p=0.009$) et la trachéotomie (OR=6.2, IC95% [2.2-17.2], $p=0.001$) étaient des facteurs de risque indépendants d'infection ou de colonisation à SGA. A l'inverse, 2 facteurs ont été identifiés associés à un risque plus faible: la radiothérapie (OR=0.11, IC95% [0.03-0.4], $p=0.001$) et l'antibiothérapie dans la semaine précédente pour une infection à un autre germe que le SGA (OR=0.18, IC95% [0.06-0.6], $p=0.004$)

CONCLUSION

Cette importante épidémie clonale d'infections à SGA semble associée à l'utilisation de dispositifs invasifs respiratoires. Ce résultat soulève la question de la persistance du SGA sur ce type de dispositif et de la mise en place de mesures adaptées de désinfection.

P-055

GESTION D'ÉPIDÉMIES RÉGIONALES. QUELLES LEÇONS TIRER ?

DELAROZIERE J.C.⁽¹⁾, BERNET C.⁽²⁾, LORY A.⁽¹⁾, DESMONS S.⁽¹⁾, JEAN E.⁽³⁾

⁽¹⁾ ARLIN PACA, MARSEILLE, FRANCE ; ⁽²⁾ CCLIN Sud-Est, LYON, FRANCE ; ⁽³⁾ ARS PACA, MARSEILLE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Notre région est passée de 160 signalements en 2012 à 247 en 2013 du fait de 2 épidémies régionales:

- Clostridium difficile (CD)027 sur les Bouches du Rhône (BdR)
- Klebsiella pneumoniae(KP) oxa-48 sur les Alpes Maritimes, Var, BdR

Ces 2 germes font partis des 3 pathogènes résistants aux antibiotiques qui sont ciblés en priorité par le CDC d'Atlanta.

Matériel et Méthodes

Recueil exhaustif de tous les cas infectés et colonisés. Suivi des transmissions croisées. Visites sur sites.

RÉSULTATS

Nous avons recensé:

- 113 cas de CD (80 CD 027 confirmés et probables) dont 47 cas sur un seul établissement (Ets)
- 106 cas de KP oxa-48 (33 infectés/73 colonisés) dont 70 cas sur un Ets

Nous avons effectués

- 8 visites sur 5 Ets pour les CD
- 11 visites sur 7 Ets pour les KP

Il ressort de ces épidémies qu'il faut :

- Informer les Ets : communication régionale des alertes, diffusion d'une liste des services des Ets avec des patients porteurs de KP oxa-48, information des Ets d'aval lors des transferts (active et suivie)
- Sensibiliser les laboratoires de ville
- Ne pas se fier à la recherche de toxines pour éliminer un CD 027 ; la PCR a un intérêt pour le diagnostic rapide du CD 027
- Organiser un cohorting régional sur Marseille (CD) et Nice (KP) : nécessaire mais non suffisant
- Améliorer la gestion des excréta : arrêt de la vidange des bassins dans les toilettes ou vidoirs, suppression des douchettes, protection de bassin
- Améliorer les toilettes: désinfecter les cuvettes, arrêt de la vidange des cuvettes dans les points d'eau de lavage des mains
- Optimiser l'organisation du lavage simple des mains (CD)
- Améliorer le bionettoyage : siphons contaminés pour les KP; bionettoyage eau de javel à faire 2-3 fois/jour difficile

CONCLUSION

- Le manque de réactivité des Ets permet la diffusion de ces pathogènes
- Transferts fréquents de patients : nécessité d'une information renforcée du service d'aval
- CD027 est très épidémiogène (cas IDE et cas communautaires).
- Apport de la PCR pour le diagnostic rapide de CD
- Les laboratoires de biologie de ville doivent être impliqués
- Bonne gestion des excréta et des toilettes sont essentiels et nécessitent des progrès
- Limites du cohorting régional : perte de chance, saturation, distance
- Les systèmes d'information doivent intégrer des alertes lors de la réhospitalisation des patients porteurs

- « Bombes à retardement » : patients colonisés asymptomatiques et récidives
- Les pratiques en antibiothérapie doivent être améliorées
- Surcouts doivent être évalués
- Avec ces pathogènes nous avons le retour du « péril fécal »

P-056

DIFFICULTÉ À LA PRISE EN CHARGE ET À LA MUTATION EN SERVICE DE RÉÉDUCATION RÉ-ADAPTATION (SSR) D'UN PATIENT PORTEUR DE BACTÉRIES HAUTEMENT RÉSISTANTES AUX ANTI-BIOTIQUES (BHR)

MALLAVAL F.O., SIMON A., THOURET J.M., LEVAST M., FORESTIER E., DUBOIS P., FOURNERET-VIVIER A., DEMANGE M.G., RAVRY M.L., VUILLERMET C., FASCIA P., VINCENT A.

Centre Hospitalier, CHAMBERY, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Mr B patient de 47 ans est rapatrié le 13/12/2012 dans notre réanimation après 45 jours d'hospitalisation en Italie suite à un accident de la voie publique. A l'arrivée patient trachéotomisé, Glasgow 10 (Y4-M5-V1), aucune transmission sur un portage de bactéries résistantes.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Conformément à notre protocole « patient rapatrié » il est immédiatement mis en isolement (PCH), et un dépistage rectal est réalisé qui retrouve une *K.pneumoniae* avec une carbapénémase de type KPC et un *A.baumannii* avec une carbapénémase de type oxa 23. Un dépistage des patients contacts est mis en place (présent en réanimation ou déjà sorti dans un autre service). Pour les patients devant être mutés, transfert en PCH et dépistage dans le service d'accueil.

RÉSULTATS

Ces mesures n'ont pu être maintenues que pendant 15 jours car survenue d'une situation de blocage (nombre de chambre seule limitée + période hivernale avec de nombreuses hospitalisations pour pathologies infectieuses nécessitant des PCH), limitation des sorties en réanimation équivalent à la limitation des entrées avec un seul service de réanimation sur le département et par ailleurs : patient mis en isolement dès son arrivée, service connu par l'EOH comme ayant peu de transmission croisée (respect des précautions standard), aucun cas secondaire retrouvé lors du dépistage des contacts. L'organisation mise en place alors comprend

un dépistage hebdomadaire des patients présents en réanimation et un mot systématique d'information dans le courrier de sortie sur la notion de patient contact ainsi que sur la nécessité de refaire un dépistage de BHR en cas de traitement antibiotique. L'amélioration clinique du patient amène la réanimation à faire une demande de mutation en SSR neurologique le 17/01/2013. Après plusieurs refus le patient est muté le 17/07/2013. Dans l'intervalle, pour éviter toute perte de chance pour le malade, une rééducation en service de réanimation est organisée. Aucun centre ne remet en question l'indication de SSR neurologique mais les refus sont liés à la présence de BHR.

CONCLUSION

En conclusion : Prise en charge pendant plus de 7 mois en réanimation d'un patient porteur de BHR sans cas secondaire et difficulté à transférer ce type de patient car la BHR et les mesures qui l'accompagnent font peur.

P-057

PROPAGATION DE LA RÉSISTANCE DE LA CLASSE DES CARBAPÉNÈMES DANS LES ISOLATS CLINIQUES DE *KLEBSIELLA PNEUMONIAE* DANS UN HÔPITAL ITALIEN.

CRISTINA M.L.⁽¹⁾, SPAGNOLO A.M.⁽²⁾, SARTINI M.⁽²⁾, OTTRIA G.⁽²⁾, CENDERELLO N.⁽³⁾, FABBRI P.⁽³⁾, TRAMALLONI R.⁽³⁾, ORLANDO P.⁽²⁾, PERDELLI F.⁽²⁾

⁽¹⁾ Université de Gênes (Italie), GÊNES, ITALIE ; ⁽²⁾ Université de Gênes (Italie), GÊNES, ITALIE ; ⁽³⁾ HÔPITAL GALLIERA, GÊNES, ITALIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Klebsiella pneumoniae résistante aux carbapénèmes (KPCR) a récemment été reconnu comme un nouveau pathogène nosocomial multi-résistant se répandant rapidement dans les hôpitaux de différentes régions italiennes.

L'objectif de l'étude a été la détection de la tendance de la diffusion de KPCR pendant deux années, 2011 et 2012, dans un hôpital italien de haute spécialisation, avec 472 lits .

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les données ont été recueillies par une surveillance microbiologique intégrée continue à partir des données de laboratoire (contrôle alert organism) et complétées par l'inclusion, dans une base de données spécifique, des informations sur les caractéristiques des patients (âge, sexe, etc.) ; durée de l'hospitalisation, des déplacements du patient

dans hôpital ; des tests de culture effectués (emplacement et typologie) ; définition des colonisations et/ou de l'infection et identification de l'origine (nosocomiale ou communautaire), emplacement de l'infection, les éventuelles co-infections soutenues par d'autres bactéries multi-résistantes ; profil de résistance et le typage moléculaire des isolats cliniques utilisant Multi Locus Sequence Typing ; antibiothérapie réalisée ; la détection des procédures invasives effectuées, les résultats cliniques ; l'adoption de mesures visant à contrôler la transmission.

Les données ont été analysées statistiquement en utilisant le logiciel STATA SE9.2tm.

RÉSULTATS

En 2011, 157 isollements pour *K. pneumoniae* ont été effectués, dont le 32,48 % constitués de KPCR, correspondant à 3,02 cas par 1000 admissions, dont le 94,23 % est représenté par des infections. Dans le 61,22 % des cas, l'infection est d'origine nosocomiale. Le 33,33 % des infections nosocomiales a abouti à la mort du patient.

En 2012, le 33,71 % des *K. pneumoniae* isolés consistait de KPCR, correspondant à 3,43 cas sur 1000 admissions, dont 94,92 % étaient des infections. Le 75 % était d'origine nosocomiale et le 23,81% des patients atteints d'une infection nosocomiale est mort à l'hôpital.

La souche prédominante repérée est ST512.

CONCLUSION

La surveillance de l'année d'observation 2012 a montré une augmentation du nombre d'isollements de KPCR par rapport à 2011 (soit 15,7%). De même pour les conclusions de la littérature internationale, la tendance est non seulement augmentée, mais les infections ont aussi été associées à un taux de mortalité élevé, soulignant la nécessité d'identifier de nouvelles stratégies de surveillance et de contrôle pour limiter la propagation de ce micro-organisme.

P-058

GESTION D'UNE ÉPIDÉMIE DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS SENSIBLE À LA MÉTICILLINE EN NÉONATOLOGIE - INTÉRÊT DU DÉPISTAGE DES ENFANTS, DES PARENTS ET DES SOIGNANTS

LESTEVEN C., PORNET C., DEVERE N., LE NEINDRE B., GUILLOIS B., FINES M., CATTOIR V., BERGEY F., LE COUTOUR X., THIBON P.
CHU de Caen, CAEN, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Description d'une épidémie d'infections à *Staphylococcus aureus* sensible à la méticilline (SASM) dans un service de néonatalogie, des actions menées pour la maîtrise de cette épidémie dont le dépistage et le traitement en cas de colonisation, des enfants, des parents et des soignants.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'épidémie a été décrite grâce à un tableau synoptique et une courbe épidémique. Les mesures coordonnées par l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) ont associé des audits, de la communication de sensibilisation des personnes entourant les enfants aux bonnes pratiques d'hygiène, et des dépistages, suivis en cas de colonisation de traitements et de contrôles de son efficacité, des enfants, des parents et des soignants.

RÉSULTATS

Le point de départ de cette épidémie a été le signalement interne de plusieurs cas d'hémocultures positives à SASM à l'EOH par le service de néonatalogie en décembre 2012. Un signalement externe a été fait ce qui a conduit à un suivi par l'Antenne Régionale de Lutte contre les Infections Nosocomiales (ARLIN). Ensuite, un groupe de travail constitué de la néonatalogie, la microbiologie, l'hygiène et l'ARLIN a organisé des rencontres hebdomadaires pour le suivi de l'épidémie, la sensibilisation des soignants, et les décisions d'actions à mettre en place. Ce groupe de travail a décidé le dépistage nasal des enfants, des parents et des soignants. La médecine du travail a donc été incluse au groupe de travail.

Au total, 250 prélèvements de dépistage ont été réalisés. Un SASM a été isolé chez 22% des soignants (33 souches), 31% des parents (4 souches) et 21% des enfants (9 souches). Une étude de clonalité des souches a été réalisée par méthode rep-PCR (DIVERSILAB bioMérieux). 30 ont pu être identifiées, 26 chez les soignants et 10 chez les enfants et parents. L'étude a mis en évidence une forte polyclonalité avec de rares cas de transmission parents-enfants ou soignants-enfants. Tous les intervenants autour de l'enfant ont été sensibilisés au respect des précautions standard. Le dépistage des soignants a été un acte fort bien accepté (environ 80 % ont accepté le dépistage proposé et non imposé). Parmi les 12 soignants qui ont fait le dépistage de contrôle, 11 se sont négativés. L'épidémie a été maîtrisée en février 2013.

CONCLUSION

La maîtrise rapide de l'épidémie a été favorisée par la synergie du groupe de travail multidisciplinaire. L'acceptation du dépistage et du traitement en cas de colonisation des soignants et des parents a aussi permis de juguler rapidement cette épidémie.

P-059

STRUCTURES D'APPUI EN PRÉVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES : DES PISTES POUR ÊTRE PLUS EFFICACES DANS LA GESTION DES ÉPIDÉMIES DE BHRE

CANIVET A.⁽¹⁾, **SÉNÉCHAL H.**⁽¹⁾, **JARNO P.**⁽¹⁾, **AVRIL C.**⁽²⁾, **DE SALLINS V.**⁽²⁾, **RAYMOND F.**⁽²⁾, **AUPÉE M.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CCLIN Ouest, RENNES, FRANCE ; ⁽²⁾ ARLIN Pays de la Loire, NANTES, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Structure interrégionale d'appui, nous avons souhaité tirer des leçons de notre expérience passée d'aide à la gestion d'épidémies de BHRe pour définir un dispositif régional plus efficace.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous avons rétrospectivement repris la chronologie d'un événement épidémique régional qu'un établissement avait signalé en niveau d'action rouge et nous avons cherché à identifier les points forts de notre action mais surtout les points faibles afin de trouver des axes d'amélioration.

RÉSULTATS

Les points forts de notre action que nous avons pu noter ont été l'expertise, l'implication et la disponibilité.

Les points faibles retrouvés sont pour l'essentiel liés à la gestion du temps :

1. Le délai entre le signalement de niveau rouge sur e-sin et l'organisation d'une réunion établissement – ARS – ARLIN/CCLIN (5 jours)
2. Le délai pour l'aide à la prise en charge de la gestion des transferts vers les établissements et les EHPAD par les structures d'appui (10 jours)
3. Le retard du déclenchement de l'alerte régionale avec information des EOH des établissements (20 jours)

Parmi les facteurs contributifs de ces difficultés, on note la période estivale de survenue de l'épidémie, l'absence de système informatique pour réaliser le suivi des contacts en termes de parcours de soins dès lors très chronophage, et la difficulté pour faire passer auprès des professionnels les messages sur l'adaptation des mesures à appliquer au niveau de risque.

Les actions d'amélioration que nous pouvons envisager à court terme pour les signalements de niveau d'action rouge sont :

1. Proposer immédiatement l'aide des structures d'appui à l'établissement signalant, y compris des appuis techniques sur site en concertation avec l'ARS
2. Une information rapide (si possible dans un délai d'une semaine) des établissements de la région voire de l'interrégion potentiellement receveurs de patients contacts
3. Une aide plus précoce pour le suivi des patients (gestion

des transferts, courriers aux patients sortis et aux médecins traitants

4. Une aide au suivi de l'épidémie (courbe épidémique, tableau synoptique).

CONCLUSION

Juguler une épidémie d'infections ou colonisations à BHRe suppose une mobilisation des structures d'appui en lien très étroit avec l'établissement confronté à l'épidémie et les établissements d'aval susceptibles d'accueillir des cas ou des contacts, afin qu'il n'y ait pas de perte de chance pour les patients.

P-060

PRISE EN CHARGE DES ERG AU SEIN D'UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ DE LA GRANDE PÉRIPHÉRIE FRANCILIENNE : RETOUR SUR 3 ANS D'EXPÉRIENCE

LECOINTE D.⁽¹⁾, **NOEL C.**⁽¹⁾, **THEODORA C.**⁽¹⁾, **FINES-GUYON M.**⁽²⁾, **CATTOIR V.**⁽²⁾

⁽¹⁾ UFHHLIN, Centre Hospitalier Sud Francilien, CORBEIL-ESSONNES, FRANCE ; ⁽²⁾ CNR Résistance aux antibiotiques, CHU Côte de Nacre, CAEN, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Parmi les entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG), *Enterococcus faecium* fait partie des Bactéries Hautement Résistantes aux antibiotiques émergentes (BHRe). Les patients à risque de portage font l'objet de prélèvements à visée épidémiologique dans notre établissement. Le but de notre travail était de déterminer leur épidémiologie au cours des années 2011 à 2013.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les dossiers de signalement interne et externe d'infection nosocomiale des 3 années ont été analysés.

RÉSULTATS

Huit dossiers ont été extraits, compris entre janvier 2011 et septembre 2013. Dans 4 dossiers (N°4, 5, 7 et 8) les patients revenaient de l'étranger : sans hospitalisation dans un cas (Inde) et avec hospitalisation dans 3 cas (Monténégro, Pakistan, Portugal), dont un transfert sanitaire. Le dossier N°1 concernait 4 patients : le cas index venait d'un EHPAD, a été détecté à partir d'un ECBU, et a généré 3 cas secondaires. Les admissions ont été arrêtées dans 2 services de soins pendant 6 semaines. Le dossier N°3 concernait 2 patients détectés à partir de prélèvements à visée épidémiologique. Le premier était dialysé

et le second avait eu une pathologie tumorale. La détection du second patient a entraîné la fermeture du service pendant 6 semaines, le profil génotypique révélant a posteriori qu'il s'agissait de cas fortuits. Les 6 autres dossiers ne concernaient qu'un patient. *E. faecium* seul a été isolé des patients de 6 dossiers (N°1, 3 à 7), *E. faecalis* seul d'un patient d'un dossier (N°2) et les 2 espèces du patient du dernier dossier (N°8). Toutes les souches présentaient le gène *vanA*. Le profil génotypique CorbA3 avait été isolé de 3 patients habitant des communes voisines : un des 2 cas fortuits (N°3), le patient de retour du Monténégro (N°4) et un patient entré par les urgences (N°6). L'IS16, marqueur appartenant au complexe clonal CC17 qui comprend les souches adaptées à l'environnement hospitalier et qui donnent les épidémies, était présent dans chaque souche des 3 derniers dossiers.

CONCLUSION

E. faecium a été isolé dans la presque totalité des cas. Après janvier 2011, aucun cas de transmission croisée n'a été objectivé, suggérant que le respect des précautions standard et des précautions complémentaires contact s'était amélioré et que cette BHR ne s'est pas implantée dans l'établissement. L'isolement de CorbA3 chez 3 patients suggère sa diffusion clonale communautaire, le patient revenant de l'étranger l'ayant probablement acquise sur le territoire de santé avant son départ. Cette analyse démontre que la prise en charge des patients à risque de portage d'ERG est efficace dans notre établissement.

P-061

PRISE EN CHARGE DE PATIENTS PORTEURS DE BHR : IMPACT DE L'ABSENCE DE PERSONNEL DÉDIÉ

BASILE A., HAVERBEQUE E., MERCIER C., MONIEZ F., DESCHAMPS-HUART C., **CRACCO-MOREL A.A.**
Centre Hospitalier de Valenciennes, VALENCIENNES, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les recommandations relatives à la prévention de la transmission des BHR préconisent, pour éviter la gestion de patients « contacts », la prise en charge des patients porteurs par des équipes dédiées, souvent effective en cas d'épidémie mais difficile à obtenir pour un seul patient porteur.

La prévalence des BHR augmente et nous avons souhaité pouvoir mesurer l'impact en termes de nombre de patients « contacts » à suivre, de charge de travail supplémentaire et de coût lors de l'accueil de patients porteurs dans notre établissement.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous avons ainsi pris en charge du 10 décembre 2013 au 7 janvier 2014 simultanément deux patients porteurs d'EPC différentes : un de *Citrobacter freundii* (découverte fortuite) et l'autre de *Klebsiella pneumoniae* (transfert d'un porteur), l'un hospitalisé en Gastroentérologie et l'autre en Réanimation. Aucun personnel dédié n'a pu être mis en place du fait que les patients relevaient de services différents dont un à haut risque infectieux nécessitant du personnel avec formation spécifique très technique.

RÉSULTATS

Après le décès des patients porteurs, la liste comportait 198 patients contacts. Le suivi de ces patients a été assuré par l'EOH. Une information a été faite par courriel à la communauté médicale et à l'encadrement ainsi qu'en CME et CHSCT, aux correspondants paramédicaux en Hygiène et aux services transversaux. Des fiches réflexes pour la prise en charge ont été diffusées. Des courriers à destination des médecins traitants associés à des ordonnances pour la réalisation de dépistage rectaux après la sortie des patients contacts ont été envoyés. Notre établissement étant partiellement informatisé pour le dossier patient, cela nous a permis de suivre chaque patient contact. Lors d'un transfert, l'EOH a contacté le service d'accueil pour s'assurer du respect des précautions complémentaires et du calendrier des dépistages, le suivi étant assuré conjointement avec le laboratoire via notre technicienne biohygiéniste. A ce jour, ont été réalisés 114 prélèvements en présence des patients porteurs, 163 pour le dépistage post-exposition et 15 en médecine libérale. 125 patients sont sortis de l'établissement. Concernant l'évaluation du temps passé et l'étude de coût de la gestion des contacts, nous ne pourrions fournir les premiers résultats qu'après les 3 semaines minimales de suivi des patients hors exposition.

CONCLUSION

Les premiers chiffres de suivi de la liste des contacts mettent en évidence combien cela est chronophage, mais nous attendons une estimation chiffrée qui nous permettrait de la comparer au coût de la mise en place d'équipe dédiée.

P-062

ANALYSE MÉDICO-ÉCONOMIQUE D'UNE DÉCOUVERTE FORTUITE D'EPC APRÈS 3 SEMAINES D'HOSPITALISATION

TEQUI B.⁽¹⁾, VANSTEENE D.⁽²⁾, LE GOUHIR C.⁽²⁾

⁽¹⁾ Institut de Cancérologie de l'Ouest, ANGERS, FRANCE ;

⁽²⁾ Institut de Cancérologie de l'Ouest, ANGERS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Une épidémie régionale d'entérobactéries productrices de carbapénémase (EPC) a généré la découverte fortuite d'une *Klebsiella pneumoniae* OXA 48 dans les urines d'une patiente après 3 semaines d'hospitalisation en oncologie médicale. Les objectifs de la gestion de crise étaient : poursuite de la prise en charge des contacts, prévention de survenue de cas secondaire et nouvelles mises en traitement sans délai. La réorganisation en 3 secteurs (cas, contacts et indemnes) a eu un impact sur les besoins en personnel, sur les admissions dans tous les secteurs. Ce travail a pour objectif d'évaluer les surcoûts et l'impact sur l'activité clinique.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le département d'oncologie médicale dispose de 55 lits répartis sur 2 unités et réalise 85 venues quotidiennes en HDJ. Les 126 patients contacts identifiés ont été pris en charge dans une unité dédiée réorganisée pour tous les types de prise en charge (hospitalisation semaine, conventionnelle et HDJ). La file active a été gérée en concertation sur l'ensemble du département. La réalisation d'une activité d'HDJ dans un secteur d'hospitalisation traditionnelle a nécessité un renforcement de personnel. La gestion de la crise a duré 2 mois.

Les surcoûts ont été calculés par les ressources humaines pour le personnel (coût horaire de l'intérim, de l'ancienneté), l'économat pour les équipements de protection individuelle (EPI) et le laboratoire prestataire pour les dépistages.

Le DIM a analysé l'activité médicale en le comparant à la même période l'année précédente (juillet et août 2012).

RÉSULTATS

Le surcoût est de 21.591€ :

- dépistages 12.960€,
- EPI 1.380€,
- personnels (241H) 7.251€

Les impacts sur l'activité médicale

- **Au niveau de l'unité dédiée** baisse du taux d'occupation (5 et 13%) et du nombre de journée (3 et 15%). En revanche le nombre de séjour a augmenté (+11) ainsi que le nombre de venues (séjour < 1 jour) + 89%.
- **Au niveau de l'ensemble du département d'oncologie médicale** l'activité a été stable pour le nombre total de séjours : + 8 séjours en hospitalisation de semaine et - 9 séjours en hospitalisation conventionnelle. L'activité globale d'HDJ a augmenté de 140 venues soit 6%.
- **Les recettes générées** par l'unité dédiée ont été inférieures de 28.147 K€. La redistribution de l'activité sur l'ensemble du département a limité la baisse de recette totale à 13.339K€.

CONCLUSION

La gestion concertée de la file active sur l'ensemble du département d'oncologie médicale n'a pas généré de retard de traitement. L'activité d'hospitalisation de semaine et d'HDJ ont été augmentée au détriment de l'hospitalisation conventionnelle.

P-063

REPÉRER DES PATIENTS « PORTEURS » ET IDENTIFIER DES CENTAINES DE PATIENTS « CONTACTS » : AVEC DES OUTILS BUREAUTIQUES, C'EST POSSIBLE, PARFOIS CONTRAIGNANT MAIS TRÈS PRATIQUE !

GRAGLIA E., GARREL S., BERROUANE Y., VEYRÈS P., DALMAS J., TODESCO H., FOSSE T.
CHU de Nice, NICE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En cas de Bactéries Hautement Résistantes émergentes (BHRe), il faut suivre le parcours des patients porteurs et identifier les patients « contacts » pris en charge par la même équipe, ceci de façon synthétique et rapide. Confrontés à une épidémie, nous avons dû, en l'absence d'outil informatique, consacrer un temps plein d'infirmier hygiéniste à cette tâche. Nous avons donc souhaité développer avec les outils bureautiques disponibles une application permettant :

1. De suivre les mouvements des porteurs et contacts
2. De gérer les campagnes de dépistages.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Deux étapes ont été nécessaires :

- Obtenir du service informatique l'accès aux données mouvement patient en temps réel (Système Clinicom[®]), sous format exploitable (fichier Excel[®]).
- Créer une base de données Access[®] pour croiser ces données entre elles et avec les résultats bactériologiques positifs, intégrés à la base des infections de l'EOHH

RÉSULTATS

Les patients porteurs sont identifiés sur notre base des infections. La base de données « Mouvements » permet d'établir les listes de patients porteurs et les listes des patients contacts avec leur localisation au moment de l'extraction, les dates de mouvements, les modes d'entrée et de sorties, la date de dernier contact avec un porteur et la liste des dépistages effectués ou à faire. Ce repérage rapide des admissions ou transferts récents permet à l'EOHH d'informer (n° de téléphone

édité sur la liste) les services concernés sur la prise en charge de ces patients et les dépistages à faire. Des tableaux récapitulatifs par service des dépistages en attente peuvent être également édités et envoyés par mail ou fax aux services concernés. La base prévoit différentes sélections par exemple, par patient porteur ou par uf et périodes d'exposition, ainsi que différentes situations comme le fait de redevenir contact après être sorti du suivi.

Le développement de l'application a nécessité un mois de temps plein technicien. Avec l'utilisation de cette base, le temps infirmier consacré à la gestion des porteurs et contacts a diminué de moitié.

Les difficultés parfois rencontrées en routine proviennent de la qualité des données sources (identifiants, types de séjours, dates des mouvements, uf) et de la phase d'extraction, ces données sources étant conçues pour une gestion comptable et non épidémiologique.

CONCLUSION

Les outils informatiques sont indispensables à la gestion de données en nombre important. L'utilisation par l'EOHH des outils bureautiques a optimisé le repérage des réadmissions de porteurs, le suivi des dépistages et les relances au niveau des services.

P-064

PRISE EN CHARGE DE PATIENTS PORTEURS D'UNE ENTÉROBACTÉRIE PRODUCTRICE DE CARBAPÉNÈMASE : UNE ANNÉE D'EXPÉRIENCE

LEROYER C., MARIE V., COPPRY M., BARD F., THEBAUT P., LASHÉRAS A., BOULESTREAU H., ROGUES A.M.

CHU de Bordeaux, BORDEAUX, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les établissements de santé (ES) français sont de plus en plus souvent confrontés à la découverte de patient porteur d'une entérobactérie productrice de carbapénèmase (EPC). Une analyse des situations rencontrées est essentielle pour définir des axes d'amélioration de l'organisation en place. Notre objectif était de faire un retour sur l'expérience d'une année.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

ES de 3000 lits et places ayant mis en place les recommandations nationales : repérage des patients rapatriés ou hospitalisés à l'étranger demandé dans la macrocible d'entrée ; instructions pour la prise en charge de ce type de patient et pour les porteurs avérés d'EPC diffusées dans les unités de soins ; stratégie de dépistage rapproché à 72h en cas de suspicion de portage et cas contact ; plan de maîtrise en cas de découverte d'un porteur.

RÉSULTATS

Entre avril et octobre 2013, six patients porteurs d'une *Klebsiella pneumoniae* OXA 48 ont été admis dans l'établissement. L'équipe d'hygiène a été informée 8 ou 9 jours après le prélèvement et le délai entre l'admission et la mise en place de précautions contact était de 2, 6, 7 14 et 32 jours. Un total de 450 patients contacts a été identifié. Au moment de l'alerte, 80 avaient été transférés vers un autre ES qui a dû être informé et 98 étaient encore hospitalisés dans l'établissement (placés immédiatement en précautions contact et dépistés). 115 patients contacts ont eu au moins un prélèvement de dépistage mais seuls 89 (20%) en pu en avoir trois. La découverte d'un cas secondaire a justifié la mise en place de personnels dédiés en hospitalisation conventionnelle et en réanimation

Quatre des 6 épisodes auraient pu être évités par l'interrogatoire à l'admission (macrocible non remplie pour deux cas) ou la notification du portage dans le dossier médical (réhospitalisation de deux patients déjà identifiés comme porteurs mais pas de notification visible par tous dans le dossier médical), évitant ainsi 210 des 450 cas contact et 49 des 115 patients placés en précautions contacts et dépistés dans l'ES.

CONCLUSION

Ces épisodes ont pu être contrôlés grâce à une bonne réactivité de l'organisation mise en place ; ceci malgré les difficultés liées à la lourdeur des mesures préconisées et le faible pourcentage de patients contacts ayant pu avoir trois dépistages. Au-delà de la maîtrise de la transmission croisée via les excréta, le contrôle de la diffusion des EPC passe par une amélioration urgente de nos systèmes d'alerte et d'information.

P-065

APPLICATION DES MESURES DE PRÉVENTION DE DIFFUSION DES BHRE DANS UN SERVICE DE RÉANIMATION MÉDICO CHIRURGICALE

VEYRES P., BERROUANE Y., DEGUS P., DALMAS J., GARREL S., SAMAT LONG C., REVEL N., WOEHRLE J.J., DEGAND N., RUIMY R., ICHAI C., FOSSE T.

CHU, NICE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le suivi des entérobactéries productrices de carbapénèmase (EPC) est devenu en France un véritable enjeu de santé publique pour limiter l'introduction et la diffusion de ces bactéries.

Nous présentons l'investigation et les mesures prises dans le cadre d'une épidémie de *Klebsiella pneumoniae* productrice de carbapénèmase type OXA-48 dans un service de réanimation médico chirurgicale.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

De septembre 2012 à décembre 2013, 47 patients ont été diagnostiqués porteurs :

- 16 infectés (soit 1/3) dont 3 après leur sortie de réanimation
- 31 colonisés dont 3 cas secondaires (patients contaminés dans un service au contact d'un patient provenant de la réanimation).

Les cas étaient répartis en 3 épisodes épidémiques (6 cas en octobre, 5 en décembre 2012 et le reste de juin à décembre 2013).

RÉSULTATS

Le génotypage de 8 souches de patients de réanimation a révélé le même clone dans 7 cas.

L'hypothèse principale était la transmission par manuportage. Les premières mesures ont concerné le réajustement des précautions standard et complémentaires. La persistance de l'épidémie a fait suspecter un réservoir environnemental et nous a conduit à revoir la gestion des excréta et des eaux de toilette, ainsi que la fréquence et la traçabilité des opérations d'entretien. La mise en place d'un secteur de cohorte indépendant dans la réanimation et en parallèle d'une unité dédiée médicale au sein de l'établissement a facilité la maîtrise de l'épidémie mais nous a contraint de fermer 4 lits de soins continus et 10 lits de maladies infectieuses.

La gestion de cette épidémie avec une forte proportion de patients simplement colonisés a pointé les difficultés à mettre en œuvre les dernières recommandations dans un service de réanimation spécialisé « traumatologie » dans une période de forte activité. Le taux élevé de patients à risque a facilité la transmission croisée et retardé la mise en place d'un véritable secteur et équipe dédiés d'autant que le transfert des patients dans des services/structures d'aval a été rendu difficile par l'information autour des mesures BHR. Le suivi exhaustif des patients contact par l'EOHH n'a pu être opérationnel qu'en octobre à l'aide d'un outil spécifique informatique.

CONCLUSION

Le coût financier de l'application des mesures est important. D'autres conséquences directes sont en cours d'évaluation notamment l'analyse bénéfice-risque pour les patients (transferts retardés vers des unités adaptées à la prise en charge..) pour le personnel (découragement...) et pour l'établissement (activité, image..).

P-066

ABRI UN JOUR, ABRI TOUJOURS ?

JOLIVET S., BRUN-BUISSON C., DECOUSSER J.W., JANSEN C.

GH Albert Chenevier-Henri Mondor, CRÉTEIL, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les précautions complémentaires contact (PCC) sont recommandées pour prévenir la transmission croisée d'*Acinetobacter baumannii* résistant à l'imipénème (ABRI). Cependant, la durée de maintien des PCC après négatification des prélèvements n'est pas clairement définie, en raison du manque d'étude sur la durée de colonisation. Notre but était d'analyser le délai de décolonisation par ABRI durant l'hospitalisation voire en cas de ré-hospitalisation.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Analyse rétrospective de tous les cas de colonisations par ABRI entre novembre 2010 et décembre 2013 dans un CHU de 1 200 lits. La recherche d'ABRI a été réalisée par culture sur milieu spécifique à partir des dépistages rectaux et/ou de gorge. Le nombre de faux négatif, définis comme un dépistage négatif suivi de dépistage positif, a été calculé. Chaque patient a été suivi par des dépistages systématiques pendant son hospitalisation puis en cas de ré-hospitalisation via une alerte. La décolonisation a été définie comme certaine si au moins trois dépistages successifs étaient négatifs et probable si uniquement deux dépistages étaient négatifs en l'absence de suivi ultérieur. Ont été exclus secondairement les patients ayant une durée de suivi de moins de 14 jours. La durée de suivi et le délai de décolonisation ont été calculés pour chaque patient. Les durées de suivi ont été comparées par un test non paramétrique de Mann-Whitney.

RÉSULTATS

Vingt-deux patients colonisés par ABRI ont été inclus dont quatre (18 %) l'ayant acquis dans notre CHU. L'âge médian était de 54 ans et 68 % des patients étaient des hommes. Au total, 243 dépistages ont été réalisés durant la période d'étude dont 36 faux négatifs (15 %) pour 12 patients. La durée médiane de suivi était de 89 jours (IIQ : 38-219 ; min/max : 14-643 j). Quinze patients (68 %) se sont décolonisés (12 décolonisations certaines et 3 probables) et la durée médiane de décolonisation était de 51 j (IIQ : 12-161 ; min/max : 1-206 j). Parmi eux, cinq patients (33 %) se sont décolonisés en moins de 14 j. La durée médiane de suivi des sept patients non décolonisés était de 43 j (IIQ : 15-61 j) et différait de la durée médiane de suivi des patients décolonisés (médiane : 113 j ; IIQ : 48-271 j ; p=0,01).

CONCLUSION

Presque 70 % des patients inclus se sont décolonisés, mais les délais de décolonisation étaient très variables. La durée de suivi plus courte des patients non décolonisés pourrait expliquer l'absence de décolonisation. Cependant cette étude ne permet pas d'effectuer une analyse des facteurs de décolonisation en raison du faible nombre de patients inclus.

P-067

EPC ET ABRI. GESTION D'UN ÉPISODE À DEUX FACES DANS UN CENTRE HOSPITALIER GÉNÉRAL

SIHARATH M., CANIVET A.
Centre hospitalier, FLERS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Nous relatons un épisode durant lequel nous avons été confrontés à la présence fortuite de 2 cas d'*Acinetobacter baumannii* (AB), dont un AB résistant à l'imipénème (ABRI) chez une patiente rapatriée sanitaire hospitalisée depuis plus d'un mois en réanimation ayant subi une forte pression de sélection antibiotique, et simultanément à la découverte tardive d'une EPC chez cette même patiente.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Lors de la découverte de l'ABRI l'ensemble des patients de réanimation a été mis en précautions complémentaires contact (PCC)

La découverte du 2^{ème} AB faisant craindre une épidémie les deux souches sont envoyées au CNR. Vue l'épidémiologie des infections à AB : les PCC sont maintenues pour tous jusqu'aux résultats y compris pour les patients entrants, et les patients mutés avec dispositifs invasifs également.

Une semaine après une EPC est retrouvée en recherche génotypique chez la patiente rapatriée (recherches phénotypiques initiales négatives). La liste des 37 patients contacts est établie : 9 sont encore hospitalisés en réanimation, 7 mutés dans 3 services du CH et 6 mutés en des établissements d'aval. Les services ou établissements sont prévenus et les PCC sont demandées et des dépistages sont planifiés.

L'EOH se rendra compte le lendemain de cette consigne que dans 2 services de notre CH les PCC n'ont pas été appliquées, ce qui aura pour conséquence de devoir considérer par précaution l'ensemble des patients des 2 unités comme patients contacts de 2^{ème} cercle, jusqu'au retour des résultats des dépistages des patients de 1^{er} cercle.

RÉSULTATS

Ces dépistages d'EPC seront tous négatifs mais un patient sera retrouvé positif au même ABRI que la patiente rapatriée. Par ailleurs le typage des 2 souches initiales d'AB conclura à une non-identité des souches.

La 2^{ème} souche d'AB sera retrouvée à distance chez une patiente hospitalisée 3 mois plus tard dans la même chambre que le patient initial : une recherche environnementale permettra de retrouver le germe au niveau de la bonde du lavabo et du respirateur.

CONCLUSION

Cette expérience confirme la difficulté de maîtriser la qualité de l'environnement face à la survie très longue de certains germes. Elle souligne également la difficulté qu'il peut y avoir à faire respecter les consignes de PCC lors des gestions d'épisodes épidémiques.

P-068

HISTOIRE D'UNE ÉPIDÉMIE DE GALE : LES LEÇONS À EN TIRER.

LALLECHERE S., LINARES C., LE BRIQUER K., BARBIER L., JOUTTIER M., CHANAY O.
CHA NEVERS, NEVERS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En décembre 2012, une épidémie de gale s'est déclarée dans notre établissement. Malgré les mesures mises en place, une deuxième phase épidémique est survenue en janvier 2013. Devant l'ampleur de cette épidémie, nous avons décidé de reconstituer l'histoire de l'évènement afin d'identifier les défaillances dans la gestion de cette épidémie et les facteurs ayant contribué à sa survenue.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Différents documents ont été examinés, notamment le dossier médical de la patiente index, les comptes-rendus de la cellule de crise et les synthèses d'intervention de l'équipe opérationnelle en hygiène. Ces informations ont également été enrichies du témoignage des acteurs (membres de la cellule de crise et personnel soignant des services concernés).

RÉSULTATS

Le 10 décembre 2012, soit presque 1 mois après son hospitalisation, le diagnostic de gale hyperkératosique est posé chez le cas index. Suite à ce diagnostic, des cas suspects parmi le personnel ont été signalés. Une cellule de crise est alors constituée. Le dépistage de tous les cas et la prophylaxie des contacts sont décidés. Le traitement de l'environnement du cas index est également organisé. Ainsi, environ 200 patients et 150 agents ont été recensés comme contacts du cas index. Parmi eux, 13 cas avérés ont été identifiés dont 10 professionnels (du même service) et 3 patients.

Malgré ces mesures, 3 cas de gale sont à nouveau signalés parmi le personnel début janvier 2013 (une rechute et 2 nouveaux cas, dont un dans un service transversal). La stratégie thérapeutique était alors intensifiée avec élargissement des contacts, désinfection large de l'environnement (vestiaires, mobilier tissu), prescription systématique d'une prise

d'ivermectine à J15 pour les cas avérés et mise en place des précautions complémentaires d'hygiène de type contact pour tous les patients dans les services concernés. Ainsi, durant le mois de janvier, 400 agents contact ont été dépistés (dont 11 cas avérés issus de différents services) et près de 800 patients (dont 6 cas avérés).

CONCLUSION

Comme dans beaucoup d'épidémies de gale, la difficulté du diagnostic a entraîné un retard dans la prise en charge et donc une mise en œuvre plus complexe des mesures thérapeutiques. Devant un cas index de gale hyperkératosique, des mesures drastiques, incluant notamment une définition large des contacts, le traitement simultané des cas et des contacts et des mesures environnementales adaptées ont permis d'éradiquer l'épidémie.

P-069

DÉTECTION DES ENTÉROBACTÉRIES PRODUCTRICES DE CARBAPÉNÉMASE (EPC) PAR SPECTROMÉTRIE DE MASSE (MALDI-TOF, BRUCKER) : UNE MÉTHODE EFFICACE, RAPIDE ET PEU COUTEUSE APPLIQUÉE À LA DÉTECTION DES CAS ET AU DÉPISTAGE DES CONTACTS.

*LASSERRE C., TANDÉ D.
CHRU de Brest, BREST, FRANCE*

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La spectrométrie de masse est désormais l'outil de référence pour l'identification des bactéries. Nous avons utilisé cette technique pour la détection des EPC et notre étude démontre que la spectrométrie de masse constitue une méthode rapide, peu coûteuse et efficace pour détecter les EPC, et est applicable au dépistage digestif des EPC.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

214 souches (78 EPC et 136 non EPC) ont été incubées 20min avec de l'imipénème puis analysées au MALDI-TOF. La présence d'une carbapénémase provoque la diminution du pic de l'imipénème (300Da) associée à l'augmentation du pic du métabolite de dégradation de l'imipénème (254Da). Un seuil pour le ratio (intensité du pic 254/(pic 254 + pic 300)) permettant de catégoriser les souches comme productrices ou non productrices de carbapénémase a été calculé à partir de 30 EPC et de 60 non EPC à l'aide d'XL Stat. Ce seuil a ensuite été validé en analysant les 124 souches restantes (48 EPC et 76 non EPC). Après validation, cette technique a été utilisée sur les cultures de routine.

RÉSULTATS

121/124 des souches de validations ont été bien catégorisées (Se= 94%, Sp= 100%). Les 3 souches mal catégorisées sont des OXA 204 et 232 ayant une très faible activité carbapénémase. Le MALDI-TOF a ensuite été utilisé en routine, en parallèle des autres techniques de dépistage des carbapénémases, sur toutes les souches résistantes aux carbapénèmes ou aux céphalosporines de 3^e génération. Depuis novembre 2013, l'utilisation de cette technique a permis de dépister à partir des antibiogrammes réalisés sur les prélèvements de routine, 3 patients porteurs d'une EPC (OXA48), patients n'ayant aucun lien avec l'étranger. Cette technique a ensuite été utilisée pour gérer facilement et rapidement la recherche des EPC dans les dépistages des 73 patients contact sans utiliser de PCR. 120 dépistages ont été réalisés : 94 sont restés stériles sur milieu Drigalski + imipénème. Pour 11 dépistages positifs le MALDI-TOF donnait des résultats négatifs pour les entérobactéries testées, et pour les 15 derniers dépistages, les micro-organismes détectés n'étaient pas des entérobactéries (*Pseudomonas* ou levures).

CONCLUSION

Une méthode rapide, facile, efficace et peu coûteuse de détection des EPC à partir des cultures a été développée grâce à la spectrométrie de masse. Elle permet la détection et la gestion simplifiée, au laboratoire, des cas d'EPC.

P-070

PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT PORTEUR DE BACTÉRIES HAUTEMENT RÉSISTANTES AUX ANTI-BIOTIQUES SANS PERTE DE CHANCE

*DEL TEDESCO E.⁽¹⁾, ECOCHARD M.⁽²⁾, CARRICAJA A.⁽¹⁾, GAGNAIRE J.⁽¹⁾, DUPERRET S.⁽²⁾, GRATTARD F.⁽¹⁾, DENIS C.⁽¹⁾, METZGER M.H.⁽²⁾, PHELIP J.M.⁽¹⁾, BERTHELOT P.⁽¹⁾
⁽¹⁾ CHU de Saint-Etienne, SAINT-ETIENNE, FRANCE ;
⁽²⁾ CHU de Lyon, LYON, FRANCE*

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Décrire les mesures mises en place pour la prise en charge d'un patient porteur de bactéries hautement résistantes (BHR) aux antibiotiques ayant permis les soins du patient sans perte de chance.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Description de l'histoire clinique du patient et des mesures d'hygiène mises en place dans 2 CHU pour la prise en charge du patient. Caractérisation des mécanismes de résistance par détermination des CMI, test de Hodge et réalisation de PCR pour mise en évidence du type de carbapénémases. Les

mesures d'hygiène mises en place pour la prise en charge du patient et des patients contacts ont été celles préconisées par le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) en 2010.

RÉSULTATS

Patient de 53 ans, rapatrié sanitaire du Maroc en août 2011 dans un service de gastro-entérologie pour prise en charge d'une cirrhose avec décompensation oedemato-ascitique, découvert par réalisation d'un écouvillonage rectal (ER) porteur de *Klebsiella pneumoniae* et d'*Escherichia coli* hautement résistantes aux antibiotiques (sensible uniquement colimycine, CMI doripenème, imipénème, méropénème respectivement de 1,2 et 4 mg/l) avec mise en évidence notamment d'une carbapénémase de type OXA-48 et d'une BLSE de type CTX-M. Deux cas secondaires (dont un était le voisin de chambre) ont été identifiés probablement car le patient n'avait pas été placé en précautions d'hygiène contact dès son admission. Après mise en place effective des mesures d'hygiène préconisées, aucun nouveau cas n'a été identifié malgré une recherche extensive chez les contacts. Bien que le patient ait présenté plusieurs complications infectieuses graves (3 infections d'ascite et 2 bactériémies) avec 2 passages en réanimation, il a pu bénéficier d'une transplantation hépatique en février 2012 et continue à être suivi régulièrement par endoscopies digestives. Le dernier ER retrouvé positif était en juin 2012 avec depuis 2 ER négatifs (septembre 2013 et janvier 2014). Le patient a retrouvé un excellent état général et est suivi uniquement en consultation.

CONCLUSION

Cette observation montre, malgré la complexité de la prise en charge d'un patient polyopathologique, qu'il est possible d'appliquer les recommandations du HCSP sans perte de chance pour le malade.

P-071

DÉCOUVERTE FORTUITE D'UNE ENTÉROBACTÉRIE PRODUCTRICE D'UNE CARBAPÉNÉMASE DE TYPE OXA 48 DANS UN CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE : IMPACT SUR L'APPLICATION DES RECOMMANDATIONS NATIONALES ET LE CONTRÔLE D'UNE LARGE ÉPIDÉMIE

SEMIN-PELLETIER B., BOURIGAULT C., JUVIN M.E., LE GALLOU F., PINEAU S., POUTEAU L.M., BOUTOILLE D., AGARD C., HOURMANT M., CORVEC S., CAILLON J., **LEPELLETIER D.**

CHU de Nantes, NANTES, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En juin 2013, une souche de *Citrobacter freundii* productrice d'une carbapénémase de type OXA-48 a été isolée dans un prélèvement urinaire chez un patient hospitalisé depuis plus d'un mois dans le service de médecine interne d'un centre hospitalier universitaire. Ce patient ne présentait aucun antécédent d'hospitalisation à l'étranger.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. Recherche rétrospective des cas parmi les patients contacts hospitalisés depuis l'admission du cas index
2. Surveillance prospective des patients infectés ou colonisés par une entérobactérie productrice de carbapénémase (EPC) de type OXA-48
3. Mise en œuvre d'une stratégie de contrôle de l'épidémie : dépistage par écouvillon rectal, cohorting et gestion des patients contacts transférés vers une autre structure de soins
4. Caractérisation moléculaire des souches d'EPC
5. Communication avec les établissements d'aval, le réseau CCLin-Arlin et les autorités sanitaires.

RÉSULTATS

Parmi les 290 patients contacts identifiés lors de l'analyse rétrospective, 5 nouveaux cas ont été détectés : 4 cas dans 3 autres services du CHU (greffes rénales, hématologie, chirurgie) et 1 cas dans un autre établissement de santé (ES). Entre le 13 juin et le 30 juillet 2013, 9 cas supplémentaires ont été identifiés dans le service de médecine interne. La mise en place d'un cohorting en 3 secteurs avec personnel dédié a permis d'enrayer l'épidémie fin août dans ce service. Par ailleurs, le cas hospitalisé aux greffes rénales a généré 15 cas secondaires (10 dans ce secteur, 1 en réanimation médicale et 4 dans d'autres ES) ayant nécessité la mise en place d'une 2^{ème} unité de cohorting à partir de septembre. Au total, entre juin et octobre 2013, 30 cas d'EPC OXA-48 ont été identifiés dont 6 infections. L'âge médian des cas était de 74 ans (min-max : 20-91 ans). Le délai médian entre l'admission et l'isolement de la souche épidémique était de 16 jours (min-max : 7-63 jours). Au cours de la période épidémique, 6 décès ont été rapportés mais aucun n'a été rapporté à la colonisation ou infection à EPC. Toutes les souches d'OXA-48 isolées étaient *Klebsiella pneumoniae*, exceptée celle du cas index.

CONCLUSION

La découverte fortuite de la souche d'EPC du cas index plus d'un mois après son admission dans le service a conduit à une large diffusion de cette souche au sein de notre établissement ainsi que dans certains ES de notre région. L'épidémie a pu être enrayerée grâce à la mise en place de 2 secteurs de cohorting avec personnel dédié. L'impact économique de cette épidémie est en cours d'évaluation.

P-072

CAS GROUPÉS DE PSEUDOMONAS AERUGINOSA PRODUCTEUR D'UNE MÉTALLO-BÉTA-LACTAMASE VIM-2 : LA MALÉDICTION DU LIT 11

JANSEN C.⁽¹⁾, **DECOUSSER J.W.**⁽¹⁾, **SEYTRE D.**⁽²⁾, **JAUREGUY F.**⁽²⁾, **CIZEAU F.**⁽¹⁾, **DUCELLIER D.**⁽¹⁾, **BRUN-BUISSON C.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU Henri Mondor, CRÉTEIL, FRANCE ; ⁽²⁾ CHU Avicenne, BOBIGNY, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Pseudomonas aeruginosa est un pathogène opportuniste, ubiquitaire, fréquemment retrouvé à l'hôpital, responsable d'infections nosocomiales. L'émergence de la résistance aux carbapénèmes par production d'une métallo-béta-lactamase (MBL) chez cette bactérie pose un problème thérapeutique majeur. Nous décrivons des cas groupés d'infection et/ou colonisation à *P. aeruginosa* producteur d'une MBL de type VIM-2 (PaV) dans le service de réanimation médicale (RM) d'un CHU et une probable diffusion inter-hospitalière.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les enquêtes épidémiologique et environnementale ont été réalisées au fur et à mesure de l'identification des cas de PaV. Les souches, issues de prélèvements de dépistage et cliniques, ont été caractérisées phénotypiquement et génotypiquement par PCR et PFGE.

RÉSULTATS

Quatre cas de PaV ont été identifiés en septembre et octobre 2013 en RM. Les souches de PaV possédaient le gène bla_{VIM-2}, n'étaient sensibles qu'à la fosfomycine et la colistine, intermédiaires à l'aztréonam. Deux patients (cas 1 et 4) présentaient une colonisation urinaire ou digestive. Le cas 2 présentait une bactériurie et une bronchite traitée par colistine aérosol. Le cas 3 a été traité par colistine injectable et fortes doses d'aztréonam pour infections urinaire et pulmonaire. Le cas 1, cas index, a été transféré d'un autre CHU où il était hospitalisé dans un service de réanimation ayant également connu des cas groupés de PaV dans l'année. Une importation d'un autre CHU est suspectée. Le PFGE montre que les souches des cas 1 à 4 sont identiques entre elles et aux souches de 3 patients récupérées de l'autre CHU. Trois des patients avaient été hospitalisés successivement dans le même box, au lit 11, 2 ayant bénéficié l'un après l'autre du même matelas. Le cas 4 était hospitalisé dans un autre box depuis début août. Les 2 enquêtes environnementales menées n'ont pas permis de retrouver le PaV dans l'eau et les siphons des points d'eau du poste de soins et de l'office du box. Seul le scope prélevé en présence du cas 3 était contaminé à PaV. Le sous-effectif en

personnel aide-soignant impliquait l'absence en continu d'un agent, mutualisé entre 2 secteurs de la RM.

CONCLUSION

Un défaut de bionettoyage de l'environnement apparaît comme l'origine de la transmission entre les cas 1 à 3. Une transmission croisée par manuportage est envisagée pour le cas 4. Suite à un bionettoyage renforcé des box et des locaux utilitaires, aucun nouveau cas de PaV n'a été identifié depuis 3 mois. Cette épidémie met en évidence l'importance du bionettoyage de l'environnement dans la prévention de la transmission croisée de PaV.

P-073

QUEL EST LE DEVENIR DES CONTACTS D'ENTÉROCOQUE RÉSISTANT À LA VANCOMYCINE (ERV) ? SUIVI APRÈS LEUR SORTIE DE 608 PATIENTS CONTACTS.

HARDY K.⁽¹⁾, **MARINI H.**⁽¹⁾, **BELLET V.**⁽¹⁾, **COULON A.M.**⁽¹⁾, **JOZEFACKI I.**⁽¹⁾, **LEBARON C.**⁽¹⁾, **MIAS S.**⁽¹⁾, **PETEL T.**⁽¹⁾, **THILLARD D.**⁽²⁾, **CARON F.**⁽¹⁾, **DUJARDIN F.**⁽¹⁾, **VASSELIN I.**⁽¹⁾, **GERMAIN J.M.**⁽²⁾, **PESTEL-CARON M.**⁽¹⁾, **MERLE V.**⁽³⁾, **CZERNICHOW P.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU-Hôpitaux de Rouen, ROUEN, FRANCE ; ⁽²⁾ CCLIN Paris Nord - Antenne Régionale Haute-Normandie, ROUEN, FRANCE ; ⁽³⁾ CHU-Hôpitaux de Rouen, ROUEN, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les recommandations nationales (HCSP 2013) demandent d'identifier et de dépister par 3 prélèvements (plvt) (coproculture ou écouvillonnage rectal) espacés d'une semaine les patients contacts d'un patient ERV, et de renouveler ce dépistage pour les patients contacts (PC) ayant reçu une antibiothérapie. Notre objectif était de décrire le devenir, après leur sortie, d'une cohorte de 608 PC de cas groupés ERV. Nous rapportons ici les résultats de l'analyse des 300 premiers PC (par ordre alphabétique).

MATÉRIEL ET MÉTHODES

le 24/7/2013, une patiente rapatriée sanitaire de Grèce dans notre établissement était identifiée porteuse d'un ERV. Dans les 3 semaines suivantes, 8 cas secondaires ont été identifiés, dans 3 services de soins (2 MCO, 1 SSR), générant une cohorte de 608 PC. Le dépistage des PC a été organisé, lorsqu'ils étaient hospitalisés dans notre établissement ou dans un autre établissement de santé, ou lorsqu'ils résidaient en EHPAD. Les PC rentrés à domicile ont été informés et devaient être dépistés en cas de réhospitalisation, jusqu'à concurrence

de 3 plvts, avec un plvt supplémentaire s'ils avaient reçu des antibiotiques après la réalisation des 3 1^{ers} plvts. Trois mois après la découverte du 1^{er} cas, nous avons recueilli pour chaque PC, dans son dossier informatisé, le nombre de plvts effectivement réalisés, la notion d'une réadmission dans notre établissement, la notion d'une antibiothérapie (et les antibiotiques reçus) et la réalisation d'au moins un plvt de dépistage après antibiothérapie, le statut à la date des dernières nouvelles.

RÉSULTATS

pour les 300 premiers PC analysés, la durée de suivi médiane était de 90 jours (0-200) ; 98 (33%) ont été réhospitalisés et 161 (54%) ont été revus seulement en consultation ; 96 (32%) ont eu au moins 3 plvts, 20 (7%) 2 plvts, 29 (10%) 1 plvt, 155 (52%) 0 plvt ; pour 88 PC (29%) on avait la notion d'une antibiothérapie reçue après le contact ; 40 (45%) des PC identifiés comme ayant reçu une antibiothérapie ont eu au moins 1 plvt de dépistage après l'antibiothérapie. Tous les plvts de dépistage se sont avérés négatifs.

CONCLUSION

ces résultats préliminaires montrent que près de 9 PC sur 10 ont eu un nouveau contact avec l'établissement, dont 1/3 en hospitalisation, dans les mois suivant leur sortie. Il a été possible de dépister (avec au moins 1 plvt) près de la moitié des PC, malgré l'absence de rappel des PC sortis au moment de l'identification du cas. Dans une situation où la diffusion était avérée (8 cas secondaires), nous n'avons malgré tout pas retrouvé de patients ERV à distance, après la sortie des PC.

P-074

LE DEPISTAGE SYSTEMATIQUE A L'ENTREE ET DES MESURES DE PRECAUTIONS COMPLEMENTAIRES D'HYGIENE DE TYPE CONTACT MINIMISENT LA TRANSMISSION INTRA-HOSPITALIERE DES BACTERIES MULTIRESSISTANTES (BMR) CHEZ LES PERSONNES AGEES DEPENDANTES ET POLYPATHOLOGIQUES

*FASSBENDER V., TAUREL M., BERROUANE Y., DEGAND N., COTTA D., FUZIBET J.G., RUIMY R., FOSSE T.
CHU NICE, NICE, FRANCE*

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les épidémies hospitalières à bactéries multi et hautement résistantes (BMR/BHR) sont de plus en plus fréquentes. L'utilité

du dépistage systématique à l'admission et des mesures de précautions complémentaires d'hygiène de type contact (PCC) n'est pas consensuelle en gériatrie. Le but de cette étude était de rapporter notre expérience dans la prévention de la transmission des BMR chez les personnes âgées dépendantes et poly-pathologiques.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Entre août 2013 et décembre 2013, tous les malades admis au sein de notre unité de médecine interne (UMIPUOG) ont été soumis, à leur entrée et à leur sortie, à un dépistage rectal de BMR, suite à l'émergence de BMR dans notre établissement impactant notre unité. Tous les malades admis au cours de cette période étaient placés en chambre individuelle avec PCC dans l'attente des résultats bactériologiques. Les mesures de PCC étaient maintenues pour les malades positifs à BMR. Des ateliers de sensibilisation et d'éducation étaient organisés auprès du personnel médical, paramédical, des étudiants et des familles. Le critère principal de jugement utilisé était le taux de nouveaux positifs à BMR à la sortie de l'UMIPUOG. Les critères secondaires étaient la fréquence des malades porteurs de BMR à l'entrée dans notre unité et le taux de décès chez les porteurs de BMR.

RÉSULTATS

191 malades ont été inclus. L'âge moyen était de 80 ans. Il y avait 107 femmes et 84 hommes. La durée moyenne de séjour était de 13 jours. Le taux moyen d'occupation des lits était de 100 %. Les principales causes d'admission étaient un AVC (40 cas ; 20,94%), un AEG (27 cas ; 14,13%) ou une atteinte respiratoire (15 cas ; 7,85%). Le taux de porteurs de BMR à l'entrée était de 23,56 % (45/191). Chez ces 45 malades, 68 prélèvements BMR étaient positifs dont 60 (86,95%) de type BLSE. Cinq malades avaient une symptomatologie clinique correspondante (ECBU, LBA) et trois malades étaient porteurs de *Klebsiella pneumoniae* avec carbapénémase OXA-48. Il y a avait 71 décès (37,17%). Aucun décès ne pouvait être directement attribué à la présence de BMR. Le taux de nouveaux positifs à BMR à la sortie de notre unité était de 0,03%.

CONCLUSION

L'étude montre une fréquence importante de portage BMR. Une sensibilisation de l'équipe et l'application stricte des mesures de précaution standard ont permis d'obtenir un taux très faible de transmission croisée.

P-075

ENQUÊTE DE PRÉVALENCE DES IN EN HAD

BENSALEM F., AIZAC O., GOURDIN C.
CH de Valence, VALENCE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En 2012, l'Enquête Nationale de Prévalence (ENP) des infections nosocomiales est ouverte pour la première fois aux services d'Hospitalisation à Domicile (HAD)

Un protocole spécifique est rédigé par le RAISIN pour les établissements d'HAD. Il introduit la notion de recueil en deux temps :

- Une pré-détection (DT) des éléments évocateurs d'une infection au domicile du patient.
- Le recueil et l'analyse de l'ensemble des fiches DT au sein de l'unité administrative (UA).

Dans ce guide méthodologique certaines étapes de l'ENP nous sont apparues difficilement applicables au sein de notre unité. Ce travail a pour objectif d'exposer notre réflexion autour d'une méthodologie la plus efficiente possible

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'ENP se déroule sur 2 ou 3 jours consécutifs, nous avons choisi, comme recommandé par le RAISIN, de réaliser l'enquête en milieu de semaine du 22 au 23 mai 2012.

1. Information

- Courrier du RAISIN aux patients et médecins traitant.
- Courrier spécifique aux infirmiers libéraux (IDEL) et sages-femmes (SFL)

2. Fiche Pré-détection

La méthode du RAISIN n'a pas été retenue car :

- La dispersion géographique des fiches de pré-détections aux domiciles ou dans les cabinets libéraux fait craindre leur perte.
- Les IDEL travaillent le plus souvent en groupe, il est ainsi difficile de s'assurer que la fiche soit transmise au libéral en charge du patient le jour de l'enquête.

Nous avons choisi pour limiter les « pertes » des fiches de :

- Envoyer une copie de cette fiche de pré-détection au domicile servant de support aux IDEL et SFL. Cette copie ne comportait pas la zone d'identification des patients.
- Appeler la vieille de l'enquête tous les IDEL-SFL pour convenir d'un rendez-vous téléphonique le jour de l'enquête.
- Remplir les originaux des fiches de pré-détection nominatives au sein de l'UA par les IDE du HAD et l'IDE de l'EOH lors du rendez-vous téléphonique pris avec le soignant présent au chevet du patient
- Fiche patient

Remplissage de cette fiche au sein de l'UA par le médecin coordonnateur et l'enquêteur à l'aide des fiches DT transmises par les IDE HAD

RÉSULTATS

Le jour de l'enquête, 107 patients étaient pris en charge et 107 fiches recueillies. La méthodologie choisie a donc permis d'atteindre une exhaustivité de 100% des fiches en 2 jours sachant que le service HAD de notre établissement dispose 3 antennes avec 52 places et prend en charge 100 patients/jour (40000jh).

CONCLUSION

Le taux de prévalence des IN retrouvé semble plus important que le taux national de prévalence HAD et le taux d'un MCO, d'un SSR ou SLD. Nous avons un taux de prévalence de 18,7% dont 11,2% d'IN acquises.

P-076

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

HAMZA R.⁽¹⁾, **KAMMOUN H.**⁽¹⁾, **ATIF M.L.**⁽²⁾, **DHAOUADI M.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Direction Régionale 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 notre région durant sept années (2005-2011) au niveau de deux hôpitaux régionaux comptant 691 lits répartis sur 17 services hospitaliers.

RÉSULTATS

L'étude de l'évolution de la prévalence après standardisation sur les facteurs de risque par patient a permis de mettre en évidence une réduction significative des infections nosocomiales dans nos deux hôpitaux ($p < 0,01$). Cette réduction n'a pas été mise en évidence par l'étude de l'évolution des prévalences brutes.

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 de promotion de l'hygiène et d'amélioration de la qualité des soins.

P-077

MAITRISE DES RISQUES D'ACCIDENTS D'EXPOSITION AU SANG PAR LES ÉTUDIANTS INFIRMIERS

ARFAOUI C.⁽¹⁾, **ARFAOUI S.**⁽²⁾, **HAMZA R.**⁽³⁾

⁽¹⁾ Ecole des Sciences Infirmières de Menzel Bourguiba, MENZEL BOURGUIBA, TUNISIE ; ⁽²⁾ Faculté de Médecine Dentaire de Rabat, RABAT, MAROC ; ⁽³⁾ Direction Régionale de la Santé de Bizerte, BIZERTE, TUNISIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La question des accidents d'exposition au sang a été largement étudiée chez certaines catégories professionnelles de santé comme les chirurgiens et le personnel para médical. Cependant peu d'études ont concerné les étudiants infirmiers, une catégorie de personnel de santé à risque élevé. Dans cette étude, nous nous sommes proposé d'appréhender la perception des étudiants infirmiers concernant le risque des accidents d'exposition au sang, les gestes et les circonstances favorisant des accidents ainsi que la conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au sang ; puis d'évaluer le degré d'observance des mesures universelles d'hygiène en milieu de soins par les étudiants infirmiers.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

La méthodologie a consisté en une enquête qualitative moyennant un entretien semi directif auprès d'un échantillon de 40 étudiants tirés au sort à partir de listes de groupes d'étudiants. A l'issue des entretiens une observation a été menée dans le terrain de stage de ces élèves infirmiers afin d'évaluer leurs comportements et pratiques.

RÉSULTATS

L'étude ainsi menée, a révélé que bon nombre de personnes interviewées connaissent la réalité de la transmission et par conséquent les risques induits, ainsi que la transmission sanguine du VIH, VHC et du VHB et les mesures de prévention des AES. Néanmoins, l'application des mesures de prévention des AES n'est pas toujours de règle concernant la plupart des gestes préconisés traduisant une discordance entre les connaissances et les pratiques.

CONCLUSION

Une sensibilisation au risque d'AES ainsi qu'une formation à la prévention d'un tel risque (privilegiant les aspects pratiques) doivent être envisagées au profit des stagiaires avant la prise de contact avec le terrain de stage. Et l'on doit chercher, désormais, à allier une meilleure protection des infirmiers stagiaires à une meilleure qualité des soins.

P-078

AUDIT SPÉCIFIQUE DE L'ÉTAT D'HYGIÈNE DES LOCAUX DANS 92 CENTRES DE SANTÉ - ANNÉE 2013

DHAOUADI M.⁽¹⁾, **MEZNI R.**⁽¹⁾, **MRABET K.**⁽²⁾, **SAIDANI B.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Direction Régionale de la Santé de Bizerte, BIZERTE, TUNISIE ; ⁽²⁾ Hôpital Régional de Menzel Bourguiba, MENZEL BOURGUIBA, TUNISIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'hygiène des locaux revêt une importance capitale au niveau des centres de santé dans la mesure où elle participe à la sécurité des soins et contribue à la fois à la protection du soignant et du soigné contre les risques infectieux associés aux soins. Par ailleurs, en donnant l'exemple aux personnes fréquentant de tels centres, on espère diffuser une culture de l'hygiène dans la communauté, c'est là même une mission essentielle du centre de santé

Dans notre région, qui compte un peu moins d'une centaine de centres de santé relevant du secteur public, beaucoup d'efforts ont été déployés au cours des deux dernières décennies dans le cadre de la promotion de l'hygiène dans ces structures. Des évaluations moyennant des audits globaux ont été menées à des intervalles réguliers ayant montré parfois une amélioration substantielle concernant certains critères et par moments plutôt une stagnation ou même une régression pour d'autres critères.

En 2013, nous nous sommes proposé de nous focaliser à nouveau sur l'hygiène des locaux par la réalisation d'un audit spécifique en vue d'évaluer l'état d'hygiène des locaux dans nos centres de santé.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

- **Champ** : Tous les centres de santé de la région concernée (n= 92)
- **Période** : Premier trimestre 2013
- **Type d'audit** : Audit spécifique
- **Support de recueil des données** : Grille comportant 40 critères regroupés sous 3 rubriques
- **Méthode de recueil des données** : Observation + Entretien
- **Auditeurs** : Hygiénistes
- **Saisie et analyse des données** : Logiciel Epi-Info Version 6.04

RÉSULTATS

Le taux de conformité global moyen est de 43,4%.

Le taux de conformité partiel le plus bas a été enregistré pour la rubrique « Etat d'hygiène des locaux » (22,6%) avec notamment un taux très faible pour le critère « Absence d'humidité sur les murs et le plafond » (4,3 %).

Le taux de conformité partiel le plus élevé a été enregistré pour la rubrique « Aménagement du centre » (57,3%) avec notamment un taux très élevé pour le critère « Présence d'une salle de soins » (96.7%).

CONCLUSION

Au vu des résultats obtenus, il ya lieu d'attirer à nouveau l'attention des responsables des centres de santé sur la nécessité du respect strict des règles d'hygiène au niveau des centres et de les sensibiliser davantage sur l'importance de la prise des mesures correctives nécessaires pour l'amélioration de la situation.

P-079

AUDIT SPÉCIFIQUE SUR LES CONDITIONS DE PRÉLÈVEMENT DE SANG AU NIVEAU DE 48 UNITÉS HOSPITALIÈRES DE SOINS - ANNÉE 2013

MEZNIR.⁽¹⁾, **SAIDANIB.**⁽¹⁾, **MRABETK.**⁽²⁾, **DHAOUADIM.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Direction Régionale de la Santé de Bizerte, BIZERTE, TUNISIE ; ⁽²⁾ Hôpital Régional de Menzel Bourguiba, MENZEL BOURGUIBA, TUNISIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le prélèvement de sang, est pratiqué depuis des siècles et reste l'un des actes invasifs les plus courants dans le domaine des soins de santé.

Des mesures simples mais importantes sont à appliquer pour que le prélèvement s'effectue au moindre risque.

De telles mesures sont elles connues et appliquées par le

personnel soignant dans notre région ?

Afin d'apporter des éléments de réponse à cette question, il a été jugé nécessaire de mener un audit sur les conditions de prélèvement de sang dans les unités de soins relevant des hôpitaux de notre région.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

- **Champ** : Unités de soins relevant des hôpitaux de la région concernée. Il a été retenu en plus des unités hospitalières de soins, les laboratoires et les services d'urgences. Le nombre total d'unités auditées est de 48.
- **Période** : Premier trimestre 2013
- **Support de recueil des données** : Grille comportant 30 critères regroupés sous 3 rubriques
- **Méthode de recueil des données** : Observation
- **Auditeurs** : Hygiénistes
- **Saisie et analyse des données** : Logiciel Epi-Info Version 6.04

RÉSULTATS

Le taux de conformité global est de 48,3%.

Le taux de conformité partiel moyen le plus bas a été enregistré pour la rubrique « Identification et étiquetage des échantillons » (18,3%).

Le taux de conformité partiel moyen le plus élevé a été enregistré pour la rubrique « Préparation du matériel de prélèvement » (59,8%).

CONCLUSION

Les unités auditées ont été confrontées avec leurs propres résultats et avec les taux moyens à l'échelle de la région (ensemble des unités) pour pouvoir se situer. Elles ont été appelées à mener des actions correctives et d'amélioration.

P-080

LES BACTÉRIÉMIES ASSOCIÉES AUX SOINS À STAPHYLOCOCCUS AUREUS : UN INDICATEUR D'INFECTIONS ÉVITABLES

BONNAL C.⁽¹⁾, **BIRGAND G.**⁽²⁾, **LOLOMI.**⁽²⁾, **DUMORTIER C.**⁽²⁾, **DIAMANTIS S.**⁽²⁾, **LHERITEAU F.**⁽²⁾, **ARMAND-LEFEVRE L.**⁽²⁾, **LUCET J.C.**⁽²⁾

⁽¹⁾ Hôpital Bichat Claude Bernard, PARIS, FRANCE ;

⁽²⁾ Hôpital Bichat Claude Bernard, PARIS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les établissements de santé (ETS) doivent disposer d'indicateurs permettant de surveiller les infections associées aux soins (IAS)

dites évitables. Les bactériémies nosocomiales associées aux soins (BAS) sont des infections sévères qui concernent toutes les activités d'un ETS. L'objectif de ce travail était de décrire les résultats de la surveillance des BAS à *S.aureus* dans le but de son utilisation comme indicateur des IAS évitables.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Depuis 2002, une surveillance systématique des BAS, inspirée de celle proposée par le RAISIN, est réalisée dans notre hôpital de 950 lits (toutes les activités médicales sauf pédiatrie, hématologie et neurochirurgie). Pour toute BAS identifiée au laboratoire, une enquête est menée permettant une confirmation collégiale (clinicien/hygiéniste) de l'origine (BAS) et de la porte d'entrée de la BAS. Si un dispositif médical est suspecté, l'enquêteur se rend au lit du patient pour confirmer cette porte d'entrée.

RÉSULTATS

De 2002 à 2012 (données 2008 exclues), 3211 souches ont été isolées de 2811 épisodes de BAS. *S.aureus* était le germe le plus fréquent (n=575, 18%, avant *E.coli* n=522, 16%) responsable de 572 épisodes de BAS. Pour ces BAS à *S.aureus*, 4 portes d'entrée représentaient 56% des cas : site opératoire (ISO, n=126, 22%, dont 67 en chirurgie propre), cathéters veineux centraux (CVC, n=103, 18%), cathéters veineux périphériques (CVP, n=61, 11%), cathéters à chambre implantée (CCI, n=21, 4%). Les autres portes d'entrée étaient cutanée (n=56), autre porte (n=45), non retrouvées (n=67). *S.aureus* représentait 103/301 souches (34%) isolées des BAS sur CVC, 61/109 souches (56%) sur CVP, 21/182 souches (12%) sur CCI. 158/189 des BAS (84%) à *S.aureus* survenaient hors réanimation et 44% (55/126) des BAS à *S.aureus* liées à une ISO en chirurgie cardiaque. Le nombre de BAS à *S.aureus* sur CVP est passé de 14 en 2002 à 4 en 2012. La part des SARM a très fortement diminuée de 49% en 2002 à 13% en 2012.

CONCLUSION

Ce bilan confirme l'importance de la part de *S.aureus* dans les BAS. Leur surveillance a permis de diminuer fortement les BAS à point de départ CVP. La surveillance ciblée des BAS à *S.aureus* à partir du laboratoire est simple méthodologiquement et concerne tous les secteurs de soins. La BAS à *S.aureus* est donc un indicateur pertinent car très informatif sur les services de soins pour lesquels des surveillances spécifiques ne sont pas toujours disponibles et pour des infections évitables. L'autre intérêt majeur de cette surveillance est d'instaurer un dialogue avec les médecins et de les impliquer dans une démarche de réflexion sur la qualité des soins.

P-081

VISITE DE RISQUE RELATIVE AUX SOINS RESPIRATOIRES EN ETABLISSEMENT SSR POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS

LARROUMES N.⁽¹⁾, **DAVID T.**⁽²⁾, **CHAPUIS C.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Hospices Civils de Lyon, SAINT GENIS LAVAL, FRANCE ;

⁽²⁾ LA MAISONNEE, FRANCHEVILLE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Un établissement pédiatrique de soins de suite de 50 lits a organisé une visite de risque concernant les soins respiratoires effectués pluri quotidiennement chez des enfants trachéotomisés atteints de pathologie lourdes. L'objectif général de cette visite est d'évaluer les risques « a priori », de repérer des défaillances dans l'organisation et les pratiques mais aussi de répertorier les sources d'information à disposition des professionnels.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Cette visite est menée en trois parties : une observation des pratiques et de l'organisation, des interviews avec une écoute des professionnels, une consultation des documents existants. Des critères établis à partir de référentiels concernent les points critiques : hygiène des mains, équipement de protection individuelle (EPI), technique, entretien du matériel et traçabilité. Les difficultés rencontrées par les professionnels et leurs connaissances sont explorées au cours de l'interview.

RÉSULTATS

26 professionnels ont été rencontrés lors d'observations et/ou d'entretiens.

Hormis le port de gants qui est systématique, les autres EPI sont rarement portés quand cela est nécessaire. L'utilisation d'eau stérile pour le remplissage et l'entretien du matériel n'est respectée que pour l'aérosol classique et l'oxygénothérapie.

Un écouvillon stérile est réutilisé plusieurs fois pour nettoyer la canule interne. Lors des aspirations, la sonde sans « jupette » est maintenue sans compresse stérile

Les soignants connaissent les protocoles. Ils précisent ne pas toujours les appliquer au regard de leur charge de travail. Ils font état d'une médicalisation et d'une lourdeur croissante des patients.

CONCLUSION

La prévention des infections lors des soins respiratoires repose sur le respect des recommandations. La technique de visite de risque permet d'instaurer une culture de sécurité, d'améliorer les soins et de repérer les risques latents. 4 séances de restitutions des résultats dont une de nuit ont été réalisées

dans le mois qui a suivi la visite. Les professionnels ont été entendus et l'institution s'est impliquée. Le dysfonctionnement le plus grave comme la non utilisation systématique d'eau stérile a bénéficié d'un réajustement immédiat

D'autres propositions d'amélioration ont été faites tels que l'élaboration d'un plan de rangement ergonomique pour une rationalisation des soins et une utilisation plus complète de la fiche de traçabilité de changements de matériels.

Un suivi régulier permettra de pérenniser les actions correctrices et de s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue des pratiques.

P-082

PREVENTION DU RISQUE INFECTIEUX ET PRATIQUES PARENTALES EN HOSPITALISATION A DOMICILE

BATTAGLIOTTI P.⁽¹⁾, **ARNOUX-LACOSTE S.**⁽²⁾, **SEON J.**⁽³⁾, **CHAPUIS C.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Hospices Civils de Lyon, SAINT GENIS LAVAL, FRANCE ;

⁽²⁾ HAD pédiatrique - ALLP, LYON, FRANCE ; ⁽³⁾ HAD pédiatrique - ALLP, SAINT ETIENNE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La prise en charge d'un enfant en hospitalisation à domicile (HAD) nécessite l'active collaboration familiale aux soins, dispensés en complément de ceux de l'équipe infirmière. C'est ainsi que des soins à haut risque infectieux sont réalisés par les parents. La démarche éducative concernant l'application des précautions standard est initiée à l'hôpital. Il apparaît donc nécessaire de s'assurer de la qualité des pratiques parentales afin de limiter le risque infectieux lié à certaines gestuelles.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

La population incluse est composée des parents (père ou mère) réalisant de façon autonome un soin auprès de leur enfant. L'outil de mesure est l'observation directe. Les critères principalement retenus sont le type d'hygiène des mains réalisée, le port d'équipement de protection individuelle si nécessaire et la réalisation technique de l'acte. La présentation de la démarche et l'autorisation à la venue de l'infirmière hygiéniste ont été préalablement demandé aux parents. Si besoin, un réajustement immédiat des pratiques est effectué après l'observation des parents par l'infirmière hygiéniste.

RÉSULTATS

10 observations ont été réalisées, concernant des soins respiratoires (3 aspirations trachéales ; 3 soins de trachéotomie), des soins digestifs (1 vidange de poche de stomie digestive ; 1 soin de gastrostomie), des soins sur voie veineuse centrale (1

branchement et 1 débranchement de nutrition parentérale sur voie centrale) et une injection intraveineuse.

L'hygiène des mains effectuée avant le soin est toujours réalisée par frictions sauf pour une observation. Le port de gants non stériles est attendu pour les actes de soins concernant les soins respiratoires et digestifs ; il est réalisé pour les soins respiratoires sauf pour une observation. Le masque est porté lors de 2 situations de soins (2/8). Globalement, les techniques de soins sont appliquées correctement.

CONCLUSION

Dans le contexte d'une réalisation quotidienne de soins par les parents à leur enfant en HAD, la qualité des pratiques à haut risque infectieux est essentielle. Malgré le petit effectif de population audité, il est constaté que la désinfection des mains par frictions est une mesure bien intégrée, même si la technique reste un point à évaluer. Cette enquête constitue la phase test d'une démarche qui sera pérennisée, ayant reçue un accueil favorable par les parents et les professionnels de l'HAD. Elle sera conduite systématique à l'entrée puis à un mois et puis tous les semestres minimum pour les prises en charge de longue durée.

P-083

GESTION DE LA FILIERE D'ELIMINATION DES DECHETS D'ACTIVITE DE SOINS A RISQUE INFECTIEUX : RESULTATS D'UN AUDIT DU CHU... EN 2013

BRAHIMI G.⁽¹⁾, **REBOUH A.L.**⁽¹⁾, **ARAREMI I.**⁽¹⁾, **OULD BABA-ALI H.**⁽¹⁾, **AMRIT S.**⁽¹⁾, **DJADOUR D.**⁽¹⁾, **BELKAID R.**⁽²⁾, **SOUKEHAL A.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU Béni-Messous, ALGER, ALGÉRIE ; ⁽²⁾ CHU Béni-Messous, ALGER, ALGÉRIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les activités de soins génèrent des déchets exposant à divers risques qu'il convient de réduire pour protéger les individus et l'environnement.

Les objectifs de cet audit sont d'évaluer le respect de la filière d'élimination des DASRI que notre CHU doit organiser et sécuriser, d'identifier les moyens mis en œuvre pour une obligation de résultat et d'analyser les écarts entre les protocoles et la pratique.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'audit s'est déroulé du 16 au 26 décembre 2013, dans les 26 services médicaux et chirurgicaux du CHU, comprenant au total 63 unités. Le recueil des données s'est fait par observation et interview du personnel pendant l'exercice de

leur fonction sur une grille d'évaluation tenant compte de la réglementation en vigueur et élaborée par l'unité d'hygiène hospitalière du service d'épidémiologie et de médecine préventive.

La saisie et l'analyse des données, ont été réalisées sur Epi-info 6

RÉSULTATS

Le CHU génère environ 2000 kg/j de DASRI pour 765 lits avec un taux d'occupation de 70,7%, le traitement des DASRI se fait in situ par incinération installée en périphérie, 7 personnes sont affectées au DAS et 3 camions rarement nettoyés pour la collecte, il existe un local d'entreposage central qui est nettoyé quotidiennement mais jamais désinfecté. Le tri n'est pas toujours réalisé, la présence de DAOM est retrouvée dans 58.8% des sacs de DASRI, et des DASRI sont visibles dans 73.5% des sacs de DAOM. Le tri à la source est respecté par le personnel ayant reçu une formation ($p < 10^{-4}$) et dans les unités qui disposent de protocoles affichés ($p < 0.01$), les supports de collecteurs pour OPCT sont disponibles uniquement dans l'unité de greffe rénale. Les collecteurs OPCT sont présents sur les chariots de soins dans 26.1% des unités. Les sacs couleurs sont disponibles en quantité suffisante dans 90.5% des unités, mais 84.1% ne sont pas aux normes. Les sacs sont sur supports roulants dans 75.8% des unités. Les déchets sont entreposés dans des containers dans 47.6% des cas et à même le sol dans 9.5% en l'absence de locaux d'entreposage intermédiaire. Dans 62,1% des cas ils sont entreposés à l'extérieur du service et dans la salle de soins dans 19%. Les déchets sont menés vers le « local d'entreposage intermédiaire » de façon quotidienne dans 69.4% des cas.

CONCLUSION

Cet audit montre que les trois actions suivantes ont un impact positif sur le respect du tri et de la filière d'élimination des DASRI : la formation du personnel de santé, la présence de protocoles affichés et la disponibilité de matériels normés.

P-084

LA GESTION PRE OPERATOIRE DU RISQUE INFECTIEUX EN MILIEU CHIRURGICAL : QUELLES PRATIQUES EN MATIERE DE PREPARATION CUTANEE DE L'OPERE ?

BOUAFIA N., BEN CHEIKH A., MAHJOUR M., HELALI R., EZZI O., BANNOUR W., KHNISSI A., LETAIEF R., NJAH M.

CENTRE HOSPITALO - UNIVERSITAIRE FARHAT HACHED, SOUSSE, TUNISIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La préparation cutanée de l'opéré (PCO) est définie par l'ensemble des soins d'hygiène corporels locaux et généraux devant être réalisés en période préopératoire. Elle vise à minimiser la charge bactérienne au niveau du site à opérer et par conséquent diminuer le risque d'infection de site opératoire (ISO). Conscient de l'ampleur du problème des ISO dans notre établissement, nous avons mené ce travail afin d'évaluer les pratiques de la PCO chez les professionnels de la santé.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Un audit prospectif des pratiques des professionnels de la santé (chirurgiens, infirmiers et instrumentistes) impliqués dans la PCO, a été mené, à l'aide d'un questionnaire pré-testé, rempli suite à une interview du patient et du personnel et par observation directe des pratiques des professionnels au bloc opératoire durant cinq semaines en 2012. Les critères d'évaluation des pratiques professionnelles en matière de PCO utilisés dans le présent travail ont comme origine la conférence de consensus de la Société Française d'hygiène Hospitalière « Gestion préopératoire du risque infectieux » (05 mars 2004 – question 2).

RÉSULTATS

48 patients ont été observés lors de la préparation cutanée concernant des interventions dont 92% étaient programmées. Même si l'hygiène corporelle la veille et le jour de l'intervention était souvent réalisées, elles étaient rarement conformes aux recommandations. La dépilation par rasage était un geste fréquemment réalisé chez les patients à opérer, observé dans 87,7% des cas. L'observation des pratiques au bloc opératoire a montré que la déterision du site opératoire a été effectuée chez 73% des patients. Par ailleurs, la désinfection cutanée proprement dite a été effectuée chez tous les patients et la plupart des patients (66,7%) ont bénéficié d'un double badigeonnage. Cependant, le temps de séchage entre les badigeons successifs et avant la pose des champs stériles n'était presque jamais respecté.

CONCLUSION

Les résultats obtenus au cours de ce travail ont montré plusieurs non conformités par rapport aux recommandations et ont fait l'objet d'une diffusion large auprès de tous les responsables de l'hôpital. Ceci a permis de sensibiliser les décideurs à la nécessité de mettre à la disposition les équipements nécessaires pour la réalisation de la PCO et d'élaborer un plan d'actions de prévention des ISO favorisant la sensibilisation et la formation (personnel de santé et patients) en matière de prévention du risque infectieux en milieu chirurgical.

P-085

SURVEILLANCE DES INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS EN REANIMATION CHIRURGICALE ADULTE DES UMC

DALI-ALI A.⁽¹⁾, **AGAG F.**⁽²⁾, **BELDILALI H.**⁽²⁾, **ZINA M.**⁽²⁾, **MIDOUN N.**⁽²⁾

⁽¹⁾ Etablissement Hospitalier et Universitaire d'Oran, ORAN, ALGÉRIE ; ⁽²⁾ Etablissement Hospitalier et Universitaire d'Oran, ORAN, ALGÉRIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Déterminer l'incidence des infections associées aux soins (IAS) en réanimation chirurgicale adulte des UMC de notre établissement.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

C'est une étude descriptive de type prospectif réalisée au sein de l'unité de réanimation chirurgicale adulte des UMC de notre établissement, du 01 juillet au 31 décembre 2012. Seules les infections associées aux soins, survenues 48 heures après hospitalisation et documentées bactériologiquement ont été retenues. La saisie et l'analyse des données ont été réalisées à l'aide du logiciel Epi-Data.

RÉSULTATS

L'étude a concerné 76 patients hospitalisés durant la période de l'étude et répondant aux critères de définitions. L'âge moyen est égal à 41,36 ± 4,1 ans. Le taux d'incidence cumulée (toutes localisations confondues) pour 100 patients est égal à 32,9%. Les taux d'incidence cumulée pour 100 patients exposés aux différents dispositifs invasifs sont les suivants : pneumopathies nosocomiales liées à l'intubation (36,48%), bactériémies nosocomiales liés au séjour hospitalier (10,52%), ILC (6,7%) et des infections urinaires liées au sondage (5,1%). Parmi les germes identifiés, le *Pseudomonas aeruginosa* figure au premier rang (26,2%), suivi de l'*Acinetobacter baumannii* (23%), du *Proteus mirabilis* (11,5%), et du *Staphylococcus aureus* (8,2%) des cas.

CONCLUSION

En l'absence de surveillance nationale en réseau des infections associées aux soins en réanimation adulte, aucune comparaison locale ou régionale ne peut être effectuée. Cependant, les taux d'incidence cumulée liés aux différents dispositifs invasifs restent élevés par rapport à l'ensemble des taux enregistrés en France de 2004 à 2011. Un programme spécifique de prévention des infections associées aux soins est mis en place par le CLIN de l'établissement dont le but principal est de réduire les taux d'incidence des IAS au niveau de la dite unité de réanimation.

P-086

FACTEURS INFLUENÇANT LES PERCEPTIONS DES PROFESSIONNELS QUANT A LA MISE EN PLACE D'UN SYSTEME DE SIGNALEMENT DES INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS

MAHJOUR M., **BOUAFIA N.**, **EZZI O.**, **BEN CHEIKH A.**, **BANNOUR W.**, **HÉLLALI R.**, **BAYAR H.**, **NJAH M.**
CHU Farhat Hached Sousse, SOUSSE, TUNISIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La surveillance épidémiologique (SE) est une étape indissociable de la prévention des infections associées aux soins (IAS). Un des outils essentiel de la SE des IAS est le signalement reconnu comme utile au développement d'approche cohérente de la qualité et de la sécurité des soins associé a son apport pour la veille et l'alerte des risques liées aux soins. Malgré l'absence de texte et de recommandations organisant la SE et devant l'intérêt de la mise en place d'un tel système dans notre hôpital, nous avons mené notre travail dont l'objectif est d'étudier les perceptions des professionnels de la santé quant à la mise en place d'un système de signalement des IAS avec analyse des facteurs influençant positivement leurs perceptions a l'intérêt de ce dispositif afin de garantir une meilleure implication et adhésion du personnel soignant.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Etude descriptive et transversale réalisée, en 2012, auprès d'un échantillon représentatif des professionnels de la santé de notre hôpital (N= 380 personnel dont 281 paramédical et 99 médical), a l'aide d'un questionnaire validé, pré-testé et autoadministré.

RÉSULTATS

Le taux de participation est de 76 %. La majorité des enquêtés (89,2%) perçoivent l'importance d'avoir un dispositif structuré de signalement des IAS à l'hôpital.

Après analyse univariée, des perceptions positives significativement reliées à l'intérêt de la mise en place d'un système de signalement ont été corrélés avec le genre féminin (65,2%, p=0,014), la formation en hygiène hospitalière (56,6%, p=0,001) et le personnel paramédical (64,8%, p=0,013).

L'analyse multivariée révèle que les principaux facteurs influençant la perception positive de la mise en place d'un système de signalement des IAS sont la formation en hygiène hospitalière (p=0,001, OR=6,82 [2,37-19,39]), la perception de la possibilité de maîtriser les IAS (p=10⁻⁴, OR=12,85 [4,54-36,35]), la perception de l'intérêt du signalement des IAS (p=10⁻⁴, OR=11,18 [3,68-34,00]) et l'ancienneté professionnelle (p=10⁻⁴, OR=0,12 [0,03-0,39]).

CONCLUSION

La SE doit être perçue comme un outil de progrès et de prévention. En fait, elle valorise les actions de prévention déjà entreprises.

L'identification des facteurs influençant la perception positive du personnel quant à la mise en place d'un système de signalement permet de mieux cibler les actions prioritaires et d'agir sélectivement sur les déterminants favorisant l'ancrage d'une culture de signalement dans une perspective de garantir les meilleures chances de réussite à la mise en place de ce système.

P-087

RECHERCHE DES CAUSES DE TRANSMISSION NOSOCOMIALE DE ROTAVIRUS EN SERVICE DE PÉDIATRIE GÉNÉRALE.

*CHEVALLIER N., GALLON O., MIEN S., TAHIRI C., TRAORE P., ROLLET C., PINA P.
CH Sud Essonne, DOURDAN, FRANCE*

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le rotavirus est responsable chaque hiver d'épidémies nosocomiales de gastroentérites en pédiatrie. Malgré une consommation de SHA proche de 110% de l'objectif cible et l'application des précautions complémentaires contact, l'incidence des infections nosocomiales à rotavirus n'a pas diminué dans notre service ces dernières années. L'objectif de notre travail a été d'identifier les causes de transmission du virus.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous avons réalisé un audit d'observation des professionnels sur la conformité de l'hygiène des mains, des précautions complémentaires contact et du bionettoyage mais également sur le respect des consignes données aux parents et aux visiteurs. Nous avons complété cet audit par des entretiens semi-dirigés avec les professionnels afin d'évaluer leur connaissance sur les modes de prévention de la transmission du rotavirus dans leur unité.

RÉSULTATS

L'observance de l'hygiène des mains était de 91% à l'entrée dans la chambre et de 76% à la sortie, la friction hydroalcoolique étant la technique quasi-exclusive. Si le port de la surblouse à usage multiple était presque toujours respecté (94%), son pliage était défectueux dans 47% des cas. Le spectre d'activité du détergent désinfectant (DD) de surface ne comprenait pas le rotavirus et certains éléments de l'environnement n'étaient pas

systématiquement désinfectés, lié notamment à une confusion des activités entre agents hôteliers et personnel paramédical. Les consignes données aux parents n'étaient peu ou pas respectées : 23% d'observance de l'hygiène des mains à l'entrée dans la chambre et 14% à la sortie ; port de la surblouse dans 25%. La gestion des excréta confiée aux parents a montré des comportements à risque élevé de transmission.

L'entretien avec les professionnels a confirmé la connaissance des mesures élémentaires de prévention de la transmission virale, comme l'importance de l'hygiène des mains, le port de la surblouse et le bionettoyage. Tous les professionnels ont identifié les parents vivant dans l'unité (ce qui est une particularité de la pédiatrie) comme un facteur non négligeable de transmission.

CONCLUSION

Ce travail a montré des défaillances majeures dans la prévention de la transmission du rotavirus : DD inadéquat, techniques de bionettoyage perfectibles, mauvais pliage des surblouses, gestion défectueuse des excréta. Il a également montré que la présence et la participation des parents dans la prise en charge de leurs enfants augmentaient considérablement le risque, le respect des consignes étant insuffisant et aléatoire. Enfin, il a permis la mise en place rapide de mesures correctives.

P-088

LES INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS EN NÉONATOLOGIE : CAS D'UN HÔPITAL PUBLIC TUNISIEN EN 2010.

UGUERRA C.⁽²⁾, BLIBECH S.⁽³⁾, DOUAGI M.⁽³⁾, BELLAAJ R.⁽²⁾

⁽¹⁾ Faculté de Médecine de Tunis, HAMMAM-LIF, TUNISIE;

⁽²⁾ Service d'Hygiène hospitalière - HMPIT, TUNIS, TUNISIE;

⁽³⁾ Service de néonatalogie et réanimation néonatale - HMPIT, TUNIS, TUNISIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les infections associées aux soins (IAS) constituent un problème de santé publique 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 IAS néonatales, de mesurer leurs incidences et d'étudier leurs 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 IAS 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 IAS 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 IAS 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'IAS 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 IAS 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 de ces infections.

P-089

AUDIT DES PRÉCAUTIONS STANDARD ET DE L'HYGIÈNE DES MAINS EN RÉANIMATION ADULTE D'UN CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE : RÉSULTATS 2012 ET MESURES D'AMÉLIORATION

GERBIER-COLOMBAN S.⁽¹⁾, BOURJAULT M.⁽²⁾, CRACCO B.⁽²⁾, AUBRUN F.⁽²⁾, GUÉRIN C.⁽²⁾, METZGER M.H.⁽²⁾

⁽¹⁾ Hôpital de la Croix-Rousse - HCL, LYON, FRANCE ;

⁽²⁾ Hôpital de la Croix-Rousse - HCL, LYON, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'objectif était d'évaluer l'observance de l'hygiène des mains et du respect des précautions standard, lors de la réalisation de soins de routine, en réanimation adulte dans un CHU.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'audit a été réalisé par observation directe du 29/11 au 14/12/2012, dans 2 services de réanimation, l'un médical et l'autre chirurgical (27 lits). Les critères observés étaient l'hygiène des mains (préalables, opportunités et technique) et les précautions standard (gants, masque, lunettes de protection et tablier). La population d'étude était constituée de médecins,

infirmiers, aides-soignants et kinésithérapeutes. Les actes observés étaient : entrée/sortie de chambre ; soins en contact avec la peau saine ; actes potentiellement contaminants ; contact avec l'environnement du patient ; préparation/distribution de médicaments, de matériel ; réalisation d'un geste aseptique ; et manipulation de dispositif invasif. Chaque observation auprès d'un soignant a duré 15 minutes ou plus pour observer au minimum 3 actes. Les résultats et des recommandations ont été rendus aux services, suivis par des mesures d'amélioration.

RÉSULTATS

Un nombre de 99 professionnels a été observé, totalisant 452 actes de soins. Les préalables à l'hygiène des mains étaient respectés par 81% des professionnels et l'exhaustivité de l'hygiène des mains était de 54%. C'est la friction par un produit hydroalcoolique qui était privilégiée, mais la technique n'était correcte (durée + surface) que dans 33% des frictions. L'exhaustivité du respect des précautions standard était de 92% pour le port des gants, 59% pour le masque chirurgical, 19% pour les lunettes de protection, 93% pour le tablier. Les résultats ont été présentés en réunion de service et en info flash afin de toucher tous les professionnels. Les mesures d'amélioration des pratiques ont porté sur : hygiène des mains (ateliers friction, technique, opportunités et gestion de l'hygiène des mains au cours des soins), changement de gants au bon moment, protection du personnel.

CONCLUSION

Le respect des précautions standard de prévention du risque infectieux chez le patient étaient satisfaisant alors que celui visant la protection des professionnels (masque, lunettes) ne l'était pas. La technique de friction pouvait encore être améliorée et les opportunités travaillées. Un nouvel audit devrait être réalisé afin d'évaluer l'amélioration des pratiques de l'hygiène des mains et du respect des précautions standard suite à la campagne d'information et de formation.

P-090

APPLICATION DES PRÉCAUTIONS COMPLÉMENTAIRES EN CAS D'INFECTION OU COLONISATION À STAPHYLOCOCCUS AUREUS RÉSISTANT À LA MÉTICILLINE OU À ENTÉROBACTÉRIES PRODUCTRICES DE BÊTA-LACTAMASE À SPECTRE ÉTENDU : UN AUDIT D'OBSERVATION MULTICENTRIQUE

SATILMIS L.⁽¹⁾, BÉNET T.⁽²⁾, GRANDO J.⁽³⁾, BERGUE E.⁽³⁾, GARDES S.⁽⁴⁾, MAURANNE C.⁽⁴⁾, DE SANTIS N.⁽⁴⁾

GERBIER-COLOMBAN S.⁽⁵⁾, CRACCO B.⁽⁵⁾, GIRARD R.⁽⁶⁾, PORNON P.⁽⁶⁾, LARRÈDE G.⁽⁷⁾, VANHEMS P.⁽²⁾

⁽¹⁾ Hôpital Edouard Herriot, LYON, FRANCE ; ⁽²⁾ Hôpital Edouard Herriot, LYON, FRANCE ; ⁽³⁾ Service d'Hygiène Hospitalière, Groupement Hospitalier Est, LYON, FRANCE ; ⁽⁴⁾ Service d'Hygiène Hospitalière, Groupement Hospitalier Sud, LYON, FRANCE ; ⁽⁵⁾ Service d'Hygiène Hospitalière, Groupement Hospitalier Nord, LYON, FRANCE ; ⁽⁶⁾ Service d'Hygiène Hospitalière, Groupement Hospitalier Gériatrique, LYON, FRANCE ; ⁽⁷⁾ Service d'Hygiène Hospitalière, Hôpital Renée Sabran, HYÈRES, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La mise en place de mesures de précautions complémentaires d'hygiène (PCH) est un élément essentiel de la maîtrise de la transmission croisée et de la dissémination des bactéries multi-résistantes (BMR). L'objectif de cet audit était d'évaluer la conformité de la mise en place des PCH en regard de celles attendues ainsi que les facteurs associés à la mise en place des PCH lors d'infections/colonisations à *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM) ou à entérobactéries productrices de bêta-lactamase à spectre étendu (EBLSE).

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Un audit observationnel prospectif multicentrique a été réalisé au sein des groupements hospitaliers d'un CHU (5175 lits), couvrant l'ensemble des spécialités. L'audit était couplé à une surveillance standardisée des infections/colonisations à BMR ciblée sur les SARM et les EBLSE, réalisée dans le cadre du réseau national BMR RAISIN. Les patients inclus étaient ceux hospitalisés ayant eu au moins un prélèvement à visée diagnostique à SARM ou à EBLSE entre le 1^{er} avril et le 30 juin 2013. Les informations étaient recueillies par téléphone ou par visite directe. Elles comportaient des données microbiologiques, les PCH attendues et mises en place, la prescription médicale des PCH, la signalisation, le type de PCH et le matériel à disposition. Une analyse descriptive a été réalisée, les facteurs associés à l'absence de mise en place de PCH ont été recherchés par régression logistique multivariée.

RÉSULTATS

Au total, 286 observations ont été analysées, qui concernaient 137 (48%) femmes, l'âge moyen était de 64 ans (+/-23). Les BMR observées étaient : SARM 23%, *Escherichia coli* 36%, *Klebsiella pneumoniae* 23% et autres EBLSE 18%. Les PCH étaient mises en place dans 78% des cas et elles étaient conformes à celles attendues dans 91% des cas. Les PCH étaient appliquées dans 82% des infections/colonisations à SARM, 70% à *Escherichia coli*, 85% à *Klebsiella pneumoniae*. Les PCH faisaient l'objet d'une prescription médicale dans 61% des cas. Les facteurs indépendamment associés à l'absence de mise en place des PCH étaient l'absence de prescription

médicale, le sexe masculin et le germe en cause. L'origine nosocomiale, le type de service, l'infection versus colonisation n'étaient pas indépendamment associés à l'absence de PCH.

Caractéristique	Odds ratio ajusté* (IC 95%)	p
Prescription médicale		
Présente	Réf. (1,0)	
Absente	12,4 (5,9 - 25,8)	<10 ⁻³
Sexe du patient		
Femme	Réf. (1,0)	
Homme	2,1 (1,1 - 4,2)	0,03
Microorganisme		
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	Réf. (1,0)	
<i>Escherichia coli</i>	2,7 (1,0 - 7,1)	0,04
Autres EBLSE	1,6 (0,5 - 4,8)	0,43
SARM	1,6 (0,5 - 4,8)	0,38

Tableau – Facteurs associés à l'absence de mise en place des précautions complémentaires

CONCLUSION

L'application des PCH en cas d'infection à BMR est effective et le plus souvent conforme, mais pourrait être améliorée. Un effort particulier devrait être conduit pour augmenter l'exhaustivité de la prescription médicale des PC.

P-091

INVESTIGATION RÉTROSPECTIVE DES ÉPIDÉMIES À PSEUDOMONAS AERUGINOSA EN RÉANIMATION : APPORT DES RÉSEAUX DE SURVEILLANCE ET DES ACTIONS TRACÉES AU QUOTIDIEN

MENSAH K., BENET T., ARGAUD L., VANHEMS P.
Hôpital Edouard Herriot, LYON, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Depuis 2008, notre établissement adhère au réseau de surveillance des infections associées aux soins (IAS) en réanimation REA Sud-Est. L'objectif était de décrire les épidémies d'IAS à *Pseudomonas aeruginosa* en regard des investigations effectuées par l'unité d'hygiène et épidémiologie (UHE) dans un service de réanimation.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les données de surveillance de 2008 à 2012 issues de la surveillance standardisée des IAS (infections urinaires, pulmonaires et bactériémies) dans un service de réanimation médicale d'un CHU ont été analysées en ciblant *P. aeruginosa*, microorganisme nosocomial le plus fréquent, toutes résistances confondues, dans ce service. Un seuil de détection des épidémies a été établi pour les IAS à *P. aeruginosa* sensible aux céphalosporines des 3^{ème} génération (C3G) par la méthode de 2 déviations standards de l'incidence par rapport à la

moyenne basée sur les taux d'incidences de l'année précédente, en excluant les trimestres épidémiques. Les cas d'IAS à *P. aeruginosa* résistant aux C3G étant peu nombreux ils ont été dénombrés, sans calcul de seuil. Les investigations menées par l'UHE archivées prospectivement dans un fichier commun ont été recensées et corrélées aux pics épidémiques identifiés.

RÉSULTATS

Parmi 2274 patients inclus, 250 (11%) patients ont développé au moins une IAS. Au total, 65 (3%) IAS à *P. aeruginosa* sont survenues, dont 11 (17%) étaient résistantes aux céphalosporines de 3^{ème} génération. Sept dépassements du seuil épidémiques pour les IAS à *P. aeruginosa* sensible ont été retrouvés, dont un était important, aucune investigation spécifique par l'UHE contemporaine d'un dépassement de seuil n'a été retrouvée. Trois pics d'incidence d'IAS à *P. aeruginosa* résistant aux C3G ont été identifiés ; une investigation complète avait été réalisée par l'UHE lors de la survenue de l'un de ces pics (N=6 cas), sans source commune identifiée.

CONCLUSION

Les systèmes de surveillance des IAS permettent des détections différées d'épidémies et les investigations menées par l'UHE participent au contrôle en temps réel des IAS.

Cependant, une tendance à la sous-déclaration des cas groupés d'IAS à germes sensibles a été observée. Cela souligne la nécessité d'un système de surveillance réactif des cas groupés d'IAS incluant les germes sensibles aux antibiotiques en réanimation.

P-092

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES SUR LE COMPORTEMENT ET LA TENUE AU BLOC OPÉRATOIRE

RAVRY M.L.⁽¹⁾, **FOURNERET VIVIER A.**⁽²⁾, **MALLAVAL F.O.**⁽²⁾, **VUILLERMET C.**⁽²⁾, **DEMANGE M.G.**⁽²⁾, **ACIERNO L.**⁽²⁾, **LUTZ M.C.**⁽²⁾, **GAMBIER A.**⁽²⁾, **PONSOT F.**⁽²⁾, **THEVENEAU L.**⁽²⁾

⁽¹⁾ Centre Hospitalier Chambéry, CHAMBERY, FRANCE ;

⁽²⁾ Centre Hospitalier Chambéry, CHAMBERY, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Au bloc opératoire pour prévenir les infections du site opératoire, il faut limiter la diffusion des micro-organismes provenant des soignants (vêtements, mains, effets personnels). En 2012 l'EOH et l'encadrement lancent un projet d'amélioration de la tenue et des comportements qui comprend : 1^{er} audit sur l'ensemble du personnel, restitution des résultats, campagne de sensibilisation sur le port de bijou sur les mains et 2^{ème} audit pour évaluer l'impact des étapes précédentes.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Chaque audit est réalisé sous forme d'un entretien avec les soignants présents. Il comprend une question sur la perception de la conformité de leur tenue. Puis chaque élément de celle-ci est discuté avec les auditeurs, avec rappel des bonnes pratiques et recherche des freins à leur respect. Le 2^{ème} audit contient deux autres questions, une sur le changement éventuel effectué par les personnels depuis le 1^{er} audit et une sur le port d'objets personnels.

RÉSULTATS

145 personnels sont audités en 2012 et 2013. Entre les 2 audits, on observe une amélioration du taux de conformité ($p=0.02$) de 50% (72/145) à 63% (91/145). En 2012, 64% des personnels audités sont conscients de leur non-conformité. Le port de bijou sur les mains est réduit de 22% (32/145) à 10% (14/145) ($p=0,004$). Le port de collier baisse de 27% à 17% ($p=0,05$). En revanche, il n'y a pas d'amélioration sur le port de la coiffe : 23% de cheveux dépassent de la coiffe en 2012 contre 21% en 2013. Sur les 100 personnes ayant participé au 1^{er} audit, 34 déclarent avoir changé un élément de leur tenue, 17 ont supprimé au moins 1 de leur bijou. Le 2^{ème} audit montre un port d'objets personnels de 30%. La méthodologie de l'audit sous forme d'entretien couplée à la campagne sur les bijoux permet l'amélioration de la conformité de la tenue, en particulier sur le port de bijou. Le 1^{er} audit seul, en l'absence de communication ciblée sur le port de la coiffe, n'a pas d'impact.

CONCLUSION

Le non-respect des bonnes pratiques au bloc n'est pas toujours lié à un défaut de connaissance mais aussi à un désir des personnels de conserver leur identité. Pour améliorer leur adhésion, il faut coupler différentes techniques de communication. C'est pourquoi le projet se poursuivra par une sensibilisation ciblée sur la coiffe et le port d'objets personnels.

P-093

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES (EPP) : PRISE EN CHARGE DES ENDOSCOPES SOUPLES THERMOSENSIBLES DANS LES CENTRALES DE DÉSINFECTION DES ENDOSCOPES (CDE) D'UN CHU

HIRSCH M.P., **HESEQUE C.**, **WOLNY D.**, **FAVE M.H.**, **MBONGO L.**, **GANRY O.**, **ADJIDE C.**
CHU AMIENS, AMIENS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En 2008, dès le début de la période estivale, des prélèvements systématiques pour contrôles microbiologiques des endoscopes mettent en évidence un taux élevé de biocontamination par des champignons filamenteux. Ces biocontaminations représentent près de la moitié des non-conformités globales (48,5%). Ces résultats sont supérieurs à ceux observés les années précédentes. La qualité de l'air des CDE a été considérée comme une cause probable. L'unité d'hygiène, en collaboration avec les responsables des CDE et le service Biomédical mettent en place des mesures correctives liées à la gestion de l'environnement. En complément, la réalisation d'une EPP relative à la prise en charge des endoscopes en CDE est décidée.

Le but est d'améliorer les pratiques de prise en charge des endoscopes dans les CDE pour réduire le risque infectieux chez les patients.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

La méthode choisie au regard des objectifs fixés, est de réaliser un bilan de la pratique par comparaison au référentiel du CHU. Comme le recommande la HAS, une fiche projet est rédigée et un plan d'action formalisé. Un diagramme de Gantt modélise la planification des actions mises en œuvre. Il y a eu deux audits d'observations des pratiques de prise en charge (PEC) des endoscopes dans les CDE, une révision des procédures existantes entre les deux tours et des séances de formation et de sensibilisation des personnels.

RÉSULTATS

La procédure de PEC globale des endoscopes est connue des utilisateurs (34 documents créés ou révisés). La protection du personnel passe de 40,5 à 63,3% de conformité globale, et les résultats des prélèvements microbiologiques systématiques s'améliorent. Cependant, le port des lunettes de protection, le nettoyage et la désinfection des bacs entre 2 endoscopes, le séchage des connecteurs lors du test d'étanchéité, le rinçage final et l'hygiène des mains restent à améliorer.

L'EPP réalisée concernait l'ensemble du personnel. Il paraissait important d'observer toutes les phases de la PEC. Globalement, la PEC s'est avérée conforme au référentiel du moment. Toutefois, même si les pratiques de protection du personnel se sont améliorées, il reste à trouver comment amener ce dernier à se protéger spontanément.

CONCLUSION

Les formations et sensibilisations des personnels ont été bien accueillies car la PEC des endoscopes est un domaine de haute technicité nécessitant une implication importante du personnel. C'est aussi une réponse positive et dynamique de l'UHEH à la volonté institutionnelle de mettre en place des EPP.

P-094

ENQUÊTE RÉTROSPECTIVE DES BACTÉRIÉMIES À SARM EN 2012 DANS UN CENTRE HOSPITALIER

LEVEZIEL M., LUREAU P., TEXEREAU M., BENETEAU C. Niort, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'effectif des bactériémies à SARM au CH a augmenté en 2012 par rapport aux autres années : + 24% par rapport à 2011 et + 60 % par rapport à 2007. A la demande du CLIN, une analyse rétrospective des cas de bactériémies en 2012 a été diligentée. Cette étude vise à identifier les modalités de survenue des bactériémies à SARM de janvier à décembre 2012, afin de mettre en place des axes d'améliorations et de diminuer les bactériémies nosocomiales.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'enquête, rétrospective a été réalisée à partir des dossiers patients avec hémoculture positive à l'aide d'un questionnaire sur une période d'un an du 1^{er} janvier au 31 décembre 2012 dans les services d'hospitalisation hors psychiatrie. Les données recueillies étaient les caractéristiques des patients (âge, sexe, défaillance d'organe, immunodépression), les caractéristiques des bactériémies, la mortalité à 7 jours et enfin leur classification en communautaires ou nosocomiales (acquises ou non dans l'établissement). Dans ce cas, la porte d'entrée était recherchée.

RÉSULTATS

33 patients ont été inclus, le ratio H/F était de 1,5, la moyenne d'âge des patients était de 85 ans (médiane âge : 81) les patients présentaient une défaillance d'organe dans 72% des cas et une immunodépression dans 24% des cas. La médiane d'acquisition des bactériémies était de 8 jours pour l'ensemble des patients. 33% des patients étaient décédés dans les 7 jours suivant l'acquisition de la bactériémie. 23 bactériémies étaient nosocomiales dont 16 acquises dans l'établissement, 7 dans un autre établissement et 10 étaient communautaires. Parmi les cas nosocomiaux de l'établissement, les services ayant le plus grand nombre des patients infectés était la médecine et le SSR. La porte d'entrée cutanée était la plus fréquemment retrouvée (N=6) avec 4 escarres 1 ulcère et 1 érysipèle associée une plaie. Concernant la porte d'entrée urinaire, les 2 patients infectés étaient porteurs d'une sonde. Concernant les infections sur cathéters veineux centraux (2) la traçabilité de la réfection du pansement était réalisée mais la surveillance quotidienne du point non tracée. L'incidence des bactériémies à SARM au CH était supérieure à celle du CCLIN Sud Ouest en 2012. Les études de cohorte n'ont pas montré d'incidence significativement augmenté en terme de mortalité.

CONCLUSION

Cette étude permettra la révision du protocole « Cathéter veineux centraux », la collaboration avec le groupe de travail « plaies et cicatrisations » et surtout le renforcement du programme de promotion de l'hygiène des mains (ICSHA 53,7%).

P-095

CE QUE L'ON VEUT BIEN NOUS DIRE : ANALYSE DU SIGNALEMENT INTERNE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES ENTRE 2000 ET 2012

LEJEUNE D., DANIEL .L., CABON S., CANEVET M., COSSE M., LE GRAND A., ANDRE C., BARON R., SALIOU P.

Chru brest, BREST, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La mise en place des précautions complémentaires (PC) d'hygiène permet de prévenir la transmission croisée de nombreux microorganismes. Ces prescriptions reposent en grande partie sur le signalement interne des infections nosocomiales (IN) par les services à l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH).

L'objectif est d'étudier l'évolution du signalement interne des IN et de le comparer aux demandes de recherches faites au laboratoire de microbiologie afin de détecter une éventuelle sous ou sur déclaration de certaines pathologies.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les fiches de signalement interne des IN saisies dans EpilInfo entre 2000 et 2012 ont été analysées et les résultats comparés aux données du laboratoire de microbiologie.

RÉSULTATS

4026 fiches de signalement ont été émises entre 2000 et 2012. Le nombre de signalement augmente chaque année (35 en 2000 vs 1356 en 2012). La majorité des patients (56%) mis en PC avait plus de 65 ans. Les sujets mis en PC avaient principalement une infection pulmonaire (1174/3859 soit 30.4%), urinaire (866/3859 soit 22.4%) ou digestive (617/3859 soit 15.9%). 38% des signalements concernaient les services de médecine, 24% ceux de chirurgie et 14% étaient des Séjours de Longue Durée. Parmi les infections ayant nécessité la mise en place de PC, 47.1% (1881/3991) étaient causées par des bactéries multi résistantes : BLSE en majorité (853/1887 soit 45.2%), SARM à 42.4%, puis les *P. aeruginosa* (163/1887 soit 8.6%). Parmi les 771 EBLSE typées, ont été respectivement signalées 428 infections à *E Coli* (55.5%), 240 (31.1%) à *K. pneumoniae*, 28 à *E. aerogenes* (6.5%). 1736 bactéries non BMR ont été

typées, *C. difficile* arrive en tête avec 294 signalements (16.9%), puis vient le pyocyanique avec 254 cas (14.6%) et le SASM (11.2%). On constate un sous signalement des suspicions des cas de tuberculose et des infections à *C. difficile* mais ceci est en nette amélioration depuis 2011. Un sur-signalement en 2012 pointe le fait que la suspicion de diagnostic de diarrhée à *C. difficile* est avant tout clinique. Au vue des données de laboratoires, les cas d'aspergillose sont sous signalés.

CONCLUSION

Le signalement interne des IN tend à augmenter dans le temps ce qui traduit une meilleure sensibilisation des professionnels. Cependant certaines pathologies comme l'aspergillose ou la tuberculose restent sous signalées au vue des demandes adressées au laboratoire. Cette analyse a permis à l'EOH de cibler les pathologies sous déclarées et de sensibiliser les services concernés.

P-096

SURVEILLANCE HIVERNALE DES INFECTIONS À ROTAVIRUS, BILAN DE 13 ANNÉES DE SURVEILLANCE

PODIK J.E.⁽¹⁾, BROCHART-MERLIN J.⁽¹⁾, GUEROULT-LOCHER G.⁽¹⁾, SEGARD-FREYCHET C.⁽²⁾, BOUTTE C.⁽¹⁾, LE GALL D.⁽¹⁾, GANRY O.⁽¹⁾, ADJIDÉ C.C.⁽¹⁾

(¹) Service d'épidémiologie, d'hygiène hospitalière et de Santé Publique, CHU, AMIENS, FRANCE ; (²) Laboratoire de virologie, CHU, AMIENS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Notre CHU est engagé depuis 13 années dans la surveillance des infections virales hivernales. Le choix des germes a été étayé par une analyse de risque. Le rotavirus est responsable de plus de 50% des diarrhées infectieuses de l'enfant ; son incubation est de 1 à 3 jours. Il s'agit d'un virus très résistant, sa survie peut atteindre 10 jours. Enfin, l'intensité des transferts à l'intérieur de l'établissement comme avec les établissements périphériques, associée à des durées de séjour courtes pourrait faire craindre la survenue d'épidémies hospitalières. Ces différentes raisons nous ont conduits à réaliser une surveillance des infections à rotavirus. Ce monitoring porte sur les infections diagnostiquées par le laboratoire de virologie du CHU dans les services de pédiatrie. L'objectif est de décrire le système de surveillance des infections à rotavirus de notre établissement et l'évolution de l'épidémiologie.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

La surveillance centralisée dans le service d'hygiène hospitalière, débute la première semaine de novembre. Les infirmières hygiénistes du service réalisent une requête quotidienne du laboratoire de virologie ; elle se fait depuis l'hiver 2011-2012 via le logiciel DxLab®. Les enfants présentant une diarrhée

et des facteurs de gravité ou de risque sont hospitalisés. Les données recueillies sont : date de naissances, date d'entrée au CHU, service de réalisation du prélèvement, date de diagnostic. Une infection à rotavirus est considérée comme nosocomiale à partir de 3 jours de séjour dans le CHU.

RÉSULTATS

Durant l'hiver 2000-2001 : 54 enfants ont eu un diagnostic d'infection à rotavirus dont 6 acquisitions au CHU (11%). L'hiver 2012-2013 a vu 125 enfants diagnostiqués pour une infection à rotavirus avec 11 acquisitions (9%). Il n'existe pas de différence en termes d'acquisition entre 2000 et 2013, la part moyenne des acquisitions sur cette période est 9,3%. La tendance à la diminution du nombre d'acquisition entre 2000-2006 et 2007-2013, n'est pas significative ($p=0.065$).

CONCLUSION

Le risque nosocomial lié au rotavirus est clairement identifié et maîtrisé, le nombre d'acquisition tend à se réduire. Les modalités de surveillance, la possibilité d'alerte précoce en cas d'accroissement des acquisitions et la rétro-information aux services accompagnée de rappels de bonnes pratiques d'hygiène ont très probablement concouru à limiter le nombre d'acquisitions.

P-097

EVALUATION DES PRATIQUES DE BRANCHEMENT ET DEBRANCHEMENT SUR FISTULE ET SUR CATHETER CENTRAL DANS UN SERVICE D'HEMODIALYSE

FAVE M.H.⁽¹⁾, **MBONGO L.**⁽¹⁾, **DECAYEUX C.**⁽¹⁾, **LE GALL D.**⁽¹⁾, **WOLNY D.**⁽¹⁾, **FÉRARD C.**⁽¹⁾, **BROCHART-MERLIN J.**⁽¹⁾, **GANRY O.**⁽¹⁾, **COULOMBEL A.**⁽²⁾, **LEGGERI-LEGRIS M.**⁽²⁾, **ADJIDÉ C.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Unité d'Hygiène et d'Epidémiologie Hospitalière (UHEH), CHU, AMIENS, FRANCE ; ⁽²⁾ Service d'hémodialyse, CHU, AMIENS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En 2012, afin d'améliorer nos pratiques, l'unité d'hygiène et le service d'hémodialyse ont décidé de travailler sur la prévention du risque infectieux en hémodialyse. Un état des pratiques a été réalisé. Au vu des résultats, un groupe de travail s'est mis en place pour rédiger une procédure sur le branchement et débranchement sur fistule et cathéter central et sur l'entretien des générateurs et de l'environnement. Une première évaluation a été réalisée fin 2012 et une autre fin 2013. L'objectif est d'évaluer les pratiques de branchement et débranchement sur fistule et sur cathéter central.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'un audit des pratiques par observation directe. La population concernée est l'ensemble des infirmiers du service d'hémodialyse. Quatre grilles de recueil ont été élaborées. Celles-ci comprenaient les critères les plus pertinents. Les audits se sont déroulés sur un mois. Quatre infirmières hygiénistes ont audité.

RÉSULTATS

Pour la première évaluation, 119 observations ont été réalisées (fistule : 30 branchements et 28 débranchements, cathéter : 30 branchements et 31 débranchements), pour la deuxième évaluation, 131 observations (fistule : 28 branchements et 44 débranchements, cathéter : 29 branchements et 30 débranchements). Pour le branchement sur cathéter, le taux de conformité pour la désinfection du plan de travail est de 76% en 2012 vs 60% en 2013, pour le port de masque par le soignant de 100% pour les deux évaluations, pour la désinfection des embouts des lumières à l'alcool de 90% en 2012 vs 100% en 2013. Pour le débranchement des cathéters, le port de gants non stériles au retrait du pansement est conforme à 94% en 2012 vs 90% en 2013, la friction des mains avant le port de gants stériles est de 90% en 2012 vs 97% en 2013. Pour le branchement sur fistule, le taux de conformité pour le lavage du bras du patient est de 53% en 2012 vs 43% en 2013, le port de gants pour les injections sur la ligne est de 60% en 2012 vs 79%. Pour le débranchement sur fistule, le port de tablier plastique est conforme à 96% en 2012 vs 100% en 2013, le port de gants non stériles lors de l'élimination des lignes est de 96% en 2012 vs 77% en 2013.

CONCLUSION

Une dynamique s'est installée dans le service d'hémodialyse avec une forte implication des soignants. Les résultats ont fait l'objet de restitutions et de sensibilisation aux bonnes pratiques. Ces évaluations montrent que des efforts restent à faire. La procédure a fait l'objet d'une révision entre les deux évaluations. Pour 2014, une nouvelle évaluation sera initiée.

P-098

EVOLUTION ET PRINCIPALES ESPÈCES D'ENTÉROBACTÉRIES PRODUCTRICES DE BÊTA-LACTAMASES À SPECTRE ÉTENDU (EBLSE) 2006-2012. DONNÉES DU RÉSEAU NATIONAL DE SURVEILLANCE DES BACTÉRIES MULTIRÉSISTANTES AUX ANTIBIOTIQUES (BMR-RAISIN)

ARNAUD I.⁽¹⁾, **BAJOLET O.**⁽¹⁾, **BERTRAND X.**⁽¹⁾, **BLANCHARD H.**⁽¹⁾, **CAILLAT-VALLET E.**⁽¹⁾, **COIGNARD B.**⁽²⁾,

DUGRAVOT L.⁽¹⁾, DUMARTIN C.⁽¹⁾, EVEILLARD M.⁽¹⁾, FOSSE T.⁽¹⁾, GARREAU N.⁽¹⁾, GLORION S.⁽¹⁾, HOFF O.⁽¹⁾, LACOSTE J.⁽²⁾, MARTY N.⁽¹⁾, MAUGAT S.⁽²⁾, PARNEIX P.⁽¹⁾, REYREAUD E.⁽¹⁾, SAVEY A.⁽¹⁾, SÉNÉCHAL H.⁽¹⁾, SIMON L.⁽¹⁾, SOUSA E.⁽¹⁾, TRYSTRAM D.⁽¹⁾, VAUX S.⁽²⁾, JARLIER V.⁽¹⁾, ASTAGNEAU P.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Réseau CClin-Arlin, PARIS, FRANCE ; ⁽²⁾ InVS, SAINT MANDÉ, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En France, les infections associées à des entérobactéries productrices de bêta-lactamases à spectre étendu (EBLSE) augmentent depuis 2006. Devant cette émergence, des recommandations nationales spécifiques à la prévention des EBLSE sont parues en 2010.

L'objectif de ce travail est de décrire les distributions des 3 espèces d'EBLSE les plus représentées : *E. coli*, *K. pneumoniae* (Kp) et *E. cloacae* (Ec).

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les données sont issues du réseau national de surveillance des bactéries multirésistantes aux antibiotiques (BMR) mis en place en 2002 : surveillance 3 mois par an, établissements de santé (ES) volontaires, souches isolées de prélèvements à visée diagnostique, dédoublonnées sur la période d'étude. Les incidences des EBLSE sont calculées pour 1000 journées d'hospitalisation (JH).

RÉSULTATS

En 2012, 1181 ES ont participé au réseau BMR (854 ES avec court séjour (CS), 279 ES avec réanimation et 835 avec soins de suite et/ou de longue durée (SSR-SLD)).

Les incidences des EBLSE /1000 JH étaient de 0,71 JH en CS, 2,36 en réanimation, 0,37 en SSR-SLD et 0,53 pour tout l'établissement. Les 3 espèces prédominantes (9836 souches), *E. coli*, Kp et Ec, représentaient respectivement 59,2%, 20,2% et 11,8% des 10778 souches incluses dans la surveillance. Elles concernaient les services de médecine (3572), chirurgie (1882), SSR-SLD (1883) et réanimation (1140). Les *E. coli* représentaient 90,2% des prélèvements en gynécologie-obstétrique, ainsi que 55 à 63% en pédiatrie, médecine, chirurgie et SSR-SLD. En réanimation on trouvait 35% d'*E. coli*, 32% de Kp et 23% d'Ec. Les prélèvements urinaires étaient les plus fréquents pour les *E. coli* (75,9%), Kp (63%) et Ec (54%). En ce qui concerne les bactériémies, 1033 sur 1099 étaient dues à ces 3 espèces : 57% étaient à *E. coli*, 24% à Kp et 13% à Ec. A titre de comparaison, le nombre de bactériémies à SARM était de 896.

Entre 2006 à 2012, les incidences/1000 JH ont augmenté passant de 0,17 à 0,53 (toutes EBLSE), 0,07 à 0,31 (*E. coli*), 0,02 à 0,11 (Kp) et 0,02 à 0,06 (Ec).

CONCLUSION

Ces résultats montrent une incidence des EBLSE importante liée à la forte augmentation des *E. coli*, *K. pneumoniae* et *E. cloacae* BLSE au sein des ES ces 6 dernières années. Les *E. coli* sont prédominants, surtout en maternité ; en réanimation cette proportion diminue au profit des 2 autres espèces d'EBLSE. Les bactériémies à EBLSE sont des événements qui sont observés de plus en plus souvent dans les ES. Cette augmentation des infections à EBLSE doit inciter les ES à renforcer les mesures de prévention recommandées, en particulier les précautions contacts et la gestion des excréta.

P-099

PEUT-ON IDENTIFIER UNE POPULATION CIBLE POUR LA VACCINATION CONTRE STAPHYLOCOCCUS AUREUS POUR PRÉVENIR LES INFECTIONS DU SITE OPÉRATOIRE (ISO) À PARTIR DES DONNÉES DE SURVEILLANCE ?

GUSTIN M.P.⁽¹⁾, GIARD M.⁽²⁾, BÉNET T.⁽¹⁾, CAILLAT-VALLET E.⁽²⁾, FEBVEY O.⁽¹⁾, SAVEY A.⁽²⁾, VANHEMS P.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Hospices Civils de Lyon, LYON, FRANCE ; ⁽²⁾ Comité de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales, LYON, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les ISO représentent la 3^{ème} cause d'infections associées aux soins (enquête nationale de prévalence 2012). *Staphylococcus aureus* (SA) est le 3^{ème} germe en cause dans ces ISO et le 1^{er} dans certaines spécialités chirurgicales (surveillance ISO - Raisin 2012). Dans l'éventualité d'une vaccination anti-staphylococcique, l'objectif de cette étude était de déterminer une population cible susceptible d'être vaccinée contre SA pour prévenir les ISO à SA à partir de données de surveillance.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les données étaient issues d'une base inter-régionale du réseau de surveillance ISO-RAISIN de 2008 à 2011. Le critère de jugement était la survenue d'une ISO à SA dans les 30 jours suivant l'intervention. Une première étape consistait à déterminer les interventions les plus à risque à l'aide d'une régression logistique hiérarchique à trois niveaux (patient, service et intervention) ajustée sur les facteurs de risques usuels. Une seconde étape permettait de préciser le profil des sujets les plus à risque pour les interventions retenues par une régression logistique ajustée sur les facteurs connus à l'admission.

RÉSULTATS

Au total, 238 470 séjours répartis dans 647 services participants ont été analysés, ils concernaient 130 317 (55%) femmes, l'âge

moyen était de 58 ans (± 20), et 426 ISO à SA (2%) étaient survenues. Parmi les 65 types d'interventions, les poses de prothèse de hanche de première intention étaient les plus à risque : a) prothèse de hanche non totale (PTHA) (n=3419, taux observé d'ISO à SA : 8,5%) et b) prothèse totale de hanche (PTTH) (n=18689, taux observé : 3,4%). Pour ces deux types d'interventions, les patients les plus à risque étaient a) les hommes : 44% des PTTH (OR=2,1 ; IC à 95% : 1,3-3,6) et 29% des PTHA (OR=2,1 ; IC à 95% : 1,0-4,4), b) les patients avec un score ASA>2 : 25% des PTTH (OR=2,7 ; IC à 95% : 1,6-4,5) et 3) les patients opérés d'une procédure multiple : 2% des PTTH (OR=3,9 ; IC à 95% : 1,5-9,7) et 4% des PTHA (OR=5,4 ; IC à 95% : 2,0-14). En considérant l'ensemble des poses de prothèse de hanche de première intention (n=22108), pour les patients cumulant ces 3 facteurs de risque, le taux observé d'ISO à SA était de 5/67 (75%) et l'OR de 22.

CONCLUSION

Les patients les plus susceptibles de bénéficier d'une vaccination anti-staphylococcique seraient les hommes, présentant au moins une atteinte systémique sévère, opérés d'une procédure multiple comprenant la pose d'une prothèse de hanche de première intention, totale ou non. Ces résultats conformes à la littérature montrent que les données de surveillance méritent d'être exploitées.

P-100

ASEPSIE LORS DES PRÉLÈVEMENTS DE MOELLE OSSEUSE : UN PROGRAMME RÉUSSI DE RÉDUCTION DES CONTAMINATIONS DES PRÉLÈVEMENTS

GARDES S., DE SANTIS N., DUCASTELLE S., MICHALLET M., GIRARD R.

Hospices Civils de Lyon, PIERRE BENITE CEDEX, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les greffes de cellules souches hématopoïétiques allogéniques (CSH) sont réalisées à partir de différents produits cellulaires : unités de sang placentaire, moelle osseuse obtenue par ponction intra-osseuse, ou cellules souches périphériques obtenues par prélèvement sanguin par aphérèse. Chaque produit cellulaire fait l'objet d'un contrôle bactériologique demandé par l'Établissement Français du Sang (EFS). En cas de contamination, une déclaration de biovigilance est réalisée par l'EFS et transmise aux préleveurs.

Les prélèvements de moelle osseuse sont réalisés par les hématologues chez des donneurs sains en crête iliaque postérieure, au bloc opératoire, dans des conditions d'asepsie chirurgicale. En septembre 2012, l'unité d'hygiène a été sollicitée conjointement par les hématologues et l'EFS face à une augmentation des cas de contaminations sur les prélèvements

des 6 derniers mois. Le taux de contaminations était de 6/16 prélèvements réalisés de mai à octobre. Les germes retrouvés étaient de la flore cutanée, *Propionibacterium acnes* notamment.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Un programme de prévention a été conduit en deux étapes successives :

1. Observations, audit des mesures d'asepsie chirurgicale, rédaction d'une procédure décrivant les règles d'asepsie à appliquer,
2. Accompagnement systématique des préleveurs au bloc opératoire et ajustement en temps réel de l'application des mesures d'asepsie.

RÉSULTATS

Première période, de décembre 2012 à mai 2013 :

- 11 prélèvements ont été réalisés avec 3 contaminations.
- Les résultats de l'audit ont été présentés au service, avec, pour chaque mesure d'asepsie, son argumentaire bibliographique. Un consensus des mesures à appliquer a été formalisé par la rédaction d'une procédure. (doubles paires de gants stériles, renforcement de l'antisepsie cutanée en per-opératoire entre deux ponctions osseuses...)

Au total, le taux de contamination est de 33 % de mai 2012 à avril 2013.

Seconde période : de mai à novembre 2013 : 11 prélèvements ont été réalisés avec aucune contaminations (P= 0.03 Khi2).

CONCLUSION

Ces résultats montrent l'efficacité de l'accompagnement des hématologues au bloc opératoire dans l'application de mesures d'asepsie. Une des difficultés rencontrées au cours de ce programme est la rareté de mise en œuvre de ce geste par clinicien (moins de 5 fois par an) et sa réalisation systématique en binôme avec des internes peu expérimentés. Cet élément induit un risque pour la pérennité de l'efficacité et a conduit à la mise en œuvre d'une formation par semestre.

P-101

ANTIBIOPROPHYLAXIE EN CHIRURGIE OCULAIRE : RÉSULTATS D'UN AUDIT DANS UN HÔPITAL PÉDIATRIQUE

HEROUAL N.⁽¹⁾, BELKHORISSET M.⁽²⁾, MAHMOUDI K.⁽²⁾, TADJEDDINE A.⁽²⁾

⁽¹⁾ EHS CANASTEL, ORAN, ALGÉRIE ; ⁽²⁾ EHS CANASTEL, ORAN, ALGÉRIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En chirurgie ophtalmologique, l'infection postopératoire est rare mais redoutable en raison des conséquences dramatique qu'engendre l'endophtalmie. L'antibioprophylaxie en chirurgie reste l'une des mesures de lutte contre ces infections. L'objectif de notre travail est de décrire les pratiques d'antibioprophylaxie appliqués et mesurer les écarts existants par rapport aux recommandations de l'AFSSAPS 2011.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous avons réalisés un audit prospectif sur trois mois (Mars-Mai 2012). Tous les enfants âgés de moins de 15 ans opérés au bloc d'ophtalmologie nécessitant une antibioprophylaxie ont été inclus dans l'étude. Un questionnaire a été établi pour le recueil des données et différentes sources d'informations ont été consultées à savoir : la fiche anesthésique préopératoire, le registre des protocoles opératoires et le dossier médical. Le taux de conformité a été calculé.

RÉSULTATS

L'analyse a porté sur 95 patients inclus sur 100. Parmi eux, 81 % avaient reçu une antibioprophylaxie. La conformité globale était de 99 % mais les molécules d'antibiotiques prescrites n'étaient pas recommandées dans 80%. La posologie, le mode d'administration, étaient correctes dans respectivement 29,5 % et 76,8 %. Quant à la durée du traitement et le moment d'administration, la conformité était la même à 78,9%. Les ATBs étaient administrés par voie intraveineuse chez 84% des opérés de la cataracte, 84,5 % dans les autres chirurgies à globe ouvert vs 20 % à globe fermé.

CONCLUSION

L'étude a permis de décrire les pratiques de l'antibioprophylaxie dans le cadre de la chirurgie ophtalmologique pédiatrique et des écarts ont été observés d'où la nécessité de développer des protocoles internes adaptés à l'enfant.

P-102

ENQUÊTE DE SATISFACTION : UTILISATEURS E-SIN SATISFAITS ?

GROUPE SIGNALEMENT DU RAISIN (RÉSEAU D'ALERTE, D...)⁽¹⁾, BARQUINS-GUICHARD S.⁽²⁾, BERNET C.⁽³⁾, BLANCHARD H.⁽⁴⁾, SENECHAL H.⁽⁵⁾, SIMON L.⁽⁶⁾, VENIER A.G.⁽⁷⁾, CHAMI K.⁽²⁾, COIGNARD B.⁽²⁾
⁽¹⁾, FRANCE; ⁽²⁾ InVS, SAINT MAURICE, FRANCE ; ⁽³⁾ Réseau Cclin-Arlin, LYON, FRANCE ; ⁽⁴⁾ Réseau Cclin-Arlin, PARIS, FRANCE ; ⁽⁵⁾ Réseau Cclin-Arlin, RENNES, FRANCE ; ⁽⁶⁾ Réseau Cclin-Arlin, NANCY, FRANCE ; ⁽⁷⁾ Réseau Cclin-Arlin, BORDEAUX, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Quinze mois après le lancement de l'application e-SIN destinée au signalement électronique des infections nosocomiales, une enquête de satisfaction a été souhaitée auprès des utilisateurs exerçant en établissement de santé afin d'identifier leur besoins, de recueillir leur perception de l'outil, ses apports dans leur démarche de signalement externe, les difficultés rencontrées, et d'orienter les futures évolutions de l'application.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

En mai 2013, les utilisateurs e-SIN ont été sollicités par e-mail pour répondre à un questionnaire web.

RÉSULTATS

Sur 5 075 utilisateurs recensés, 1 000 (20%) réponses ont été reçues. Les répondants étaient des personnels médicaux (60%), paramédicaux (34%) ou administratifs (6%). Près de 9/10 répondants étaient membres d'une équipe opérationnelle d'hygiène. La moitié (52%) avait effectué un signalement avant la mise en place d'e-SIN et 49% ont déclaré l'avoir fait à partir de mars 2012. Des difficultés de connexion en lien avec le certificat ont été rencontrées par 61% des utilisateurs. L'appréciation de l'outil était globalement positive (65%). La pratique du signalement a été facilitée par e-SIN pour 56% des répondants ayant signalé depuis mars 2012 et a amélioré selon 70% d'entre eux la coordination de la réponse entre acteurs. Interrogés sur leurs souhaits quant à l'évolution d'e-SIN, les répondants souhaitaient notamment la suppression du certificat (51%) et une ergonomie améliorée pour l'ajout de pièces jointes (59%).

CONCLUSION

Les résultats de cette étude ont permis d'apprécier le niveau de satisfaction actuel des utilisateurs e-SIN et de mieux cibler leurs attentes. Leur appréciation majoritairement positive souligne qu'un tel outil peut faciliter la pratique du signalement. L'enquête confirme les difficultés de connexion liées au certificat, déjà identifiées par le support technique, et qui ont conduit à sa suppression en juin 2013, après accord de la CNIL. Ces résultats encourageants soulignent toutefois l'importance de rester à l'écoute des utilisateurs pour faire évoluer l'application et maintenir leur adhésion. Les axes d'amélioration les plus cités par les répondants seront en partie développés dès 2014.

P-103

ANALYSE DES FEUILLES D'ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES (FEI) COMBINÉE AUX CUSUM CHART DANS LE SUIVI DES INFECTIONS POST OP.

EXEMPLE PAR 40 CAS RAPPORTES D'INFECTIONS A STAPHYLOCOCCUS LUGDUNENSIS (SL).

COUTANT S., LEMARIE F.

CLCC CENTRE FRANCOIS BACLESSE, CAEN, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

SL est un *staphylocoque coagulase* négative qui possède des caractéristiques microbiologiques ainsi qu'un pouvoir pathogène qui le rapproche du *S. aureus* provoquant des infections potentiellement graves : abcès, endocardites et septicémies. Nous rapportons 40 cas d'infections à SL.

Le but de ce travail était de décrire ces infections et secondairement, de mettre en place une surveillance épidémiologique.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les cas d'infections à SL ont été documentés grâce au système de déclarations d'évènements indésirables et d'infectiovigilance : il s'agissait de SL isolés à partir de prélèvements réalisés principalement lors des consultations en soins externes.

Les FEI colligées par le service d'Hygiène Hospitalière ont donné lieu à la revue rétrospective des caractéristiques cliniques des cas d'infection causées par SL entre 2008 et 2012. Les données collectées incluaient : âge, sexe, antécédents, matériel prélevé, délai d'apparition, sensibilité et traitement antibiotique.

RÉSULTATS

41 SL ont été isolés chez 38 femmes et 2 hommes.

L'âge variait de 44 à 86 ans. La médiane d'apparition des 1^{ers} signes cliniques était de 34 jours.

Tous les patients présentaient au moins une maladie chronique (alcool, tabac, diabète, obésité).

Les infections à SL étaient secondaires à une chirurgie carcinologique (36 cas dont 30 mammaires), à une hémopathie (1 cas), à la pose de chambre implantable (3 cas). Les manifestations cliniques se traduisaient par un abcès purulent (26 cas), un lymphoedème (10 cas), une infection urinaire (3 cas) et un sepsis (1 cas).

Il y a eu 3 reprises chirurgicales, 8 poses de lame de Delbet ; 28 patients ont été traités par antibiotique (75% Pyostacine).

2 patients sont décédés. Pour les autres, aucune séquelle à long terme ni aucune complication après le traitement n'ont été observées.

Sur le plan microbiologique, 2 SL étaient MétiR, les autres étaient MétiS.

Les isolats étaient sensibles à la plupart des antibiotiques testés à l'exception d'1 cas qui était résistant aux macrolides, sulfamides et fluoroquinolones.

CONCLUSION

SL isolé dans les plaies chirurgicales ne doit pas être considéré comme un simple contaminant.

Ces données préliminaires indiquent que ces infections, dont le pronostic semble bon sous réserve d'une prise en charge adaptée, ne sont pas rares.

Ainsi en 2013, elles ont justifié leur surveillance par la mise en place de cusum chart ; le but étant de détecter une augmentation significative des infections dues à ce staphylocoque, certes non coagulase, mais dont la virulence reste souvent sous-estimée.

P-104

EXPLOITATION DES « FICHES CLIN » DU DOSSIER MÉDICAL PATIENT (ANNÉES 2011 ET 2012)

MARI L., FUSTIER L., MOLINES C., BELLON O.

Centre de gérontologie départementale de Montolivet, MARSEILLE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le CLIN de la structure a décidé de mettre en place une fiche dite « fiche CLIN » au niveau du dossier informatique patient qui doit être remplie par les médecins responsables du patient.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'exploitation des données a été faite par à l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) à partir du récapitulatif papier fourni par le département d'information médicale pour 2011 et du fichier de données pour 2012.

RÉSULTATS

Le premier constat est le faible taux de remplissage de la fiche pour les 2 années (937 pour 2011 et 944 pour 2012).

Le second constat est le remplissage incomplet. Ainsi sur les 937 dossiers on a la date d'hospitalisation sur 502 dossiers, celle de sortie sur 706 dossiers et le service est renseignée sur 502 dossiers : ceci semble lié à des problèmes d'extraction de données lorsque les items ne sont pas rentrés correctement (En 2012 il a donc été décidé de fournir le fichier informatique à l'EOH). Pour les caractérisations d'infection tous les items ne sont pas renseignés : Infection nosocomiale (IN) : 909 fois, Infection communautaire (IC) : 487 fois, Infection nosocomiale hors établissement (INHE) : 460 fois, Infection nosocomiale hors service (INHS) : 420 fois, Infection nosocomiale service (INS) : 469 fois). Il en est de même pour les facteurs de risque : sur les 936 dossiers remplis pour l'item cathéter vasculaires on a 30% de « oui » (281 actes) mais le date de l'acte n'est renseignée que 42 fois.

Pour 2012, le traitement direct du fichier informatique a permis une amélioration : on a toutes les dates d'entrée et de sortie ainsi que les services. Cependant on constate les mêmes problèmes de défaut de remplissage : le pourcentage de

dossiers non renseignés pour l'item est de 4,5% pour IN, 16% pour IC, 38% pour INHE, 31% pour INHS et 34% pour INS. Le pourcentage d'IN est de 10,9% pour 2011 et 13% pour 2012, quand aux infections communautaires leur taux est de 23% en 2011 et 9,2% en 2012.

CONCLUSION

Les résultats des analyses ont été discutés en CLIN et une simplification de la fiche réalisée avec le DIM, l'EOH et quelques praticiens volontaires a été programmée pour le recueil des données 2014. Ainsi au lieu d'avoir un item (avec réponse oui-non) pour IN, IC, INHE, INHS et INS (soit 5 entrées à faire), pour 2014 il n'y aura qu'un seul item « infection » qui pourra alors prendre ces différentes valeurs (donc une seule entrée). Gageons que ces modifications pousseront les praticiens à plus et mieux renseigner notre fiche.

P-105

AUDIT CHANGE AU LIT DU PATIENT DÉPENDANT

BAGHDADI N.⁽¹⁾, **OLLIVIER Y.**⁽¹⁾, **LEFEBVRE V.**⁽²⁾, **DUHAMEL M.**⁽²⁾, **ESPRIT G.**⁽³⁾, **DEBOSCHEERE F.**⁽⁴⁾, **ANDRE H.**⁽⁵⁾, **DOVERGNE L.**⁽⁶⁾, **BARROUN C.**⁽⁷⁾, **DUCROND C.**⁽⁸⁾, **HOYEZI.**⁽⁹⁾, **LALOEUFF.**⁽¹⁰⁾, **LANDRIUD.**⁽¹¹⁾, **RIAUD-DUTY E.**⁽¹²⁾, **RYCKWAERT A.**⁽¹³⁾, **MECHKOUR S.**⁽¹⁾, **BLANCKAERT K.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ ARLin Nord Pas de Calais, LILLE CEDEX, FRANCE ; ⁽²⁾ CH DRON, TOURCOING, FRANCE ; ⁽³⁾ GHICL, LOMME, FRANCE ; ⁽⁴⁾ CLINIQUE LA LOUVIERE, LILLE, FRANCE ; ⁽⁵⁾ Hôpital Maritime Vancauwenberghe, ZUYDCOOTE, FRANCE ; ⁽⁶⁾ GROUPE HOPALE, BERCK SUR MER, FRANCE ; ⁽⁷⁾ EPSM FLANDRES, BAILLEUL, FRANCE ; ⁽⁸⁾ CH BEUVRY, BETHUNE, FRANCE ; ⁽⁹⁾ CH SAINT AMAND, SAINT AMAND LES EAUX, FRANCE ; ⁽¹⁰⁾ GROUPE HPM, ROUBAIX, FRANCE ; ⁽¹¹⁾ CCLIN PARIS NORD, PARIS, FRANCE ; ⁽¹²⁾ CRF L'ESPOIR, HELLEMES, FRANCE ; ⁽¹³⁾ CH CALAIS, CALAIS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Après plusieurs épidémies à germes à transmission oro-fécale, une région a mis en place un programme de développement de l'hygiène dans les établissements de santé (ES). Malgré ces actions, les micro-organismes d'origine digestive représentaient en 2012 une part toujours prépondérante dans les signalements externes (46%). Une revue des évaluations des pratiques de soins lors des visites d'établissements a identifié des pistes de travail non explorées. Parmi celles-ci, le change est apparu comme un soin faisant l'objet de fréquentes non-conformités. Un groupe régional s'est donc constitué pour élaborer un audit de pratique du change au lit du patient dépendant « clef en mains » à destination des ES et médico-sociaux.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

11 ES ont participé au groupe ; Aucun d'entre eux ne disposait d'une procédure sur le change du patient ni sur la gestion des excréta. Un référentiel commun de bonnes pratiques du change a donc été élaboré pour établir une grille d'audit standardisée. 6 ES ont assuré la phase test de la réalisation de l'audit. La saisie et le traitement des données sous Excel ont permis de générer un rapport automatisé des résultats.

RÉSULTATS

30 services ont été audités lors de cette phase test. Un total de 130 observations ont été effectués (48% en SSR, 27% en EHPAD, 20% en médecine et 5% dans les autres activités). 85% des changes ont été réalisés pour tous les patients concernés par ce soin les uns après les autres (soins en série). Dans 65% des observations, 2 soignants assuraient le soin. Le temps moyen passé par soin est de 16 minutes. L'hygiène des mains est réalisée et adaptée avant le change à 68%, après le port de gants à 35% et en fin de soin à 82%. Le port du tablier plastique est observé dans 62% des cas. Les gants ne sont retirés « au bon moment » que dans 31% des situations. Dans 38% des changes, les gants de toilettes étaient réutilisés : ce qui n'était pas conforme au référentiel. 25% des changes observés ont fait l'objet d'au moins une rupture de soins. La conformité cumulée de tous les points est de 2%.

CONCLUSION

Cette phase test a permis de valider les outils avant leur diffusion en libre accès.

Au regard de nos résultats, pour un service de 30 patients et sur la base de l'enquête APHP (43% des patients porteurs de change) : le tour de change dure 3h30 par poste.

L'accueil positif des ES a montré l'intérêt de réaliser des audits sur des soins peu valorisés. Ces premiers résultats montrent néanmoins que ce soin est bien à haut risque de transmission croisée en raison de non-conformité majeures sur les précautions standard.

P-106

SEPT ANNÉES DE SURVEILLANCE INFORMATISÉE DES INFECTIONS DU SITE OPÉRATOIRE – BILAN ET EVALUATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES

BERROUANE Y., **GRAGLIA E.**, **GENDREIKE Y.**, **TAILLAN F.**, **ROUX A.C.**, **TRASTOUR C.**, **DE PERETTI F.**, **VEYRÈS P.**, **FOSSE T.**
CHU de Nice, NICE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Pour répondre aux exigences de surveillance des Infections du Site Opérateur (ISO), nous avons mis en place depuis 2005 un système informatisé.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Paramétrée par l'EOHH sous Access[®], la base de données permet de récupérer et croiser des données de 2 systèmes d'information :

- Celui des laboratoires (Glims[®]) : extraction par l'EOHH
- Le dossier patient informatisé (DPI) (Clinicom[®]) : extraction effectuée par le DIIM sur la base de codes CCAM ciblés. Les données sont extraites de formulaires administratifs et du formulaire « Gestion du Bloc ».

Après validation par le médecin hygiéniste, des fiches sont envoyées selon les services au référent ISO ou à l'opérateur concerné. Ceux-ci peuvent également envoyer spontanément un signalement d'ISO.

La qualité des données a été évaluée par un médecin hors surveillance, sur les DPI du 1^{er} quadrimestre (Q1) 2010 dans 3 services : neurochirurgie (NC), obstétrique (OB), orthopédie (ORT). Les données recueillies incluaient les interventions, les mentions d'infection dans les comptes rendus, le codage dans le RUM de l'ISO et de facteurs de risque.

RÉSULTATS

De 2006 à 2012, 27 124 interventions ont été suivies, le nombre annuel variant de 1401 à 6548, selon les exigences nationales et les possibilités locales. 330 ISO ont été identifiées permettant de calculer des taux d'infections stratifiés selon le score du NNIS.

Sur les données Q1-2010, le taux d'extraction des interventions a été de 100% en NC et OB, de 96% en ORT. Le tableau 1 présente la détection des infections par le DPI et par la surveillance.

	N Interventions	N ISO DPI	N ISO Surveillance
NC	540	9	6
OB	173	4	4
ORTH	150	1	1
D	J4	67	16

3 ISO n'ont pas été détectées en NC par la surveillance, toutes superficielles, sans documentation bactériologique ou traitées en ville.

Au fil des années, la qualité du codage CCAM a progressé, permettant d'obtenir un dénominateur acceptable. Certaines phases restent manuelles : les fiches ne sont pas générées automatiquement du fait de nombreux faux positifs. Le processus d'aller/retour des fiches n'est pas informatisé pour ne pas laisser dans les DPI des informations non validées.

CONCLUSION

La surveillance informatisée permet de répondre aux exigences de l'indicateur SURVISO avec toutefois de fréquents ajustements nécessaires par l'EOHH. Néanmoins, des facteurs de risque importants (obésité, tabagisme, hyperglycémie...) ne sont pas enregistrés de façon à être extraits en routine. L'inscription des surveillances épidémiologiques dans les systèmes d'information hospitaliers reste un enjeu complexe.

P-107

INFECTIONS DE SITE OPÉRATOIRE (ISO) EN CHIRURGIE AMBULATOIRE : PEUT-ON ESTIMER LEUR INCIDENCE AU TRAVERS D'UN RÉSEAU INTER-RÉGIONAL ?

GRANDBASTIEN B.⁽¹⁾, **CAMPION C.**⁽²⁾, **L'HERITEAU F.**⁽²⁾, **ASTAGNEAU P.**⁽²⁾

⁽¹⁾ CHRU Lille, LILLE, FRANCE ; ⁽²⁾ C-CLIN Paris Nord, PARIS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La chirurgie ambulatoire (CA) devrait à terme concerner une large majorité des interventions. L'épidémiologie des ISO post-CA est mal connue. Le risque infectieux y serait plus faible, mais les mesures de prévention plus difficiles à mettre en place (qu'en chirurgie conventionnelle). Notre objectif était d'évaluer la capacité des réseaux de surveillance des ISO à estimer l'incidence des ISO post-CA.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Sur la base des données d'un réseau interrégional de surveillance des ISO entre 2007 et 2009, la notion de CA a été estimée en fonction des dates de prise en charge et d'intervention (le même jour) en l'absence d'un décès le jour de l'intervention ; puis elle a été confrontée au renseignement direct d'une variable « chir. ambulatoire ». Les durées du suivi postopératoire des interventions ainsi identifiées comme ayant relevé de CA (selon les 2 méthodes) et en chirurgie conventionnelle (CC) ont été comparées. L'incidence et les caractéristiques des ISO post-CA ont été estimées sur la base 2010-2011 et jusqu'à 2013 pour les cures de hernie de la paroi abdominale (HERN).

RÉSULTATS

Sur plus de 150 000 interventions sur 3 ans, 16,7% étaient réalisées en CA selon la variable spécifique « chir. ambulatoire ». Estimé à partir des dates (admission, intervention, sortie), 15,6% des actes étaient identifiés comme ambulatoires. Au total, 3016 (2%) interventions étaient discordantes :

1115 interventions classées « ambulatoires » alors que la chronologie n'était pas compatible (chirurgie de la cataracte, chirurgie musculo-tendineuse et des articulations, pour 10% et chirurgie des veines périphériques 8%), et 1901 interventions non classées en CA mais dont la chronologie de prise en charge répondait aux critères de CA (musculo-tendineuse 14%, peau/tissus mous 10%, ostéosynthèses et actes d'ORL non cancéreuse, 7%). La durée de suivi des opérés en CA était de 28 jours en médiane (Q1-Q3 : 9-30 jours) vs 30 jours (21-30) en CC ($p < 0,001$). Calculé sur la base 2010-2013, le taux d'ISO post-HERN était de 0,52% (IC95% : [0,35–0,69]) en CA vs 0,98% ([0,76–1,20]) en CC ($p < 0,005$).

CONCLUSION

Les réseaux de surveillance « classiques » des ISO permettent d'estimer sans erreur majeure le risque infectieux en CA. Le délai de suivi post-opératoire des patients ainsi pris en charge est en effet acceptable. Le risque infectieux mesuré en CA est nettement plus faible que pour les patients pris en charge en chirurgie conventionnelle, à tempérer cependant par un très probable biais de sélection des patients relevant de CA. Une large participation des secteurs de CA aux réseaux de surveillance des ISO.

P-108

SURVEILLANCE DES INFECTIONS À CLOSTRIDIUM DIFFICILE : APPORTS DU PMSI

ASTRUC K., NUEMI G., QUANTIN C., AHO GLELE L.S.
CHU Dijon, DIJON, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Pour surveiller l'incidence des infections des patients hospitalisés, les bases des laboratoires de microbiologie et du PMSI sont fréquemment utilisées. Il est souvent reproché au PMSI un défaut de la qualité du codage des infections conduisant, à une sous-estimation de l'incidence. Cependant, le PMSI peut comporter des informations pertinentes pour explorer l'évolution de l'incidence et décrire les cas : parcours au sein d'un établissement mais aussi inter-établissements de santé, actes réalisés, distribution des groupes homogènes de malades (GHM) des cas. Les surveillances sont fréquemment basées sur les données microbiologiques qui ne comportent habituellement pas de données cliniques exploitables, et ne permettent une estimation correcte de l'incidence que si les cas sont prélevés. Nous nous proposons de décrire ainsi l'incidence des infections à *Clostridium difficile* dans notre établissement et les caractéristiques de ces cas.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une étude rétrospective sur la période 2009 à 2013 des cas incidents en hospitalisation MCO identifiés par la bactériologie et/ou par le PMSI a été réalisée. Les cas « biologiques » (CB) ont été identifiés à partir des données de bactériologie : prélèvements de selles positifs (PP) pour les entérotoxines dédoublonnés. Un PP définit un cas incident en l'absence d'autre PP dans l'établissement dans les 56 jours précédents. Les cas incidents « PMSI » (CP) ont été identifiés. Il s'agissait des RSS comportant le code A047 que nous avons dédoublonnés : lorsque plusieurs RSS comportaient A047 pour le même patient, seul le 1^{er} RSS et ceux survenant dans les 56 jours suivant la sortie du 1^{er} sont retenus. Les RSS des CB et des CP ainsi identifiés ont été inclus dans l'étude.

RÉSULTATS

Ont été identifiés 412 CB et 346 CP correspondant au total à 451 dossiers (0.029 cas/1000 JH). 73% des CB étaient codés dans le PMSI, 86% des CP avaient un PP. Les CP qui n'avaient pas de PP étaient en majorité des patients avec un prélèvement réalisé hors de l'établissement ou qui avaient un diagnostic endoscopique de leur infection. Pour 10 CP, nous n'avons pas retrouvés de notion d'ICD dans leur dossier. Les 1^{ers} résultats montrent que les séjours étaient majoritairement médicaux et les patients appartenaient en majorité aux groupes de planification hépato-gastro-entérologie, pneumologie et Maladies immunitaires.

CONCLUSION

Il nous paraît pertinent d'utiliser ces 2 bases pour la surveillance des infections, pour en estimer leur incidence, décrire les patients à risque et explorer les variations de l'incidence (par exemple : impact de l'évolution du case-mix).

P-109

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES EN HYGIÈNE LORS DE LA SURVEILLANCE D'UN CATHÉTER VEINEUX CENTRAL

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

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La circulaire 2009-272 du 26 août 2009 incite les établissements de santé à se doter d'outils de surveillance de certains dispositifs médicaux (DM) critiques. Afin d'alimenter une réflexion sur ce sujet, nous avons mené une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) relative à la surveillance d'un cathéter veineux central (CVC). L'objectif était de détecter les écarts par rapport à l'instruction mise à disposition des professionnels, et d'évaluer la qualité de la traçabilité des opérations réalisées.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'EPP, conduite en mode projet, a combiné audit observationnel de la réfection du pansement, revue de dossiers, et interview des professionnels. Les grilles furent élaborées à partir du protocole de l'établissement. Tous les services de soins (hors maternité) furent concernés. Les auditeurs étaient les membres de l'unité d'hygiène. L'analyse a été réalisée avec Epi-info 6.04d.

RÉSULTATS

10 observations, 16 études de dossiers médicaux, et 21 interviews ont été réalisées entre le 11 et le 22 mars 2013. L'hygiène des mains avant le soin fut réalisée par les agents audités dans 100% des cas. Aucun professionnel n'a revêtu de surblouse stérile. 70% des professionnels ne portaient pas de coiffe. La réfection du pansement a respecté les termes du protocole dans 80% des cas. 20% des agents audités n'ont pas réalisé d'acte d'hygiène des mains après le soin. La traçabilité de la surveillance du CVC a été retrouvée dans 62,5% des dossiers, mais seuls les changements de pansement étaient notifiés, sans mention du motif dans 83,3% des cas. Lors de l'interview, le taux de bonnes réponses aux questions relatives au rythme de changement des différents types de tubulures (hors produits sanguins) variait de 4,8% à 14,3%. 47,6% des professionnels ignoraient la fréquence optimale de réfection du pansement, hors événement indésirable.

CONCLUSION

Cette EPP a identifié les points critiques suivants :

- respect perfectible du protocole de changement du pansement
- méconnaissance des bonnes pratiques de gestion des DM
- traçabilité approximative. Cette situation est promotrice de risque infectieux, et génère des surcoûts (remplacement abusif de consommables).

Le groupe projet a proposé deux axes d'amélioration :

- renforcer la formation relative aux manipulations d'un CVC au moyen d'un atelier action/formation
- élaborer un document relatif à la surveillance du CVC regroupant les informations importantes, et imposant un protocole de suivi aux soignants. Ce formulaire a été mis en place en novembre 2013. Une EPP sera réalisée en 2014 afin de mesurer son apport dans l'amélioration des pratiques.

P-110

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES EN HYGIÈNE LORS DE LA POSE ET DE LA SURVEILLANCE D'UNE VOIE D'ABORD SOUS-CUTANÉE

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

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans notre établissement dont le recrutement est principalement d'ordre gériatrique, l'abord sous-cutané est d'usage courant. Nous avons inscrit au programme d'action 2013 de la lutte contre les infections nosocomiales une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) relative à cette technique. L'objectif était de détecter les écarts par rapport à l'instruction mise à disposition des personnels soignants, et d'évaluer la qualité de la traçabilité des opérations réalisées.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'EPP, conduite en mode projet, a combiné revue de dossiers et interview des professionnels. Les grilles de recueil ont été élaborées à partir des protocoles de l'établissement. Tous les services de soins furent concernés. Les auditeurs étaient les membres de l'unité d'hygiène. Les résultats ont été saisis dans Epi-info 6.04d. L'estimation du risque infectieux a été réalisée par calcul de la criticité des événements porteurs de risques prédéterminés, résultat du produit de la fréquence de survenue par la gravité estimée. Les résultats obtenus ont été interprétés à l'aide d'une matrice d'appréciation du risque préalablement établie.

RÉSULTATS

22 dossiers médicaux ont été étudiés, et 24 interviews furent réalisées entre le 7 et le 25 octobre 2013. La description du montage du cathéter était conforme aux instructions dans 67% des interviews. Le protocole d'antisepsie cutanée décrit était incorrect dans 75% des cas. Les précautions vis-à-vis du risque d'accident d'exposition au sang auraient été respectées dans 12,5% des cas. La fréquence de remplacement du cathéter évoquée par les professionnels était inadaptée dans 29,2% des cas. Les manipulations de la voie d'abord auraient été correctement réalisées par 13% des agents interrogés. La pose du cathéter était mentionnée dans 9% des dossiers. Les opérations de surveillance n'étaient jamais notifiées.

CONCLUSION

L'analyse par criticité a facilité l'identification des principales défaillances :

- entorses notables vis à vis des précautions standard
- respect insuffisant du protocole de pose et de suivi de la voie d'abord
- traçabilité lacunaire. Cette situation est promotrice de risque infectieux, et génère des surcoûts liés au remplacement abusif de consommables.

Le groupe projet a priorisé deux axes d'amélioration :

- renforcer la formation sur le thème des PS au moyen d'un atelier action/formation
- élaborer un document relatif à la pose et à la surveillance du cathéter pour voie sous-cutanée regroupant les informations importantes, et organisant le suivi du dispositif médical.

Ce formulaire sera mis en place au cours du premier semestre 2014.

P-111

CATHÉTER CENTRAL À INSERTION PÉRIPHÉRIQUE : SUIVI PROSPECTIF DES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES SUR 15 MOIS

BROUARD B.⁽¹⁾, **HADJ-MAHFOUD K.**⁽²⁾, **SERRANO C.**⁽²⁾, **NOURRY C.**⁽²⁾, **DELEPINE R.**⁽²⁾, **DUMENIL A.S.**⁽²⁾, **ROY S.**⁽²⁾

⁽¹⁾ AP-HP Antoine Béclère, CLAMART, FRANCE ;

⁽²⁾ AP-HP Antoine Béclère, CLAMART, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le PICC LINE 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. L'introduction de ce dispositif médical (DM) dans notre établissement en octobre 2012 a été accompagnée par un relevé prospectif des événements indésirables (EI) liés à ce DM. L'objectif de cette étude est de dresser un état des lieux de la survenue des EI pour tous les PICC posés afin de définir des actions permettant de réduire leur incidence.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Tous les patients ayant bénéficié de la pose d'un PICC ont été inclus, quelque soit l'indication de la pose. Le recueil prospectif de la survenue d'EI a été réalisé à partir des dossiers de soins sur une période de 15 mois.

RÉSULTATS

75 PICC ont été posés pour 57 patients adultes. Neuf patients ont bénéficié de 2 poses. Trois patients (5,3% des patients) totalisent à eux seuls 12 poses, soit 16% des poses. 80% des poses concernaient 3 services cliniques. 62 EI ont été retrouvés chez 33 patients (58%). Douze EI ont nécessité une ré-hospitalisation. Le délai moyen d'apparition du premier EI est de 20 jours (intervalle de 1 à 105 jours, médiane à 11 jours). Les EI les plus fréquents sont l'occlusion partielle ou totale (42%), le retrait volontaire ou accidentel (23%), les infections (19%), principalement à *Candida albicans* et *Staphylococcus aureus*. Le taux d'infection est de 9/1000 jours PICC. Les 3 principales causes de retrait sont le retrait accidentel ou volontaire, les infections et la fin de traitement.

CONCLUSION

Ces données mettent en évidence deux catégories d'EI. La 1^{ère} concerne le bon usage et l'entretien du DM et la 2^{ème}, l'éligibilité des patients chez qui ce DM est posé. Concernant le bon usage et l'entretien de ce DM, des formations ont été faites auprès du personnel de l'établissement et une procédure a été diffusée. Néanmoins, ces actions ponctuelles semblent insuffisantes, d'autant plus qu'elles ne touchent que le personnel hospitalier.

Concernant les patients susceptibles de recevoir un PICC, il s'avère nécessaire de prendre en compte le projet de sortie de ces patients, notamment lorsqu'ils quittent l'établissement avec le DM. Par ailleurs, pour tout patient devant recevoir une 2^{ème} pose de PICC, il paraît indispensables d'argumenter cette nouvelle pose, notamment si le 1^{er} PICC a été retiré volontairement par le patient. Une réunion associant les radiologues, les prescripteurs et l'équipe opérationnelle d'hygiène permettra de prioriser les actions correctives à mettre en place.

P-112

EVALUATION DE 2 PROTOCOLES DE PRÉPARATION CUTANÉE LORS DE LA POSE DE CHAMBRES À CATHÉTER IMPLANTABLES : CHLORHEXIDINE ALCOOLIQUE 2% VS POVIDONE IODÉE ALCOOLIQUE.

AIRIAU E.⁽¹⁾, **PROUTEAU M.D.**⁽¹⁾, **LORRE G.**⁽¹⁾, **HURLUPE C.**⁽¹⁾, **KAC G.**⁽²⁾

⁽¹⁾ CHD Vendée, LA ROCHE-SUR-YON, FRANCE ;

⁽²⁾ CHD Vendée, LA ROCHE-SUR-YON, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Suite à plusieurs infections inhabituelles survenues sur chambres à cathéter implantables (CCI) en 2010, une évaluation de pratiques professionnelles (EPP) menée de 2010 à 2012 centrée sur la pose des aiguilles de Huber a donné lieu à des mesures correctives. Afin de compléter ce travail, une EPP a été réalisée sur la préparation cutanée lors de la pose de CCI. Une évaluation de 2 protocoles de préparation cutanée a été effectuée en comparant le protocole actuel (povidone iodée (PVI) alcoolique) à un protocole de chlorhexidine alcoolique à 2% (CHX).

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une étude observationnelle prospective de pratiques de type avant-après a été réalisée sur une période de 8 mois : Phase 1 (P1) : protocole PVI en 4 temps de 12/12 à 04/13, puis Phase 2 (P2) : protocole CHX sans détersion en 1 temps avec applicateur stérile de 05/13 à 07/13. Les observations ont été recueillies sur grille standardisée et ont inclus des critères sur les patients, les opérateurs et sur la préparation cutanée. Des questionnaires de satisfaction des médecins poseurs et des IDE pour les soins ont été analysés. Une étude de coût intégrant le coût du matériel, du personnel et des déchets et un recueil prospectif des infections liées aux CCI avec suivi à J30 ont été réalisés.

RÉSULTATS

Sur 246 poses de CCI, 67 observations ont été réalisées (32 en P1, 35 en P2) sur 67 patients : âge moyen 64,5 ans (32-83), ambulatoire 67%, cancer 100%, absence de neutropénie.

La tenue des opérateurs (4) était non conforme dans 45% des cas due au port de coiffe inadéquat (un opérateur). La friction chirurgicale était conforme dans 100%. Les douches préopératoires étaient respectées dans 88% (veille) et 99% (jour de la pose). L'adhérence des champs était conforme dans 67%. La durée de préparation cutanée était significativement réduite en P2 (1,4 mn) par rapport à P1 (11 mn) ($p < 10^{-7}$). Deux médecins sur 4 et 57 IDE sur 57 étaient favorables à l'utilisation du protocole CHX en routine. Le coût unitaire pour CHX était de 5,1 euros pour une pose et de 1,4 euro pour un soin (coût matériel/coût total : 71%) vs 10,2 euros et 2,6 euros respectivement pour PVI (coût personnel/coût total : 69%). Aucune infection liée aux CCI n'a été identifiée sur la période d'étude.

CONCLUSION

Le protocole CHX associé à un temps de préparation réduit et un coût plus faible a été jugé satisfaisant. Aucun événement infectieux précoce n'a été identifié. Son introduction pour les poses et les soins de CCI a nécessité un temps de formation des opérateurs et des utilisateurs.

P-113

RISQUE D'INFECTION PAR LE VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE (VIH) ET LE VIRUS DE L'HÉPATITE C (VHC) EN RELATION AVEC L'EXPOSITION AUX SONDES À ÉCHOGRAPHIE ENDOCAVITAIRE EN FRANCE

BÉNET T.⁽¹⁾, **RITTER J.**⁽²⁾, **VANHEMS P.**⁽³⁾

⁽¹⁾ Hôpital Edouard Herriot, LYON, FRANCE ; ⁽²⁾ Hôpital de la Croix Rousse, LYON, FRANCE ; ⁽³⁾ Hôpital Edouard Herriot, LYON, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le risque d'infection par le VIH et le VHC lié à l'exposition aux sondes à échographie endocavitaire est inconnu. L'objectif était de rechercher si l'exposition aux sondes d'échographie endocavitaires était associée au risque d'infection par le VIH et le VHC.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une analyse d'une cohorte hospitalière incluant tous les patients testés pour le VIH et le VHC dans un CHU entre 2004 et 2012 a été réalisée. Les informations sur les expositions aux échographies endovaginales, transrectales et transoesophagiennes ont été extraites de la base de données hospitalière. Le critère de jugement principal était la séroconversion par le VIH ou le VHC, définie par la présence de ≥ 1 sérologie positive pour le VIH ou le VHC après ≥ 1 sérologie négative dans un intervalle \geq

1 mois. Les critères secondaires étaient la séropositivité VIH ou VHC. L'exposition principale était l'exposition aux sondes à échographie endocavitaire dans les 12 mois. Une régression logistique multivariée, ajustée pour le sexe, l'âge et la période a été réalisée pour évaluer les facteurs liés à la prévalence du VIH et du VHC. L'incidence des séroconversions VIH/VHC a été décrite et modélisée par régression de Cox univarié.

RÉSULTATS

Au total, 50244 et 105995 patients ont été respectivement inclus dans l'analyse de cas prévalents de VIH et de VHC. La séroprévalence pour le VIH et le VHC était respectivement de 1,4% (IC 95% : 1,3-1,5 % ; n=693) et 3,0% (IC 95% : 2,9-3,1 % ; n=3206). La séroprévalence du VIH n'était pas associée à l'exposition antérieure aux sonde endocavitaires ($p=0,18$). L'exposition aux sondes d'échographie transvaginale était associée avec une prévalence inférieure de séropositivité pour le VHC ($p=0,02$). Après analyse multivariée, l'exposition aux sondes endocavitaires n'était pas associée à la séropositivité VIH ou VHC. Respectivement 8232 (19398 patient-années) et 1730 patients (32635 patient-années) ont été inclus dans l'analyse des cas incidents. Parmi eux, 233 et 347 ont été respectivement exposés aux sondes endocavitaires. L'incidence du VIH était de 0,7 (IC 95% : 0,4-1,2 ; n=13) et celle du VHC de 23,3 (IC 95% : 18,5-29,0 ; n=76) pour 10000 patient-années ; aucune séroconversion VIH et 1 séroconversion VHC a été observé chez les patients ayant été exposés ($p=0,64$ et $p=0,69$, respectivement). Le risque relatif de séroconversion VHC en cas d'exposition était de 0,7 (IC 95% : 0,1-4,8).

CONCLUSION

L'exposition aux sondes d'échographie endocavitaires n'a pas été associée à un risque accru d'infection par le VIH ou le VHC dans la population de l'étude.

P-114

ENQUETE SUR L'ENTRETIEN DES SONDES ECHOGRAPHIQUES ENDOVAGINALES ET ENDORECTALES

GABARD A., **CHEVRIE N.**, **BORDERAN G.C.**, **LESERVOISIER R.**, **BINET M.**, **PIOLIN O.**, **PIEDNOIR E.**
Avranches Granville, GRANVILLE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Afin de connaître les pratiques d'entretien des sondes endovaginales et endo-rectales dans l'établissement, un état des lieux a été réalisé auprès des professionnels concernés.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Des questionnaires ont été distribués aux gynécologues, radiologues et internes concernés.

RÉSULTATS

Au total, 15 questionnaires ont été remplis. Seulement 13% des audités connaissent le niveau d'immersion des sondes qu'ils utilisent et 27% d'entre eux savent où retrouver cette information si besoin. L'utilisation d'une gaine de protection pour chaque patient est systématique. Cependant tous les professionnels (60%) ne vérifient pas l'intégrité de la protection après chaque acte. La connaissance d'une procédure adaptée en cas de rupture reste inconnue pour 80% d'entre eux. Une lingette imprégnée de détergent-désinfectant (DD) est utilisée entre deux patients dans 93% des cas. L'immersion de la sonde en cas de rupture de gaine ou présence de souillures n'est jamais réalisée. Enfin, aucun acte de désinfection n'est actuellement tracé.

CONCLUSION

Cette enquête met en évidence l'utilisation généralisée d'une gaine de protection pour chaque acte nécessitant une sonde endovaginale ou endorectale. Entre deux patients la sonde est majoritairement désinfectée avec une lingette préimprégnée de DD. Toutefois, la procédure n'est pas appliquée dans sa totalité (procédure en cas de rupture de gaine, niveau d'immersion des sondes, traçabilité). Des propositions d'axes d'amélioration ont été apportées : information aux praticiens/internes concernant le niveau d'immersion, l'achat de nouveaux bacs d'immersion des sondes, l'affichage dans les salles d'examen d'une fiche technique résumant la conduite à tenir, ainsi qu'une feuille de traçabilité.

P-115

ETUDE PROSPECTIVE SUR L'UTILISATION DES SITES VEINEUX IMPLANTABLES (SIV) AU DOMICILE DES PATIENTS

LEMARIÉ F., AVOINE T., PIVA J.B., LOUIS M.Y., LEBAILLY P.
Centre Francois Baclesse, CAEN, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les sites veineux implantables (SVI) sont des dispositifs médicaux difficiles à surveiller. Nous avons cherché au moyen d'une étude prospective à appréhender leur utilisation dans l'établissement mais surtout au domicile du patient.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Du 1^{er} juin 2013 au 30 septembre 2013 nous avons recueilli toutes les données du dossier des patients chez lesquels un SVI a été mis en place, nous les avons interrogés lors de leur passage dans l'établissement ou contactés par téléphone au moyen d'une grille sur leur ressenti, leur hygiène et l'utilisation du SVI. Nous avons contacté les IDE libérales pour évaluer les pratiques d'utilisation du SVI à leur domicile. Notre étude concerne 76 patients dont 72 ont pu être interrogés.

RÉSULTATS

Le cancer le plus représenté est le cancer du sein (39%), digestif (SGEH) (17%) puis du poumon (16%). Dans 82 % des cas le SVI est exclusivement utilisé à l'hôpital, pour 14% la chimiothérapie est posée dans le service et dépiquée à domicile et 4% conjointement utilisés dans l'établissement et à domicile.

Au cours des échanges, les patients nous ont fait part d'une gêne pour conduire et pour dormir sur le côté. Mais seulement 13% se sentent réellement limités dans leur vie quotidienne.

La majorité des patients ont une hygiène conforme aux recommandations : toilette quotidienne (82%) au savon (92%). Concernant l'utilisation exclusive à domicile les 4 étapes de l'antisepsie sont respectées à 100% mais sans l'utilisation d'un antiseptique alcoolique. Le reflux avant utilisation du SVI est pratiqué à la seringue et réinjecté, le rinçage pulsé après utilisation n'est pas systématique. L'aiguille de Huber entre deux injections discontinues reste en place pendant 7 jours, obturée par un bouchon stérile.

Au total dans cette étude 3 sites infectés, une infection à *Staphylococcus aureus* précoce sans utilisation du site, 2 infections entre j+41 et j+42 respectivement à *Staphylococcus aureus* et *Klebsiella oxytoca*. Les patients étaient immunodéprimés métastasés, sous corticothérapie hautes doses et leur SVI utilisé pour chimiothérapie.

Des études précédentes incriminaient le domicile du patient en cas d'infection du SVI. Dans notre échantillon l'utilisation du site à domicile reste exceptionnelle et le plus souvent chez des patients à l'état général dégradé, favorable au risque infectieux.

CONCLUSION

Un autre volet de cette étude consistera cependant à travailler avec les IDE à domicile, pour les guider vers des pratiques plus en accord avec les recommandations et à réévaluer les pratiques dans l'établissement pour une meilleure prise en charge de nos patients.

P-116

SYSTÈME D'HUMIDIFICATION DES INCUBATEURS CONTAMINÉS. QUEL RISQUE POUR LES NOUVEAUX-NÉS ?

NEULIER C., GABIANE S., LOMONT A., BRETON N., LE BRIS P., GADAUD D., PANGON B., MERRER J.
CH de Versailles, LE CHESNAY CEDEX, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les incubateurs sont des dispositifs médicaux (DM) avec un système de circulation d'eau permettant de réguler l'hygrométrie à l'intérieur de l'enceinte. Tous les DM avec un circuit d'eau sont susceptibles d'être contaminés et sont donc de potentiels vecteurs d'infections nosocomiales.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Lors de la mise en place d'un protocole de bionettoyage après acquisition de 4 nouveaux incubateurs, des prélèvements de surface et d'eau ont été instaurés : après bionettoyage pour les prélèvements de surface, ou sur des incubateurs en fonctionnement pour les prélèvements du bac à eau.

RÉSULTATS

2 prélèvements de surfaces sur 56 étaient non conformes soit 3,6%, témoignant d'une bonne qualité du bionettoyage. Par contre, 4 incubateurs sur 5 avaient leur système d'eau contaminé par *Ralstonia pickettii*. Les 5 incubateurs sont de la même marque mais les 4 appareils contaminés sont ceux nouvellement acquis (modèle de dernière génération). Les investigations complémentaires ont permis d'incriminer une valve plastique à ressort située au fond du bac à eau (fig 1), non démontable en routine, probablement porteuse d'un biofilm dans laquelle la bactérie a été retrouvée. L'origine de cette contamination n'a pas été retrouvée (flacons d'eau stérile, eau du réseau, flacons de désinfectants étaient tous stériles), une contamination en usine avant livraison n'a pas pu être testée. En revanche, *R. pickettii* n'a jamais été retrouvée à l'intérieur de l'enceinte, que cela soit lors des prélèvements de surface des incubateurs en fonctionnement ou lors des prélèvements de la vapeur d'eau condensée à la sortie du circuit d'eau dans l'enceinte.



figure 1 : valve plastique du bac à eau

CONCLUSION

L'origine de la contamination de la valve n'a pas été retrouvée. Toutefois, l'absence de prélèvement positif à l'intérieur de l'habitacle s'explique probablement par la conception de l'appareil qui comprend un système de bouilloire entraînant une ébullition avant nébulisation dans l'enceinte. Cela reste cependant à démontrer quels que soient l'inoculum et la bactérie incriminée. Par ailleurs, les incubateurs comprenant des systèmes piézoélectriques pourraient ne pas être aussi rassurants.

P-117

PROFIL BACTÉRIOLOGIQUE ET RÉSISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES DES MÉNINGITES NOSOCOMIALES DANS UN SERVICE DE RÉANIMATION POLYVALENTE

BOUGUERRA C.⁽¹⁾, SALLAMI W.⁽²⁾, YOUSFI M.A.⁽²⁾, FERJANI M.⁽²⁾, BELLAJ R.⁽²⁾

⁽¹⁾ Hôpital militaire de Tunis, TUNIS, TUNISIE ; ⁽²⁾ Hôpital militaire de Tunis, TUNIS, TUNISIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les méningites nosocomiales (MN) sont des complications infectieuses graves. Le but de ce travail était d'étudier le profil bactériologique ainsi que le profil de résistance aux antibiotiques des bactéries incriminées dans les MN.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Etude rétrospective réalisée dans un service de réanimation polyvalente sur une période d'un an, allant de 1 janvier jusqu'au 31 décembre 2010. Critères d'inclusion étaient, patient hospitalisé dans le service au delà de 48 h et ayant une symptomatologie faisant évoquer une méningite avec une bactériologie positive à la ponction lombaire. Les critères de diagnostics des méningites nosocomiales sont ceux de la SFHH.

RÉSULTATS

Nous avons colligés au cours de cette période 15 cas de MN. L'âge moyen de nos patients était de 51 ans avec une légère prédominance masculine (53%). Dix cas de méningite sont survenues en postopératoire (volet décompressif, tumeur cérébral, AVC hémorragique...) et 5 cas consécutif à la mise en place d'une dérivation ventriculaire. Le profil bactériologique était dominé par BGN qu'ont été isolées dans 12 cas : *Acinetobacter Baumannii* (n=8), *Klebsiella pneumonia* (n=3) et *Pseudomonas aereuginosa* (n=1). Le *Staphylococcus aureus* a été isolé dans 3 cas. Les taux moyen de résistance aux antibiotiques pour les BGN étaient : imipinème (75%), céfotaxime (60%), ceftazidime (50%), ticarcilline (62%),

pipéracilline (50%), amikacine (50%), ciprofloxacine (50%), rifampicine (45%) et sulfaméthoxazole-triméthoprime (30%). Les souches de *staphylococcus aureus* étaient toutes résistantes à la méticilline et résistante à la gentamicine (60%), rifampicine (15%), fosfomycine (10%), et le sulfaméthoxazole-triméthoprime (60%) et 100% sensibles aux glycopeptides.

CONCLUSION

Les méningites nosocomiales constituent des complications infectieuses rares mais graves qui peuvent engager le pronostic aussi bien fonctionnel que vital.

P-118

ETUDE COMPARATIVE DE L'IMPACT DE L'UTILISATION DES CATHÉTERS CENTRAUX IMPRÉGNÉS D'ARGENT PAR RAPPORT AUX CATHÉTERS STANDARDS SUR L'INCIDENCE DES INFECTIONS EN RÉANIMATION

YOUSFI M.A.⁽¹⁾, **BOUGUERRA C.**⁽²⁾, **BELLAJ R.**⁽²⁾

⁽¹⁾ Hôpital militaire de Tunis, TUNIS, TUNISIE ; ⁽²⁾ Hôpital militaire de Tunis, TUNIS, TUNISIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans le but de limiter les infections sur cathéters veineux centraux (CVC), les fabricants ont eu recours à l'imprégnation de ces dispositifs à l'argent, métal connu pour ses propriétés antibactériennes.

L'objectif de cette étude est de discuter l'efficacité des cathéters imprégnés d'argent en matière de diminution de l'incidence des infections en milieu de réanimation.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude prospective comparative randomisée réalisée sur une période de six mois dans un service de réanimation polyvalente. Les critères d'inclusion étaient patients hospitalisés dans le service nécessitant un voie d'abord veineux centrale et ne présentant pas un état septique. 80 patients ont été inclus dans cette étude qui se répartissaient entre 40 patients porteurs de CVC standards et 40 patients porteurs de CVC imprégnés d'argent. En absence d'état septique la durée maximal d'utilisation de CVC est de 7 jours pour le standard contre 14 jours pour l'imprégné. Les critères de diagnostic d'infection sur CVC sont ceux de la SFHH.

RÉSULTATS

Les deux groupes étaient comparables points de vue : âge, sexe et les antécédents pathologiques chroniques.

L'incidence des infections sur CVC était de 24,6 infections par 1000 jours cathéters pour le standard, contre 22,1 infections par 1000 jours cathéters pour l'imprégné. Pas de différence statistiquement significative entre le 2 groupes.

Le profil bactériologique était dominé dans les deux groupes par de cocci gram positifs.

CONCLUSION

L'utilisation de CVC imprégnés d'argent non pas d'apport sur la diminution des infections sur cathéters

P-119

PROTECTION ET ENTRETIEN DES SONDES D'ÉCHOGRAPHIE ENDOCAVITAIRE

CRÉGUT-CORBATON J., **ASTRUC C.**, **LEFEBVRE A.**, **FAGNONI P.**, **AHO-GLEGLE L.S.**
CHU de Dijon, DIJON, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'échographie endocavitaire nécessite une sonde, dispositif médical pouvant être à l'origine d'une transmission croisée de microorganismes. Une désinfection adaptée de la sonde après chaque acte est impérative. Des études sont venues bouleverser le bienfondé des recommandations nationales. Les objectifs de notre travail ont été de mener une revue de la littérature à propos de la protection et de l'entretien des sondes d'échographie endocavitaire, puis de proposer des recommandations prenant en compte les résultats des dernières études.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous avons mené une revue de la littérature, en limitant nos recherches aux sondes pour échographies endovaginales et endorectales, à l'exclusion des examens biopsiques. Les documents recueillis ont été analysés selon 4 critères : types de microorganismes, méthodes de désinfection/stérilisation, gel d'échographie et perméabilité des dispositifs de protection.

RÉSULTATS

Les 38 références obtenues couvrent la période de 1989 à 2013. Selon l'acte et sa localisation, tous les microorganismes peuvent être retrouvés sur une sonde endocavitaire en post-examen malgré la gaine. Les sondes traitées par désinfection de bas niveau entre 2 patients (recommandations françaises) sont contaminées dans 30% des cas par des bactéries et 1,6 à 4,5% des cas par le virus HPV, selon les objets testés. Aucune contamination n'est retrouvée après l'utilisation de gaine suivie d'une désinfection de niveau intermédiaire. Le rôle du

gel a été établi comme vecteur et milieu de développement dans une épidémie nosocomiale. Les dispositifs de protection (gaines ou préservatifs) sont perforés dans 2 à 10% des cas. Aucun article ne mentionne la possibilité de contaminations lors des prélèvements.

CONCLUSION

Notre étude montre que les échographies endocavitaires peuvent être source d'infections nosocomiales. La présence de gaine ne devrait plus être une alternative à la désinfection de niveau intermédiaire. En fin de programme, une désinfection de haut niveau serait préférable. Le gel d'échographie doit être stérile et en dose unique. La gaine utilisée comme protection doit être choisie en fonction de l'appareil d'échographie et changée entre chaque patient. Les résultats de la revue de la littérature incitent à revoir les recommandations françaises actuelles.

P-120

SURVEILLANCE DES ENDOSCOPES : NON CONFORMITE ET DEMARCHE D'ANALYSE DES CAUSES

BATAILLER P.⁽¹⁾, SHUM CHEONG SING J.⁽¹⁾, FESTINESE V.⁽²⁾, FALCONNET P.A.⁽³⁾, CROIZE J.⁽¹⁾, MALLARET M.R.⁽¹⁾, DUCKI S.⁽¹⁾
⁽¹⁾ CHU de Grenoble, LA TRONCHE, FRANCE ; ⁽²⁾ Clinique Chartreuse, VOIRON, FRANCE ; ⁽³⁾ Laboratoire Noviale, VOIRON, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les contrôles microbiologiques des endoscopes thermosensibles représentent un élément essentiel de l'assurance qualité en endoscopie. Les recommandations 2007 du CTINILS proposent, en cas de non-conformité, la mise en œuvre de mesures correctives dès que le niveau cible est dépassé.

Cette étude exposera la démarche d'analyse des causes ayant permis d'identifier la source de contamination responsable de résultats non conformes via la surveillance des résultats des prélèvements d'endoscopes.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'établissement MCO de 65 lits dispose d'un parc de 22 endoscopes. L'entretien des endoscopes est réalisé avec 2 laveurs désinfecteurs Adaptascope® (nettoyage manuel préalable). Les endoscopes sont prélevés au moins une fois par an dans le cadre du programme de surveillance, systématiquement après maintenance, après un prêt et sur les appareils neuf. Les analyses sont réalisées conformément aux recommandations, par du personnel formé, avec un soluté de décrochage (DNP Thiosulfate).

RÉSULTATS

Sur 17 analyses réalisées sur les 8 premiers mois de l'année, on notait une seule non-conformité d'un gastroscopie (11 UFC flore totale et absence de pathogène) soit 94% de conformité. Les 3 endoscopes prélevés en août 2012, de retour de maintenance (2 coloscopes et 1 gastroscopie) étaient non conformes (12, 15 et 20 UFC, absence de pathogènes). Une procédure renforcée a été réalisée et les 3 analyses de contrôle montraient la persistance voire l'augmentation de la contamination (13, 20 et 60 UFC). En parallèle, un audit des pratiques a révélé une bonne gestion du nettoyage des endoscopes. Les analyses d'eau sur les laveurs désinfecteurs étaient conformes, aucun dysfonctionnement sur l'automate n'a été recensé. L'analyse du gastroscopie canal par canal montrait une contamination des 3 canaux (15, 19 et 25 UFC). Enfin, un test avec une autre solution de DNP et d'autres flacons de prélèvement a permis de mettre en exergue la stérilité du soluté de recueil des endoscopes mis dans les nouveaux flacons. En revanche, la contamination était toujours présente avec le nouveau soluté et les anciens flacons. La mise en culture des flacons concernés a mis en évidence une forte contamination par Bacillus. Toutes les analyses suivantes s'avéreront conformes.

CONCLUSION

Ce retour d'expérience montre que la surveillance des endoscopes et en particulier de l'évolution des résultats peut permettre d'identifier des situations critiques. Un autocontrôle régulier du matériel de prélèvement pourrait être à discuter. Cet incident a fait l'objet d'un signalement de réactovigilance auprès du fournisseur.

P-121

INVESTIGATION D'UNE SUSPICION DE LÉGIONELLOSE : RETOUR D'EXPÉRIENCE SUR L'IMPORTANCE DE L'ENTRETIEN DES APPAREILS DE VENTILATION POUR TRAITEMENT DES APNÉES DU SOMMEIL

DENIS C.⁽¹⁾, MAHUL P.⁽²⁾, AOUFFEN M.⁽³⁾, MATTEI A.⁽¹⁾, GAGNAIRE J.⁽¹⁾, BESSON C.⁽³⁾, BARDON G.⁽³⁾, JARRAUD S.⁽⁴⁾, BERTHELOT P.⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU de Saint-Etienne, SAINT-ETIENNE, FRANCE ; ⁽²⁾ Hopital Privé de la Loire, SAINT-ETIENNE, FRANCE ; ⁽³⁾ Centre hospitalier Claudinon, CHAMBON FEUGEROLLES, FRANCE ; ⁽⁴⁾ CHU de Lyon, LYON, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Investiguer une suspicion de légionellose chez une patiente

poly pathologique, hospitalisée dans un établissement de soins de suite et de rééducation, utilisant régulièrement un appareil de ventilation pour traitement d'apnées du sommeil.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Recueil des données cliniques, paracliniques et épidémiologiques. Pour le diagnostic de légionellose, une culture et une PCR sur les sécrétions trachéales de la patiente, des recherches d'antigènes urinaires et des sérologies ont été pratiquées. Les points d'eau de la chambre, de la douche de la patiente, eau du réservoir de l'appareil de ventilation ainsi que d'autres points d'eau du service ont été prélevés. Les actions de contrôle ont consisté en une purge et pose de filtres anti légionnelles sur les points d'eaux.

RÉSULTATS

La patiente a été mutée en réanimation pour pneumopathie du lobe inférieur gauche avec 2 sérologies urinaires positives pour *Legionella pneumophila* de sérogroupe 1. Les sérologies légionelles sont restées négatives et ni la culture ni la réalisation d'une PCR sur les sécrétions trachéales de la patiente n'ont mis en évidence de *Legionella pneumophila*. Il n'a pas été retrouvé d'autre documentation microbiologique de cette pneumopathie, mais un portage digestif de *Klebsiella Pneumoniae* BLSE. Le traitement par spiramycine et imipénème a permis la guérison de la pneumopathie. Tous les résultats de prélèvements d'environnement, y compris l'eau du réservoir ont été retrouvés négatifs pour la recherche de *Legionella pneumophila*. L'eau du réservoir a été retrouvée contaminée par une flore contenant *Pseudomonas aeruginosa* et *Sphingomonas paucimobilis* (eau du robinet et non changée régulièrement associée à un entretien déficient de l'appareillage).

CONCLUSION

Le prélèvement de l'eau stagnante du réservoir de l'appareil de ventilation n'a pu déceler la présence de légionelles possiblement en raison d'une flore interférente conséquente. Aucune autre source de contamination n'a été retrouvée et le diagnostic de légionellose est incertain. Cet épisode souligne l'importance des pratiques d'utilisation et d'entretien de l'appareil d'apnée du sommeil et la gestion de l'eau. La procédure d'utilisation et de nettoyage désinfection de ce type d'appareil élaborée par les prestataires a été jugée incomplète. Les résultats de cette investigation confirment les très récentes recommandations de l'ANSM concernant l'entretien de ce type d'appareil au domicile des patients mais aussi dans les structures de santé accueillant ces patients.

P-122

ANALGÉSIE INTRATHÉCALE : DÉMARCHE DE GESTION A PRIORI DU RISQUE INFECTIEUX

TEQUI B.⁽¹⁾, MELIX E.⁽²⁾, DUPOIRON D.⁽²⁾

⁽¹⁾ Institut de Cancérologie de l'Ouest, ANGERS, FRANCE ;

⁽²⁾ Institut de Cancérologie de l'Ouest, ANGERS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La sédation de la douleur reste un enjeu majeur en oncologie malgré une augmentation du recours aux morphiniques (>300% en 20 ans). 50 à 75 % des patients présentent des douleurs d'intensité très forte dans 1/3 des cas. Les accès paroxystiques, les douleurs neuropathiques, la survie prolongée et la sous-estimation du problème expliquent l'absence d'amélioration. L'analgésie intrathécale est recommandée pour les douleurs cancéreuses réfractaires. Elle peut être réalisée à l'aide d'un dispositif médical implanté : la pompe intrathécale (PIT) technique invasive, innovante, efficace, de mise en œuvre lourde pour laquelle une analyse a priori des risques est importante.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Spécialisé en oncologie l'établissement assure un recours pour les douleurs réfractaires. L'analgésie intrathécale est une orientation stratégique prioritaire. L'administration par dispositif médical implanté présente des avantages en termes d'autonomie, de risque infectieux, de sécurisation du traitement et d'efficacité de l'analgésie. En revanche elle est consommatrice de ressources. Une démarche préalable d'identification des risques a été menée. L'analyse de processus a été choisie pour un parcours de soins complexes et a permis d'identifier des mesures de prévention ou d'atténuation.

RÉSULTATS

L'identification des risques avant implantation met en évidence la nécessité d'une évaluation multidisciplinaire associant oncologue, anesthésiste, pharmacien, soins de supports et généraliste pour assurer la pertinence de l'acte et la coordination des différents examens. Les risques les plus critiques à la phase d'implantation de la PIT sont techniques, infectieux et médicamenteux. Pour la gestion au long cours des remplissages de PIT, c'est le risque infectieux qui est le plus critique. Les mesures de sécurisation du risque infectieux identifiées par le responsable de l'activité et l'EOH sont

- asepsie chirurgicale stricte, antibioprophylaxie, formation pour la pose de PIT
- formation à l'asepsie chirurgicale stricte réalisée par l'EOH auprès des IDE identifiées pour le remplissage de PIT
- préparations médicamenteuses réalisées à la pharmacie sous hotte à flux d'air laminaire avec transport conditionné.

CONCLUSION

La PIT technique innovante de mise en œuvre difficile et consommatrice de ressources nécessite des équipes spécialisées. Le risque infectieux est un risque majeur tout au long de l'utilisation de ce Dispositif Médical Implanté : pose, remplissage de pompe. Sous réserve de la maîtrise des risques, la PIT permet un allongement de la survie des patients tout en améliorant leur qualité de vie.

P-123

RÉALISATION D'UNE SURVEILLANCE DES COMPLICATIONS POST CORONAROGRAPHIQUES

BROCHART-MERLIN J.⁽¹⁾, **DECAYEUX C.**⁽¹⁾, **JARRY G.**⁽²⁾, **BOUHSANE L.**⁽²⁾, **GANRY O.**⁽¹⁾, **ADJIDE C.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Service d'épidémiologie, hygiène hospitalière et santé Publique, CHU, AMIENS, FRANCE ; ⁽²⁾ USIC, CHU, AMIENS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En 2012, suite au remplacement du lavage chirurgical par la friction chirurgicale, les cardiologues ont souhaité mettre en place une surveillance des complications, notamment infectieuses, survenant à la suite des coronarographies et des angioplasties (CA). L'objectif principal était d'évaluer le nombre de complications et d'étudier leurs caractéristiques.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une surveillance prospective a été réalisée sur 6 mois. Les CA effectuées de février à juillet 2012 ont été incluses. Une infirmière des soins intensifs cardiologiques et titulaire d'un diplôme d'attachée de recherche clinique a été affectée au suivi et au rappel de tous les patients. Les critères principaux recherchés lors de l'appel étaient la survenue de fièvre, de signes d'inflammation ou d'hématome au niveau du point de ponction. Un patient pouvait avoir subi plusieurs actes sur la période. Les CA effectuées sur un même patient mais sur des voies d'abord différentes ont été incluses quel que soit le délai entre les actes. Si les CA avaient été réalisées sur la même voie d'abord à moins de 15 jours d'intervalle, le 1^{er} acte a été exclu de l'analyse. Si le délai entre les 2 actes était supérieur à 15 jours, les deux CA ont été retenues. De plus, une période de suivi inférieure à 15 jours (principalement en cas de décès précoce d'origine cardiaque) constituait aussi un critère d'exclusion. Une analyse descriptive des données a été faite.

RÉSULTATS

Sur les 6 mois, 646 coronarographies et/ou angioplasties ont été recensées. Elles concernaient 574 patients (59 ayant eu deux et 7 trois gestes). Le sex ratio était de 2,5 et l'âge moyen de 66,3 ans [minimum 30,9 ; maximum 94,3].

Au final, 615 actes ont été étudiés (31 exclusions). Les voies d'abord primaires étaient principalement la voie radiale droite (58,0 %) et la voie fémorale droite (32,0 %). Le délai moyen d'appel par l'infirmière était de 42 jours après l'acte.

Sur ces 615 actes, 50 (7,7 %) ont été suivis de complications du point de ponction mais pour 76 (11,7 %), l'information était manquante. Aucune complication infectieuse n'a été recensée. On a dénombré une thrombose artérielle. Les deux symptômes les plus fréquents étaient l'hématome (N=39 ; 6,3 %) et la douleur (N=23 ; 3,7 %).

CONCLUSION

Cette surveillance n'a pas permis d'identifier d'infection associée à la CA. Son objectif était original et intéressant mais la méthode était lourde, chronophage et exigeante en moyens humains. Cette surveillance mérite d'être reconduite avec cependant une méthodologie mieux adaptée, allégée et plus efficiente.

P-124

RETOUR D'EXPERIENCE : CAS GROUPES DE BACTERIEMIES A STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN CHIRURGIE CARDIAQUE

CHAPUIS C.⁽¹⁾, **GUICHARD G.**⁽²⁾, **FRANCOISA.**⁽³⁾, **GIOVANNI G.**⁽²⁾, **HAYO F.**⁽²⁾, **BATTAGLIOTTI P.**⁽¹⁾, **ISSARTEL B.**⁽²⁾

⁽¹⁾ Hospices Civils de Lyon, SAINT GENIS LAVAL, FRANCE ;

⁽²⁾ Clinique du TONKIN, VILLEURBANNE, FRANCE ; ⁽³⁾ CBM69 - Centre de Biologie Médicale de Bayard, VILLEURBANNE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La gestion des risques a posteriori repose sur la déclaration de tout évènement indésirable et la conduite d'une démarche d'analyse des causes. Nous rapportons les étapes d'une enquête et des actions menées suite à la notification de 3 cas de bactériémies à Staphylococcus aureus. Ceux-ci sont survenus chez des patients en chirurgie cardiaque porteurs de valves et de voie veineuse centrale (VVC).

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une description des cas, du parcours de chaque patient et des actes invasifs pratiqués a été réalisée ainsi qu'une recherche des cas secondaires. Une réunion de crise a permis de dégager des points critiques concernant la gestion des patients, d'identifier les barrières existantes et de concevoir le plan d'actions en réduction des risques.

RÉSULTATS

Deux patients ont été opérés le même jour et le troisième une semaine plus tard. 2 d'entre eux ont présenté une probable endocardite infectieuse avec mise en évidence de *S. aureus* au niveau de leur VVC. Celle du 3^{ème} patient est restée stérile. Aucun cas secondaire n'a été retrouvé. Les phénotypes de résistance différents puis l'analyse des souches ont permis d'exclure une transmission croisée. Les investigations ont été ciblées sur le risque lié aux VVC. L'analyse des causes a mis en évidence l'implantation fréquente du cathéter sur le site jugulaire, l'absence de protocole de pose, une traçabilité incomplète de la pose du cathéter, de la gestion des voies et un décollement répété des pansements. Il a été retrouvé pour chacun des patients des facteurs de risques contributifs (IMC élevé, agitation). L'audit des pratiques concernant la pose de VVC au bloc opératoire a permis de dégager des axes d'amélioration, puis la rédaction d'un protocole. Une évaluation des bonnes pratiques de manipulation des voies veineuses et de la réfection des pansements a été conduite en salle de réveil, dans les services de réanimation et de chirurgie. L'observance des pratiques d'hygiène s'est révélée satisfaisante. Les résultats ont été présentés aux acteurs concernés. L'utilisation de la check-list proposée par la HAS sera bientôt généralisée.

CONCLUSION

L'ensemble des acteurs concernés (chirurgiens, anesthésistes, infectiologue, cadres de santé, biologiste, hygiénistes) ont été particulièrement réactifs à la survenue de cet épisode, l'analyse des causes ayant été menée de manière pluridisciplinaire. Cette méthode constructive s'intègre pleinement dans le dispositif de gestion des risques de l'établissement en permettant d'instaurer une démarche d'amélioration des pratiques professionnelles. La pérennisation des actions correctrices sera évaluée à distance.

P-125

PERCEPTION PAR LES PATIENTS DE LA DOUCHE PRE-OPERATOIRE

BATTAGLIOTTI P.⁽¹⁾, **FONT-DUBARRY L.**⁽²⁾, **HAYO F.**⁽³⁾, **IBANEZ S.**⁽⁴⁾, **MONTERRAT J.**⁽⁵⁾, **LARROUMES N.**⁽¹⁾, **CHAPUIS C.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Hospices Civils de Lyon, SAINT-GENIS-LAVAL, FRANCE ; ⁽²⁾ Clinique du PARC, LYON, FRANCE ; ⁽³⁾ Clinique du TONKIN, VILLEUBANNE, FRANCE ; ⁽⁴⁾ Clinique du VAL d'OUEST, ECULLY, FRANCE ; ⁽⁵⁾ Hôpital Privé Jean MERMOZ, LYON, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La prise en charge chirurgicale ambulatoire se généralise et nécessite une autonomie des patients dans leur préparation

cutanée. L'enjeu pour les équipes d'hygiène est de favoriser la qualité de cette préparation, y compris à domicile, tout en prenant en compte les recommandations de bonnes pratiques émises par la Société Française en Hygiène Hospitalière en 2013 : réalisation d'au moins une douche pré-opératoire avec un savon antiseptique ou non. Les objectifs de cette étude sont de décrire la perception des patients quant aux modalités et à l'efficacité de la douche pré-opératoire.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

La population incluse est constituée de patients réalisant une douche pré-opératoire dans le cadre d'une prise en charge ambulatoire ou d'hospitalisation le matin de l'intervention. L'outil de mesure est le questionnaire administré. Les critères retenus concernent les caractéristiques de la population interrogée, les modalités de la douche réalisée et les éléments de perception de ce temps d'hygiène corporelle.

RÉSULTATS

Cette enquête multicentrique s'est déroulée dans 4 établissements de santé privés, inclut 200 patients et concerne 10 spécialités chirurgicales. L'information concernant les modalités de la préparation cutanée est dispensée majoritairement par le chirurgien ou sa secrétaire. Elle est déclarée comme étant claire par la plupart des patients. Plus de 80% ont réalisé une douche avec un produit type povidone iodée, cheveux compris, le plus souvent le matin (2/3). L'hygiène corporelle est perçue à 95% comme étant une bonne mesure pour limiter les infections et devant garder un caractère obligatoire. Moins d'un quart des patients auraient préféré utiliser leur produit d'hygiène habituel pour des raisons cosmétiques ; néanmoins, ils considèrent que celui-ci ne serait pas suffisamment efficace pour une bonne préparation de la peau.

CONCLUSION

Il s'agit d'une enquête déclarative, sur un échantillon de population restreint. Pour les patients la notion d'hygiène corporelle est corrélée à celle de la prévention de l'infection; la douche préopératoire représente un temps incontournable de préparation qui ne doit pas être banalisé par l'utilisation d'un produit non spécifique comme le savon doux ou le gel douche. L'éventuel abandon de l'utilisation du savon antiseptique au profit d'un produit usuel nécessitera donc une réflexion partagée entre les équipes chirurgicales et l'équipe opérationnelle d'hygiène afin d'instaurer une nouvelle démarche éducative des patients.

P-126

ANALYSE RÉTROSPECTIVE DES SIGNALEMENTS D'ENDOPHTALMIES DANS L'INTER RÉGION NORD ENTRE JANVIER 2010 ET DÉCEMBRE 2013

ELGHOUATI E.⁽¹⁾, **AGGOUNE M.**⁽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

Les endophtalmies (Endoph) sont des infections des structures endo-oculaire rares (incidence entre 0,20 et 0,38% des infections du site opératoire) mais potentiellement graves. Elles répondent aux critères du signalement externe (SIN) des infections associées aux soins. Nous rapportons ici les données 2010-2013 d'un des 5 Centres de coordination de lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN).

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Pour chaque SIN, une fiche standardisée indique l'établissement de santé, la date de l'infection, le nombre et le site et son motif. Des informations utiles peuvent venir en complément. L'ensemble est adressé au CCLIN. Les renseignements recueillis sont saisis sur une base de données permettant la gestion et le suivi des signaux ainsi reçus.

RÉSULTATS

De janvier 2010 à décembre 2013, 2283 SIN sont parvenus au CCLIN. Sur ces SIN, 102 étaient émis par 44 établissements de santé mentionnaient le terme Endoph et concernaient 117 patients. Il s'agissait de 93 SIN de cas isolés et de 9 SIN de cas groupés. Parmi ces cas groupés, on a dénombré 6 cas groupés d'Endoph post-chirurgie de la cataracte (2 signalements pour 4 patients, 4 SIN regroupant 2 patients), 2 cas groupés d'Endoph post-injection intra-vitréenne (IVT) (2 SIN concernant 3 patients). Enfin pour 2 des 102 SIN, les données sont restées indisponibles. Les circonstances de survenue des Endoph ont été précisés chez 82/117 (70%) patients. On dénombre principalement 55/82 (67%) Endoph post-chirurgie de la cataracte, 15/82 (18%) Endoph post IVT, 5/82 (6%) Endoph post-vitrectomie isolée.

Les Endoph ont été documentées dans 58/117 (49%) des cas. Les principaux microorganismes identifiés ont été : *Staphylococcus epidermidis* n=13/58 (22%), *S. aureus* n= 6/58(10%), *Streptococcus pneumoniae* n=6/58 (10%). Les enquêtes menées tant par les équipes locales que par les structures d'appuis n'ont pas permis de mettre en évidence

de défaut majeur de bonnes pratiques. La préparation du site opératoire n'était pas le seul objectif des investigations menées. Depuis la mise en place du dispositif en 2001, la fréquence de survenue, le nombre et la répétition des cas ont parfois conduit (n=24) à la mise en place d'audits de structure et d'organisation. Ces approches souvent multifacettes ont permis d'obtenir une meilleure maîtrise du risque.

CONCLUSION

Les Endoph demeurent des infections rares. Du fait de leur gravité potentielle, la mise en place de démarches structurées principalement basées sur la capitalisation des différents retours d'expériences devraient permettre la mise en place de systèmes de surveillance et de prévention du risque plus efficaces.

P-127

HARMONISATION DES PRATIQUES D'HYGIÈNE AUTOUR DU TRAITEMENT DES DISPOSITIFS UTILISÉS POUR LES SOINS RESPIRATOIRES EN HOSPITALISATION À DOMICILE

OLLIVIER Y.⁽¹⁾, **BAGHDADI N.**⁽¹⁾, **MATURSKI A.L.**⁽²⁾, **LEULIET A.**⁽²⁾, **GALLET S.**⁽³⁾, **MERSSEMAN D.**⁽⁴⁾, **DEGRAEVE H.**⁽⁴⁾, **CARTON I.**⁽⁴⁾, **WASCHEUL D.**⁽⁵⁾, **BADACHEL.**⁽⁵⁾, **VISEUR M.**⁽⁶⁾, **DUBOIS M.**⁽⁷⁾, **TAILLARDAS F.**⁽⁷⁾, **DUCROCQ M.**⁽⁷⁾, **TOUATI S.**⁽⁸⁾, **DOYELLE M.**⁽⁸⁾, **VANDROMME A.**⁽⁹⁾, **DESBUQUOIT N.**⁽⁹⁾, **BECUWE J.**⁽¹⁰⁾, **MECHKOUR S.**⁽¹⁾, **BLANCKAERT K.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Arlin Nord Pas de Calais, LILLE CEDEX, FRANCE ; ⁽²⁾ HAD du Béthunois, BRUAY-LA-BUISSIÈRE, FRANCE ; ⁽³⁾ HAD Mutualité Française Nord, FLERS-EN-ESCREBIEUX, FRANCE ; ⁽⁴⁾ HAD Flandre Lys, HAZEBROUCK, FRANCE ; ⁽⁵⁾ HAD du Hainaut, VALENCIENNES, FRANCE ; ⁽⁶⁾ HAD Santé services, LENS, FRANCE ; ⁽⁷⁾ HAD du Littoral, BERCK SUR MER, FRANCE ; ⁽⁸⁾ HAD Santélyls, LOOS, FRANCE ; ⁽⁹⁾ HAD Hopidom CHRU Lille, LILLE, FRANCE ; ⁽¹⁰⁾ HAD Synergie, LOMME, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'assistance respiratoire est un des 4 modes de prises en charge principaux en Hospitalisation à Domicile(HAD). La gestion des dispositifs médicaux (DM) relatif aux soins respiratoires qui en découlent, s'avèrent complexe. Plusieurs intervenants peuvent assurer ces soins (l'HAD, le prestataire de service, le patient ou sa famille). La littérature nous offre peu de recommandations. Dans le cadre du groupe de travail régional inter-HAD, plusieurs dysfonctionnements ont été signalés lors de la gestion de ces DM. L'objectif de ce travail a été d'élaborer un référentiel d'hygiène sur le traitement des DM destinés aux soins respiratoires.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous avons d'abord colligé les données sur les pratiques existantes des HAD, de la littérature, ainsi que des recommandations des fabricants et prestataires. Ces éléments ont été repris dans un tableau pour chaque DM, permettant ainsi leur mise en perspective en fonction du type d'usage, de la fréquence de changement, du mode d'utilisation et du traitement. Sur la base de ces tableaux, un consensus du groupe a permis d'établir des recommandations harmonisant les pratiques.

RÉSULTATS

10 des 13 HAD régionales ont participé à ce travail. Les soins respiratoires ont été classés par thème: oxygénothérapie, aerosolthérapie, ventilation, aspiration. 16 DM ont été recensés. Pour chaque DM les pratiques s'avèrent très hétérogènes.

Par exemple, en HAD les sondes peuvent être changées à chaque aspiration ou quotidiennement. Pour les bouches de recueil d'aspiration, on répertorie 5 modes de traitement différents allant du rinçage à l'eau par la famille à l'usage unique(UU).

Quand aux prestataires, ils fournissent une sonde par jour alors que les CCLIN recommandent l'UU. Pour les bouches, les prestataires préconisent tous un protocole d'entretien spécifique: eau savonneuse puis rinçage à l'eau bouillie ou désinfection à l'eau de Javel ou avec du Milton. Le CCLIN quant à lui recommande un matériel à patient unique pour 7 jours.

Le groupe de travail s'est donc positionné au regard de ces données.

CONCLUSION

Ce travail de consensus a permis d'établir un référentiel commun qui pourra être évalué dans un second temps. Il serait toutefois intéressant d'étendre la démarche aux prestataires de service. D'autant plus que des inspections de l'ANSM sur ceux-ci, réalisées entre 2011 et 2013, montraient des non-conformités lors de la gestion de ces dispositifs et qu'une exigence de formation sur le risque infectieux préparant à la fonction de prestataire de service et distributeur existe un arrêté du 23 décembre 2011.

P-128

ABSENCE D'INTERACTION ENTRE L'ÂGE ET LE DOUBLE GREFFON MAMMAIRE SUR LA PROBABILITÉ DE SURVENUE D'UNE INFECTION DU SITE OPÉRATOIRE (ISO).

LUZURIER Q.⁽¹⁾, LE GUILLOU V.⁽²⁾, LOTTIN M.⁽¹⁾, PETEL T.⁽¹⁾, VERMEULIN T.⁽³⁾, MARINI H.⁽¹⁾, BÉNICHOU J.⁽³⁾, BESSOU J.P.⁽²⁾, MERLE V.⁽¹⁾, CZERNICHOV P.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Département d'Epidémiologie et de Santé Publique, CHU-Hôpitaux de Rouen, ROUEN, FRANCE ; ⁽²⁾ Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire, CHU-Hôpitaux de Rouen, ROUEN, FRANCE ; ⁽³⁾ Unité de Biostatistiques, CHU-Hôpitaux de Rouen, ROUEN, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'utilisation d'un double greffon mammaire, de meilleure longévité que les greffons saphènes, est associée à un risque supérieur d'ISO. Notre objectif était de rechercher si ce risque est majoré chez les patients âgés.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une surveillance continue des ISO incluant l'ensemble des patients opérés est en place depuis plus de 10 ans dans le service de chirurgie cardiaque. Les critères diagnostiques d'une ISO sont ceux du CTINILS 2007. Les données suivantes ont été collectées à partir des données de surveillance et de celles du PMSI : âge (<=60, 61-70, >=71 ans), sexe, utilisation d'un simple ou double greffon mammaire, obésité (IMC>=30), diabète, survenue d'une ISO. Une analyse univariée (test de chi-2, calcul du risque relatif RR et de son intervalle de confiance à 95% (IC95%)) a été réalisée ; après recherche d'une interaction statistique entre les variables "double greffon mammaire" et "âge", une régression logistique a ensuite inclus dans le modèle les variables associées à la survenue d'une ISO avec un risque alpha à 0,2, et a permis de calculer un odd ratio ajusté (ORa) et son IC95%.

RÉSULTATS

De janvier 2001 à mars 2013, 2763 patients ont bénéficié d'un pontage (1554 simples greffons mammaires, 1209 doubles greffons) dont 39 ont eu une ISO (20 profondes). Les facteurs associés en analyse univariée à la survenue d'une ISO étaient le sexe féminin (RR 2,07 IC95%:1,04-4,13), le double greffon mammaire (RR 2,3, IC95% 1,2-4,4), le diabète (RR 2,96, IC95% 1,59-5,52), l'obésité (RR 2,72, IC95% 1,21-6,08). Il n'y avait aucune interaction significative entre les variables "âge" et "double greffon". En analyse multivariée, les facteurs de risque indépendants d'ISO étaient le double greffon mammaire (ORa 2,96 IC95%:1,48-5,95), l'âge : 61-70 ans (ORa 3,3, IC95%:1,21-9,01), >=71 ans (ORa 3,37 IC95%:1,18-9,65), et le diabète (ORa 2,67 IC95%:1,39-5,13).

CONCLUSION

Notre étude retrouve les facteurs de risque décrits dans la littérature. Le risque d'ISO associé au double greffon, également retrouvé dans notre étude, n'est pas majoré chez les sujets plus âgés. Sous réserve du petit nombre d'ISO observées (malgré la taille importante de la cohorte), il n'y a donc pas de raison

d'être plus réticent à utiliser un double greffon chez un sujet âgé que chez un sujet jeune.

P-129

IMPLICATION DU PERSONNEL DU SERVICE DE REANIMATION ET DE L'EOH DANS LE SUIVI D'UNE EPIDEMIE DE KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUCTRICE DE β -LACTAMASE À SPECTRE ÉLARGI

BENSALEM F., EYRAUD C., OVANESSIAN N., BRUNO A., PETIT J.Y., FERNANDEZ P., PIALLAT M., SARTRE J., HAJJAR J. CH de Valence, VALENCE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le service de réanimation est confronté depuis avril 2013 à la survenue d'une épidémie de *Klebsiella pneumoniae* (KP) productrice de β -lactamase à spectre élargi (EBLSE). L'objectif de ce travail est la description de l'investigation et de l'implication des professionnels dans la maîtrise de la diffusion de ces souches dans le service et dans l'établissement.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'alerte est faite conjointement par le bactériologiste et l'EOH. Une investigation menée par l'équipe d'hygiène et le service de réanimation comprend :

- Le dépistage rectal hebdomadaire pendant la durée de l'hospitalisation pour tout patient
- Une évaluation des pratiques professionnelles des soins (EPP)
- Trois séries de prélèvements d'environnement (surfaces, dispositifs médicaux, siphons des postes hygiène des mains...)
- Un génotypage des souches par électrophorèse en champ pulsé permettant d'identifier un même clone
- Un signalement externe est effectué et le CCLIN Sud-Est - ARLIN participe à une réunion de la cellule de crise.

RÉSULTATS

La courbe épidémique des cas de KP est en faveur d'une transmission croisée interhumaine avec un pic de 14 nouveaux cas en septembre 2013.

Les prélèvements ont permis de retrouver KP dans les siphons (11 siphons positifs sur 12 soit 92%).

L'audit des pratiques a permis d'identifier de nombreux dysfonctionnements.

L'engagement rapide des professionnels de plusieurs services a permis de mettre en place des mesures correctrices.

- Implication des équipes médicale et paramédicale de réanimation (échange autour des résultats, séances d'information et de formation, restitution de l'EPP par les responsables de la structure, rôle des CHH...)

- Collaboration des intervenants extérieurs : manipulateurs de radiologie, plombiers, responsables de la blanchisserie et du service entretien et propreté des locaux...
- Check-lists élaborées pour le bionettoyage bi-quotidien des chambres et au départ du patient (sols surfaces et équipements médicaux des chambres).

Les hypothèses retenues étaient la présence en continu d'au moins un patient porteur, le bionettoyage sommaire de l'environnement proche du patient, le temps de friction insuffisant, conforme à hauteur de 54% et l'implication des siphons.

A partir d'octobre (11 cas) on note une diminution nette des cas confirmée en novembre (7 cas) en décembre (5 cas).

CONCLUSION

Au total, 75 cas de KP ont été identifiés jusqu'en décembre 2013. L'implication des professionnels et les mesures mises en place ont permis de ralentir l'apparition de nouveaux cas.

P-130

PRODUCTION DE PRODUITS SANGUINS LABILES (PSL) : DÉMARCHE POUR UNE MEILLEURE PRÉVENTION DES ACCIDENTS D'EXPOSITION AU SANG (AES)

ASSAL M. .P.⁽¹⁾, MICHAUD S.⁽²⁾

(1) ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG AQUITAINE- LIMOUSIN, BORDEAUX, FRANCE ; (2) ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG AQUITAINE- LIMOUSIN, BORDEAUX, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les AES sont les premières causes d'accident du travail rapportés lors du don de sang et la production de PSL. Le service Hygiène, Sécurité (HSE), soucieux d'assurer la santé et la sécurité du personnel au travail, a réalisé une enquête afin de recenser et d'analyser les AES déjà déclarés au service des Ressources Humaines de 2008 à 2012, soit 52 AES.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Un questionnaire a été élaboré décrivant l'environnement de travail, l'âge, l'ancienneté, la catégorie professionnelle de la victime, les circonstances de l'accident, les mécanismes et tâches en cause, les protections utilisées et la prise en charge immédiate de l'AES. Ce questionnaire a été complété par le service HSE, suite à un rendez-vous physique ou téléphonique avec chaque personne exposée.

Les réponses ont permis d'analyser les pratiques et d'identifier des situations à risque. Un groupe de travail pluridisciplinaire, composé de médecins, techniciens, infirmiers, acheteurs et membres du CHSCT, a été constitué afin d'élaborer un plan d'actions correctives et préventives.

RÉSULTATS

Le taux de participation au questionnaire a été de 97,5% et 39 questionnaires sur les 52 envoyés ont pu être exploités.

L'analyse des réponses montre que les AES par piqûre touchent autant les techniciens de laboratoire que les infirmiers. Trois processus sont particulièrement générateurs de risques : prélèvement, laboratoires d'analyse, thérapie cellulaire et banque de tissus.

56% des salariés déclarants portaient leurs équipements de protection individuelle lors de l'AES.

47% des salariés déclarants ont effectués correctement les premiers soins suite à l'AES.

Des actions de prévention ont été programmées pour maîtriser les risques identifiés et en diminuer la gravité et la fréquence, comme la fourniture de dispositifs sécurisés dans tous les services à risque d'exposition biologique et d'un kit AES d'urgence.

La révision de la procédure relative à la conduite à tenir en cas d'AES et la formation aux précautions standard en hygiène pour tous les professionnels exposés sont en cours de réalisation.

CONCLUSION

Après avoir sensibilisé, informé et formé les professionnels au risque biologique, nous allons poursuivre la démarche de gestion des risques en évaluant l'efficacité des mesures mises en œuvre et assurer l'amélioration continue de la prévention.

Notre récent partenariat avec les structures d'appui régionales de prévention des IAS a enrichi notre démarche de leur expertise en respectant nos contraintes professionnelles spécifiques.

Cette démarche pluridisciplinaire, soutenue par la direction de l'établissement, est applicable aux autres risques professionnels.

P-131

ETAT DES LIEUX DU RISQUE INFECTIEUX LIÉ À LA GESTION DES EXCRÉTA DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET LES ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX D'UNE RÉGION

THILLARD D.⁽¹⁾, **LUPSE M.**⁽²⁾, **PETEL T.**⁽²⁾, **CADOT-HEBERT M.**⁽³⁾, **ANNEREL S.**⁽⁴⁾, **COLOMBINI I.**⁽⁵⁾, **DUMONT C.**⁽⁶⁾, **DECONIHOUT F.**⁽⁷⁾, **LEGEIN C.**⁽⁸⁾, **GERMAIN J.M.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Arlin Haute Normandie, ROUEN, FRANCE; ⁽²⁾ CHU de Rouen, ROUEN, FRANCE; ⁽³⁾ EHPAD Albert Jean, LUNERAY, FRANCE; ⁽⁴⁾ EHPAD Les Nymphéas Bleus, VERNON, FRANCE; ⁽⁵⁾ CH, VERNEUIL-SUR-AVRE, FRANCE; ⁽⁶⁾ EHPAD Fondation Beaufils, FORGES-LES-EAUX, FRANCE; ⁽⁷⁾ EHPAD, Les jardins d'Andelle, PERRIER-SUR-ANDELLE, FRANCE; ⁽⁸⁾ ProBTP, ST-ETIENNE-DU-ROUVRAY, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les objectifs de cette enquête était de faire un état des lieux régional du risque infectieux lié à la gestion des excréta dans les établissements de santé (ES) et établissements médico-sociaux (EMS) et de sensibiliser les établissements à ce risque et aux mesures de prévention à mettre en œuvre.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Un questionnaire standardisé en 5 parties (caractéristiques de l'établissement, entretien des bassins, utilisation des laves-bassins, utilisation des équipements de protection individuelle, difficultés de mise en place des mesures) a été proposé aux ES et aux EMS en décembre 2012. La saisie des données et l'analyse ont été réalisées par l'Arlin à l'aide du logiciel Epi-Info®.

RÉSULTATS

Un total de 24 ES et 90 EMS ont participé à cette enquête. La présence de lave bassin (LB) concernait 79% des ES et 28% des EMS. Des douchettes dans les wc étaient présentes dans 42% des ES et 62% des EMS. Des pratiques à fort risque de contamination environnementale (rinçage des bassins avec des douchettes, au lavabo ou la douche) étaient déclarées dans 83% des ES et dans 84% des EMS. Ces pratiques étaient retrouvées y compris parmi les établissements disposant d'un LB (37% des ES et 52% des EMS). Une désinfection des bassins à chaque utilisation était réalisée dans 71% des ES et 50% des EMS. Le produit utilisé était un détergent-désinfectant pour 79% des ES et 41% des EMS. Un protocole écrit d'entretien des bassins et chaises-pot était disponible dans 25% des ES et 18% des EMS. Une procédure dégradée en cas de panne du LB existait dans environ 10% des structures. Les sachets protecteurs de bassin étaient utilisés dans 21% des ES et 4% des EMS. La fiche d'information du Cclin sur la gestion des excréta était connues dans 71% des ES contre 31% des EMS. La quasi-totalité des ES et EMS mettait à disposition du personnel des équipement de protection individuelle pour la manipulation des excréta.

CONCLUSION

Ce 1^{er} état des lieux a mis en évidence une diversité dans l'entretien des bassins tant dans les ES que dans les EMS. La pratique du rinçage (y compris avant utilisation d'un lave-bassins) est largement répandue entraînant un risque de transmission croisée important via une contamination de l'environnement. Les LB ne sont pas présent dans tous les ES et peu d'EMS en sont équipés. Les procédures écrites d'entretien des bassins (dont les procédures dégradées) sont très souvent absentes. L'ensemble de ces points reflète une prise de conscience du risque infectieux lié à cet acte de soins très insuffisante et justifie les efforts à poursuivre dans ce domaine avec l'accompagnement de l'Arlin.

P-132

PÉRITONITES EN DIALYSE PÉRITONÉALE DANS UNE POPULATION PÉDIATRIQUE : FACTEURS DE RISQUE ET IMPACT D'UNE DÉLOCALISATION

VALDEYRON M.L.⁽¹⁾, **FERDINAND A.**⁽¹⁾, **SOMRANI R.**⁽¹⁾, **COCHAT P.**⁽¹⁾, **RANCHIN B.**⁽¹⁾, **VANHEMS P.**⁽²⁾

⁽¹⁾ Groupement Hospitalier Est des HCL, BRON, FRANCE ;

⁽²⁾ Hôpital Henry Gabrielle, SAINT GENIS LAVAL, HCL, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les péritonites sont les principales complications de la dialyse péritonéale (DP). Les infirmières (IDE) ont un rôle majeur dans leur prévention par l'éducation thérapeutique des parents (formation à toutes les étapes de la DP, évaluation des connaissances et des pratiques).

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une étude rétrospective de l'incidence des péritonites a été menée avant et après le déménagement dans un nouvel hôpital pédiatrique et remplacement brutal dans l'unité (18 lits) de toutes les IDE sauf une. Tous les enfants ayant débuté la DP entre le 1^{er} août 2005 et le 31 mai 2013 ont été inclus.

Les patients et les péritonites ont été décrits et l'incidence des péritonites au cours de 3 périodes a été calculée :

1. Avant déménagement
2. 14 mois suivant le déménagement
3. 14 à 63 mois après le déménagement.

Les courbes de survie ont été comparées par le test du log-Rank, le risque des péritonites a été estimé par le risque relatif et de son intervalle de confiance. Les facteurs de risque de péritonite ont été recherchés : âge, sexe, pathologie, présence de gastrostomie.

RÉSULTATS

Vingt-neuf patients (16 garçons) avec un âge médian de 4.0 ans [0.2-17.8] ont été inclus (10, 9 et 10 dans chacune des périodes). La durée moyenne de DP était de 8,8 mois.

Vingt-trois épisodes de péritonites ont été observés chez 10 patients. La probabilité de survenue de péritonites à 8 mois étaient de 13%, 79% et 33% pour chaque période respective ($p=0.06$ entre la première et la seconde). Globalement sur les 3 périodes, l'incidence des péritonites a été de 2,34/1000 jours de DP. Elle a été de 1/25.9, 1/8.2 et 1/16.9 patient-mois au cours des 3 périodes avec une augmentation du risque de péritonite de 3.2 (IC [1.1-10.0]) entre les périodes 1 et 2 ($p=0.01$). Cette augmentation peut s'expliquer par une expérience insuffisante des IDE à la période 2. En effet, la formation des parents par une équipe infirmière entraînée à la DP est importante.

Les bactéries à Gram négatif sont responsables de 54% des épisodes. Les bactéries isolées sont sensibles à l'antibiothérapie probabiliste dans les 22 cas avec culture positive.

L'évolution des péritonites est caractérisée par 1) une rechute dans 7 cas due à un Staphylocoque coagulase négatif dans 6 cas et à *Micrococcus lutei* dans 1 cas, 2) la nécessité de changer le cathéter dans 3 cas, 3) une perte de fonction péritonéale chez un enfant (infection à *Staphylococcus aureus*).

CONCLUSION

Cette étude a montré l'impact d'une délocalisation, du changement brutal de toutes les IDE sauf une. L'expérience des infirmières semble liée à l'incidence des péritonites.

P-133

PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT D'IMPLANTATION DE NOUVEAUX ÉQUIPEMENTS : CHARIOT RELAIS/SATELLITE MOBILE DE SOINS OU QUAND ORGANISATION DES SOINS RIME AVEC PRÉVENTION DES RISQUES.

DEPRES L.⁽¹⁾, **THEODORA C.**⁽¹⁾, **SMOLAREK V.**⁽²⁾, **LECOINTE D.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ UFHHLIN, Centre Hospitalier Sud Francilien, CORBEIL-ESSONNES, FRANCE ; ⁽²⁾ Direction des Soins, Centre Hospitalier Sud Francilien, CORBEIL-ESSONNES, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans le cadre d'une démarche d'amélioration de l'organisation des soins visant au respect de la sécurité du circuit du médicament et des précautions standard, la Direction des soins a choisi d'acquiescer des ensembles chariot relais/satellite mobile de soins (SMS). Le but de ce programme de prévention des risques était d'accompagner l'implantation de ces dispositifs afin de prévenir les risques liés à leur mésusage.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Ce programme s'est déroulé en deux temps (formation et audit de pratiques) de mars à juillet 2012, dès l'implantation du matériel. Tous les secteurs équipés ont été formés par l'équipe opérationnelle d'hygiène sur les modalités d'utilisation et d'entretien de ces équipements. Un diaporama et un dépliant ont été mis à disposition des professionnels. L'audit de pratiques a permis de mesurer l'observance des recommandations et le degré de satisfaction des utilisateurs. La grille de recueil portait sur les modalités d'utilisation, la présence du matériel indispensable au respect des précautions standard et le respect des règles d'hygiène soit 20 critères.

RÉSULTATS

243 professionnels ont été formés lors de réunions et in situ dans les 35 secteurs équipés qui ont été ensuite évalués. 40 utilisateurs dont 32 formés ont été observés. 80% d'observance

étaient attendus pour chacun des critères. Le chariot relais était utilisé dans 92,5% des cas, seul critère atteignant l'objectif fixé. Concernant le SMS, 5 critères sur 12 atteignaient le seuil d'observance attendu dont son utilisation (90%). Conformément aux recommandations la boîte de gants (91,7%), la BOCTP (88,9%) et le PHA (94,5%) étaient présents et les utilisateurs ne manipulaient le SMS que par la poignée ou la tablette (85,3%). Le degré de satisfaction atteignait 90% pour le chariot relais et 79% pour le SMS. Le critère ayant obtenu le score le plus bas était l'absence de stock dans le chariot relais (36,2%) et sur le SMS (33,3%).

CONCLUSION

L'engagement des cadres et l'adhésion des utilisateurs ont permis une implantation rapide et efficace de ces équipements mais l'audit a montré que les recommandations n'étaient pas toujours respectées. Les points à améliorer portaient sur l'entretien des dispositifs, le respect de la sécurité du circuit du médicament et le tri des déchets à la source. Le plan d'action élaboré suite à cette première étape a pour objectif de réaliser l'audit en continu, en partenariat avec la direction des soins et d'établir un programme

P-134

UN NOUVEL INDICATEUR DE PERFORMANCE DES PRÉCAUTIONS STANDARD : CONSOMMATION DE TABLIER PLASTIQUE À USAGE UNIQUE PAR JOURNÉE D'HOSPITALISATION

CAPEYRON O., SITJAS N., DUMOULIN P., GUIGNOT D., BLANC V.

CH Antibes, ANTIBES, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'EOH évalue sa politique en hygiène depuis plusieurs années à l'aide des indicateurs nationaux.

L'évaluation des précautions standard à partir de ces indicateurs nationaux repose uniquement sur l'ICSHA. Il nous a semblé utile de développer un second indicateur permettant une évaluation plus pertinente des ces précautions standard. L'utilisation des tabliers plastique à usage unique comme moyen de prévention des contaminations croisées, peut représenter un indicateur pertinent, à condition de pouvoir en quantifier les besoins.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les tabliers plastiques à usage unique ont été mis en place en 2005 dans notre établissement, sans objectifs de consommation prédéfinis. Constatant leur non utilisation nous avons élaboré un protocole précis de leur indication et nous avons fixé des objectifs de consommation par service. A partir de cette première

estimation d'objectif cible, et avec l'aide de chaque cadre, nous avons pu ramener cette consommation à un nombre minimal par journée d'hospitalisation et par service :

- pour les services de médecine et de chirurgie l'objectif est de 2 tabliers par journée d'hospitalisation
- pour la réanimation l'objectif est de 9 tabliers par journée d'hospitalisation
- pour la ZSCD et l'EHPAD l'objectif est de 1 tablier par journée d'hospitalisation (JH)
- pour la gynéco-obstétrique l'objectif est de 1 tablier pour 2 JH
- pour la psychiatrie l'objectif est de 1 tablier pour 4 JH
- pour les urgences l'objectif est de 1 tablier pour 10 passages

L'indicateur tablier plastique à usage unique est le pourcentage de consommation du service par rapport à l'objectif cible. Il est diffusé annuellement à chaque service depuis 2009.

RÉSULTATS

Depuis 2009 l'indicateur tablier a progressé de 21,25% à 58,5% en 2012.

Sur les 21 services où l'indicateur est mis en place les résultats 2012 sont les suivants :

- 3 services (14,3%) score compris entre 80% et 100%
- 6 services (28,6%) score compris entre 60% et 89%
- 8 services (38%) score compris entre 40% et 59%
- 4 services (19%) ont un score inférieur à 40%

Nous observons également une progression de l'indicateur mains sans bijoux (69% de mains sans bijou en 2009 et 75,5% 2012), et un maintien de l'indicateur ICSHA (à un niveau supérieur à 90% depuis 2009).

Nous avons observé également une diminution de 47 % du taux de SARM entre 2008 et 2012, sans pouvoir définir quel est la part de chacun de ces indicateurs ou du recrutement dans cette diminution.

CONCLUSION

Cet indicateur a reçu la totale adhésion des cadres et des soignants. Il est simple à calculer et permet un rendu personnalisé à chaque service.

P-135

EVALUATION DU SURCOUT DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS PORTEURS DE BHRÉ

DAROUKH A., DELAUNAY C., BIGOT S., CECI J.M., PORCHERET H., CÉLÉRIER A., RAISIN J., HALLOY C., BOULDOUYRE M.A.

CH Robert Ballanger, AULNAY SOUS BOIS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La problématique de BHRé fait partie des préoccupations des établissements de santé, avec un surcout engendré par l'organisation spécifique (fermeture des lits, moyens

supplémentaires humains et matériels, dépassement du nombre de journées d'hospitalisation et dépistages).

Cette étude rétrospective a été menée dans notre établissement pour évaluer le cout engendré par deux épisodes épidémiques en 2012 (6 et 3 cas), puis l'identification de 7 patients porteurs de BHRé en 2013 sans cas secondaire avec 463 patients « contact » au total.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'étude s'est déroulée dans un hôpital général (673 lits dont 541 MCO).

Les périodes ont été définies en prenant en compte la totalité de la période d'hospitalisation des patients porteurs et « contact ».

L'activité des services (hormis la Réanimation) durant ces périodes est comparée à des périodes témoins (année n-1) par extraction des RUM (Résumé d'unité médicale), puis multiplication des RUM par le PMCT (Poids Moyen du Cas Traité). Ensuite, la différence est calculée entre les deux périodes. Par ailleurs, le nombre de jours d'hospitalisation hors borne des patients porteurs est recensé.

Une évaluation des coûts en lien avec le renfort du personnel paramédical est également relevée, ainsi que le coût des dépistages de BHRé à partir de la liste établie par l'EOH.

RÉSULTATS

Nous observons une diminution d'activité sur l'ensemble des périodes retenues, qui s'élève à 547 303 €. Le surcout des deux périodes épidémiques a été évalué à 237 403 et 125 606€ (soit un cout de 194 294€ pour les patients hors épidémie).

Pour 4/16 patients porteurs de BHRé, la durée d'hospitalisation était supérieure à la borne, avec un délai de dépassement total de 181 jours (de 12 jours à 100 jours).

Le renfort du personnel paramédical était nécessaire pour plusieurs épisodes dans 2 services, avec 1779 heures supplémentaires et un coût de 63 870€.

Enfin 716 prélèvements de dépistage ont été réalisés en lien avec ces cas, pour un coût total de 30 931€.

Le surcoût global évalué est donc de 642 104€.

CONCLUSION

Le surcout engendré par les 16 patients BHRé est de 642 104€. De plus, cette évaluation n'est pas exhaustive (matériel à usage unique, les produits détergents désinfectants, les produits hydro-alcooliques, les antibiotiques).

Ce travail permet d'objectiver les coûts supplémentaires en lien avec la prise en charge des patients porteurs de BHRé, auprès desquels nous devons néanmoins poursuivre notre mission de soins, d'où l'importance de valoriser leur prise en charge pour compenser cette perte financière.

P-136

DOCUMENT D'ANALYSE DU RISQUE INFECTIEUX (DARI) : RÉSULTATS COMPARÉS DANS 10 EHPAD D'UN TERRITOIRE DE SANTÉ SELON L'APPARTENANCE À UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

POURE L., QUENARD S., DEMELAS M.N., LUU DUC D., MANQUAT G.

Chambery, CHAMBERY, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social vise à la prise en compte du risque infectieux par une démarche d'analyse de risque formalisé par une démarche d'auto évaluation utilisant un document d'analyse du risque infectieux (DARI) conçu au niveau national.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

La méthodologie du document d'analyse du risque infectieux (DARI) a été conçu au niveau national. L'équipe spécialisée partagée de prévention du risque infectieux associé aux soins a mis en œuvre cet outil d'évaluation dans 5 EHPAD appartenant à un établissement de santé et 5 EHPAD hors établissement de santé.

RÉSULTATS

Les résultats montrent un score global de conformité significativement plus élevé dans les 5 EHPAD appartenant à un établissement de santé (score moyen 78/100) comparé aux 5 EHPAD hors établissement de santé (score moyen 47.5/100). Les résultats obtenus pour chacun des 7 thèmes abordés dans cet outil d'évaluation (organisation : 81/47.5, environnement/circuit : 73.6/44.5, matériel de soins : 27/9, soins à risque : 96/45, vaccinations : 79/67, épidémies : 83/57, AES : 89.5/61) montrent tous la même dichotomie. Dans les 2 types d'EHPAD les 2 thèmes à améliorer en priorité sont l'entretien du matériel de soins et l'environnement et les circuits.

CONCLUSION

Les résultats obtenus justifient pleinement la politique nationale dans le domaine de la prévention du risque infectieux dans les établissements médico sociaux et particulièrement l'attribution de ressources humaines spécialisées opérationnelles dans les EHPAD hors établissement de santé. Les actions de prévention conduites dans ces établissements médico sociaux à partir d'une équipe spécialisée partagée intervenant dans 13 structures de soins sanitaires et médico-sociales permettent depuis 5 ans de conduire un programme de réduction du risque infectieux adapté aux activités de soins des EHPAD.

P-137

LES DÉTERMINANTS DU RECOURS À LA VACCINATION CONTRE L'HÉPATITE B CHEZ LE PERSONNEL PARAMÉDICAL

BENCHEIKHA, BOUAFIAN., CHOUCÈNEH., MAHJOUR M., EZZI O., BANNOUR W., HELALI R., NJAH M.
CENTRE HOSPITALO - UNIVERSITAIRE FARHAT HACHED,
SOUSSE, TUNISIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les accidents exposant au sang (AES) représentent l'un des risques les plus inquiétants pour les professionnels de santé. De nombreux pathogènes peuvent être transmis par le sang dont le virus de l'hépatite B (HVB). La vaccination du personnel de santé contre l'hépatite virale B, joue à ce titre un rôle fondamental. Cependant, malgré la mise à disposition d'un vaccin efficace et souvent bien toléré, l'adhésion des professionnels de la santé à cette méthode préventive semble être variable d'un pays à un autre. L'objectif de ce travail est d'analyser les principaux déterminants du recours à la vaccination contre l'hépatite B chez le personnel paramédical.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une étude descriptive transversale a été menée, à l'aide d'un questionnaire pré testé et auto administré auprès d'un échantillon représentatif des personnels infirmiers et des techniciens supérieurs exerçant dans un centre hospitalo-universitaire (N= 384). Afin d'analyser les déterminants du recours à la vaccination, nous avons adopté le modèle des croyances en santé ou « Health Belief Model » pour la conception des variables. Ces déterminants ont été identifiés par analyse multivariée avec un degré de signification $p < 0,05$.

RÉSULTATS

Au total, 350 personnels paramédicaux ont répondu au questionnaire (taux de réponse = 91,1%). 50,3% des répondants jugent que l'HVB est fréquente dans nos unités de soin mais seulement 27% la considèrent comme une maladie sévère.

Malgré que près de trois quart des personnels interrogés (72,9%) pensent qu'ils font partie d'un groupe à risque d'HVB, la prévalence vaccinale déclarée chez la population d'étude était de 38,9%.

L'analyse multivariée a montré que le recours à la vaccination contre l'HVB est significativement plus élevé chez les sujets jeunes, âgés entre 31 et 40 ans ($p=0,00$), le sexe masculin versus féminin ($p=0,017$) et la perception de l'intérêt de la vaccination ($p=0,00$).

CONCLUSION

Les résultats de notre étude doivent être pris en considération dans toute stratégie de prévention de l'hépatite B chez le personnel soignant. Ceci doit passer par une meilleure formation du personnel en le sensibilisant à l'importance de se faire vacciner afin de réduire le risque de complications souvent fatales liées à cette pathologie jugée évitable dans la plupart des cas.

P-138

ANALYSE ET MAÎTRISE DU RISQUE INFECTIEUX EN EHPAD : MUTUALISATION D'UN TEMPS DE PRATICIEN HYGIÉNISTE AU SEIN D'UN GROUPEMENT DE COOPÉRATION SANITAIRE MÉDICO-SOCIAL

CHUBILLEAU C.⁽¹⁾, VINCENT C.⁽²⁾, BEY M.⁽¹⁾, BARREAU M.F.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Centre hospitalier, NIORT, FRANCE ; ⁽²⁾ Hôpital, SAINT-MAIXENT-L'ECOLE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Répondant à la circulaire ministérielle du 15 mars 2012, la rédaction d'un document d'analyse du risque infectieux (DARI) par chaque EHPAD prévoit la réalisation d'une autoévaluation de la maîtrise du risque puis la définition d'un programme d'actions. Pour réaliser l'autoévaluation, définir et mettre en œuvre un programme d'actions permettant d'améliorer la qualité de la prise en charge du risque infectieux, plusieurs EHPAD d'un groupement de coopération sanitaire médico-social (GCS-MS) ont mutualisé un temps de praticien hygiéniste.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

La démarche d'autoévaluation et de rédaction du DARI est présentée aux établissements du GCS-MS, et le moyen mis à disposition des directeurs, médecins coordonnateurs et référents hygiène est le partage d'un praticien hygiéniste, intervenant quelques jours par an dans chaque structure.

La mutualisation d'un temps de praticien hygiéniste entre plusieurs EHPAD d'un même territoire sanitaire permet de rationaliser le recours à cette expertise, d'harmoniser les critères d'autoévaluation, les protocoles, conduites à tenir et pratiques, s'enrichir des expériences de chacun.

RÉSULTATS

Neuf EHPAD, dont quatre sont associés à un établissement de santé, ont adhéré à la démarche. Ces établissements concernent

environ 1000 résidents et 450 agents. Le temps de praticien mutualisé correspond à 30 % d'un équivalent temps plein.

Début 2014, dans chaque structure, l'autoévaluation est réalisée et le programme d'actions défini.

Les référents hygiène ont suivi la formation des correspondants en hygiène proposée par le CCLIN.

Les expériences en matière d'hygiène sont déjà mutualisées. Il s'agit notamment des modalités de fonctionnement des ateliers d'hygiène des mains (29 % des agents formés), des règles de fonctionnement des ateliers thérapeutiques « cuisines » (guide en cours de rédaction par un groupe), des circuits du linge et des déchets, des outils de surveillance des infections respiratoires et des gastro-entérites aiguës, des méthodologies d'audit.

CONCLUSION

La mutualisation du temps de praticien hygiéniste a permis de faciliter la réalisation de l'autoévaluation et la rédaction d'un programme d'actions. Cette mutualisation permet de transférer des compétences, des savoir-faire et des expériences réussies.

P-139

COLLABORATIONS ENTRE EOH ET DIM : UN OUTIL POUR AMÉLIORER LE CODAGE DES SÉJOURS HOSPITALIERS ET VALORISER L'ACTIVITÉ DES EOH

NEROME S.⁽¹⁾, **LOLOM I.**⁽²⁾, **PEROZZIELLO A.**⁽²⁾, **DIOP A.**⁽¹⁾, **DELON M.**⁽²⁾, **BERT F.**⁽¹⁾, **LUCET J.C.**⁽²⁾, **BUZZI J.C.**⁽²⁾

⁽¹⁾ HUPNVS - CH BEAUJON, CLICHY, FRANCE ; ⁽²⁾ HUPNVS - CH BICHAT CLAUDE BERNARD, PARIS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), est un outil médico-économique de calcul de l'activité des établissements de santé (ES) basé sur le codage des diagnostics et des actes. Les séjours ainsi codés sont groupés en Groupes Homogènes de Malades (GHM) et valorisés selon leur lourdeur de prise en charge. Cette lourdeur est déterminée par les niveaux de sévérités (NS), de 1 à 4, de chaque diagnostic associé (DAS) pris en charge dans l'ES. Les données du PMSI sont utilisées pour la rémunération des ES dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A). Ce codage est sous la responsabilité du clinicien, mais la cotation des complications infectieuses, associées au diagnostic principal est souvent non exhaustive. Les données issues de l'EOH sont une source d'information permettant d'améliorer le codage et de contribuer à la valorisation financière. Nous décrivons ici l'expérience de la collaboration entre le département d'information médicale (DIM) et les EOH de 2 hôpitaux universitaires (950 et 450 lits).

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les EOH transmettent au DIM à rythme variable les données de surveillance : BMR (précautions contact dans les 2 sites, infections dans un site), *P. aeruginosa* (NS : 4), *C. difficile* (NS : 4 – 2 sites) ; sur un site : ISO (NS : 2 à 4), bactériémies nosocomiales (NS : 2 à 4), pneumonie en réanimation (NS : 2 à 4) ; précautions air (un site). Pour chaque signalement, le DIM valide l'information si l'infection ou la prise en charge de la pathologie est confirmée sur le CRH, et valorise au mieux le séjour.

RÉSULTATS

En 2 ans (2011-2012) pour un site (950 lits), 611 dossiers ont été corrigés (1.7 M€). Pour l'autre site (450 lits) et pour 10 mois (2013), 120 dossiers ont été recodés (490 k€). Le poids lié à la valorisation des précautions contact/air représente respectivement 39 et 61% des gains. Les infections à *P. aeruginosa* permettent de passer à un niveau de sévérité plus élevé (33% des dossiers recodés). Les données fournies par les EOH ont permis le codage des pathologies infectieuses, et pour un site le recodage des séjours sous codés par les cliniciens.

CONCLUSION

Une collaboration entre EOH et DIM améliore l'exhaustivité des données du PMSI et permet une revalorisation des séjours hospitaliers. C'est un moyen de valoriser l'activité des EOH auprès des directions. Le développement d'outils permettant une extraction plus simple et en temps réel semble nécessaire, permettant ainsi un retour rapide aux cliniciens afin que les CRH soient le plus exhaustif possible sur les pathologies prises en charge.

P-140

ELABORATION DE MODÈLES PRÉDICTIFS D'OUTIL D'AIDE À LA DÉCISION POUR LA PRISE EN CHARGE DE PATIENTS SUSPECT DE PORTAGE D'ENTÉROBACTÉRIE SÉCRÉTRICES DE BÉTALACTAMASE À SPECTRE ÉTENDU

PODIK J.E., **BROCHART-MERLIN J.**, **GUEROULT-LOCHER G.**, **GANRY O.**, **ADJIDÉ C.C.**

Service d'épidémiologie, d'Hygiène Hospitalière et de Santé Publique, CHU, AMIENS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Notre CHU, comme nombre d'autres établissements hospitaliers français, est confronté à une augmentation constante du nombre d'infections à germes résistants aux antibiotiques.

Réduire le taux des infections à EBLSE, représente un réel challenge.

Certes, la sélection par l'antibiothérapie et la dissémination par transmission croisée sont des éléments à prendre en compte dans la maîtrise de ces germes. Néanmoins, le point essentiel de la politique de lutte contre ces EBLSE est leur repérage précoce, dès les premières heures de l'admission du porteur dans l'établissement.

L'objectif est donc d'élaborer un modèle prédictif de portage d'EBLSE simple à utiliser au lit du patient.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

La population de l'étude a été constituée rétrospectivement de patients hospitalisés au CHU durant le premier semestre 2012, chez qui un dépistage rectal à la recherche d'EBLSE a été réalisé. Il s'agissait de patients de réanimation (5 services), de médecine (1 service) et de chirurgie (1 service). Pour ces patients, le statut porteur ou non-porteur d'EBLSE était la variable à expliquer. Les variables explicatives étaient les facteurs de risque connus de portage d'EBLSE : le sexe masculin, âge > 65 ans, Score de MacCabe > 1, comorbidités, antécédents d'hospitalisation dans l'année précédente, antécédents d'antibiothérapie, institutionnalisation... Une régression logistique multiple a permis d'analyser ces données.

RÉSULTATS

L'analyse a porté sur 622 patients inclus. Il y avait 153 porteurs et 463 non porteurs. Les variables les plus fortement liées au statut de porteur étaient : l'administration d'antibiotiques de types bêta-lactamines et/ou de quinolones, la vie en institution (établissement médico-social, EHPAD...), l'existence d'une pathologie pulmonaire. Plusieurs modèles ont été élaborés. Ainsi, un patient présentant 1 seul facteur de risque avait une probabilité de 5,5% d'être porteur d'EBLSE, un patient présentant l'ensemble des facteurs de risque avait une probabilité de 98,5% de portage.

CONCLUSION

L'intérêt de ce score est la possibilité de le réaliser au lit du patient et son coût nul. Il est possible d'évaluer le statut d'un patient sur les données de l'interrogatoire ; ces données peuvent être recueillies par un étudiant en médecine.

La connaissance du statut de « porteur probable d'EBLSE » d'un patient dès l'entrée est une aide précieuse. Elle facilite les mesures de prévention à initier en attendant, dans les 48-72h, le résultat du dépistage rectal qui permet une réévaluation de la décision prise initialement.

P-141

APPORT DU CLIMAT D'HYGIÈNE ET DE SÉCURITÉ PERÇU À LA PRÉVENTION DES TOXI-INFECTIONS ALIMENTAIRES

NGUEUTSA R.⁽¹⁾, KOUABENAN D.R.⁽²⁾

⁽¹⁾ Université Pierre Mendès-France, Grenoble 2, GRENOBLE, FRANCE ; ⁽²⁾ Université Pierre Mendès-France, Grenoble 2, GRENOBLE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les toxi-infections d'origine alimentaire ont fait 668 hospitalisations et 7 morts en France en 2011. Celles-ci peuvent être favorisées par les comportements inadéquats des acteurs de la restauration commerciale. En vue de les prévenir, outre les formations données aux salariés, une action sur les déterminants des comportements pourrait susciter une adoption conséquente des comportements recommandés. La perception du climat de sécurité est présentée dans les études psychologiques comme étant un déterminant important des comportements de sécurité et de santé. Le climat de sécurité perçu se réfère à l'importance relative que l'encadrement (directeurs, managers), les supérieurs hiérarchiques et les coéquipiers accordent à la sécurité. L'objectif de la présente communication est de montrer comment on peut promouvoir les comportements hygiéniques et sécuritaires chez les salariés à partir de la perception que ces derniers ont du climat d'hygiène et de sécurité qui règne dans leur restaurant.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Cette communication rend compte d'une étude réalisée par questionnaire, administré en face-à-face auprès de 217 équipiers. L'étude est réalisée dans le cadre d'une bourse de recherche attribuée par un jury et financée par une entreprise de restauration. A l'aide d'échelles de type Likert en 4 points, on mesure entre autres, la perception que les équipiers ont de l'attitude des directeurs, des managers et des coéquipiers vis-à-vis de l'hygiène et de la sécurité dans les restaurants, ainsi que l'engagement des équipiers dans des comportements hygiéniques et sécuritaires.

RÉSULTATS

Les résultats obtenus confortent nos attentes et montrent que les équipiers ont tendance à s'engager davantage dans des comportements hygiéniques et sécuritaires lorsqu'ils estiment que leurs directeurs, $b = .23$; $F(1, 215) = 11.12$; $p = .001$; $R^2 = .049$ et leurs managers, $b = .14$; $F(1, 215) = 3.91$; $p = .049$; $R^2 = .018$ montrent l'exemple et se préoccupent de la sécurité des équipiers au travail, $b = .16$; $F(1, 215) = 3.94$; $p = .048$; $R^2 = .018$.

CONCLUSION

Ces résultats suggèrent que dans la restauration commerciale, les cadres constituent des acteurs clés de la prévention des toxi-infections alimentaires. Ces cadres devraient prendre conscience de l'impact de leurs propres comportements et attitudes vis-à-vis de l'hygiène et de la sécurité, sur la promotion des bonnes pratiques auprès des équipiers. D'où la nécessité d'intégrer des aspects de management de l'hygiène et de la sécurité dans la définition du métier de cadre de la restauration commerciale, en vue de mieux prévenir les toxi-infections alimentaires.

P-142

GESTION DU RISQUE INFECTIEUX A PRIORI EN CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

OBERTING V., CASCI I., WUNDERLICH M.L., SELLIES J., BAUDIN C., KHALIFE K.

Chr metz thionville, METZ, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Améliorer la promotion des infections associées aux actes invasifs et mettre en œuvre des outils d'évaluation des pratiques professionnelles portant sur la gestion du risque infectieux constituent 2 objectifs du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013. En lien avec un déménagement, nous avons souhaité réaliser une Analyse des Modes de Défaillance, leurs Effets et leur Acceptabilité (AMDEA) sur notre plateau technique de cardiologie interventionnelle (PTCI).

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le travail, débuté en mars 2013, s'est appuyé sur un outil de gestion de risque développé et validé par l'institution. Un groupe pluridisciplinaire a délimité le périmètre d'analyse (entrée du patient sur le PTCI jusqu'à sa sortie, hors urgence) puis a réalisé la cartographie des processus support (PS) et des processus de réalisation (PR). Le groupe a mesuré pour chaque étape des processus et pour chaque risque identifié la gravité (de 1 à 5 en fonction de l'impact sur l'organisation, l'environnement, la sécurité des personnes et l'impact médiatique), le niveau de maîtrise (de 1 : excellent à 5 : aucune conscience du risque) et l'acceptabilité (de 1 : acceptable en l'état à 4 non acceptable).

RÉSULTATS

25 situations à risque ont été identifiées (15 concernaient les PR et 10 les PS). 14 situations présentaient une acceptabilité en l'état et 2 ont été jugées comme « acceptables à surveiller » : elles n'ont fait l'objet d'aucun plan d'actions (PA). 8 situations ont été jugées comme « acceptables à évaluer » et 1 comme

« non acceptable ». La situation à risque « non acceptable » portait sur l'installation du patient et a fait l'objet d'un PA immédiat : changement de pratiques et mise à disposition de nouveau matériel. Les 8 situations présentant un risque à évaluer portaient sur les circuits, les tenues professionnelles et la surveillance pré et post interventionnelle. Elles ont fait l'objet de plans d'actions qui sont en cours de déploiement. Une réévaluation conduite en décembre 2013 a objectivé une progression de la maîtrise du risque « non acceptable » et une maîtrise complète des risques liés aux circuits et aux tenues professionnelles.

CONCLUSION

L'AMDEA nous est apparue comme une méthode aisée à mettre en œuvre et permettant une amélioration objective de la maîtrise du risque infectieux en cardiologie interventionnelle dans des délais rapides. Ceci permet de garantir la lisibilité des actions conduites. Sur le plan managérial, cette démarche permet une cohésion de l'équipe autour d'un projet et lie les acteurs entre eux dans une dynamique évolutive.

P-143

Poster annulé par l'auteur

P-144

PROBLEMATIQUE DE LA POLITIQUE D'HYGIENE HOSPITALIERE AU BENIN

SOROHEYE P.

Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers et de Soins, COTONOU, BÉNIN

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Depuis 2006 le Bénin dispose d'une politique en matière d'hygiène hospitalière. Et ce n'est qu'en 2011 que les CLIN des hôpitaux publics et confessionnels sont installés. La mise en œuvre de cette politique nécessite son appropriation par tous les acteurs de soins à tous les niveaux. Mais l'hygiène hospitalière constitue pour les acteurs une innovation et tarde à prendre son envol dans le périmètre sanitaire béninois. Ce travail pose la problématique de l'hygiène hospitalière dans les structures de santé au Bénin.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une grille élaborée a permis d'analyser la mise en œuvre de la politique d'hygiène hospitalière. 4 directeurs, 11 membres des CLIN, 12 médecins et 26 paramédicaux, soit au total 53 personnes dans 4 hôpitaux publics ont participé à l'entretien direct.

RÉSULTATS

100% des directeurs et des membres CLIN, 6/2 des médecins et 12/26 paramédicaux reconnaissent l'existence de la politique ; 1/4 des hôpitaux a mis à disposition du CLIN un budget en 2013 ; part du budget de l'hôpital au fonctionnement du CLIN 0,5% ; 100% des CLIN sont formés en hygiène hospitalière ; 3/4 des CLIN ont formé les chefs service en hygiène des mains ; 100% des hôpitaux ont été audités sur le lavage des mains ; 2/4 des hôpitaux ont participé à une enquête ISO ; réalisation d'enquête infections nosocomiales 1/4 ; 1/4 des hôpitaux dispose d'un hygiéniste ; 3/4 ont défini en 2014 leurs d'objectifs de lutte contre les infections associées aux soins ; 2/6 membres CLIN, 5/12 et 8/26 paramédicaux déclarent disposer de consommables pour une bonne hygiène hospitalière ; 100% des enquêtés déclarent que les infrastructures sont inadéquates à une bonne hygiène des mains et des locaux ; lavage des mains à la prise de service : médecins 5/12, paramédicaux 8/26 ; lavage des mains après chaque soin : médecins 10/12, paramédicaux 12/24 ; lavage des mains à la sortie : médecins 12/12, paramédicaux 22/2 ; utilisation de la solution hydro alcoolique : médecins 3/12, paramédicaux 2/26 ; fourniture de la solution par l'hôpital 0/38.

CONCLUSION

La politique d'hygiène hospitalière au Bénin est encore très peu visible. L'hygiène des mains est faiblement mise en œuvre. Le bio nettoyage, la préparation cutanée de l'opéré sont des activités qui ne sont pas encore développées chez les prestataires de soins au Bénin.

La réduction des infections associées aux soins passe par un engagement des autorités en charge de la santé, un accompagnement des partenaires techniques et financiers et une disponibilité des prestataires de soins.

P-145

REDUCTION DES INFECTIONS URINAIRES

AKPABIE A., NAGA H., GIRAUD K., ETIENNE S., DROULERS A., VERDAVAINNE J., FONSECA I., AL RIFAI S.
Hôpital Emile Roux, LIMEIL-BRÉVANNES, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La part relative du site infectieux urinaire est prépondérante en soins de suite rééducation (SSR) ; 42,8% et en soins de longue durée (SLD) ; 34,4%, selon l'enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales (ENP, France, juin 2012). Le principal critère d'évaluation est la diminution notable du taux des infections urinaires nosocomiales acquises.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Etablissement de 911 lits avec 94 % de lits de SSR et SLD. Mesures instaurées de façon séquentielle pour réduire la survenue des infections urinaires - Précautions « standard », hygiène des mains en particulier. Dépistage des rétentions aiguës d'urines ainsi que des résidus post-mictionnels à l'aide d'échographie sus pubienne. Prise en charge des stases urinaires en urodynamique en parallèle des unités de soins. Autres mesures additionnelles - La vérification des indications du sondage urinaire à demeure (SAD) ainsi que l'évaluation quotidienne de l'intérêt du maintien de la sonde sont sous la responsabilité de l'urodynamique. La pose et la manipulation des sondes urinaires en condition d'asepsie ainsi que la surveillance clinique sont bien implantées. Investigation - L'incidence des infections a été évaluée sur une période de 15 ou 30 jours, entre mars et mai, de 2011 à 2013. L'établissement a participé à l'ENP 2006 et 2012.

RÉSULTATS

L'incidence des infections urinaires a varié de 2,12 en 2011 à 1,19 pour 1000 jours patients en 2013 (-17%). Alors que les pneumonies ont augmenté de 1,33 à 1,72 pour 1000 jours patients sur la même période (+29%). La prévalence des infections urinaires est passée de 1,5% en 2006 à 1.3% en 2012 (-13%). Tandis que les pneumonies ont augmenté de 45% ; 1.1% en 2006 contre 1.6% en 2012.

CONCLUSION

Les résultats doivent être interprétés avec prudence ; les patients semblaient beaucoup plus précaires en 2012 et 2013. Des progrès ont été réalisés certes sur la prévention des infections urinaires. Toutefois, l'effort de prévention doit inclure les autres sites infectieux notamment broncho-pulmonaires.

P-146

STRATÉGIE DE SURVEILLANCE DE LA CONSOMMATION DES ANTIBIOTIQUES EN MILIEU PÉDIATRIQUE

HEROUAL N.⁽¹⁾, TERKI HASSAINE R.⁽²⁾, BENANTEUR F.⁽²⁾, BELKHORISSET M.⁽²⁾, TADJEDDINE A.⁽²⁾
⁽¹⁾ EHS CANASTEL, ORAN, ALGÉRIE ; ⁽²⁾ EHS CANASTEL, ORAN, ALGÉRIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La surveillance de la consommation des antibiotiques est basée sur la dose définie journalière « DDJ », unité de mesure préconisée par l'OMS et sur les enquêtes de prévalence. Cependant en milieu pédiatrique, la DDJ n'est pas adaptée. Notre stratégie de surveillance depuis 2007 repose sur la surveillance un jour

donné de la consommation des ATBs. L'objectif de ce travail est de décrire et comparer la consommation des ATB selon une consommation réelle et le calcul des DDJ(s).

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude prospective sur trois mois (avril - Juin 2013) réalisée au niveau du service des maladies infectieuses. Tous les enfants hospitalisés et mis sous ATB ont été inclus. Un questionnaire établi et comportant des données en rapport avec la consommation des ATB (molécule, dose, durée, voie) a été rempli par le médecin traitant et validé par le médecin-chef. Les DDJ des ATBs dispensés par la pharmacie au service et consommés ont été calculés pour la période d'étude. Le service concerné a réalisé 1452 journées d'hospitalisation.

RÉSULTATS

Au total 102 malades ont été inclus et 156 molécules ont été consommées. La durée totale antibiothérapie était de 976 jours. Les malades étaient sous trithérapie dans 09,8 % des cas. Sur les 19 types ATBs consommés, 8 ont été dispensés par la pharmacie. Un antibiotique a été délivré par la pharmacie mais non consommé pendant la période d'étude. Par rapport aux ATBs dispensés par la pharmacie et consommés, le nombre total de DDJ pour 1000 journées d'hospitalisation était de 601,17 vs 1296 gr. Les ATBs les plus prescrits étaient respectivement : Céphalosporines (42,9%), pénicillines (20,5 %) et les aminosides (15,4 %).

Les doses moyennes consommées par jour dépassaient les DDJs calculées /j et les écarts observés variaient entre 0,5 g à 1,5 g selon les types d'ATBs.

CONCLUSION

Un système de surveillance basé uniquement sur le calcul des DDJ ne renseigne que partiellement sur la consommation réelle des antibiotiques en milieu hospitalier car certaines formes d'ATBs ne sont pas disponibles au niveau de la pharmacie. Par ailleurs, la surveillance prospective sur la consommation réelle décrit la consommation des ATBs mais nécessite un travail actif et lourd.

P-147

RÔLE DE L'OBÉSITÉ COMME FACTEUR DE RISQUE LIÉ AU PATIENT, DANS LA SURVEILLANCE ET LA PRÉVENTION DES INFECTIONS DU SITE OPÉRATOIRE APÈS CÉSARIENNE.

VALDEYRON M.L.⁽¹⁾, BATTIE C.⁽¹⁾, CONSTANS A.⁽¹⁾, BRUCHON C.⁽¹⁾, PILANDON I.⁽¹⁾, CHASSARD D.⁽¹⁾,

AYZAC L.⁽²⁾, GAUCHERAND P.⁽¹⁾, VANHEMS P.⁽³⁾

(1) Groupement Hospitalier Est des HCL, BRON, FRANCE ;

(2) CCLIN Sud Est, SAINT GENIS LAVAL, FRANCE ; (3) Hôpital Henry Gabrielle, HCL, SAINT GENIS LAVAL, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La maternité de l'hôpital (type 3 ; 4229 accouchements/an) réalise une surveillance épidémiologique des infections selon le protocole du réseau MATER du C CLIN Sud Est à partir du dossier informatisé du patient. En 2012, le Ration Standardisé des Infections Nosocomiales (RSIN) est de 1,33 (p=0,04) pour les Infections du Site Opératoire (ISO) après césarienne : la fréquence des infections est plus élevée significativement que dans les autres maternités à risque égal. Une investigation était donc nécessaire.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Six observations des pratiques ont été réalisées en salle de césarienne.

Une étude cas-témoins a été menée : 3 témoins choisis de manière aléatoire pour 1 cas. Les données de la surveillance ont été utilisées (EPI –INFO7), ainsi que le poids et le BMI issus du logiciel d'anesthésie.

Un audit de l'antibioprophylaxie a été réalisé sur les 77 césarisées de l'étude cas-témoins.

RÉSULTATS

Sur les 892 césarisées en 2012, il y a eu 19 ISO et 58 témoins. Les micro-organismes retrouvés étaient les suivants : *S. aureus* (35,7%), entérobactéries (21,4%), cocci gram positif (14,3%) et autres bacilles de l'environnement (10,7%), prélèvements non faits ou bactérie non retrouvée (17,8%).

D'après l'observation, la polyvidone iodée dermique était encore utilisée pour la désinfection cutanée avant intervention alors que la forme alcoolique est recommandée.

Concernant l'antibioprophylaxie, il n'y avait pas de doublement de la dose (Céfazoline 2g en absence d'allergie) si BMI supérieur à 35 et l'injection de l'antibiotique se faisait au moment du clampage du cordon.

Si BMI supérieur à 35, les patientes ont 4,9 fois plus de risque d'avoir une ISO, [1,36-18,4] p=0.007. et la fréquence d'ISO est de 53,8% ; si inférieur à 35, elle est de 18,7%.

Les patientes qui ont eu une ISO sont en moyenne significativement plus lourdes que celles qui n'en ont pas eu (Cas : 87,7kg +/- 15,8 ; Témoins : 73,8kg +/- 18,0 ; p=0.0035) pour les 77 patientes testées (ANOVA), constat également retrouvé en sélectionnant les 64 patientes avec BMI inférieur à 35, où le protocole d'antibioprophylaxie est respecté.

Les pratiques ont été modifiées : l'antiseptique alcoolique est maintenant utilisé, il y a doublement de la dose si BMI supérieur à 35 et injection une demie heure avant l'incision.

CONCLUSION

La surveillance épidémiologique sera poursuivie pour vérifier que le RSIN redevient non significatif. Il serait intéressant que le réseau MATER programme une étude emboîtée en intégrant l'obésité, critère pris en compte dans le calcul du RSIN et dans la prise en charge au quotidien de ces patientes obèses.

P-148

ETAT DES LIEUX ET PISTES D'AMELIORATION DE LA GESTION DES ANTI-INFECTIEUX A L'ECHELLE D'UN CENTRE HOSPITALIER

DE BORTOLI C., COMPAROT S., BIGOT P., BONITCHI P., TCHANG M., BASTIA B.

Centre hospitalier louis giorgi, ORANGE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La consommation d'antibiotiques est devenue avec l'augmentation de bactéries multi résistantes (BLSE) à la fois un sujet d'intérêt et d'inquiétude qui appelle les services de soins à plus de surveillance, de vigilance et de contrôle de leur prescription. Pour y remédier, chaque établissement est amené à mettre en place une politique d'amélioration et de bon usage des anti-infectieux dont les résultats sont mesurés par des indicateurs nationaux (ICATB, ICATB2).

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'objectif de ce travail est d'analyser au sein d'un Centre Hospitalier (CH) comment satisfaire ou répondre au mieux à ces recommandations. Nous avons réalisé un état des lieux de tous les outils mis à disposition sur le CH pour assurer un bon usage des antibiotiques, en termes d'organisation, de moyens informatiques et humains.

RÉSULTATS

Les indicateurs pour le CH en 2012 sont pour ICATB : 77.5/100 et pour ICATB2 : 56/100. Le comité des antibiotiques était associé au CLIN et des référents avaient été nommés.

Il a été décidé de rendre indépendant ce comité des autres commissions de l'établissement afin de mieux sensibiliser les prescripteurs. Pour gagner en spécificité et en adhésion, chaque séance est orientée selon une spécialité (chirurgie, médecine, urgence...). Un nouveau référent antibiotique a été nommé. Celui-ci étant un pharmacien, il se trouve au centre des prescriptions, ce qui garantit une prise en compte de tous les traitements. Une collaboration a été mise en place avec les praticiens formés à l'antibiothérapie et les infectiologues du CH référent désigné par la Communauté Hospitalière de Territoire. Une meilleure circulation de l'information entre les

prescripteurs, la bactériologie, l'hygiène et la pharmacie s'est établie. Puis, afin d'homogénéiser les pratiques et de suivre les recommandations des sociétés savantes, la rédaction de protocoles d'antibiothérapie a été revue, éventuellement mise à jour et étendue. Enfin, sur un plan informatique, des aides de saisie ont été créées. Les posologies, modalités d'administration et informations diverses sont renseignées lorsqu'un médecin souhaite prescrire un anti infectieux.

CONCLUSION

L'ensemble de ces mesures permet de mieux répondre aux exigences réglementaires (simulation ICATB.2 = 82/100) et de garantir une meilleure prise en charge des traitements anti-infectieux. Un premier axe d'amélioration sur lequel nous devons nous concentrer est la formation et la sensibilisation de tous les prescripteurs sur le bon usage des anti-infectieux. L'autre axe concerne l'évaluation des pratiques et la formalisation de la réévaluation de la prescription des anti-infectieux à 72 heures.

P-149

EVALUATION DES CONNAISSANCES DES PERSONNELS SOIGNANTS EN MATIÈRE DE TRI DU LINGE SOUILLÉ

THIRIET L., JEUNESSE K., IBARISSENE B.

CH de SEDAN, SEDAN, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans un contexte d'accroissement des diarrhées infectieuses à *Clostridium difficile*, nous avons inscrit au programme d'action 2012 de la lutte contre les infections nosocomiales de l'établissement l'évaluation des pratiques de tri du linge souillé. Nous avons conduit un quick-audit relatif aux connaissances des professionnels, dont l'objectif était d'estimer le niveau de maîtrise du protocole élaboré en collaboration avec le service de blanchisserie.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'évaluation a fait appel à un questionnaire à destination des professionnels paramédicaux de toutes catégories, consistant en cas cliniques élaborés sur la base du protocole de l'établissement. L'agent évalué devait préciser la filière d'élimination du linge souillé. Les auditeurs étaient les membres de l'unité d'hygiène. Les professionnels concernés ont été réunis par groupes de 10 personnes maximum. Pendant le temps de réflexion, ils étaient autorisés à consulter le poster précisant les consignes de tri, usuellement affiché sur les chariots de collecte du linge. Après restitution des questionnaires, la correction fut effectuée en groupe. L'analyse des résultats a été réalisée au moyen d'Épi-info 6.04d.

RÉSULTATS

86 questionnaires ont été collectés entre le 29 mai et le 6 juin 2012. La gestion du linge souillé du patient non infecté aurait été correctement réalisée dans 82,6% des cas.

Pour chacune des situations pathologiques proposées, le taux de conformité au protocole de tri était le suivant :

- porteur d'une bactérie multi-résistante : 65,1%
- porteur d'une gale : 46,5%
- diarrhée profuse : 54,7%
- tuberculose : 44,2%

Dans le cas d'un porteur de sarcopte des items supplémentaires relatifs à la rétention du linge avaient été ajoutés. Si 75,6% des professionnels interrogés savaient qu'il fallait instaurer une rétention, 49,2% seulement en connaissaient la durée préconisée, et 62,1% en maîtrisaient les modalités de mise en oeuvre.

CONCLUSION

Les résultats de cette enquête sont très décevants. Malgré la possibilité de consulter les documents pédagogiques utilisables en pratique quotidienne, les professionnels ont montré leurs lacunes en matière de tri du linge souillé. Cette situation occasionne des surcoûts pour l'établissement par abus d'utilisation de sacs hydrosolubles, et expose le personnel de blanchisserie à un risque infectieux potentiel. Après présentation des résultats aux cadres de santé, mission leur a été confiée d'assurer un suivi rapproché des pratiques en vigueur dans leur service. Par ailleurs, le volet gestion du linge a été étoffé dans les outils documentaires mis à disposition des professionnels paramédicaux.

P-150

EVALUATION DE LA QUALITÉ DE PRISE EN CHARGE DES DÉCHETS D'ACTIVITÉ DE SOINS.

THIRIET L., JEUNESSE K., GIZZI A.

CH de SEDAN, SEDAN, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Après avoir observé une gestion approximative des déchets d'activité de soins à risque infectieux (DASRI) au cours de plusieurs évaluations des pratiques professionnelles, nous avons initié une étude évaluant le circuit des déchets d'activité de soins (DAS). L'objectif était de mesurer le niveau de connaissance des professionnels en matière de tri, et d'évaluer la qualité du stockage dans les locaux dédiés.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'enquête a fait appel à un questionnaire à destination des professionnels paramédicaux de toutes catégories, rédigé

sous forme de QCM élaborés à partir du protocole de tri des déchets de l'établissement. Les auditeurs étaient les membres de l'unité d'hygiène. Les agents ont été réunis par groupes de 10 personnes maximum. Après restitution des questionnaires, la correction était effectuée collectivement. Parallèlement, tous les locaux de stockage de DAS ont été inspectés à un rythme pluriquotidien. L'analyse des résultats fut réalisée au moyen d'Epi-info 6.04d.

RÉSULTATS

105 questionnaires ont été collectés, et 34 visites des locaux de stockage de DAS ont été réalisées entre le 16 et le 27 mai 2011. L'évacuation des déchets relevant des déchets assimilables aux ordures ménagères (DAOM) aurait été correctement réalisée dans 35,7% des cas. L'élimination des DASRI était conforme au protocole dans 62,5% des situations proposées. Un container pour objet piquant et/ou tranchant aurait été choisi dans 86,7% (rasoirs à usage unique) à 94,2% (aiguilles) des cas pour un déchet relevant de cette filière. L'inspection des locaux de stockage a révélé un défaut de sécurisation des accès dans 79,4% des cas, une surcharge des containers dans 61,9% des observations, et l'absence totale de traçabilité de l'entretien de ces locaux.

CONCLUSION

Cette étude a mis en évidence :

- un recours abusif à la filière DASRI pour l'évacuation des DAOM,
- une maîtrise très insuffisante de l'élimination des DASRI.

Méconnaissance du protocole et défauts d'organisation expliquaient cette situation. Le plan d'action a consisté en la diffusion de documents pour affichage, accompagnée d'une action de sensibilisation des professionnels. Afin de mesurer les progrès accomplis, nous avons procédé en octobre 2012 à un audit par observation directe du contenu de 41 collecteurs de DASRI, dont le poids total initial était de 81,1 kg. Après retrait des déchets relevant d'une autre filière, il restait 48,1 kg de DASRI effectifs. L'abus de la filière DASRI génère donc toujours des surcoûts considérables. Les photos présentant les erreurs de tri ont été largement diffusées. Ce type d'opération sera régulièrement renouvelé.

P-151

COMPORTEMENT DES PROFESSIONNELS DE SANTE FACE A LA VACCINATION RECOMMANDEE DE LA GRIPPE SAISONNIERE DANS LES SERVICES DES URGENCES ET DE CARDIOLOGIE

MAMLOUK H.⁽¹⁾, BOUSABEH E.⁽²⁾

⁽¹⁾ Hôpital des forces de sécurité intérieure, LA MARSIA, TUNISIE ; ⁽²⁾ Hôpital des forces de sécurité intérieure, LA MARSIA, TUNISIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Etonner par le nombre faible de vaccin de la grippe saisonnière acquis par notre hôpital, on a souhaité étudier le comportement des professionnels de la santé face à la grippe saisonnière.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Des questionnaires ont été adressés à l'ensemble du personnel soignant des services des urgences et de cardiologie. 42 professionnels ont répondu (52% infirmiers, 28% médecins, 10% ouvriers, 10% secrétaires).

RÉSULTATS

40,5% des professionnels ont déclaré s'être déjà fait vacciner contre la grippe, habitude prise pour 47% d'entre eux. Les principales motivations étaient d'éviter d'être malade (82%), d'éviter de contaminer les patients (59%), d'éviter d'être contaminé par les patients (76%) et protéger l'entourage familial (88,3%). Les motivations des professionnels ayant l'habitude de se faire vacciner contre la grippe étaient également d'éviter d'être malade (100%), d'éviter de contaminer les patients (75%), d'éviter d'être contaminé par les patients (62,5%) et protéger l'entourage familial (50%). Les principales réticences à la vaccination antigrippale étaient la peur des effets secondaires (76%), l'impression que les vaccins n'étaient pas nécessaires (60%) ou inefficaces (40%).

Notons que 16% du personnel déclare avoir recours à des médecines alternatives. 69% des personnels déclarent qu'ils sont insuffisamment informés de l'importance de la vaccination. 55% des personnels sont insuffisamment informés essentiellement sur l'efficacité du vaccin, ces effets secondaires et les avantages de se faire vacciner.

CONCLUSION

Des actions d'information et de sensibilisation sont nécessaires pour atteindre un taux de couverture vaccinale acceptable à notre hôpital.

P-152

EVALUATION DU CODAGE DE LA MULTI-RÉSISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES DANS LE PMSI

AJMIA F., BERROUANE Y., GENDREIKE Y., FOSSE T., STACCINI P.

CHU Nice, NICE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les bactéries multi résistantes (BMR) sont un problème majeur de santé publique et ont un impact dans la prise en charge

globale d'un patient. Le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) en tient compte en proposant des codes de résistance aux antibiotiques susceptibles de majorer la valorisation financière du séjour par augmentation du niveau de sévérité. Ainsi notre étude observationnelle a pour objectif de déterminer l'impact dans le PMSI d'un mauvais codage des infections à BMR.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une base de données de patients avec BMR a été constituée par l'EOHH pour l'année 2012. Les BMR cibles étaient: Entérobactéries avec β Lactamase à Spectre Étendu (EBLSE), avec Céphalosporinase hyperproduite (EHCASE), avec céphalosporinase plasmidique, produisant une carbapénémase (EPC) et *Staphylococcus aureus* Résistant à la Méricilline (SARM). Cette source de données a permis de sélectionner les Résumés d'Unités Médicale (RUM) correspondant aux séjours durant lesquels ont été isolées ces BMR. Le guide méthodologique du PMSI autorise à coder uniquement les agents bactériens résistant aux antibiotiques lors d'une infection et non lors d'un portage. 8 codes de résistance sont proposés. Nous avons corrigé les RUM en ajoutant le code en cas d'absence ou en le modifiant en cas d'usage erroné. Nous avons ensuite comparé les valorisations avant et après corrections.

RÉSULTATS

Sur les 1003 séjours en MCO pour lesquels au moins un prélèvement bactériologique a retrouvé une BMR en 2012, 536 séjours comportaient une infection à BMR. 61 séjours ont été revalorisés avec un gain total de 178 140,20 euros. Plus de la moitié du gain financier, 101 087,19 euros (56,7%) provient de l'absence de codage de la résistance. Le gain moyen par séjour revalorisé était de 2920,33 €.

Un gain de 125 505,85 € provient de SARM non ou mal codés tandis que *E. coli* EBLSE non codé représente 28519,44 € (16,0%).

Parmi ces 61 séjours, 57 d'entre eux (93,4%) disposaient dans le résultat bactériologique d'un commentaire sur les mesures d'hygiène préconisées (83,6%) ou seulement sur leur mécanisme de résistance (9,8%).

CONCLUSION

Le croisement des bases de données du PMSI et de l'EOHH a permis d'évaluer la qualité du codage des BMR dans les RUM et d'estimer le gain potentiel après correction. L'établissement va élaborer des recommandations plus précises de codage de la multi-résistance à l'attention des personnes qui codent.

P-153

AUTOMATISATION DU SYSTÈME D'ALERTE DU LABORATOIRE DE MICROBIOLOGIE VERS L'ÉQUIPE D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE

NEULIER C., ASSOUVIE L., MOGENOT E., LE BRIS P., BRETON N., PETIT J., PANGON B., MERRER J.
CH de Versailles, LE CHESNAY CEDEX, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) doit être informée de façon systématique et en temps réel de la mise en évidence de certains agents pathogènes afin de vérifier les mesures d'isolement ou de réaliser une investigation. La transmission « papier » de l'information étant personne dépendante, nous avons testé l'intérêt d'une transmission automatisée.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

A l'occasion de la mise en place d'un nouveau logiciel informatique au laboratoire en juin 2012 (Logiciel Molis[®]), un groupe de travail pluridisciplinaire (informatique, microbiologie, EOH, fournisseur du logiciel Molis[®]) a élaboré une liste des agents pathogènes nécessitant une transmission automatisée et réalisé un paramétrage pour permettre la genèse d'une alerte à chaque fois qu'un agent pathogène de la liste est identifié au laboratoire. Cette liste ne comprend pas les bactéries multirésistantes transmises automatiquement sur les boîtes email de l'EOH via le Sirscan[®] depuis 2009. L'exhaustivité des alertes transmises à l'EOH par la méthode « papier » (2011) et par alerte automatisée (2013) a été comparée par un test exact de Fisher pour les agents pathogènes les plus fréquents : *Clostridium difficile*, *Bordetella pertussis* et *Sarcoptes scabiei hominis*.

RÉSULTATS

Au total pour ces 3 agents pathogènes, nous avons reçu 28 alertes « papier » en 2011 sur 128 diagnostics réalisés au laboratoire soit un taux de signalement de 21.9% contre 92 alertes automatisées en 2013 pour 103 diagnostics réalisés soit un taux de signalement de 89.3% ($p < 0.01$). Concernant *Clostridium difficile*, 19 alertes sur 93 (20.4%) sont transmises par papier en 2011 contre 64 sur 69 (92.8%) en 2013 par voie automatisée ($p < 0.01$). Pour *Bordetella pertussis* et *Sarcoptes scabiei hominis*, sont reçues respectivement en 2011, 4 alertes/17 (23.5%) et 5 alertes/23 (21.7%) et en 2013, 15 alertes/19 (78.9%) et 13 alertes/15 (86.7%) ($p < 0.01$).

CONCLUSION

Ce système d'alerte automatisée permet une amélioration significative de l'exhaustivité du signalement à l'EOH. Des bugs informatiques entraînant le blocage de certaines alertes expliquent que nous n'obtenions pas une exhaustivité de 100% avec le système informatique mais des améliorations du logiciel sont en cours avec la société prestataire.

P-154

GRIPPE.O, UN JEU AU SERVICE DE LA PRÉVENTION

MARIE S.⁽¹⁾, DUROUX T.⁽²⁾, PARNEIX P.⁽²⁾, VENIER A.G.⁽²⁾
⁽¹⁾ CHU LIMOGES, LIMOGES, FRANCE ; ⁽²⁾ CHU BORDEAUX - CCLIN Sud-Ouest, BORDEAUX, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les jeux sérieux détournent l'univers ludique des jeux vidéo à visée pédagogique. Le jeu « grippe.0 » a été développé pour permettre d'améliorer les connaissances sur la grippe, les moyens de prévention d'épidémie et de savoir faire la part des choses entre grippe saisonnière et grippe variante. Son impact sur les connaissances et pratiques des professionnels médicaux et paramédicaux a été évalué.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Ce jeu téléchargeable ou jouable en ligne, propulse l'utilisateur dans le rôle d'un professionnel de santé confronté au virus de la grippe dans son établissement. Face à 8 situations clefs, identifiées à partir des retours d'expérience d'épidémies de grippe, le joueur doit faire les bons choix pour bien prendre en charge son patient et éviter toute épidémie. Entre le 25 novembre et le 10 décembre 2013, une participation à son évaluation a été proposée aux soignants par un système de mailing et une annonce en ligne. La progression des soignants a été évaluée par le biais d'un questionnaire à remplir avant et après une partie. Un test du khi-deux a été utilisé pour en déterminer la significativité.

RÉSULTATS

Au total 264 professionnels médicaux (dont 213 internes) et 62 professionnels paramédicaux ont participé à cette évaluation. Après le jeu (noté 7,9/10), 95% des joueurs ont retenu au moins un enseignement, 28% au moins trois. Les principales connaissances acquises après une partie concernaient le test de diagnostic rapide de la grippe (36%) et la différence entre grippe saisonnière et grippe variante (14%). Ils étaient 47% à déclarer qu'après ce jeu ils appliqueraient des précautions gouttelettes face à un patient grippé, chose qu'ils ne faisaient pas avant. Ils étaient plus nombreux à considérer la grippe

comme une pathologie non bénigne (65% après vs 52% avant, $p=0.001$), plus nombreux à considérer que le vaccin était important pour les professionnels de santé (99% vs 93%, $p<10^{-3}$), plus nombreux à se sentir préparés à prendre en charge un patient atteint de grippe (95% vs 79%, $p<10^{-3}$) et à réaliser un diagnostic rapide (86% vs 29%, $p<10^{-3}$), et ont plus souvent déclaré connaître les indications du traitement antiviral (87% après vs 62% avant, $p<10^{-3}$).

CONCLUSION

En 10 minutes, Grippe.0 a significativement permis des acquis de connaissance et de pratiques chez des médecins et infirmiers devant prochainement faire face à des cas réels de grippe. Ces résultats encouragent le développement des jeux sérieux en santé, moyens efficaces d'éducation, de sensibilisation et de prévention en milieu de soins.

P-155

RISQUE INFECTIEUX LIÉ AU SANG : CONNAISSANCES DU PERSONNEL D'UN CHU

HACHED N.⁽¹⁾, **GUERCHANI M.K.**⁽²⁾, **BENHABYLES B.**⁽²⁾

⁽¹⁾ CHU MUSTAPHA, ALGER, ALGÉRIE ; ⁽²⁾ CHU MUSTAPHA, ALGER, ALGÉRIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Afin d'élaborer une stratégie de prévention des AES adaptée à notre CHU, une enquête a été réalisée dans l'objectif d'apprécier les connaissances du personnel médical et paramédical sur les risques et les accidents infectieux liés au sang.

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. 69,9 % des répondants sont des paramédicaux. L'âge médian est de 40 ans, l'expérience professionnelle médiane de 10 ans. 91,5 % estiment qu'il existe un risque de transmission d'agents infectieux lors des soins, ce risque est surestimé (entre 10 et 50 %), cependant, les réponses relatives aux connaissances (mécanismes à risque de transmission, statut du patient, type de piquûre, délai nécessaire pour affirmer qu'il n'y a pas contamination) ne sont pas fournies ou sont incorrectes pour près d'une personne interrogée sur deux. Après la survenue d'un AES, 30,3 % ne font pas saigner le site de l'AES, 70 % le nettoient avec de l'eau et du savon, 88,2 % y appliquent

un antiseptique. La conduite à tenir après la survenue d'un AES est correcte dans 20 % des cas, la correction est significativement différente selon la fonction (34,4 % chez les médecins et 13,7 % chez les infirmiers).

CONCLUSION

Ces résultats renforcent l'engagement à poursuivre les mesures préventives déjà mises en place dans une approche pluridisciplinaire tels qu'organiser des séminaires d'information

P-156

COMMUNICATION ENGAGEANTE ET CHANGEMENT DE COMPORTEMENT: LA VACCINATION ANTIGRIPPALE CHEZ LE PERSONNEL SOIGNANT

GIRANDOLA F.⁽¹⁾, **MICHELIK F.**⁽²⁾, **LO MONACO G.**⁽³⁾, **CASTELLA D.**⁽⁴⁾, **ABITEBOUL D.**⁽⁵⁾, **BOUVET E.**⁽⁵⁾, **PELLISSIER G.**⁽⁵⁾

⁽¹⁾ Aix-Marseille Université, 13621 AIX-EN-PROVENCE, FRANCE ; ⁽²⁾ FM Prévention, BESANÇON, FRANCE ; ⁽³⁾ Aix-Marseille Université, 13621 AIX-EN-PROVENCE, FRANCE ; ⁽⁴⁾ Cabinet Nexus, AVIGNON, FRANCE ; ⁽⁵⁾ Geres, CHU Bichat, Paris VII, PARIS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'enquête Vaxisoin (Guthmann & Abiteboul, 2009) conduite dans les établissements de soins a montré une CV vaccinale des soignants insuffisante pour les vaccinations recommandées (coqueluche, rougeole, varicelle, grippe). En particulier, pour la grippe, la couverture vaccinale était de 25,6%. Ces données montrent l'impact insuffisant des recommandations vaccinales antigrippales. Du point de vue psychosocial, de nombreuses recherches montrent les limites des campagnes de sensibilisation. Si ces campagnes peuvent déboucher sur de nouvelles connaissances ou opinions, elles ne sont guère efficaces pour modifier les comportements effectifs.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

La communication engageante permet d'optimiser les actions de prévention (Girandola & Joule, 2012). Ce type de communication permet d'établir un pont entre la persuasion et l'engagement par les actes (Joule & Beauvois, 1998). Un message a plus de chances d'être accepté et, par conséquent, de produire un changement d'opinion et/ou de comportement, s'il est précédé d'un acte préparatoire engageant. L'individu n'est plus ici un simple récepteur comme dans les campagnes de prévention classique mais un acteur. C'est ce qui distingue la persuasion classique (simple récepteur) d'une communication engageante (acteur). Dans ce contexte, deux actions ont

été menées dans deux Centres Hospitaliers (CH) selon le principe de la communication engageante : réalisation d'actes préparatoires engageants de la part du personnel soignants et exposition à une campagne de sensibilisation (e.g., information sur les virus de la grippe et leurs conséquences).

RÉSULTATS

Dans le premier CH, certains taux de vaccination ont doublé voire triplé sans toutefois atteindre la significativité (faible effectif) : la couverture du service Médecine Gériatrique a augmentée de 11,5 points, l'EHPAD ne comptant aucune vaccination parmi les IDEs en 2011 / 2012, affiche un taux de 50% de vaccinés (2012 / 2013). Dans le second CH, Le taux de la couverture vaccinale sur l'ensemble du CH est statistiquement significatif notamment chez les médecins (+11,6 points).

CONCLUSION

Les résultats attestent de l'efficacité d'une communication engageante sur les comportements de vaccination et sur la prise de risque. Les nouvelles pistes de recherches seront présentées et discutées

P-157

CONTAMINATION FONGIQUE DE L'ALIMENTATION DES PATIENTS D'ONCO-HEMATOLOGIE

GHEITH S.⁽¹⁾, **SAGHROUNI F.**⁽²⁾, **BANNOUR W.**⁽²⁾, **BEN YOUSSEF Y.**⁽²⁾, **KHELIF A.**⁽²⁾, **BEN SAID M.**⁽²⁾, **NJAH M.**⁽²⁾

⁽¹⁾ Hôpital universitaire Farhat Hached, SOUSSE, TUNISIE ;
⁽²⁾ Hôpital universitaire Farhat Hached, SOUSSE, TUNISIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les patients en Onco-hématologie sont particulièrement exposés aux infections fongiques graves. L'alimentation est une source de contamination possible et doit être étroitement surveillée.

Le but de notre travail est d'évaluer le niveau de contamination fongique de l'alimentation des patients hospitalisés dans une unité d'Onco-hématologie.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous avons analysé 159 aliments servis à 90 patients en aplasie post-chimiothérapie. Elle a concerné les patients atteints d'hémopathies malignes. Une enquête alimentaire a été effectuée afin de déterminer les différents aliments consommés par les patients inclus dans l'étude. Les divers types de produits testés et prélevés sont : les plats cuisinés venant de la cuisine de l'hôpital mais aussi familiaux, les fruits, le pain, l'eau consommée par les patients, lait, salades vertes et gâteaux.

RÉSULTATS

Le taux global de contamination fongique était de 66,6%. La contamination était particulièrement élevée pour les fruits (90%) et les salades vertes (100%).

Les *Aspergillus* étaient les plus fréquents (48,4%) suivis par *Candida* (25,1%), *Penicillium* (22%), *Rhizopus* (17,6%) et *Cladosporium* (17%). La présence d'*Aspergillus* sur les fruits (66,7%) représente une source réelle de contamination par inhalation des spores et la présence des *Candida* (25,1%) dans tout type d'aliment représente une source de colonisation digestive.

CONCLUSION

Les résultats de ce travail révèlent un niveau de contamination mycosique élevé des produits alimentaires consommés par les patients atteints d'hémopathies malignes hospitalisés au Service d'Hématologie et incite à une surveillance plus étroite des aliments servis aux patients et à une vigilance accrue.

P-158

EPIDEMIOLOGIE DES INFECTIONS ASSOCIEES AUX SOINS EN NEUROCHIRURGIE A L'HOPITAL MILITAIRE DE TUNIS

BELLAJ R.

Hopital Militaire de Tunis, TUNIS, TUNISIE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les infections associées aux soins (IAS) 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. En Tunisie les IAS et surtout les infections du site opératoire reste une préoccupation prioritaire dans les services de chirurgie propre comme la neurochirurgie vu les séquelles neurologiques, fonctionnelles et vitales qui peuvent entraîner. Les objectifs essentiels de cette étude étaient d'estimer l'incidence des IAS et de mettre en exergue les facteurs de risque qui y sont associés.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

C'est une étude rétrospective réalisée dans le service de neurochirurgie de l'hôpital militaire de Tunis sur une période de 18 mois, allant du 1 janvier 2010 jusqu'au 30 juin 2011. Au cours de cette période, 514 malades ont été hospitalisés dans le service de neurochirurgie. Les critères de diagnostic des infections associées aux soins utilisés dans ce travail sont celle de la Société Française d'Hygiène Hospitalière.

RÉSULTATS

L'âge moyen de la population étudiée était de 49 ± 17 ans. 61% de la population étudiée sont de sexe masculin.

Au cours de cette période 514 patients ont été hospitalisés, parmi eux 38 ont développé une infections associées aux soins. L'incidence des IAS était de 7,4%. Les facteurs de risques des IAS retenus dans notre étude étaient : la pose d'une sonde urinaire, la ventilation mécanique, et la durée d'hospitalisation ≥ 10 jours. Les IAS les plus fréquemment observées dans notre étude par ordre décroissant étaient : les infections du site opératoire (39,3%), les infections pulmonaires (36,8%), des infections urinaires (29%) et les infections cutanées (2,6%). Les germes les plus incriminés dans l'IAS sont des BGN dans 87% et des cocci à Gram positif dans 13% des cas. Les BGN les plus fréquemment observées étaient *Escherichia coli* (25%), *Pseudomonas aeruginosa* (25%), *Acinetobacter baumannii* (15%), *protéus mirabilis* (15%) et *klebsiella pneumoniae* (10%). Les cocci à Gram positif étaient représentés par le *staphylocoque* coagulase négative dans 100% des cas.

CONCLUSION

Les infections associées aux soins restent fréquentes, graves et pourvoyeuse d'une forte mortalité en milieu chirurgical. Une stratégie multidimensionnelle est nécessaire pour lutter contre ce fléau.

P-159

CAS DE LÉGIONELLOSE NOSOCOMIALE EN LIEN AVEC UNE CONTAMINATION DU RÉSEAU D'EAU FROIDE

MENSAH K.⁽¹⁾, **JARRAUD S.**⁽²⁾, **REGARD A.**⁽¹⁾, **BENET T.**⁽¹⁾, **CASSIER P.**⁽¹⁾, **MORELON E.**⁽¹⁾, **POUTEIL-NOBLE C.**⁽¹⁾, **VANHEMS P.**⁽¹⁾, **NICOLLE M.C.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ Hôpital Edouard Herriot, LYON, FRANCE ; ⁽²⁾ Centre National de Référence des Légionelles, BRON, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La gestion du risque lié aux légionelles dans les établissements de santé repose sur une surveillance environnementale. Celle-ci prend en compte la recherche de *Legionella* et le suivi de des températures de l'eau chaude sanitaire (ECS) et de l'eau froide (EF), indicateur de contamination en sus des analyses.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous rapportons l'investigation clinique et environnementale d'un cas de légionellose nosocomiale en relation avec une exposition à l'eau froide. Un patient de 62 ans, transplanté rénal

en juillet 2012 et ayant présenté une infection à CMV en avril 2013, a été admis le 29 juillet 2013 (J0) pour détérioration de sa fonction rénale liée à un rejet aigu de son greffon entraînant une intensification de son traitement immunosuppresseur à J8. A J13, le patient a présenté une hyperthermie associée à une détresse respiratoire aiguë conduisant à un transfert en réanimation. L'antigénurie légionelle réalisée à l'admission en réanimation était positive et le lavage broncho alvéolaire (LBA) réalisé le même jour a permis l'isolement d'une *L. pneumophila* sérotype 1 (Séquence Type 1, profil PFGE Paris). Le traitement antibiotique a permis une évolution favorable. Une investigation environnementale a été réalisée.

RÉSULTATS

L'ensemble des douches du service où le patient a été hospitalisé étaient déjà sécurisées par des filtres. Un échantillonnage de prélèvements de 8 points d'eau a été réalisé à J21 : ECS et EF des douches communes et individuelles, ECS et EF des lavabos du service. Dans la chambre du patient, l'EF du lavabo avait une température de 22,2°C et une concentration de *L. pneumophila* sérotype 1 qui atteignait 25 000 UFC/L. Cette souche environnementale présentait les mêmes caractéristiques que la souche du patient : ST1, profil PFGE Paris, sous-groupe OIda. Tous les autres contrôles réalisés à J21 étaient négatifs (<250 UFC/L). Un nouvel échantillonnage sur 4 points d'EF a eu lieu à J25 pour évaluer l'extension de la contamination et s'est avérés négatifs. De nouveaux contrôles à J35, après des soutirages répétés de l'EF, étaient négatifs. Par ailleurs, aucun autre cas de légionellose nosocomiale n'a été identifié sur l'établissement.

CONCLUSION

La contamination a probablement eu lieu à partir d'aérosols contaminés de l'eau froide d'un lavabo. Ce cas souligne l'importance de la surveillance régulière des températures d'eau froide, notamment en période estivale, et pose la question de l'opportunité d'une surveillance microbiologique de l'eau froide dans les services accueillants des patients immunodéprimés.

P-160

LA CHAMBRE DES ERREURS : LA SIMULATION AU SERVICE DE LA PRÉVENTION DU RISQUE INFECTIEUX

DE HAUTECLOCQUE A.⁽¹⁾, **THEVENOT S.**⁽²⁾, **COSTA D.**⁽¹⁾, **BOUSSEAU A.**⁽¹⁾, **LATUS J.**⁽¹⁾, **ESNARD R.**⁽¹⁾, **ASSIANDI F.**⁽¹⁾, **CASTEL O.**⁽¹⁾, **BICHE C.**⁽¹⁾, **BENAYER E.**⁽¹⁾, **TANDEAU DE MARSAC B.**⁽¹⁾, **MIGEOT V.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU La Milétrie, POITIERS, FRANCE ; ⁽²⁾ CHU La Milétrie, POITIERS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

A l'occasion de la semaine de la sécurité des patients qui s'est déroulée du 25 au 29 novembre 2013, la Direction Usagers Risques Qualité, s'appuyant sur les différentes vigilances, a proposé aux étudiants et aux professionnels de venir détecter des erreurs dans une chambre et une salle de soins reconstituées pour l'occasion.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

La « chambre des erreurs » a été installée à proximité du restaurant fréquenté par les étudiants et les professionnels. Elle était ouverte toute la semaine de 11h30 à 15h30. L'espace était divisé en 2 parties : une partie salle de soins/couloir et une partie chambre.

Au total 15 erreurs ont été volontairement intégrées concernant le bon usage du médicament, l'hémovigilance, la matériovigilance, l'identitovigilance et la prévention du risque infectieux. L'EOH avait proposé 3 thèmes d'erreur : une discordance entre la tenue de protection disponible sur l'unité d'isolement et la nature des précautions complémentaires prescrites, un flacon d'antiseptique ouvert et non daté sur la paillasse de soins, un collecteur à objets piquants coupants et tranchants (OPCT) dont le niveau de remplissage était dépassé et dont la fermeture provisoire n'était pas utilisée.

En arrivant à la chambre des erreurs, une fiche à compléter était remise aux participants. Celle-ci était composée de 3 parties : renseignements sur le répondant, espace de réponses vierge afin de consigner les erreurs observées, et un questionnaire évaluant sa perception de l'expérience. La durée conseillée pour la détection des erreurs était de 15 minutes. Les résultats étaient ensuite communiqués aux participants par l'intermédiaire d'une fiche de réponses accompagnée d'explications orales.

RÉSULTATS

Au total 160 personnes ont participé : des professionnels médicaux et para-médicaux (61 %), des étudiants médicaux et paramédicaux (22 %), des professionnels médico-techniques et administratifs (17%). Les premiers résultats montrent que les erreurs concernant l'antiseptique et le collecteur à OPCT ont été facilement détectées par près de 90 % des participants. En revanche celle concernant les précautions complémentaires a été détectée par moins de 50 % des participants.

CONCLUSION

Ce concept basé sur le jeu des 7 erreurs a été initié au Canada et a déjà été utilisé dans d'autres centres hospitaliers français. Il a permis de sensibiliser de façon ludique et efficace les professionnels et étudiants à certains éléments de la prévention du risque infectieux. Cette première expérience, très appréciée par les participants et les organisateurs, sera renouvelée de manière à favoriser la participation de tous.

P-161

INFECTIONS À CLOSTRIDIUM DIFFICILE : ANALYSE TEMPORELLE DES FORMES CLINIQUES ET DU TRAITEMENT

*OPSOMER M.A., CREGUT-CORBATON J., AHO-GLELE L.S., ASTRUC K.
CHU Dijon, DIJON, FRANCE*

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'infection à Clostridium difficile (ICD) est la principale cause de diarrhées post-antibiotiques. Les critères de gravité de l'ESCMID sont la chirurgie pour ICD, le passage en réanimation ou le décès à 30 jours. Le traitement recommandé est le métronidazole (M) en 1^{ère} intention pour des formes peu à modérément sévères, la vancomycine (V) en cas de symptomatologie sévère ou chez les non répondant au M. Au moment de l'introduction de la fidaxomicine, nous décrivons l'évolution de l'incidence des ICD, des cas de formes graves, des récives et du traitement mis en œuvre dans l'établissement.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous réalisons une étude rétrospective des cas incidents en hospitalisation complète entre le 01/01/2009 et le 30/11/2013. Une application Access, intégrant les données du logiciel de bactériologie LAB400 -totalité des prélèvements de selles positifs (PP) pour les entérotoxines- et les données d'activité, permet de suivre l'incidence par secteur d'activité et période. Un PP définit un cas incident en l'absence d'autre PP dans les 56 jours précédents. Un autre PP entre le 7^{ème} et le 56^{ème} jour chez un patient symptomatique définit la récive. Durée d'hospitalisation, traitement spécifique de l'ICD, passage en réanimation et décès à 30 jours liés ou non à l'ICD sont relevés pour chaque cas incident dans le dossier patient informatisé (DxC@re).

RÉSULTATS

L'incidence globale est de 0,24 [0,22-0,26] cas/1000JH (n=448), stable au cours du temps (p=0,27). La durée médiane d'hospitalisation à la date du 1^{er} PP est de 9 jours ; 13% des épisodes récidivent à l'hôpital. Pour les formes graves, on note 56 admissions en réanimation (12%) dont 22 pour sepsis et 3 rapportées comme liées à l'ICD, 58 patients sont décédés à 30 jours (13%) dont 1 lié à l'ICD. Aucune chirurgie pour ICD n'est réalisée. Pour 5% des patients le traitement n'est pas initié dans l'établissement. Il est renseigné dans 80% des autres cas : le M est le plus souvent prescrit (78%) suivi de la V (8%), du M puis V (7%) et de l'association non recommandée M+V (7%). La tendance est à l'augmentation au cours du temps de la prescription de M seul (p=0,06) et à la diminution de M+V (p=0,07). Le traitement des formes sévères diffère (p=0,067) :

plus de V seule et de M puis V. Le taux de récurrence varie selon le traitement initial ($p=0,048$) : comparable pour la V ou la M (14%), plus élevé chez les patients recevant M+V (32%), souvent immunodéprimés.

CONCLUSION

Nous montrons une incidence stable et comparable à l'incidence nationale ICD-RAISIN 2009. Nous pouvons mettre en évidence une amélioration des pratiques dans la prise en charge des ICD.

P-162

UTILISATION DES TABLIERS DE PROTECTION À USAGE UNIQUE : ÉTAT DES LIEUX DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET MÉDICO-SOCIAUX D'UNE RÉGION.

*VASILIU A., THILLARD D., GERMAIN J.M.
Arlin Haute Normandie, ROUEN, FRANCE*

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Le port d'une protection de la tenue des soignants est indiqué pour les soins susceptibles d'être mouillants, souillants ou exposant au sang ou aux liquides biologiques (SFHH, avril 2009). Ces recommandations ne font pas référence à une consommation attendue. L'objectif de cette enquête était de faire un état des lieux régional de la mise à disposition et de l'utilisation des tabliers plastiques à usage unique (UU) dans les établissements de santé (ES) et médico-sociaux (EMS).

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Un questionnaire standardisé en 2 parties (modalités de mise à disposition des tabliers à usage unique / consommation de ces tabliers par secteur d'activité au cours du premier semestre 2013) a été envoyé en juin 2013 à tous les ES et EMS de la région.

RÉSULTATS

Un total de 98 établissements de la région ont répondu, soit un taux de réponse de 50% pour les ES, 39% pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et 35% pour les foyers d'accueil médicalisé (FAM) et les maisons d'accueil spécialisées (MAS). Les tabliers à UU étaient à disposition dans au moins un service dans tous les ES, dans 90% des EHPAD et dans 38,5% des FAM/MAS. L'utilisation de ces tabliers était prévue dans au moins un des documents concernant la toilette des

patients/résidents, les changes des patients/résidents ou les précautions standard pour 72,3% des établissements (94% des ES, 68% des EHPAD et 8% des FAM/MAS).

Sur le premier semestre 2013, le ratio de consommation de tabliers à UU était de 0,67 par jour et par patient pour les ES, de 0,26 pour les EHPAD et de 0,03 pour les FAM/MAS. Les consommations variaient en fonction des secteurs d'activité. Les consommateurs les plus importants étaient la réanimation (2,8 tabliers par jour et par patient pour les 6 services répondeurs) et le SSR (1,0 tablier pour les 23 services répondeurs). Un audit des pratiques avait été réalisé dans 9 ES dont 5 qui avaient un ou plusieurs EHPAD rattachés.

CONCLUSION

Il s'agit d'une première étude régionale concernant l'utilisation des tabliers à UU. En moyenne, les établissements de la région consomment moins d'un tablier plastique à usage unique par jour et par patient/résident. Les spécificités de chaque établissement pourraient justifier une différence de consommation (recrutement de patients BMR, niveau de dépendance des patients, type de soins). Ces résultats justifient la poursuite des travaux régionaux : aide à la rédaction des protocoles, mise à disposition d'outils pour évaluer l'observance du port de tabliers, suivi régional périodique de la consommation par secteur d'activité et type d'établissement.

P-163

INVESTIGATION DE 2 CAS DE FUSARIOSE EN SECTEUR D'HÉMATOLOGIE STÉRILE

RABERIN H.⁽¹⁾, TAVERNIER E.⁽²⁾, SUY F.⁽¹⁾, POUVARET A.⁽²⁾, BOTELHO-NEVERS E.⁽¹⁾, GAGNAIRE J.⁽¹⁾, RANQUE S.⁽³⁾, GUYOTAT D.⁽²⁾, BERTHELOT P.⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU de Saint-Etienne, SAINT-ETIENNE, FRANCE ; ⁽²⁾ Institut de cancérologie de la Loire, SAINT-ETIENNE, FRANCE ; ⁽³⁾ AP-HM, MARSEILLE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Déterminer, chez deux patients recevant un traitement d'induction pour leucémie aigue myéloïde (LAM), l'origine et rechercher la source d'infections par *Fusarium* sp. survenues dans un délai d'1 mois dans un service d'hématologie adulte.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Recueil épidémiologique des données cliniques et para cliniques notamment mycologiques (culture, antigénémie galactomannane, sérologies et PCR), parcours et transferts

des patients. Prélèvements d'environnement en secteur d'hématologie stérile et en réanimation (air, eaux et surfaces), de crèmes utilisées chez les patients, d'alimentation, et de linge (y compris blanchisserie). Recherche de lésions des ongles chez les soignants. Typage des souches isolées des prélèvements cliniques.

RÉSULTATS

3 patients neutropéniques traités par chimiothérapie intensive pour LAM ont été suspectés de fusariose avec notamment dissémination cutanée mais seuls 2 cas ont été confirmés (hémocultures, biopsies cutanées, LBA et lavage/biopsies sinus). Le premier cas est survenu 15 jours après l'admission. Le deuxième cas avait été initialement suspecté d'aspergillose pulmonaire (scanner, antigénémie et sérologie aspergillaires positifs) pour être finalement retenu en fusariose 1 mois plus tard. Les nombreux et répétés prélèvements d'environnement, d'alimentation, de crèmes et du linge n'ont pas permis de mettre en évidence de source de contamination, ni de contamination fongique autre. Il n'a pas été documenté d'*onychomycose* chez les personnels. L'envoi des souches à des centres référents a permis de trouver 2 souches différentes de *Fusarium* (complexe *Gibberella fujikuroi*) et une PCR réalisée sur le LBA à l'admission du 2^{ème} patient a été retrouvée positive pour *Fusarium* et négative pour *Aspergillus*. La négativité de l'enquête environnementale, l'absence de similitude entre les 2 souches de *Fusarium* isolées et le délai de survenue des cas (15 jours et, au final, à l'admission pour le 2^{ème} cas) permettent de conclure à des acquisitions communautaires chez des patients neutropéniques admis pour LAM.

CONCLUSION

Les *fusarioses* sont rares et sévères ; la survenue de 2 cas dans un délai d'un mois en secteur d'hématologie a conduit à une large enquête environnementale ne retrouvant pas de source de contamination. Les tests moléculaires effectués dans des centres référents ont permis de confirmer l'absence d'acquisition nosocomiale.

Ces observations soulignent aussi les difficultés diagnostiques des méthodes conventionnelles pour identifier l'espèce en cause dans des infections à champignons filamenteux en hématologie.

P-164

IMPACT D'UNE ENQUETE SUR BACTERIEMIE A STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTANT A LA METICILLINE (SARM)

CABRERIZO C.

Hopital de tournon-sur-rhone, TOURNON-SUR-RHONE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Devant le diagnostic d'une bactériémie à SARM en septembre 2013, l'équipe du service s'interroge sur la conformité des pratiques sur les catheters veineux périphériques (CVP). L'équipe opérationnelle d'hygiène est sollicitée pour conduire la gestion de cet évènement infectieux grave.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'investigation repose sur la gestion de risque *a posteriori*. Une revue rétrospective du dossier permet d'établir la chronologie des faits. Un entretien avec les différents professionnels et usager l'a affinée. Les causes probables furent définies grâce à la méthode des 5 M étayée de la méthode ALARM. Les axes d'amélioration furent présentes aux professionnels et appliqués rapidement.

RÉSULTATS

La gestion du catheter semble la cause la plus probable mais :

- Aucune hémoculture n'a été réalisée sur le CVP
- La culture du CVP n'a été ni prescrite, ni réalisée
- Aucun signe local au niveau des CVP n'a été observé ou signalé.

La pose, le rythme de changement et de surveillance des CVP sont en adéquation avec les recommandations. Toutes les IDE avaient bénéficié d'une formation début 2012 suite à un audit réalisé en 2011. Les entretiens rapportent que la patiente manipulait la ligne veineuse : aucune éducation n'est tracée ni n'a été réalisée. Cette investigation a mis en exergue d'autres points critiques :

- La non intégration du patient et de la famille dans la prise en charge des dispositifs médicaux
- La réalisation systématique de bandelette urinaire sur SAD conduisant à un traitement anti biothérapeutique fortuit
- La succession de 4 antibiotiques différents en 4 jours
- Le manque de tracabilité du suivi des problèmes

En concertation avec l'équipe pluridisciplinaire, le plan d'action mis en place s'est décliné en 4 axes :

- Rappel des conditions de manipulations des CVP et second tour d'audit observationnel de leur gestion
- Amélioration de la tracabilité
- Rappel sur les prescriptions d'hémoculture et de culture de CVP aux médecins avec révision des protocoles
- Reajustement des pratiques de prescriptions d'antibiotique

CONCLUSION

Cet évènement infectieux grave fût à la fois moteur de la réflexion sur les pratiques pluridisciplinaires et levier dans la mise en place de revue de mortalité et morbidité et de retour d'expérience. La gestion de cet accident *a posteriori* a nourri la culture qualité de l'établissement.

P-165

CAS GROUPÉS DE COQUELUCHE DANS UN SERVICE D'OBSTÉTRIQUE ET NÉONATOLOGIE : DESCRIPTION ET GESTION DE L'ÉPISODE

GERBIER-COLOMBANS⁽¹⁾, BOURJAULT M.⁽²⁾, LABAUNE J.M.⁽²⁾, HAYS S.⁽²⁾, FORISSIER M.F.⁽²⁾, FASCIA P.⁽³⁾, ADER F.⁽²⁾, RUDIGOZ R.C.⁽²⁾, PICAUD J.C.⁽²⁾, DUBERNARD G.⁽²⁾, METZGER M.H.⁽²⁾

⁽¹⁾ Hôpital de la Croix-Rousse - HCL, LYON, FRANCE ; ⁽²⁾ Hôpital de la Croix-Rousse - HCL, LYON, FRANCE ; ⁽³⁾ ARLIN Rhône-Alpes, SAINT GÉNIS-LAVAL, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

En mai 2013, l'équipe opérationnelle d'hygiène a été alertée par le service d'obstétrique de la survenue d'un cas de coqueluche parmi le personnel de la salle d'accouchement. Après cette alerte, deux autres cas sont survenus parmi le personnel et un cas probable chez une patiente. L'objectif de cette présentation est de décrire l'épisode et discuter des mesures prises.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'analyse de l'épisode a consisté en la description des cas de coqueluche (clinique, confirmation par PCR Bordetella sur prélèvement rhinopharyngé, exposition, durée de contagiosité probable, traitement, et statut vaccinal vis-à-vis de la coqueluche) et la réalisation d'un tableau synoptique. Une investigation épidémiologique a été menée afin de rechercher les contacts (personnel ou patients), de les prendre en charge et repérer éventuellement des cas secondaires. La couverture vaccinale anti-coquelucheuse du personnel a été évaluée.

RÉSULTATS

Au total, l'épisode a comporté 3 cas confirmés bactériologiquement chez le personnel soignant d'obstétrique. Et, une quatrième personne, patiente ayant accouché dans le service et rendant visite à ses nouveaux-nés en unité de néonatalogie, a toutefois été considérée comme un cas probable. La PCR Bordetella réalisée après la fin de la toux et le début de l'antibiothérapie était négative. Sur les 4 cas, 1 seule a présenté une toux typique. Le contagement a probablement eu lieu à partir du premier cas vers les 3 autres. Les 4 cas avaient tous été vaccinés dans l'enfance mais n'avaient pas eu de rappel à l'âge adulte. Il y a eu au total 414 professionnels considérés comme contact potentiel, 386 patients et 138 visiteurs. Les contacts étaient pris en charge (vaccination, antibiotique, abstention) selon un arbre décisionnel défini en fonction du statut vaccinal et d'éventuels signes cliniques. La couverture vaccinale des professionnels dont on connaissait le statut vis-à-vis de la coqueluche était de 77,4% pour les 2 services.

CONCLUSION

La description de l'épisode a permis de constater que la contagiosité pouvait débuter avant le début des symptômes, qu'elle pouvait avoir lieu lors de contacts brefs. La présentation clinique pouvait être pauci-symptomatique. La gestion d'un tel épisode est complexe compte-tenu du nombre de professionnels travaillant dans ces services et le nombre de patients et conjoints à informer (téléphone ou courrier). Un rattrapage vaccinal des professionnels non vaccinés a été fait, ainsi qu'un rappel des mesures à appliquer en cas de toux chez tous.

P-166

L'EQUIPE OPÉRATIONNELLE D'HYGIÈNE, ON L'AIME UN PEU, BEAUCOUP, À LA FOLIE... !

LERE M., LE CADRE M., BRASILES A., LEVITZKI N., MALAVAUD S., VERDEIL X.
CHU TOULOUSE, TOULOUSE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH), d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU-2910 lits) comporte 6 ETP d'Infirmières (IDE, IBODE, IADE), 1ETP Cadre de Santé (CS), 1,9 ETP médicaux.

Dans une dynamique de démarche qualité, nous avons souhaité nous soumettre à l'évaluation de nos « clients », les professionnels de soins.

Le degré de satisfaction relatif à l'animation du réseau des Correspondants en Hygiène Hospitalière (CHH) paramédicaux La connaissance de l'EOH et l'appréciation du degré de satisfaction relatif aux services rendus par l'EOH.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

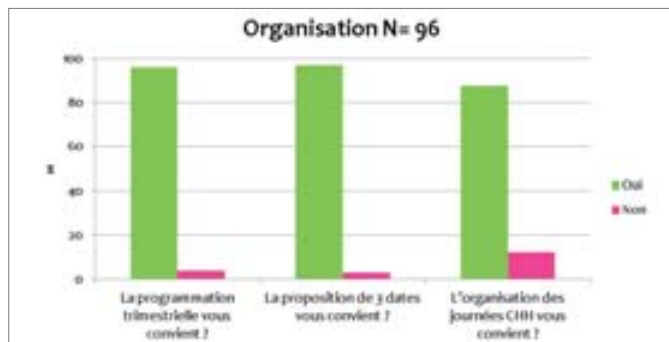
Les questionnaires ont été adressés, entre Avril et Septembre 2013, aux :

- Chefs de Service et aux Correspondants Médicaux
- Cadres Supérieurs de Santé
- Cadres de Santé des unités de soins
- CHH paramédicaux

RÉSULTATS

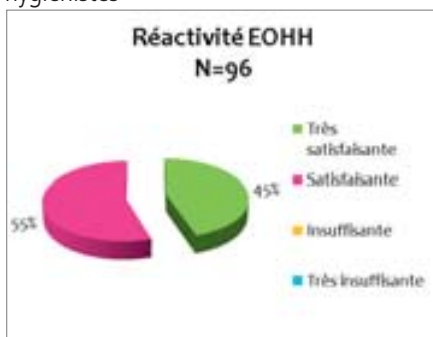
Le taux global de réponse est de 46 % avec des disparités selon les catégories socio-professionnelles. La programmation actuelle des journées des CHH est satisfaisante pour l'encadrement audité et les équipes de soins.

Néanmoins, l'activité du CHH l'après-midi au sein des unités de soins ne peut pas toujours être effective, essentiellement pour des problèmes de ressources humaines (absentéisme).



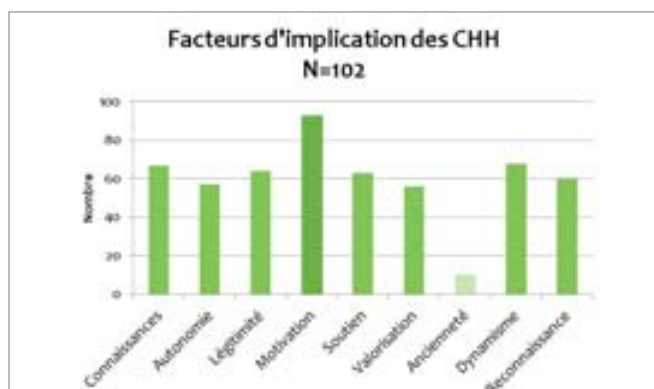
Organisation Information Correspondant en Hygiène.

L'encadrement et les soignants audités énoncent le fait que le CHH participe à l'amélioration de la qualité des soins et reconnaissent les infirmières hygiénistes comme expert et donc personnes ressources, de part le fait de la pluridisciplinarité des infirmières hygiénistes



Réactivité & Qualification activité EOHH

La reconnaissance du CHH par le Cadre de Santé participe à l'implication et la motivation de celui-ci, et lui donne la crédibilité nécessaire vis-à-vis de l'équipe pour mener à bien ses missions.



Implication des Correspondants en Hygiène

CONCLUSION

L'organisation du réseau des CHH est satisfaisante tant sur le plan de l'information que sur le plan interface EOH-équipe de soins dans la lutte et la prévention des infections

L'EOH est globalement bien perçue, encore trop souvent confondue avec le CLIN. Ses interventions sont jugées utiles, professionnelles et généralement pragmatiques et applicables. Toutefois, des actions d'amélioration ont été ciblées. Cette évaluation a permis de cibler quelques perspectives d'amélioration pour l'année 2014, tel qu'une journée spécifiquement dédiée aux diététiciens, la création d'une messagerie au niveau des salles de soins des unités et une communication écrite dans la revue institutionnelle. Cela conforte l'EOH dans la gestion du risque infectieux.

P-167

AUDIT DES PRÉCAUTIONS STANDARDS EN HÉMODIALYSE

SOULIER-MAJIDI M.⁽¹⁾, **TOSETTI D.**⁽²⁾, **HARANI M.**⁽²⁾, **FALLET I.**⁽²⁾, **ABASSI A.**⁽²⁾, **KIHAL L.**⁽²⁾, **PEGAZ B.**⁽²⁾, **ROUEFF S.**⁽²⁾, **BERTHET F.**⁽²⁾

⁽¹⁾ Hôpitaux de saint-maurice, SAINT-AURICE, FRANCE ;

⁽²⁾ Hôpitaux de saint-maurice, SAINT-AURICE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Mesurer l'application et l'évolution des précautions standards en hémodialyse selon les recommandations actuelles.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Audit de pratiques par observation directe de tous les actes et soins réalisés pendant les séances de dialyse pendant 2 semaines consécutives en 2013 vs 2010.

Le nombre et le type d'opportunités d'hygiène des mains sont observés « avant » et « après » les différentes étapes de chaque soin qui sont les suivants : branchement ou débranchement sur fistule artério-veineuse ou sur cathéter veineux central, montage, démontage et restitution des circuits, et enfin entretien des surfaces.

RÉSULTATS

Les 3 axes principaux de l'application des précautions standards étudiés que sont l'hygiène des mains, la prévention des accidents exposant au sang (AES) et la prévention de la contamination de l'environnement montrent sur 81 observations globales 50 actes effectués par les infirmières, 22 par les aides-soignants, 5 par les élèves infirmières et 2 par les médecins. L'hygiène des mains est effectuée dans 82% des opportunités (64% en 2010) et le taux de conformité est de 96% (64% en 2010)

avec augmentation du nombre de frictions hydro-alcoolique en remplacement du lavage simple des mains (88,5 versus 56% en 2010) ; L'absence de port de bijoux et de vernis à ongles est respecté dans 87% des opportunités (73,5% en 2010); La prévention des AES est assurée par l'élimination conforme des aiguilles excepté pour un seul cas, à 100% par le port d'éléments de protection gants et surblouse, 93% le port de masque mais seulement 16% de port de lunettes (72% en 2010 mais lunettes de vue comprises) ; enfin la prévention de la contamination de l'environnement est observée à 95% pour le retrait dès la fin du geste, 82% pour le nettoyage et la désinfection des surfaces après le départ des patients et enfin 100% des observations de montage des circuits avec environnement nettoyé et patient précédent parti (11% en 2010).

CONCLUSION

On a pu constater une amélioration nette de l'hygiène des mains et de la prévention de la contamination de l'environnement par le développement de la friction hydro-alcoolique systématique au cours de soins et le montage des circuits par les infirmières après le départ des patients et la désinfection des surfaces ; seul le défaut de port de lunettes de protection lors des branchement et débranchement sur fistule ou cathéter, relevé également par la médecine du travail lors des AES reste un problème à travailler avec le service et l'aide de la pharmacie.

P-168

UN ATELIER DE TRAVAUX PRATIQUES POUR LES SOINS ET LE BIONETTOYAGE

*SALLES F., DUFFET B., BURGER S., MEUNIER O.
CH Haguenau, HAGUENAU, FRANCE*

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'EOH a toujours beaucoup de choses à dire : parler des nouvelles techniques, montrer le nouveau matériel, présenter le PICC Line, donner les résultats des enquêtes et audits... alors que les professionnels sur le terrain n'ont pas beaucoup de temps à nous consacrer. Pour accorder nos emplois du temps, nous avons mis en place un atelier de travaux pratiques dans un premier temps sur deux thèmes : le bionettoyage et le soin sur Picc line®.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Atelier bionettoyage : dans une salle mise à disposition 2h par semaine, un membre de l'EOH est présent pour accueillir les professionnels qui souhaitent des informations, voir le matériel, s'essayer à la technique. Nous mettons à leur disposition un chariot de ménage complet et organisé selon la procédure en

vigueur pour faire des démonstrations et laisser le professionnel manipuler lui-même.

Atelier Picc Line®, nous avons installé un cathéter Picc line® sur un bras de mannequin et pendant 6 journées consécutives dans des secteurs différents de l'établissement, l'EOH est présente de 9h à 16h30 pour discuter avec les professionnels qui veulent découvrir le matériel, le détail de la procédure, les bons gestes autour de ce dispositif ou être conforté dans leurs pratiques. Ils posent des questions et peuvent manipuler, changer les pansements, réaliser les injections et soins avec le matériel disponible. Pour compléter un diaporama et un petit film sont projetés et commentés.

RÉSULTATS

Atelier bionettoyage, en une trentaine de séance nous avons accueilli 50 professionnels qui sont restés en moyenne une trentaine de minutes chacun. La manipulation du matériel et les réponses aux questions étaient très appréciés. Le bilan est très positif, reconnu par le CHSCT et la direction.

Atelier Picc Line®, nous avons reçu 35 personnes par jour, cadres et IDE désirant découvrir la technique et les soins. La manipulation du matériel sur mannequin est très appréciée pour tester les résistances des matériaux, la mobilité de l'extrémité du cathéter, la technicité des système d'accroche...

CONCLUSION

A travers ces ateliers de travaux pratiques, pour les nouvelles techniques et pour le matériel nouveau, nous consacrons beaucoup de temps aux professionnels en leur proposant, à leur rythme, selon leurs disponibilités, des réponses adaptées à leurs besoins de formation. L'atelier de travaux pratiques est un outil pédagogique pertinent et efficace, nous souhaitons l'élargir pour tous les soins, leurs évaluations et les audits des pratiques sur mannequin plutôt que dans les services où les équipes ont d'autres priorités.

P-169

CARTOGRAPHIE DES RISQUES DE LA GESTION DES DÉCHETS D'ACTIVITÉ DE SOINS À RISQUE INFECTIEUX EN HOSPITALISATION À DOMICILE

*ADJAMAGBO B., MIGUERES B., ITTAH-DESMEULLES H., DEMOLIERE F.
HAD AP-HP, PARIS, FRANCE*

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Les déchets de soins à risque infectieux (DASRI) font l'objet de réglementations et de recommandations importantes souvent lourdes à mettre en place pour les établissements de santé.

Les établissements d'Hospitalisations à Domicile (HAD) sont des structures de soins sans hébergement, soumis aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers traditionnels en matière de qualité et sécurité des soins. Cependant, la particularité de l'HAD complexifie le processus de gestion des DASRI. Le domicile du patient, adapté en lieu de soins, génère des différences en termes de risques et d'organisation.

OBJECTIF

Etablir une cartographie des risques liés à la gestion des DASRI spécifique à notre HAD, les DASRI étant stockés chez les patients et leur collecte réalisée par un prestataire externe qui se déplace à chaque domicile, afin de mettre en place des mesures de prévention et de gestion des risques.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Cette cartographie a été réalisée grâce à la méthode AMDEC. Elle s'est appuyée sur l'expérience des professionnels (administratifs, cadres, soignants) et des patients. Les points critiques ont été déterminés à partir de l'analyse du processus. Les défaillances, potentielles et connues identifiées ont été hiérarchisées et les mesures de prévention et de correction établies. Cette approche est adaptée à l'activité de la gestion des déchets qui est composée de plusieurs étapes et qui implique plusieurs acteurs.

RÉSULTATS

Ont été révélées 44 défaillances ayant pour effets 71 risques classés en 8 catégories dont les principales sont les risques infectieux, réglementaires et financiers. Parmi ces risques, 32 % ont été jugés ayant une criticité ayant un faible impact, 42 % tolérables sous contrôle et 23 % ayant une criticité inacceptable nécessitant de mettre en place, en priorité, des actions d'amélioration.

CONCLUSION

La cartographie des risques est un outil managérial évolutif, adapté au pilotage d'une politique de gestion des risques en HAD. Elle donne une vision d'ensemble pour orienter les stratégies, les actions et constitue un outil de communication sur un état des lieux. Cette démarche a permis de développer une culture de prévention et de gestion des risques pérenne, efficace par l'implication de chacun.

P-170

INTÉRÊT DE L'APPLICATION DES OUTILS QUALITÉ DE LA NORME ISO 9001 DANS UNE UNITÉ DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES

BASILE A., DESPINOY V., HAVERBEQUE E., MERCIER C., MONIEZF., HUART-DESCHAMPS C., **CRACCO-MOREL A.A.**
Centre hospitalier de Valenciennes, VALENCIENNES, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Dans le cadre d'une démarche qualité globale du pôle de Biologie-Hygiène, l'Unité de lutte contre les infections nosocomiales (ULIN) s'est engagée dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, fondée sur le respect des exigences de la norme NF EN ISO 9001 (version 2008), afin de répondre aux exigences de ses clients. La démarche a été initiée début 2011.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'« approche processus » a été choisie et une cartographie a été réalisée, divisant l'activité en processus (PCSS) et précisant les interactions entre processus : PCSS de management (politique qualité, système de management et système documentaire), PCSS de réalisation correspondant à nos trois domaines d'activités principaux : consultance, expertise et coordination, PCSS de contrôle et PCSS « supports » (ex : communication, conception). Notre manuel d'assurance qualité décrit les dispositions générales du système de management qualité mis en place afin de garantir et de maintenir la qualité de l'ensemble des prestations et tient compte des exigences réglementaires et spécifiques de la lutte contre les infections nosocomiales.

La formalisation des bonnes pratiques de travail par la rédaction de protocoles pour chaque activité principale (gestion des alertes pour les patients porteurs de BMR/BHR, conception d'une formation, gestion des alertes environnementales...) est un prérequis indispensable.

RÉSULTATS

La mise en place de cette démarche qualité a permis une amélioration:

- De planification des activités donc de la visibilité et de la fluidité du travail
- Du suivi de l'avancement des dossiers par l'intermédiaire de « fiches de vie »
- De la communication interne
- De la relation avec les clients grâce aux contrats avec les services, aux revues de contrats et à l'enquête de satisfaction
- Suivi des actions d'amélioration issues des réclamations client, des non-conformités et des réunions qualité grâce au plan d'amélioration de la qualité

CONCLUSION

L'appropriation de la norme a pris du temps mais la démarche qualité a été bénéfique pour l'ensemble de l'équipe. A la suite de l'audit initial par un organisme agréé, la certification a été obtenue en juin 2012, faisant de notre unité la première unité d'hygiène certifiée en France. La mise en place d'un bilan de production (indicateurs de suivi) et d'indicateurs de performance permettant la quantification de l'activité nous a été demandée et une réponse aux points d'amélioration a été apportée lors de la visite de suivi.

P-171

PROFIL SÉROLOGIQUE DU PERSONNEL DES URGENCES : HÉPATITE B**MAMLOUK H.**⁽¹⁾, **FETEHA G.**⁽²⁾⁽¹⁾ *Hôpital des forces de sécurité intérieure, LA MARSÀ, TUNISIE ;*⁽²⁾ *Hôpital des forces de sécurité intérieure, LA MARSÀ, TUNISIE***INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL**

Le risque infectieux est potentiellement omniprésent dans le domaine médical et il est plus important pour le personnel des urgences. Le but de notre travail est de déterminer le profil sérologique du personnel des urgences vis-à-vis de l'hépatite B à fin de pouvoir lancer une campagne de vaccination.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Un questionnaire à été adressé à tous les personnels des urgences suivi d'un prélèvement sanguin pour toute personne ayant répondu.

RÉSULTATS

Le nombre de personne participant s'élève à 24 soit 72,7% du nombre des personnels des urgences. L'âge moyen est de 33,4 ans. La répartition selon la fonction est la suivante : 25 % des médecins, 62,5 % des infirmiers, 8,3 % des secrétaires et 4,2 % ouvriers.

Le taux de la vaccination contre l'hépatite B est de 71 %.

Le taux des personnes immunisées (Ac Anti HBS \geq 100UI) est de 25 % et ils ont tous reçu plus que 3 doses de vaccin.

29,2 % des personnels ont un taux d'Ac Anti HBS entre 50 et 89 % UI et ils ont reçu entre 1 et 2 doses de vaccin.

Le taux des personnes non immunisées (Ac Anti HBS \leq 10UI) est de 45,8 %. Parmi eux une seule personne a reçu 6 doses de vaccins contre l'hépatite B.

CONCLUSION

Le risque d'accident d'exposition au sang reste élevé en milieu de soin. La vaccination contre l'hépatite B est parmi les meilleurs moyens de prévention malgré qu'elle ne soit pas protectrice à 100 %.

P-172

LE CIRCUIT D INFORMATION D'UN PATIENT PORTEUR DE BMR**MONCHARMONT M.H.**, **KEPSEU S.***Centre Hospitalier AUTUN, AUTUN, FRANCE***INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL**

Au niveau d'un établissement de santé, la politique nationale de maîtrise des BMR est évaluée par les indicateurs du rapport d'activité annuel. Lors de sa saisie pour l'année 2012 au Centre Hospitalier, les réponses aux critères de l'ICABMR étaient insuffisantes. Le service d'hygiène, en accord avec les différentes instances, a intégré des axes d'amélioration dans le programme d'actions 2013.

Par ailleurs dans le cadre de la politique de maîtrise du risque infectieux, notre directrice du service des soins infirmiers a sollicité l'EOHH pour mener cet audit au sein de l'établissement du 18 avril au 2 mai 2013.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agissait d'un audit d'auto-évaluation dont l'élaboration s'est calquée sur le parcours type du patient.

L'établissement compte 272 lits, il s'inscrit dans une offre de soins de proximité et un pôle gériatrique. L'effectif catégorie soignante est de 304 personnes. Le bilan personnalisé de l'enquête BMR 2012 a montré des taux d'incidence de *Staphylococcus aureus* résistant à la méthiciline (SARM) supérieur à la global de l'inter-région pour les services de court séjour et SSR, et un taux d'incidence des entérobactéries productrices de bêta-lactamases à spectre étendu (EBLSE) supérieur à l'incidence global de l'inter-région concernant le SSR et l'USLD. Ce constat nous a amené à intégrer les services selon leur type d'activité, à savoir :

un court séjour (Médecine : 25 lits),

un moyen séjour (soins de suite et de réadaptation : 23 lits),

et un long séjour (Unité de long séjour : 54 lits).

RÉSULTATS

Le taux global de participation était de 56 % (N=110). Le circuit existe, le laboratoire possède un système d'alerte rapide via les services, mais l'EOHH n'en est pas co-destinataire. Au sein du service, la signalisation des précautions est connue de 68 % (N=62) des audités.

Au niveau du plateau technique, l'information écrite est faite pour 29 % des audités (N=52). Les brancardiers sont prévenus oralement. Le patient et son entourage bénéficient d'une information orale pour 88 % (N=52) des audités. Le portage BMR est notifié dans le courrier de sortie pour 3 praticiens sur 4.

CONCLUSION

Le plan d'actions d'amélioration a été dicté par les résultats de l'audit. Certaines ont été immédiates concernant l'EOHH, l'organisation interne, d'autres actions plus tardives auront une visée formative.

P-173

GESTION DES PRÉLÈVEMENTS DE PLAIES AU SEIN DES LABORATOIRES : ENQUÊTE MULTI-CENTRIQUE 2013

CATTOEN C.⁽¹⁾, LE BRUN C.⁽²⁾, BELLON O.⁽³⁾, COLLÈGE DE BACTERIOLOGIE VIROLOGIE HYGIÈNE C.B.⁽⁴⁾

⁽¹⁾ Laboratoire du CH, VALENCIENNES, FRANCE ; ⁽²⁾ Laboratoire CHU, TOURS, FRANCE ; ⁽³⁾ Laboratoire CH, BRIGNOLES, FRANCE ; ⁽⁴⁾ CH, MULHOUSE, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Une enquête de pratique concernant les prélèvements de plaies, analyses qui posent souvent un problème aux biologistes, a été réalisée en mai 2013.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les biologistes de 193 établissements ont reçu un questionnaire élaboré par le groupe de pilotage (Excel).

RÉSULTATS

Le taux de réponse est de 58 % (soit 112 structures représentées). Les différentes phases pré-analytiques analytiques et post-analytiques ont été explorées. On note qu'un guide de prélèvement de plaies existe dans 37 % des structures seulement mais les modalités concernant le pied diabétique ne sont présentes que dans 43 % des cas. Lorsque ces modalités existent, elles ne sont respectées que dans 32 % des cas. L'étude montre que les prescriptions sont insuffisamment documentées (absence de renseignements cliniques : 86 %). La qualité des prélèvements est souvent insuffisante : les supports de prélèvements sont disparates, les milieux de transport pour écouvillons sont insuffisamment utilisés (39 %) malgré les recommandations. Enfin les services effectuent encore des prélèvements d'escarre sur écouvillons et ils sont acceptés et traités dans 79 % des structures.

Pour la phase analytique on observe : une incubation d'au moins 48 heures (84 %), sous CO₂ (70 %) ou en anaérobiose (41%) systématique. La coloration de Gram des frottis est faite dans la majorité des laboratoires (93 %) mais pas celle au MGG (8 %). Les milieux de cultures sont très variables (gélose au sang : 90 %, gélose au sang cuit : 49 %). Les milieux d'enrichissement ne sont faits que dans moins d'1 structure sur 4. L'analyse par biologie moléculaire n'est faite

ou transmise que dans un quart des centres. La réalisation des antibiogrammes a aussi été explorée et l'analyse montre des pratiques très diverses en fonction des centres, cependant on note qu'heureusement, seuls 7 % des biologistes étudient en systématique toutes les souches qui poussent et que 75 % lancent les études après discussion avec le clinicien. Pour la phase post analytique, une discussion bactério-clinique existe dans 80 % des centres. Les souches sont conservées dans 80 % des centres. Enfin, la moitié des biologistes utilisent des commentaires aidant à l'interprétation des résultats.

CONCLUSION

Nous espérons que cette étude permettra aux diverses équipes, en se comparant entre elles, de mettre en place les modifications utiles dans la gestion des prélèvements de plaies.

P-174

AMELIORATION DE L'ETAT BUCCO DENTAIRE DES RESIDENTS/PATIENTS EN SECTEURS D'EHPAD, D'USLD ET EN LONG SEJOUR PSYCHIATRIQUE APRES MISE EN PLACE DE PROTOCOLES D'HYGIENE BUCCO-DENTAIRE : ENQUETE AVANT-APRES DANS UN RESEAU D'HYGIENE

MARINI H.⁽¹⁾, BELLET V.⁽²⁾, PAUCHET V.⁽³⁾, KADRI K.⁽²⁾, HARDY K.⁽²⁾, VASILIU A.⁽²⁾, PERAHIA S.⁽⁴⁾, VILLERS CARON B.⁽⁵⁾, MERLE V.⁽²⁾, CZERNICHOW P.⁽²⁾

⁽¹⁾ CHU-Hôpitaux de Rouen, ROUEN CEDEX, FRANCE ; ⁽²⁾ CHU-Hôpitaux de Rouen, ROUEN CEDEX, FRANCE ; ⁽³⁾ Centre Hospitalier de Darnétal, DARNÉTAL, FRANCE ; ⁽⁴⁾ Centre Hospitalier de Bois Petit, SOTTEVILLE LES ROUEN, FRANCE ; ⁽⁵⁾ Centre Hospitalier de Barentin, BARENTIN, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Comparer l'état bucco-dentaire (EBD) des résidents/patients (R/P) en établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), unités de soins de longue durée (USLD) et long séjour psychiatrique (LSP) reliés à un réseau d'hygiène avant et après la mise en place de protocoles d'hygiène bucco-dentaire (HBD).

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Tous les R/P présents au moment de l'enquête avant (réalisée entre octobre 2010 et janvier 2011) puis de l'enquête après (réalisée au moins 6 mois après la mise en place des protocoles, de décembre 2011 à septembre 2012) la mise en place des protocoles d'HBD a été inclus. Elaborés par un groupe de travail inter-établissements, ces 2 protocoles portaient sur

les soins quotidiens médicamenteux et non médicamenteux. Les données, recueillies avant et après par un enquêteur en présence du P/R étaient : âge, sexe, durée de séjour, dépendance (GIR pour les résidents d'HPAD et USLD, ADL pour les patients de LSP), port de prothèse dentaire (adaptée ou non, portée ou non), personne réalisant habituellement HBD. L'EBD a été évaluée par la grille Oral Assesment Guide (OAG) simplifiée : pour l'ensemble des R/P, 5 critères (lèvres, muqueuses, gencives, langue, salive) cotés de 1 (pas d'altération) à 3 permettaient de calculer l'OAG5 sur 15 ; pour les R/P avec dents, un score OAG 6 sur 18 était calculé avec en plus le critère "dents".

RÉSULTATS

Neuf établissements ont participé à l'enquête avant-après, incluant 767 R/P avant, 776 après. Le sex-ratio, la moyenne d'âge, la moyenne de la durée d'hospitalisation, la proportion de patients avec GIR 1 ou 2, la moyenne du score ADL n'étaient pas significativement différents avant et après la mise en place des protocoles. Il n'y avait pas de différence concernant le port de prothèse mais la prothèse était plus souvent adaptée après qu'avant (20,8 vs. 30,3, $p=0,003$). L'HBD était plus souvent réalisée par le R/P seul ou par le R/P et les soignants après qu'avant ($p<0,001$). Le score OAG5 (tous R/P) et le score OAG6 (R/P avec dents) étaient significativement améliorés après (respectivement 6,1 vs. 6,4, $p=0,003$, 7,9 vs. 8,1 $p=0,04$). Les critères lèvres, langue, muqueuses, étaient plus souvent cotés en 1 qu'en 2 ou 3 après mise en place des protocoles d'HBD (respectivement $p<0,001$, $p<0,001$, $p=0,02$).

CONCLUSION

Notre étude retrouve des scores OAG5 et 6 significativement améliorés après mise en place des protocoles ; les critères lèvres, langue, muqueuses directement accessibles aux soins d'HBD sans soins de dentisterie étaient également significativement meilleurs après mise en place des protocoles d'HBD.

P-175

MISE EN PLACE D'UNE FORMATION SUR LA GRIPPE À L'ÉCHELLE D'UN PÔLE EHPAD/USLD D'UN CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

MIAS S.⁽¹⁾, **KADRI K.**⁽¹⁾, **MARINI H.**⁽²⁾, **HARDY K.**⁽¹⁾, **DUVERNOIS-BERTRANDS.**⁽¹⁾, **COULONA.M.**⁽¹⁾, **JOZÉFACKI.**⁽¹⁾, **LEBARON C.**⁽¹⁾, **LESUEUR S.**⁽¹⁾, **TACHON C.**⁽¹⁾, **TOUFLET M.**⁽¹⁾, **GEHANNO J.F.**⁽¹⁾, **MERLE V.**⁽¹⁾, **CZERNICHOW P.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHU-Hôpitaux de Rouen, ROUEN CEDEX, FRANCE ;

⁽²⁾ CHU-Hôpitaux de Rouen, ROUEN CEDEX, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Notre CHU a connu en 2013 une sévère épidémie de grippe dans une Unité de Soins de Longue Durée (USLD), avec 29 résidents et 4 soignants touchés. Une analyse systémique par la méthode ALARM a permis de mettre en évidence parmi les causes de survenue de cette épidémie une mauvaise connaissance des mesures de prévention de la grippe et une faible couverture vaccinale des soignants. Une des mesures d'amélioration retenue a été la mise en place d'une formation à destination des professionnels de santé du pôle EHPAD/USLD afin de permettre d'améliorer les connaissances sur les mesures de prévention de la grippe et de contribuer à empêcher la récurrence de ce type d'épidémie.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Cette formation a été organisée en partenariat entre l'équipe opérationnelle d'hygiène, la médecine du travail et l'équipe médicale de l'USLD dans laquelle est survenue l'épidémie. D'une durée d'une heure, elle présentait des notions générales sur la grippe, décrivait les précautions complémentaires nécessaires et expliquait l'intérêt de la vaccination des résidents et des soignants. Tous les professionnels de santé du pôle EHPAD/USLD étaient invités. Une séance de vaccination anti-grippale était organisée au décours de ce temps de formation. Une évaluation des connaissances par questionnaire individuel a été proposée par questionnaire individuel au personnel de l'ensemble du pôle une semaine avant la formation. Une deuxième évaluation des connaissances avec la même grille est planifiée en avril 2014.

RÉSULTATS

La formation s'est déroulée en 8 sessions (4 de jour et 4 de nuit) réalisées sur chacun des sites du pôle entre début novembre et début décembre 2013 ; 155 professionnels de santé de toutes catégories professionnelles médicales et non médicales (étudiants compris) ont assisté à la formation, dont 49 (32 % des professionnels présents à la formation) se sont fait vacciner à cette occasion. Par ailleurs, 183 professionnels de santé du pôle ont répondu au questionnaire d'évaluation des connaissances. Les résultats de cette évaluation réalisée avant les sessions de formation (en cours d'élaboration) seront comparés aux résultats de l'évaluation qui sera proposée en avril 2014.

CONCLUSION

La formation a été bien suivie par les professionnels ; la vaccination proposée au décours de la formation a été un succès. Il a été décidé de répéter cette formation annuellement. L'évaluation qui sera réalisée en avril 2014 permettra de juger si les connaissances s'améliorent et perdurent à distance de la formation. Le contenu de la formation sera adapté l'an prochain selon ces résultats.

P-176

GESTION DU RISQUE INFECTIEUX SUR CHAMBRE À CATHÉTER IMPLANTABLE : CRÉATION D'UN FILM PÉDAGOGIQUE

FAUQUEY S.⁽¹⁾, TOLILA F.⁽²⁾, BORAUD-DUFOUR A.⁽²⁾, QUESNEL C.⁽²⁾, CAPDENAT-RAYMOND E.⁽²⁾

⁽¹⁾ Hôpital Suburbain du Bouscat, LE BOUSCAT, FRANCE ;

⁽²⁾ Hôpital Suburbain du Bouscat, LE BOUSCAT, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

La gestion du risque infectieux sur chambre à cathéter implantable (CIP) est un thème sur lequel l'établissement travaille depuis 2006 dans le cadre d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP), intitulée : Evaluation du risque infectieux au sein du processus de gestion des chambres à cathéter implantable. Dans notre établissement, outre leur pose au bloc opératoire, l'utilisation des CIP est régulière pour assurer chimiothérapies, nutrition et autres traitements intraveineux des patients. Des aiguilles de Huber sécurisées sont disponibles dans les services de soins. La gestion des CIP est abordée, avec explication du protocole de soin et possibilité de manipulation d'une aiguille de Huber sécurisée, lors de différentes formations proposées par l'EOH : formation du nouvel arrivant, des étudiants et des infirmières libérales lors de sessions bi annuelles de formation, en collaboration avec l'ARLIN. Afin d'illustrer le protocole plus concrètement, l'EOH a élaboré un film pédagogique.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Suite à la parution des recommandations de la SF2H en mars 2012 sur la prévention des infections associées aux CIP pour accès veineux, le groupe EPP a vérifié les protocoles de l'établissement qui étaient déjà conformes aux nouvelles recommandations. L'idée d'une illustration vidéo du déroulé du soin a alors été proposée par l'IDE hygiéniste.

Des séquences vidéo ont été réalisées avec la collaboration de l'équipe de l'hôpital de jour. Le montage vidéo a été réalisé par l'infirmière hygiéniste.

Cet outil est destiné à servir de support pédagogique lors des formations réalisées par l'établissement afin d'uniformiser les pratiques de soins.

RÉSULTATS

La visualisation de l'organisation et du déroulé du soin grâce à la vidéo permet de servir de base d'échange autour des pratiques et des connaissances des soignants.

Ce film est une première approche de ce processus de soin pour les uns, un rappel des bonnes pratiques pour les autres.

L'ARLIN, intéressée par ce nouvel outil pédagogique, a sollicité l'EOH pour le présenter aux journées des correspondantes en hygiène et du réseau des EHPAD en 2013.

CONCLUSION

L'objectif pédagogique de ce film est atteint. Ce support clair permet une approche différente du soin. Complété par un atelier pratique de manipulation des aiguilles de Huber, il permet de susciter des échanges utiles avec les soignants.

P-177

RÉALISATION D'UN SUPPORT AUDIOVISUEL DE SENSIBILISATION À LA CONTAMINATION ENVIRONNEMENTALE ET DE LA TENUE LORS DE L'ENTRETIEN D'UN BASSIN OU URINAL AU LAVE-BASSIN VERSUS AVEC LA DOUCHETTE WC.

THILLARD D.⁽¹⁾, PETEL T.⁽²⁾, COULON A.M.⁽²⁾, MERLE V.⁽²⁾, GERMAIN J.M.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Arlin Haute Normandie, ROUEN, FRANCE ; ⁽²⁾ CHU, ROUEN, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

Une précédente étude régionale (2013) a montré que la pratique du rinçage des bassins à l'aide d'une douchette est largement répandue, aussi bien dans les établissements médico-sociaux (EMS) (84 %) que dans les établissements de santé (ES) (83 %). Il paraissait nécessaire de pouvoir disposer d'un support de sensibilisation aux risques de contamination de l'environnement et de la tenue du personnel.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'objectif de ce support était de permettre une prise de conscience du risque de contamination environnementale lors de l'entretien des bassins avec une douchette WC versus un entretien en lave bassin (LB). La réalisation d'un film, pouvant être diffusé via internet, semblait la technique la plus simple à mettre en œuvre, l'aspect visuel permettant d'avoir un impact important. Pour mettre en évidence ces contaminations, un substrat à base de fluorescéine a été utilisé sous forme liquide puis pâteuse. Différents matériels ont été traités (bassin, urinal, bocal à urine) d'abord en LB puis manuellement à l'aide d'une douchette à basse pression. Les résidus et la contamination environnementale ont été ensuite mis en évidence pour les deux méthodes à l'aide de lumière UV.

RÉSULTATS

La réalisation de ce film a nécessité 1 réunion préparatoire (script), une réunion de prise de vue, et une réunion post montage pour finalisation, d'un total de 6 heures. Le montage ainsi que les prises de son ont nécessité 8 heures avec du matériel et des logiciels personnels. Ce film d'une durée de

3'21 permet de mettre en évidence les projections qui ont lieu dans l'environnement (cuvette et rebord des toilettes, lavabo) ainsi que sur la tenue professionnelle lors du rinçage d'un bassin. Il permet également de mettre en évidence une meilleure détergence en utilisant le LB. La mise à disposition via internet a permis d'ores et déjà une large diffusion ainsi qu'une intégration dans le site intranet des différents établissements ES et EMS de la région. Le film peut également être téléchargé pour une utilisation hors connexion. Le format utilisé permet de sensibiliser un grand nombre d'acteurs soignants et administratifs sur un temps court et peut être utilisé en auto formation.

CONCLUSION

La réalisation et la diffusion de ce film permet de répondre à un besoin des équipes d'hygiène de la région, et s'inscrit dans une démarche plus large d'amélioration de la gestion des excréta. Il s'accompagnera ultérieurement d'une approche médico-économique visant à comparer les coûts des différentes méthodes disponibles.

P-178

LUD'HYGIE, UN JEU DE CARTES POUR LA PROMOTION DE L'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE

MEUNIER O.⁽¹⁾, HURET L.⁽²⁾, BURGER S.⁽¹⁾, SALLES F.⁽¹⁾, NORTH S.⁽¹⁾

⁽¹⁾ CH Haguenau, HAGUENAU, FRANCE ; ⁽²⁾ Service communication, MNH, PARIS, FRANCE

INTRODUCTION/OBJECTIF DU TRAVAIL

L'EOH de notre établissement a imaginé un jeu de cartes pour la promotion de l'hygiène hospitalière et la prévention des infections associées aux soins auprès des professionnels. L'idée est de « parler » d'hygiène en s'amusant, le jeu étant reconnu comme un outil pédagogique pertinent et efficace. La mission principale de l'EOH est finalement de communiquer et sensibiliser les véritables acteurs de soins à propos de prévention et d'hygiène. Les messages sont toujours les mêmes, les professionnels les connaissent mais il faut maintenir le contact et renouveler les modalités de communication. A notre arsenal pédagogique, nous avons ajouté le jeu.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

LUD'Hygie est un véritable jeu de société original. Le but du jeu est de réunir les cartes nécessaires à la réalisation d'un soin. Chaque joueur choisit une carte « personnage » et doit réunir au cours de la partie les cartes « actions » nécessaires à la réalisation du soin. Quelques cartes joker glissées dans le

jeu facilitent la tâche comme « l'aide d'un collègue » ou « le dispositif de sécurité », mais des cartes « accidents » comme l'AES par piqûre peuvent retarder le joueur. Le jeu a été offert à tous les médecins et aux internes, aux cadres de santé mais aussi bien sûr à tous nos correspondants en hygiène dans les services ainsi qu'à l'IFSI.

RÉSULTATS

L'évaluation de l'impact d'une telle initiative est difficile à faire. On ne verra pas changer le taux d'infections associées aux soins et une enquête de satisfaction ne devrait pas réunir beaucoup de réponses, que celles de quelques sympathisants déjà convaincus. Mais nous considérons que la distribution du jeu est en soi une campagne de sensibilisation susceptible d'intéresser quelques professionnels « nouveaux » soit par l'originalité, soit parce qu'ils auraient un caractère « joueur ». C'est un outil de formation à l'hygiène pour ceux qui ne veulent pas jouer mais qui liront le contenu de chaque carte qui apporte des informations précises. Le jeu est de belle finition et ne devrait pas être jeté, il servira à un autre moment à relancer la sensibilisation. Il sera utilisé lors de nos formations internes, en réunion avec les correspondants et en tournoi le 5 mai prochain !

CONCLUSION

Le jeu est un outil pédagogique et LUD'Hygie doit nous aider à faire passer nos messages d'hygiène. Il permet d'assimiler les contraintes de l'hygiène hospitalière d'une façon ludique et de rappeler les bases de la protection des professionnels et de la prévention des infections associées aux soins.

PJ-01

EVALUATION D'UNE POLITIQUE DE DÉPISTAGE CIBLÉ DU PORTAGE D'ENTÉROBACTÉRIES RÉ-SISTANTES AUX CÉPHALOSPORINES DE 3^{ÈME} GÉNÉRATION À L'ADMISSION EN RÉANIMATION

DANANCHÉ C.⁽¹⁾, BÉNÉT T.⁽¹⁾, HERNU R.⁽¹⁾, ARGAUD L.⁽¹⁾, ALLAOUCHICHE B.⁽¹⁾, DAUWALDER O.⁽²⁾, VANDENESCH F.⁽²⁾, VANHEMS P.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Groupement Hospitalier Edouard Herriot, Hospices Civils de Lyon, LYON, FRANCE ; ⁽²⁾ Groupement Hospitalier Est, Hospices Civils de Lyon, BRON, FRANCE

Introduction : La réalisation d'un dépistage des ER-C3G à l'admission en réanimation semble être une étape essentielle de la maîtrise de la diffusion de ces bactéries. Un dépistage systématique des patients est parfois mis en œuvre, mais ne semble pas coût-efficace. Un dépistage ciblé des patients à risque de portage peut constituer une alternative. L'objectif était d'évaluer l'impact d'un dépistage ciblé sur l'incidence

des IN à ER-C3G en réanimation comparé à un dépistage systématique.

Matériel et méthodes : Une étude quasi-expérimentale associant un groupe intervention (unité A) et un groupe témoin (unité B) a été menée entre le 01/01/2008 et le 31/12/2011 dans 2 unités de réanimation d'un centre hospitalier universitaire. Dans l'unité A, un dépistage systématique à l'admission des ER-C3G était réalisé pendant la période 1 (2008-2010). Fin 2010, un dépistage ciblé à l'admission a été mis en place chez les patients transférés d'une autre unité d'hospitalisation. Dans l'unité B, un dépistage systématique était réalisé à l'admission sur l'ensemble des périodes 1 et 2. L'écouvillonnage rectal était mis en culture sur milieu à la ceftazidime. Les taux d'incidence des IN globales et à ER-C3G ont été exprimés pour 1000 patients-jours. Les ratios de taux d'incidence (RTI) étaient calculés grâce à une régression de Poisson multivariée.

Résultats : Au total, 2558 patients totalisant 25769 patients-jours ont été inclus dans l'étude.

L'incidence des IN à ER-C3G a diminué dans l'unité A mais pas dans l'unité B entre les 2 périodes ($p < 0,001$ et $p = 0,5$ respectivement, Tableau 1).

Dans l'unité A, le taux d'incidence ajusté des IN à ER-C3G a diminué après la mise en place du dépistage ciblé (RTI ajusté=0,2 ; IC 95% : 0,1-0,9 ; $p = 0,04$) indépendamment de la tendance temporelle, de l'âge et de la présence d'un traumatisme. Aucun changement n'a été observé dans l'unité B (RTI ajusté=0,5 ; IC 95% : 0,1-2,5 ; $p = 0,4$).

	Unité A			Unité B		
	Période 1	Période 2	p	Période 1	Période 2	p
Taux d'incidence des IN globales* (IC 95 %)	18,0 (15,3-21,2)	15,2 (11,3-20,0)	0,3	23,5 (19,4-28,2)	21,8 (15,5-30,0)	0,7
Taux d'incidence des IN à ER-C3G* (IC 95 %)	5,4 (4,1-7,0)	1,3 (0,4-3,0)	<0,001	2,8 (1,7-4,3)	1,9 (0,6-4,5)	0,5

*pour 1000 patients-jours

Tableau 1 : Taux d'incidence des IN globales et à ER-C3G par unité et par période

CONCLUSIONS

La mise en place d'un dépistage ciblé des ER-C3G a conduit à une diminution de l'incidence des IN à ER-C3G et pourrait être une alternative au dépistage systématique dans les services de réanimation.

PJ-02

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES : BON USAGE DES VALVES BIDIRECTIONNELLES

DEBARRE C., LEFRANÇOIS A., SAUREL N., SANCHEZ S., LE-JEHAN C., HERMELIN I.

Centre hospitalier régional d'Orléans, ORLÉANS, FRANCE

Introduction/objectif de travail

Initialement commercialisées pour la prévention des accidents d'exposition au sang, l'utilisation des valves a été généralisée aux dispositifs de perfusion. Des études soulignent cependant une majoration du risque infectieux. Depuis, les Centers for Diseases Controls et la Société Française d'Hygiène Hospitalière ont émis des recommandations. L'objectif de ce travail est de déterminer si les modalités d'utilisation dans les services sont conformes aux recommandations.

Matériel et Méthodes

Réalisation d'un audit de pratique infirmier dans les services d'oncologie (n=27) et d'urgences (n=15) à l'aide d'un questionnaire à 10 items : formation, indications, hygiène des mains, purge, surveillance, désinfection de la valve, rinçage, fréquence de changement, technique de déconnexion et perfusion intermittente : catégories de patients et médicaments perfusés. Réalisation d'une synthèse des recommandations actuelles et des publications scientifiques. Puis, analyse des fiches techniques des différentes valves et étude du mécanisme interne.

Résultats

41,3% des IDE ont reçu une formation. 52,2% réalisent une friction hydro-alcoolique seule. 36,2% purge la valve avant la mise en place. 15 IDE sur 27 vérifient le vissage en oncologie contre 15 sur 19 aux urgences. Tous désinfectent avec des compresses stériles imprégnées d'antiseptiques majoritairement alcooliques, 82,6% avec un geste de frottement, 6,3% pendant 30s, 45,8% 10s et 33,3% moins de 10s. 87% rincent après prélèvement contre 34,8% après injection. Les fréquences de changement sont respectées. En oncologie 11 IDE sur 27 clampent avant déconnexion et 16 sur 27 après. Les recommandations d'hygiène sont récentes mais limitées. L'analyse des fiches techniques a révélé un manque d'information en ce qui concerne le « mécanisme interne », interprété différemment par les fournisseurs. Les publications scientifiques ne sont pas unanimes pour mettre en cause une catégorie de valves.

CONCLUSION

L'étude révèle une hétérogénéité des pratiques et une méconnaissance des recommandations. Un plan de communication doit être mis en place pour favoriser le bon usage de ces dispositifs. Nous avons proposé deux posters aux services : « Mode d'emploi des valves bidirectionnelles », et « Intérêt des seringues pré remplies pour le rinçage des valves ». Les recommandations actuelles ne permettent pas

un choix éclairé, les termes « septum fendu » et « valves mécaniques » étant obsolètes. Au regard du risque infectieux, le principal critère à prendre en compte semble la facilité de rinçage du dispositif.

PJ-03

VISITE DE RISQUE INFECTIEUX AU BLOC OPERATOIRE

DESPLAS PRADELS M.⁽¹⁾, **DIJOLS LECUYER I.**⁽²⁾, **BELMONTET J.**⁽¹⁾, **BREMBILLA F.**⁽¹⁾, **REDON BRILLAUD M.A.**⁽²⁾, **BESIERS B.**⁽¹⁾

⁽¹⁾ CHI Castelsarrasin Moissac, MOISSAC, FRANCE ; ⁽²⁾ CH Montauban, MONTAUBAN, FRANCE

L'objectif principal est de rechercher des causes de défaillance pouvant augmenter le risque pour le patient de contracter une infection du site opératoire (ISO).

La visite de risque est également conçue pour sensibiliser les équipes intervenant au bloc opératoire ainsi que la direction de l'établissement à la pluralité des facteurs de risque d'ISO.

Elle doit permettre à l'équipe pluri-professionnelle de s'impliquer dans une démarche commune de vigilance, afin de consolider les actions correctives mises en place.

RESUME DU TRAVAIL

Introduction. Le bloc opératoire constitue un secteur protégé au sein duquel diverses dispositions sont prises pour limiter le risque d'infection du site opératoire (ISO). Les mesures de prévention du risque infectieux peuvent être évaluées par de nouveaux outils comme la visite de risque, méthode destinée à évaluer une activité dans son ensemble.

Objectifs. Suite à des résultats de plusieurs contrôles d'environnement montrant une déviation de la qualité microbiologique de l'air et/ou des surfaces, le comité de lutte contre les infections nosocomiales de notre établissement a proposé de mener une visite de risque afin de déterminer les facteurs de risque éventuels pouvant favoriser la survenue d'une ISO.

Méthode. La visite de risque, menée par une équipe pluri professionnelle, a consisté en deux journées d'observation des pratiques et d'entretiens individuels avec les membres du bloc opératoire présents.

Résultats. L'analyse des résultats a permis d'une part de calculer un score de sécurité de l'activité et d'autre part de proposer des actions d'amélioration pour les non-conformités relevées lors des observations. Sur les 14 actions retenues, 21 % des actions étaient finalisées à 6 mois et 79 % à 10 mois.

CONCLUSION

La visite de risque est un outil d'analyse du risque a priori simple, reproductible dans le temps, particulièrement adapté à l'évaluation du risque infectieux dans les services de soins.

PJ-04

LES PRÉLÈVEMENTS MICROBIOLOGIQUES DES SURFACES EN MILIEU HOSPITALIER : REVUE BIBLIOGRAPHIQUE, ENQUÊTE DE PRATIQUE ET ÉTUDE DE RENDEMENT

DIEBOLT-UGIER M., ROGUES A.M.

CHU Bordeaux, BORDEAUX, FRANCE

Appréhender l'état actuel des pratiques en terme de prélèvements microbiologiques des surfaces par le biais d'une revue de la littérature, d'une enquête et d'une étude expérimentale visant à calculer le rendement d'un prélèvement par gélose contact.

Le rôle de la contamination des surfaces est de plus en plus évoqué dans la survenue des infections nosocomiales. Les prélèvements microbiologiques des surfaces représentent un élément de preuve de l'efficacité de la maîtrise de l'environnement de soins. Cependant suite à une revue de la littérature, il apparaît qu'il n'existe pas de réel consensus ni de méthodologie unanimement validée concernant ces prélèvements.

Face à ce constat et afin d'appréhender l'état actuel des pratiques en terme de prélèvements microbiologiques des surfaces dans les centres hospitaliers français, une enquête a été menée auprès de 34 établissements de santé français volontaires dont 25 CHU et 9 CH. Cette enquête s'est intéressée à la politique d'échantillonnage : types de services surveillés, fréquence, nombre de points prélevés... ainsi qu'aux techniques de prélèvements et d'analyses.

Il a été constaté une hétérogénéité des pratiques en termes de modalités d'organisation des prélèvements ainsi qu'au niveau des techniques microbiologiques employées : type de milieu, prélèvement standardisé ou non, conditions de culture...

A l'heure actuelle, les techniques les plus utilisées sont les géloses contact et les écouvillons. Or, en l'absence de méthode normalisée, il n'est pas possible de comparer les résultats entre les différents établissements de santé car les rendements des techniques peuvent varier selon les conditions analytiques.

Pour illustrer ce fait, une étude de rendement des prélèvements par empreinte gélosée (gélose count-tact® Biomérieux) a été menée afin d'établir de façon expérimentale l'efficacité de cette technique.

Pour cela 4 surfaces ont été testées : stratifié compact, Corian®, acier inoxydable et faïence vis à vis de 7 souches bactériennes : S.aureus, SARM, E.coli, E.coli BLSE, Enterococcus faecium, Klebsiella pneumoniae, K.pneumoniae productrice de carbapénémase. Les résultats obtenus montrent que dans l'ensemble, quelle que soit la souche bactérienne, le rendement de prélèvement est faible (<50%) hormis pour la faïence (80%). Il n'a pas été mis en évidence de différence de rendement entre les souches sensibles et multirésistantes aux antibiotiques.

Ce travail a permis de faire le point sur les connaissances relatives aux prélèvements microbiologiques des surfaces dans les établissements de santé et en illustre les difficultés. Il

souligne la nécessité de continuer les efforts d'harmonisation dans ce domaine et de poursuivre l'évaluation expérimentale et l'amélioration des techniques de prélèvements.

PJ-05

TUBERCULOSE (HOSPITALIÈRE) ET CAS-CONTACTS : UNE PRISE EN CHARGE EFFICACE ?

FONDRINIER C., MOUET A., PORNET C., LE COUTOUR X.
CHU de Caen, CAEN, FRANCE

A l'hôpital lorsqu'il y a un cas de tuberculose active déclarée, l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière a la responsabilité d'identifier les risques de transmission et de prévenir les patients contacts identifiés du risque de contamination auquel ils ont été exposés. Les cas-contacts sont définis comme les personnes ayant été en contact avec une personne contagieuse et pour qui il existe un risque de contamination. Le suivi a pour but d'éviter que ces cas-contacts ne développent une tuberculose active et d'éviter à long terme et à plus large échelle la propagation de la maladie dans la population. Le suivi des patients contacts est primordial dans la lutte contre la tuberculose, tant d'un point de vue individuel, que collectif.

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'efficacité des moyens utilisés pour informer un patient contact de la nécessité d'un suivi (information transmise par courrier), ainsi que d'évaluer la conformité du suivi aux recommandations du conseil supérieur d'hygiène publique de France de 2006.

Méthode : Les patients inclus dans l'étude sont ceux définis par l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière, comme cas-contacts lors de 2 épisodes ayant impliqués des soignants atteints de tuberculose.

Les données concernant le suivi sont issues du CHU pour tous les patients (radiographie, quantiféron, consultation) et lorsque le suivi n'a pas été effectué au CHU, les données ont été obtenues par questionnaire téléphonique. Le suivi et la conformité ont été évalués par le calcul de leurs taux globaux et par type de suivi.

Résultats : La population de l'étude est de 122 cas-contacts, dont 26 (21.3%) patients suivis au CHU, 12 (9.8%) chez leur médecin traitant et 5 (4.1%) par un autre médecin. Le taux de conformité du suivi est respectivement de 100%, 8% et 0%. Le taux de suivi total est de 35.2% et de conformité de 71%. Aucune tuberculose n'a été déclarée mais 4 quantiférons sur les 25 réalisés sont positifs.

CONCLUSION

Le suivi des cas-contacts est faible ce qui pourrait s'expliquer par la difficulté et les erreurs de compréhension du courrier envoyé ainsi que l'absence de suivi organisé actif par le CHU.

Bien qu'aucune tuberculose active n'ait été déclarée, il est impossible d'affirmer qu'il n'y ait pas eu de contamination nosocomiale, d'autant que 4 quantiférons étaient positifs en l'absence d'autres expositions connues que l'exposition hospitalière.

La prévention ciblée de la tuberculose ne peut être efficace sans un suivi complet des cas-contacts lors d'un épisode tuberculeux en milieu hospitalier.

PJ-06

ÉPIDÉMIES À ENTÉROCOQUES RÉSISTANTS AUX GLYCOPEPTIDES : ÉTUDE DE COÛTS DANS DEUX SERVICES DE SOINS

NOEL C., LECOINTE D., CABO A.

Centre Hospitalier Sud Francilien, CORBEIL ESSONNES, FRANCE

L'impact sanitaire des épidémies à entérocoques résistants aux glycopeptides (ERG) est connu mais leur impact économique en établissement de santé reste méconnu.

Son estimation est partiellement possible grâce à la tarification à l'activité (T2A). Néanmoins, certains services de soins comme les soins de suite et de réadaptation ne sont pas soumis à la T2A. Notre établissement a connu une épidémie à ERG dans les services de cardiologie conventionnelle et de réadaptation cardiovasculaire.

Le but de ce travail était d'estimer rétrospectivement l'impact économique de l'épidémie.

Les coûts directs étaient représentés par l'augmentation du temps de travail du personnel pour la gestion de l'épidémie et la mise en place du cohorting, les analyses de laboratoire et les consommables. Les coûts indirects étaient représentés par l'arrêt des admissions dans les secteurs de soins concernés. Les revenus étaient liés au codage des précautions complémentaires contact (PCC), qui induit le reclassement du niveau d'hospitalisation du séjour de certains patients du niveau 1 au niveau 2.

Les coûts directs ont été évalués à 2 222 euros (€) pour le personnel, 6 005 € pour les activités de laboratoire et 904 € pour les consommables.

Les coûts indirects représentaient 93 759 € pour le service de cardiologie et 15 965 € pour le service de réadaptation cardio-vasculaire. Le total des dépenses s'élevait à 118 855 €. Le codage des PCC *a posteriori* a engendré 59 942 € de revenus. Les revenus représentaient 50,4% des dépenses.

Une épidémie nosocomiale d'infections/colonisations à ERG représente un coût potentiellement très élevé, la plus grande part provenant de la limitation des admissions et la perte d'activité. Nous avons confirmé que la perte d'activité, a un impact moindre pour les services non soumis à la T2A. Dans notre travail, le codage des PCC – qui n'avait pas été inclus dans d'autres études – a réduit de moitié l'impact financier de notre épidémie.

La construction d'outils méthodologiques standardisés devrait permettre aux équipes opérationnelles d'hygiène comme aux directions des établissements de santé de calculer précisément le coût des épidémies survenant en milieu hospitalier.

PJ-07

ANALYSE PRÉLIMINAIRE DES RISQUES APPLIQUÉE À LA MAÎTRISE DE LA QUALITÉ MICROBIOLOGIQUE DES PRÉPARATIONS DE CHIMIOTHÉRAPIES ANTICANCÉREUSES AU CENTRE HOSPITALIER DE FLERS

CANIVET A.

Centre Hospitalier, FLERS, FRANCE

Nous avons appliqué la méthode d'analyse préliminaire des risques qui consiste à détailler le plus finement possible l'ensemble des étapes d'une activité, et à rechercher les interactions avec les dangers possibles afin de définir les situations dangereuses (SD).

Pour chaque SD, des scénarios à risque sont identifiés (cause, événement redouté, traitement déjà existant, conséquences). Pour chacun la criticité initiale est évaluée (gravité x fréquence) et selon le résultat (C1 à C3) on définit des actions en réduction des risques et, si nécessaire (selon la criticité résiduelle), une gestion du risque résiduel.

Nous avons trouvé 57 SD en priorité 1 (et 62 en priorité 2 non analysées dans un 1^{er} temps), qui ont donné lieu à 130 scénarios. 89% des scénarios présentent un risque initial acceptable en l'état, ceci étant dû au fait que l'UPC neuve, par sa conception même, assure un haut niveau de qualité microbiologique pour les préparations.

Les scénarios ayant nécessité la mise en place d'actions de réduction des risques (3 actions de prévention et 1 action de protection) sont ceux pour lesquels l'humain intervient (respect des protocoles, comportement).

Ces actions ont permis de supprimer les scénarios présentant un risque inacceptable et de réduire le nombre de ceux présentant un risque acceptable sous contrôle. Pour ces derniers, un catalogue de 3 paramètres de sécurité est mis en place.

Cette analyse était la première analyse a priori menée dans le cadre de la préparation des chimiothérapies. Menée sur un système neuf, elle a été influencée par la confiance a priori des utilisateurs et devra être confrontée aux analyses des non-conformités.

PJ-08

CONSTRUCTION D'OUTILS NÉCESSAIRES AU SUIVI ET À LA MAÎTRISE DE LA QUALITÉ DE L'AIR DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

FLORENTIN A., DIGUIO N., HARTEMANN P.

CHU de Nancy, VANDOEUVRE LES NANCY, FRANCE

La qualité de l'air intérieur occupe une place de plus en plus importante dans les préoccupations du grand public et des professionnels de santé. Garantir un air de bonne qualité est donc essentiel au sein des établissements de santé. Les polluants de l'air peuvent être divisés en 3 catégories : physiques (particules, fibres...), chimiques (oxydes de carbone, ozone...) et microbiologiques (bactéries, virus...). Mais il n'existe à ce jour aucun référentiel national définissant un « air de bonne qualité » selon ces trois catégories en établissement de santé.

Notre travail se décompose en deux objectifs : instaurer une démarche qualité pérenne concernant les contrôles de qualité de l'air réalisés par le Laboratoire de Biologie Environnementale (LBE) du CHU de Nancy, et élaborer un référentiel pour la maîtrise de la qualité de l'air intérieur au CHU de Nancy.

La mise en œuvre d'une démarche qualité, encadrée par la norme NF EN ISO 17025, concernant les contrôles d'air a permis une clarification des contrôles réalisés et une remise à plat des pratiques. Cette démarche qualité permet au LBE d'accréditer cette activité et de pouvoir aider l'établissement à répondre aux exigences en termes de qualité de l'air intérieur.

La formalisation d'un référentiel sur la qualité d'air intérieur dans un établissement de santé s'est révélée complexe car, si quelques textes normatifs proposent des valeurs seuil pour la gestion des environnements maîtrisés, peu s'intéresse aux autres types de locaux (norme NF EN 13779). Le groupe de travail a parfois dû adopter des choix stratégiques basés sur l'expérience commune du LBE/EOHH ou sur des textes internationaux non usités en France. Finalement, une double classification des locaux en 4 niveaux de risque infectieux (norme NF S90351) a été formalisée en séparant les services de soins et les systèmes médico-techniques et des paramètres indicateurs de qualité ont été choisis. Pour chaque niveau de risque, des seuils cible, alerte et action ont été proposés (seuils microbiologiques, particuliers, etc.). De plus, les moyens techniques pour garantir un air de qualité adéquate ont été décrits.

Au niveau institutionnel, la mise en œuvre de ce référentiel a abouti à la création et à la réactivation de deux groupes de travail « Qualité de l'Air Intérieur » et « Maintenance / Travaux » piloté conjointement par les services techniques et l'EOH. Il a permis d'accorder l'ensemble des acteurs intervenant dans la maîtrise de la qualité d'air au CHU de Nancy et d'ouvrir le dialogue sur la création de cahier des charges type par local.

Remerciements

3M France	Dyson Airblade	Oxy'pharm
Abevia	Ecomed	Pall Medical
Action Pin	Favi	Paul Hartmann
Airinspace	France Reval	PH2 International
AJC L'Autentic	Genevrier - M3AT	Prop
Alkapharm	Hospidex France	RC Lux/Behring
Aqua free	Hygienes Health & Co	Sage
Aqua-tools	Hysis-Medical SAS	Sanivap
Arcania	Idexx	SCA
ASP	Lab. Anios	Schülke
Bayer Healthcare	Lab. Gilbert	Schmitz
BBraun Medical	Lab. Huckert's International	Smiths Medical
BD	Lab. Phagogène	Laboratoire du Solvirex
Carefusion	Meda Pharma	Teal Patents
Ceredas	Medical Innovation	Teleflex
Cleanis	Medi Handtrace	Theradial
Concept Microfibre	Medinorme-Wassenburg	THX Medical
Cooper	Meiko	Vernacare
Decitex	Nanosonics	Vygon
Didactic	Ophardt Hygiene	

Nous remercions également pour leur contribution les partenaires suivants :

Delabie

Liste arrêtée au 23 mai 2014