

PREVENTION ET EVALUATION (PARTIE 2)

CL-19

EFFET DE LA FORMATION EN HYGIENE ET DE L'ANCIENNETE DANS LA FONCTION SUR L'ADHESION AUX PRATIQUES D'HYGIENE DES MAINS AU CHU DE RENNES*BATAILLON S., POISSON M., BIARD X., DUVAL F., CHAPPLAIN J.M., CORMIER M.**Centre Hospitalier Universitaire Pontchaillou, Rennes, France*

Contexte : L'adhésion à l'hygiène des mains dans les établissements de santé est un élément primordial dans la lutte contre les infections nosocomiales. En 2006, le Centre Hospitalier Universitaire de Rennes a participé à l'enquête nationale portant sur l'évaluation d'opportunité d'hygiène des mains. Les résultats de cette enquête ont été explicités dans chacune des unités de l'établissement. Afin de vérifier l'efficacité de ces interventions, une seconde enquête a été réalisée en 2007. Cette nouvelle enquête prenait en plus en compte la notion d'ancienneté dans la fonction et la notion de formation en hygiène. Une succession de 2 gestes était également observée

Matériel et méthode : Trente cinq unités ont été tirées au sort (1/3 des unités fonctionnelles de l'établissement). Parmi ces 35 ; 11 unités étaient celle de 2006. L'enquête a été réalisée par observation directe et interrogation des personnes auditées par les membres de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière du 10 au 27 septembre 2007. L'évaluation de la conformité à l'opportunité d'hygiène des mains a été réalisée en regard du référentiel de la société française d'hygiène hospitalière (SFHH).

Résultats : La conformité à l'hygiène des mains pour un geste observé était significativement meilleure en 2007 qu'en 2006 : de 56 % à 70 % avant le geste ($p < 0,001$) et de 62 % à 77 % après le geste ($p < 0,0003$). Dans le cas d'une succession de deux gestes ; la conformité après le second geste était de 81 %. Les soins pour lesquelles la conformité à l'hygiène des mains était optimale concernaient les soins contact avec la peau lésée et les muqueuses et les soins invasifs en veineux et artériels. Le pourcentage de conformité à l'hygiène des mains était supérieur parmi le personnel formé : 78 % versus 67 % pour le personnel non formé avant le geste ($p = 0,007$) et 78 % versus 75 % après le geste ($p = 0,42$). La conformité à l'hygiène des mains était meilleure chez les personnes auditées ayant une ancienneté dans la fonction de 30 à 39 ans (87 % avant et 85 % après le geste).

Conclusion : Cette enquête montre une meilleure observance à l'hygiène des mains en 2007 qu'en 2006 et ceci en regard des recommandations de la SFHH. La formation en hygiène améliore la conformité à l'hygiène des mains avant le geste. L'ancienneté dans la fonction est un élément à prendre en compte par unité car elle peut permettre de cibler les personnels soignants moteurs en terme d'hygiène des mains ; le compagnonnage étant toujours un modèle de transmission de savoir dans nos professions de santé.

CL-20

PREVENTION DE LA TRANSMISSION DES BACTERIES MUTI-RESISTANTES (BMR) A DOMICILE*LAMBERT M., GUILLORET L.**Hôpital Local, Montfort-sur-Meu, France*

L'Hôpital Local de Montfort-sur-Meu est un établissement public de 206 lits (Services de médecine, soins de suite, long séjour et MRM) auxquels s'ajoutent les 42 places du Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD).

Un audit sur la prise en charge des patients porteurs de BMR a été récemment mené dans le service de Médecine /SSR. Les résultats de cet audit ainsi que la nouvelle définition des Infections Associées aux Soins (IAS) nous ont amené à nous interroger sur les pratiques actuelles au domicile pour de tels patients. Dans cet objectif, l'EOHH a décidé de faire un état des lieux à l'aide d'un questionnaire portant à la fois sur l'information des professionnels de l'existence d'une BMR chez un de leurs patients à domicile et sur les mesures de prévention mises en place.

Cinquante-deux questionnaires ont été distribués (médecins généralistes, IDE libéraux, aide-soignantes du SSIAD. Nous avons eu 21 questionnaires renvoyés soit 40 %. La majorité des médecins (75 %) ne sont pas informés de la présence d'une BMR à domicile contrairement aux IDE et aux AS qui le sont parfois par les familles ou les services hospitaliers. Cette transmission est le plus souvent orale dans 57 % des cas. Les intervenants au domicile font toujours suivre l'information aux autres professionnels ou à la famille dans 52 % des cas. Les précautions mises en place sont en priorité : le port des gants (76 %), les frictions avec SHA (57 %) les sacs « DASRI », les surblouses, et l'information à la famille (47 %), le lavage antiseptique des mains (42 %). Beaucoup de professionnels n'ont pas suivi de formation sur l'hygiène des soins à domicile (85 %) Parmi les IDE et les AS 66 % souhaitent être formés contrairement aux médecins qui à 75 % donnent une réponse négative.

L'analyse de cette enquête nous a conduit à créer des outils communs à tous les intervenants à domicile : connaissance des porteurs de BMR, transmission de l'information entre les différents professionnels de santé, la mise en place de mesures de protection autant pour les soignants que pour les patients, information aux familles ainsi qu'un guide de bonnes pratiques à l'intention de ces aidants.

Les risques de transmission croisée sont particulièrement grands face au nombre élevé de professionnels intervenants à domicile ainsi qu'à la méconnaissance des aidants familiaux. Pour ces raisons, la rédaction de procédures à l'usage des professionnels et sera envisagée. Parallèlement, une plaquette sera distribuée aux familles pour la prise en charge de l'environnement.

Une formation près des professionnels pourra renforcer cette démarche.

CL-21

DE LA PERCEPTION DU RISQUE DE TRANSMISSION CROISEE A L'APPLICATION DES RECOMMANDATIONS : COMMENT AMELIORER LA MAÎTRISE DE LA DIFFUSION DES BACTERIES MULTI-RESISTANTES?*NEYME S., DUBOIS A., DAL FARRA A., RATAT J., GOURLAIN K., BAIXENCH M.T., POUPET H., BLANCHARD H.**GH Cochin Saint Vincent de Paul, Paris, France*

Contexte : La politique de prévention de la diffusion des bactéries multi-résistantes (BMR) par transmission croisée instaurée

depuis 1993 montre une amélioration de leur maîtrise. Toujours fortement médiatisée, elle reste surtout une priorité de santé publique du fait de sa fréquence et de ses conséquences sur la prise en charge des patients (durée d'hospitalisation, morbidité).

Objectifs : L'objectif principal était d'évaluer les connaissances et les attitudes des personnels lors de la prise en charge d'un patient porteur de BMR. Les objectifs secondaires étaient d'étudier les besoins complémentaires en formation et d'évaluer la perception du risque de transmission croisée.

Matériel et méthode : L'enquête s'est déroulée sur une période de 4 mois en 2007 auprès des professionnels de santé médicaux et paramédicaux des unités d'hospitalisation de plus de 24 heures. Tout personnel consentant présent lors du passage de l'enquêteur a été interrogé individuellement à partir d'un questionnaire standardisé.

Résultats : Parmi les 469 professionnels interrogés, 429 consentants ont été inclus dans l'étude. Le terme de BMR a été défini correctement par 57,8 % des personnels. 62,2 % des professionnels ont cité au minimum une BMR, la première d'entre-elles était le SARM (53,6 %). La notion de précautions « standard » est connue par 71,3 % des personnels. Les mesures « barrières » (tenue et hygiène des mains) sont respectées en totalité dans 15,2 % des cas. L'hygiène des mains par friction hydro-alcoolique (FHA) est perçue comme nécessaire par 84,1 % des professionnels dans la prévention de la transmission croisée. En revanche, un doute persiste sur l'efficacité des FHA par rapport au lavage simple des mains dans la prévention de la transmission des BMR. Le personnel médical déclare « lever » l'isolement contact BMR dans 54 % des cas. Enfin, si les professionnels semblent sensibilisés à l'évitabilité et à l'information du patient sur son statut « BMR » (56,7 %), ils méconnaissent la plaquette d'information patient (remise dans 5 % des cas).

Discussion et conclusion : Les professionnels de santé ont une bonne connaissance du terme BMR et une bonne perception de l'évitabilité de la transmission croisée. En revanche, ils méconnaissent et respectent approximativement les précautions « standard » et les recommandations spécifiques « BMR ». Ce travail a permis d'actualiser les contenus des formations et la stratégie de communication : adapter et promouvoir les outils existants, mobiliser davantage les équipes par rapport à cette thématique.

CL-22

AUDIT D'OPPORTUNITES DE L'HYGIENE DES MAINS : CHOIX D'ACTES DE SOINS TRACEURS. RESULTATS PRELIMINAIRES

DANIEL L., COSSE M., GARLANTEZEC R., BARON R., JOURDAIN S., LEJEUNE B.

CHU Brest, Brest Cedex, France

Introduction : Le programme national de LIN 2005-2008 prévoit le renforcement de l'évaluation des pratiques professionnelles en hygiène hospitalière et en particulier la réalisation d'audits sur l'HDM. L'objectif de ce travail est de déterminer des actes de soins traceurs de l'HDM des professionnels dans les unités de soins.

Méthodologie : Nous avons utilisé les données de 2 audits d'opportunités de l'HDM réalisés en 2005 et 2007 (1407 observations) en hospitalisation continue. Nous avons défini les actes traceurs en utilisant les critères de l'ANAES. Afin de les valider nous avons comparé les 4 taux décrivant l'HDM entre les actes définis comme traceurs et les autres : observance, conformité du produit utilisé, utilisation du PHA, conformité de la tenue professionnelle.

Résultats : Les soins marqueurs (N=646) sont la pose, la gestion et l'ablation du cathéter veineux périphérique (KTP) (n=147), la préparation de médicament dans le poste de soins (n=54) et les soins de contact avec la peau saine du patient (n=446). Les taux décrivant l'HDM sont équivalents entre les actes traceurs et l'ensemble des données 2005-2007. Ils sont équivalents lorsque l'on compare les soins liés au KTP aux autres soins de risque infectieux intermédiaire. En revanche, les taux d'observance et d'utilisation du PHA augmentent significativement pour les soins de contact avec la peau saine versus les autres soins de risque infectieux de bas niveau.

Discussion : Nous pouvons évoquer le fait que les actes traceurs dans leur ensemble sont informatifs de l'HDM. En particulier, les soins liés au KTP semblent être le témoin des autres actes de risque infectieux intermédiaire. Par contre, les soins de contact avec la peau saine, du fait de données très hétérogènes, ne sont pas caractéristiques des autres soins de risque infectieux de bas niveau.

Conclusion : L'intérêt des actes traceurs est de simplifier la méthodologie de l'audit sur l'HDM. Cette étude sera affinée avec pour objectif de déterminer un acte traceur par catégorie professionnelle et par niveau de risque infectieux des soins.

Bibliographie : ANAES. Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé. Mai 2002.

NB : Compte tenu des moyens proposés pour la soumission du résumé, nous sommes dans l'impossibilité de vous communiquer notre tableau de résultats.

CL-23

COMMENT SUIVRE LE NIVEAU D'UTILISATION DE SOLUTES HYDRO-ALCOOLIQUE POUR LA DESINFECTION CHIRURGICALE DES MAINS PAR FRICTION DANS LES BLOCS OPERATOIRES?

VINAT A., CAUCHY L., CHEVREUIL F., FERSING I., QUEVERUE M., LOUKILI N., GUERY B., THEIS D., GRANDBASTIEN B.

CHRU de Lille, Lille Cedex, France

Introduction : L'hygiène des mains avec les solutés hydro-alcoolique (SHA) est une priorité du programme national de lutte contre les infections nosocomiales. La consommation de SHA est un indicateur du tableau de bord national. La Société Française d'Hygiène Hospitalière a promu l'utilisation des SHA aux blocs opératoires pour la désinfection chirurgicale des mains. Le tableau de bord national ne rend pas bien compte de la dynamique des équipes chirurgicales dans l'utilisation des SHA. Au CHRU de Lille depuis 2005, cette technique a été implantée dans les blocs opératoires. Avec un tableau de bord trimestriel pour tous les services, nous avons cherché à suivre de façon pertinente cette utilisation. Nous rapportons notre expérience dans la construction de cet indicateur.

Méthodes : La consommation de SHA des blocs opératoires a pu être différenciée (flaconnages spécifiques). Cette consommation a été rapportée à l'activité chirurgicale, estimée en nombre de patients appartenant à un Groupe Homogène de Malades (GHM) chirurgicaux (données médicales obtenues par le Département d'Information Médicale), puis en nombre de Journées d'Hospitalisation (JH). La distribution des blocs opératoires selon ces 2 indicateurs a été comparée avec un test de coefficient des rangs de Spearman.

Résultats : En 2006, les blocs opératoires ont consommé 1706,5 L de SHA pour la désinfection chirurgicale des mains contre 1249,5 L en 2005 (soit +36,6 %). Rapporté à l'activité de l'établissement

estimée en JH, l'indicateur de consommation de SHA était égal à 8,2 L / 1000 JH en 2006 (5,9 en 2005). Il variait selon les blocs entre 4,3 et 19,5 L / 1000 JH en 2006 (3,7 et 15,2 en 2005). Rapporté à l'activité exprimée en GHM chirurgicaux, l'indicateur était égal à 52,0 L / 1000 GHM en 2006 (39,6 en 2005). Selon les blocs, il variait entre 24,6 L / 1000 GHM et 133,2 L / 1000 GHM en 2006 (13,8 et 94,1 en 2005). Les 2 indicateurs n'apparaissent pas corrélés (coefficient de Spearman = 0,17, p>0,05).

Conclusions : L'indicateur exprimée en L / 1000 JH rend compte imparfaitement de l'utilisation des SHA. Un dénominateur spécifique de l'activité chirurgicale semble pertinent, mais difficile à construire car nécessite des données médicalisées. Ces deux indicateurs sont donc à discuter. Peut-être, faudrait-il prendre en compte la taille des équipes chirurgicales (moins de SHA utilisé en chirurgie ophtalmologique qu'en CCV sous CEC), mais ce genre d'indicateur serait plus complexe et à valider.

CL-24

EVALUATION D'UNE STRATEGIE DE PREVENTION DE L'ASPERGILLOSE INVASIVE AU COURS DE TRAVAUX

BAIXENCH M.T., VINSONNEAU C., DAL FARRA A., TAIEB F., DREAU H., DUBOIS A., NEYME S., PAUGAM A., BLANCHARD H.
GH Cochin Saint-Vincent de Paul - APHP, Paris Cedex 14, France

Contexte : Notre GH est confronté depuis 2006 à la réalisation de travaux de grande envergure (démolitions et constructions sur 2 sites). Ceux-ci sont situés à proximité de bâtiments recevant des patients à risque d'aspergillose invasive (AI). Un plan de prévention a été élaboré et mis en place. Autour des chantiers (CHT), un écran humide anti poussières (EAP) a été installé. Ces mesures ont été accompagnées d'un programme institutionnel d'information et de formation des personnels.

Méthodes d'évaluation de la stratégie de prévention :

Surveillance épidémiologique : après une étude rétrospective

(2000 à 2005) à partir du fichier des données PMSI, une surveillance prospective pluridisciplinaire a été mise en place depuis 2006 incluant les services cliniques, le service de Mycologie (antigénémies aspergillaires) et la Pharmacie (antifongiques).

Surveillance environnementale : elle a été basée sur un suivi longitudinal et hebdomadaire des concentrations fongiques (CF) de l'air sur des sites prédéfinis situés près des CHT : 15 sites intra-bâtiments et 2 sites à l'extérieur.

Résultats :

Surveillance épidémiologique : elle n'a pas montré d'augmentation du nombre d'AI probables en 2006 (n=11) et 2007 (n=9) par rapport aux années précédentes (médiane=12) ; il n'a pas été observé de cas groupés. Le caractère nosocomial des cas reste toutefois difficile à préciser. Le délai médian d'apparition de l'AI a été de 9 jours (0-30).

Surveillance environnementale : les résultats ont différé selon les CHT. CHT 1 : au cours des démolitions, les CF sont restées basses en intra-bâtiment (médiane=16 spores/m³). La présence d'un EAP semble avoir permis le contrôle de l'empoussièrement généré par les travaux.

CHT 2 : une augmentation significative des CF a été observée dans 2 bâtiments situés à proximité (médianes respectives : 31 et 81 sp/m³ vs période de référence : 16 et 19 sp/m³ ; p<0,01) et ce malgré la présence d'un EAP. Le renforcement du bionettoyage dans un des bâtiments a été suivi d'une diminution des CF (médianes : 59 vs 90 sp/m³).

Discussion : Le risque aspergillaire semble avoir été maîtrisé dans ce contexte de travaux. Nous ne pouvons pas conclure formellement sur l'efficacité de l'EAP mais ce dispositif semble avoir contribué à la maîtrise globale du risque aspergillaire.

La surveillance environnementale, bien que non recommandée, a permis de sensibiliser le personnel et d'accompagner la mise en place des mesures de prévention et leur ajustement au cours des travaux.