

ETAT DES LIEUX DES PRECAUTIONS STANDARD ET COMPLEMENTAIRES D'HYGIENE

CP12

MISE EN ŒUVRE DES PRECAUTIONS STANDARD ET COMPLEMENTAIRES : APPLICATION AU *CLOSTRIDIUM DIFFICILE**BURGEL L.¹, BRUGUIERE H.¹, CHAIZE P.¹, MARCHANDIN H.², PARER S.¹**1. Service d'Hygiène Hospitalière ; 2. Laboratoire de bactériologie, CHU de Montpellier, France.*

La gravité des infections à *Clostridium difficile* (ICD) et le caractère épidémiogène de la souche 027 ont motivé l'instauration de mesures spécifiques pour en éviter la diffusion.

La note DHOS/DGS 335 de septembre 2006 souligne la nécessité de sensibiliser les professionnels de santé à ce risque, de signaler les cas en interne et les cas groupés ou les cas sévères en externe (C. CLIN - DDASS).

Afin de répondre à cette préoccupation de santé publique, le service d'Hygiène Hospitalière de Montpellier, a développé une démarche active de mise en œuvre des précautions « contact » adaptées au *Clostridium difficile*.

Méthode :

Le déroulement de la démarche est le suivant :

1. Elaboration et diffusion d'un référentiel

Le service d'Hygiène Hospitalière a rédigé un référentiel concernant les conduites à tenir au regard du *Clostridium difficile* :

- Patient porteur de *Clostridium difficile* sans signes cliniques : **précautions standard.**

- Patient porteur de *Clostridium difficile* avec signes cliniques (diarrhée, iléus, fièvre, douleurs abdominales, hyperleucocytose), et absence de toxine A ou B dans les selles : **précautions contact.**

- Patient présentant une diarrhée avec toxine A ou B positive dans les selles : **précautions contact adaptées au *Clostridium difficile*.**

D'abord, une information par courrier, indiquant la démarche à suivre, a été envoyée au personnel médical et à l'encadrement soignant. Ensuite, le protocole a été diffusé très largement par mail (avec un rappel de la lettre d'information) puis par courrier. Enfin, il fut mis en ligne sur Intranet.

2. Repérage des cas

Un fichier informatique, partagé entre le laboratoire de bactériologie et le service d'hygiène, permet d'identifier les patients pour lesquels une toxine est décelée. Ainsi, les infirmières ou cadres infirmiers de l'unité d'hygiène repèrent quotidiennement les patients porteurs d'une toxine dans les selles.

3. Information au cas par cas

L'information est transmise par téléphone au service clinique avec interrogation sur les signes cliniques du patient, la connaissance de l'information par les soignants et les précautions mises en place. Cet appel permet le repérage des cas sévères pour déclencher un éventuel signalement

4. Investigation des cas et évaluation des mesures

Dans les 48 heures suivants l'information, l'infirmière ou le cadre hygiéniste se déplace pour donner des conseils et pour observer la mise en place des précautions. Cet accompagnement a été systématique pendant les quatre premiers mois de cette sur-

veillance. A ce jour, seuls les cas sévères font l'objet d'un déplacement pour enquête.

Résultats :

1. Surveillance de 2007

Du 05/03/2007 au 31/12/2007, 67 patients ont été recensés porteurs d'une toxine positive : 9 patients étaient hospitalisés en réanimation, 6 patients en moyen et long séjour et les autres en médecine et chirurgie. Lors de l'appel téléphonique, l'information était connue par le service de soins dans 20 cas sur 67 et les précautions particulières en hygiène mises en place dans 19 cas. Six cas sévères ont été signalés (DDASS-CCLIN). Aucun épisode de cas groupés d'ICD n'a été décelé. Aucune souche de type 027 n'a été isolée.

2. Evaluation de l'application des mesures spécifiques sur 30 cas d'ICD

Pendant 4 mois, l'infirmière ou le cadre hygiéniste a évalué le respect des précautions particulières adaptées à l'ICD : le patient est isolé en chambre seule (80%), les soignants protègent leur tenue (surblouse ou tablier à usage unique) dans 88% des cas mais le port de la surblouse à manches longues n'est que de 65%. Le port du tablier à usage unique (en plus de la surblouse) lors des soins mouillants est respecté à 42%. Le protocole journalier d'entretien des chambres (détergence, rinçage et désinfection à l'eau de Javel à 0,5%) est respecté dans 71% des cas. Un protège-bassin est utilisé pour les patients continent alités dans 14% des cas. Les protections d'incontinence sont évacuées à 80% dans les DASRI. Le savon antiseptique est présent dans 81% des chambres ; les soignants disent se laver les mains avec ce savon ATS dans 87,5% des cas.

Discussion : Malgré d'importants moyens de communication mis en place, moins d'un tiers des services a connaissance de l'ICD. Il nous faut donc poursuivre notre sensibilisation sur le fait que « l'isolement » est une prescription médicale.

D'autre part, lorsque l'information est connue, les précautions « contact » sont relativement bien appliquées. Par contre, les mesures spécifiques, liées à l'ICD et mises en place récemment, sont à améliorer (ex : protège-bassin). Le personnel semble ne pas avoir compris l'utilité de ces mesures qu'il nous faut continuer d'argumenter.

Conclusion : Ce dispositif interventionnel au cas par cas, permet une meilleure réactivité dans la transmission de l'information, un contrôle de la connaissance des précautions adaptées et un accompagnement des équipes soignantes pour l'application de ces précautions.

L'absence de cas groupés d'ICD, pendant la période, pourrait témoigner de l'efficacité du dispositif dans la prévention de la transmission croisée.

Ce recensement au quotidien permet par ailleurs d'améliorer l'exhaustivité du signalement des cas sévères d'ICD.

Bibliographie

1. InVS, C.CLIN Nord, Ddass59, Ddass62, Cire Nord, Laboratoire de Bactériologie du CHU Saint-Antoine (Paris), CNR Anaérobies (Paris), Laboratoires et équipes opérationnelle d'hygiène des établissements concernés Emergence d'infections digestives liées à *Clostridium difficile* de type 027, France, janvier à août 2006. Bilan au 01/09/2006. HYGIENES 2006 ; Volume XIV- n°4 : 245-47

2. Ministère de la Santé et des Solidarités - Direction Générale de la Santé. Avis du CTINILS relatif à la maîtrise de la diffusion de la diffusion des infections à *Clostridium difficile* dans les établissements de santé français adopté le 21 août 2006 HYGIENES 2006 ; Volume XIV- n°4 : 248-51

3. Réseau d'Alerte, d'Investigation et de Surveillance des Infections Nosocomiales. Conduite à tenir : diagnostic, investigation, surveillance, et principes de prévention et de maîtrise des infections à *Clostridium difficile*. InVS, 2006, 42p. http://www.invs.sante.fr/publications/2006/guide_raisin/index.html

4. Société Française d'Hygiène Hospitalière. Avis sur l'utilisation de l'eau de Javel dans les établissements de soins. 2006. http://www.sfhh.net/telechargement/recommandations_avisjavel.pdf

CP13

COMMENT MOBILISER UN HOPITAL AUTOUR DES PRECAUTIONS HYGIENE

ERB M., QUEVERUE M., LOUKILI N., GRANDBASTIEN B., GUERY B.

Service Gestion du Risque Infectieux et des Vigilances (SGRIVI) CHRU Lille, 59037 LILLE CEDEX

Dans le cadre du programme national 2005-2008 proposé par le ministère de la santé, le CHRU de Lille a défini un programme d'actions dirigé vers la prévention de la transmission croisée.

Il s'agit d'une démarche institutionnelle, portée par le service en charge de la politique de maîtrise du risque infectieux (le SGRIVI), validée par le CLIN et toutes les instances, puis inscrit dans le projet d'établissement. Les modalités de sa mise en place et un calendrier ont été établies sur 4 ans.

Des objectifs quantifiés et datés

Ils ont été définis en support de cette politique. Globalement, nous visions une diminution de la prévalence et/ou de l'incidence des infections associées aux soins et des bactéries multi-résistantes (BMR). De même, la consommation des anti-infectieux devait être diminuée.

Ces objectifs ont été fixés sur la base des données suivies dans l'établissement :

- Diminution de la prévalence/incidence des IN et des BMR

Au cours de l'enquête nationale de prévalence de 2001, la prévalence des infections nosocomiales (IN) avait été mesurée à près de 10% ; ce qui, rapporté aux 80 000 patients admis/an environ, correspondait à 8 000 IN/an attendues. Un objectif raisonnable à 4 ans était une diminution de 10 à 20% de cette prévalence (soit 800 à 1 600 IN évitées chaque année). L'impact économique annuel sur les postes « prolongation de séjour », « recours à des examens complémentaires », « antibiothérapie »... a été estimé entre 0,5 et 1% du budget d'exploitation de l'établissement (montant s'exprimant alors en millions d'euros). En parallèle, une diminution de l'incidence des BMR de l'ordre de 20% était attendue, en se limitant aux principales BMR acquises ou diagnostiquées dans l'établissement, c'est-à-dire non connues antérieurement, (*Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline – SARM et entérobactéries productrices d'une bêta-lactamase à spectre étendu).- Eblse. Globalement, cette estimation de l'impact économique complexe a été réalisée avant la réforme du financement des établissements de santé, reposant sur la T2A.

- Diminution de la consommation des antibiotiques et antifongiques

En lien avec la baisse d'incidence des IN et des BMR et à une amélioration des pratiques en terme de bon usage des anti-infectieux, un objectif réaliste était une diminution de 15 à 20% sur 4 ans. Cette consommation est exprimée en Doses Définies Journalières (DDJ). Son impact économique, ciblé sur une diminution du nombre de traitements par les anti-infectieux les plus coûteux, a été estimé à environ 500 K€/an.

Un programme d'actions

Un programme d'actions, pluri-annuel a été défini. Il reposait sur deux axes prioritaires ciblant 1) le renforcement des mesures princeps d'hygiène (précautions standard) et 2) une gestion optimisée du risque infectieux chez l'opéré.

Ces 2 axes étaient déclinés en actions de sensibilisation, information, formation (directe ou via un réseau de formateurs), évaluation. Ils étaient suivis par une politique d'indicateurs.

- Renforcement des mesures princeps d'hygiène ; généralisation de l'utilisation des produits hydro-alcooliques (PHA)

Basé sur une évaluation des occasions de geste d'hygiène des mains par grandes spécialités (secteurs de médecine, secteurs de chirurgie, réanimation, soins intensifs, soins de suite et soins de longue durée), nous avons pu déterminer un objectif attendu de consommation en PHA (globalisé pour tout l'établissement : 90 litres pour 1 000 journées d'hospitalisation, soit en moyenne 30 frictions / patient et pour une journée de prise en charge).

La première étape était la sensibilisation des directions, instances...

Un programme de formation a été établi, notre cible était les 8 000 professionnels intervenant dans le soin, répartis dans les différents établissements comptant au total près de 3 000 lits.

Trois infirmières hygiénistes et un médecin hygiéniste ont eu la charge d'organiser la formation de tout le personnel des services de soins aux indications et à la technique de friction avec un PHA ainsi qu'un rappel sur la bonne utilisation des gants. Pour ce faire, des outils pédagogiques ont été créés : diaporama de sensibilisation, affiches, triptyques... Des caissons pédagogiques, permettant de visualiser la technique de friction hydro-alcoolique, ont également été utilisés.

Nous avons fait le choix de former des formateurs-relais (2 formateurs pour 20 soignants). L'équipe d'hygiène soutenue par la direction des soins, organisait cette formation sur une journée de 7 h. Au terme de cette journée, chaque formateur devait assurer un relais de formation pour 100 % du personnel de son service. Nous lui demandions également d'assurer la traçabilité de la formation délivrée (dates et durée, liste et fonction des personnels touchés).

L'observance de l'hygiène des mains, ainsi que la technique de friction ont été évaluées par audits 6 mois après la formation dans les services.

Ces actions ont été suivies par des indicateurs (% de personnel formés, % d'atteinte des objectifs personnalisés par service ou groupe d'unités avec diffusion trimestrielle de tableau de bord, auprès des équipes médicales, paramédicales et des directions de ces indicateurs.

- Gestion optimisée du risque infectieux chez l'opéré

La première étape était une action de sensibilisation /formation. Une information scientifique sur la désinfection chirurgicale des mains était délivrée par les médecins et infirmières hygiénistes lors des réunions de conseil de bloc. La formation concernait tous les professionnels (chirurgiens, anesthésistes, IBODE, IADE) intervenant dans un des 16 secteurs chirurgicaux et des 4 plateaux techniques.

Deux infirmières hygiénistes ont eu la charge d'organiser la formation de tout le personnel de ces secteurs à la technique de désinfection chirurgicale des mains par frictions (cette technique étant acceptée comme seule technique de référence utilisable dans l'établissement). Pour ce faire, des outils pédagogiques ont été créés : diaporama de sensibilisation, affiches, film.

Nous avons fait le choix de réaliser la formation de tous les acteurs en directe. Le calendrier d'implantation suivait l'installation de l'équipement de toutes les auges. Les équipements existants devaient être modifiés au profit de distributeurs de savon liquide doux, d'essuie-mains papier, de poubelles, l'installation de supports de PHA en poches airless ou dans les loges des auges. Cette action a été coordonnée avec les responsables des blocs.

Une évaluation de la qualité du geste de friction a permis de valider la technique, elle était réalisée au décours de la formation. Ces actions ont été suivies par des indicateurs (% de personnel formés, suivi de la consommation de produits hydro-alcooliques) avec diffusion trimestrielle de tableau de bord, auprès des équipes médicales, paramédicales, des directions et restitution des résultats des évaluations.

La deuxième étape de cette action porte sur le processus global de prise en charge des patients et s'intéresse à l'ensemble du chemin clinique du futur opéré, il intègre nécessairement les différentes étapes « préopératoire, per opératoire et post-opératoire ». Dans le cadre de la prévention du risque infectieux, des recommandations nationales ont été publiées en 2004 (conférence de consensus organisée par la Société Française d'Hygiène Hospitalière). Néanmoins, la mise en place de ces recommandations nécessite des adaptations spécifiques par chemin clinique. Cette deuxième étape est inscrite dans la poursuite du projet.

Les clés du succès

- Une stratégie de communication

Un tel programme ne peut être mis en place que s'il fait l'objet d'une stratégie de communication dès son initiation via les directions et les instances avec des points d'étapes réguliers sur l'évolution de sa mise en œuvre auprès des directions, des responsables médicaux, paramédicaux et des équipes.

- Un relais institutionnel

Son implantation est étroitement liée au soutien de l'ensemble des décideurs qui devait dégager des ressources, humaines pour les formations et matérielles notamment pour l'achat de produits hydro-alcooliques, l'équipement des auges, la reproduction d'outils pédagogiques et grâce à l'adhésion forte des équipes médicales et paramédicales qui ont apporté leur collaboration dans la planification et la réalisation des différentes actions.

- Une politique de restitution régulière et d'affichage des indicateurs

Le suivi des actions est rendu lisible grâce à la production et la diffusion de tableaux de bord : l'indicateur ICSHA est produit trimestriellement, le suivi de la maîtrise de la diffusion des BMR acquises est assuré à travers la production semestrielle de l'indicateur de suivi des SARM et des EBLSE .

Ces différents indicateurs font l'objet d'une diffusion large auprès des instances : CLIN, CME, cadres gestionnaires, directeurs, responsables médicaux et paramédicaux. Ils permettent de mesurer l'impact du programme d'actions.

Conclusion : La mise en place du projet a permis de passer d'actions ponctuelles à une démarche institutionnelle impliquant tous les professionnels de santé. Un tel programme ne peut vivre sans le maintien d'une dynamique de groupe. L'ensemble des actions programmées et des résultats escomptés visaient directement à l'amélioration de la qualité des soins, au renforcement de la satisfaction des usagers et à améliorer l'image de notre établissement.