



Société suisse d'hygiène hospitalière
Schweizerische Gesellschaft für Spitalhygiene
Società svizzera d'igiene ospedaliera
Swiss society for hospital hygiene

Rapport du congrès SSHH

Assemblée annuelle

13. - 14.09.2018, Interlaken

Dr méd. Felix Fleisch

Membre du Comité SSHH

Cette année, l'assemblée annuelle s'est tenue au centre des congrès Kursaal les 13 et 14 septembre en association avec les Sociétés Suisses d'Infectiologie (SSI), de Médecine tropicale et de Parasitologie (SSMTP) et de la Société Suisse de Médecine Tropicale et de Médecine des voyages FMH (SSMTV).

La première partie IMPLEMENTATION / INNOVATION, devenue une tradition, a été ouverte par **Laetitia Qualla-Widmer** de Lausanne qui s'est penchée sur la saisie des infections nosocomiales dans les établissements de soins en long séjour (EMS) et a comparé les résultats transmis par le personnel infirmier spécialisé et le personnel infirmier travaillant dans les établissements. L'étude s'est déroulée du 12 au 15 mai 2018 dans huit établissements de 31 à 130 lits et portait sur 562 résidents au total. Elle a mis en évidence une infection chez 4,4% des résidents à un jour j, 4,3% des résidents étaient sous antibiotiques. L'étude a révélé que 10 infections ont été saisies par erreur, 19 infections ont été découvertes correctement par les deux groupes. Il n'y a pas eu de différence cruciale dans la saisie par les deux groupes. Cette étude a donc permis d'identifier les éléments nécessaires aux fins d'une étude de prévalence dans les EMS.

Aline Wolfensberger de Zürich a présenté la conception et la validation d'un système de surveillance semi-automatique des pneumonies nosocomiales non associées à la ventilation. Les pneumonies sont la deuxième cause d'infection la plus fréquente dans les études de prévalence, dont 72% non associées à la ventilation. Dans une première étape, le soutien du service informatique a permis de filtrer l'ensemble des patients qui ne présentaient pas de pneumonie nosocomiale non associée à la ventilation ; 93,9% des patients ont ainsi pu être éliminés. Les 6.1% restant ont alors été traités manuellement (pneumonie en radiologie ou tomodensitométrie ? Symptômes pulmonaires ?). La durée de la surveillance manuelle par patient était de 4 bonnes minutes. Lors de la validation ultérieure, il s'est avéré que les résultats de la surveillance semi-automatisée étaient très bons par rapport à la surveillance manuelle. L'incidence des pneumonies nosocomiales non associées à la ventilation à l'USZ (*hôpital universitaire de Zurich*) s'élevait à 0,64%, le taux d'incidence était de 0,82 pour 1000 jours-patients.

Ensuite, **Stephanie Züllig** de la fondation pour la sécurité des patients et **Jonas Marschall** de Berne ont présenté les résultats du programme pilote « progress! Sécurité des sondes urinaires ». L'intervention s'articulait autour des trois points « plus rare » (pose d'une sonde uniquement en cas d'indication claire), « plus court » (enlever les sondes dès que possible) et « plus sûr » (pose et soin corrects des sonde). Entre la phase de référence et l'étude qui suit l'intervention, le nombre de patients avec un cathéter a diminué de 23,7 à 21% et les jours-cathéters par 100 jours-patients de 17,4 à 13,5%. On a aussi constaté une augmentation significative du taux des indications correctes et des réévaluations, ainsi qu'un taux d'infection pratiquement stable et des connaissances plus étendues chez les employés interrogés. Les objectifs du programme ont donc été atteints et l'ensemble des interventions a fait ses preuves.

Samuel Rubeli d'Aarau a fait un rapport sur la mise en place d'un paquet de mesures de prévention destiné à réduire les infections postopératoires de la neurochirurgie crâniale. Le paquet comprend les points suivants : l'épilation des poils à l'aide de clippers, la prophylaxie antibiotique périopératoire adaptée, la désinfection cutanée à base d'alcool, la désinfection des bords de plaies après l'incision et avant la suture, le remplacement des gants, la réduction au strict minimum de l'ouverture de la porte du bloc opératoire, un coaching des chirurgiens en vue d'un traitement des tissus en douceur et une hémostase minutieuse. Grâce à ces mesures, il a été possible de réduire le taux d'infection de 7,8 à 3,7%, soit une réduction de 53%. Les facteurs de risque majeurs étaient des tumeurs non malignes du système nerveux central ainsi que des hémorragies post-opératoires. L'expérience du chirurgien s'avérait être un autre facteur essentiel.

Ensuite, **Aline Wolfensberger** de Zürich a repris la parole sur le développement et l'essai d'un ensemble de mesures de prévention contre les pneumonies nosocomiales chez les patients non ventilés, soit une étude de méthodes mixtes. Ces mesures intègrent une composante quantitative (est-ce que ces mesures ont un effet et si oui, le ou lesquels?) ainsi qu'une approche qualitative

(pourquoi et comment fonctionne la mise en place (ou pas)?). Les cinq éléments majeurs de cet ensemble de mesures sont l'hygiène buccale, la mobilisation anticipée, la reconnaissance et la thérapie de la dysphagie, l'arrêt des PPI et antiacides ainsi que la physiothérapie. La mise en place nécessite de choisir des approches individualisées pour les cliniques ou les services concernés (*one size does not fit all – un seul produit ne convient pas à tous*). Cette étude a pour objectif de justifier l'efficacité et l'applicabilité de cet ensemble de mesures et de présenter une stratégie efficace de mise en place.

Christine Rohrer de Lucerne a présenté son projet qui consiste à augmenter le taux d'immunisation contre la grippe saisonnière du personnel soignant. L'objectif est d'augmenter le taux d'immunisation à plus de 30% grâce à une campagne efficace contre la grippe saisonnière. Cette campagne comprend 15 éléments et 3 priorités, à savoir la stratégie de qualification (intégration des chefs de service et des infirmières de liaison, formations dans tous les domaines sur ce sujet et les immunisations contre la grippe saisonnière dans les services et les postes externes), les adaptations avant et pendant la saison de la grippe (entre autres, saisie prospective des cas de grippe et taux d'immunisation, retour constructif aux services clés et informations régulières de tous les employés sur le taux d'immunisation et l'épidémie de grippe en cours) et le marketing (tableaux informatifs, panneaux signalétiques, documentation papier pour plateau repas et informations sur écran dans le restaurant du personnel). Ces mesures ont permis d'augmenter le taux d'immunisation de 7,3% en 2014/15 à 41% en 2017/18. Les transmissions nosocomiales ont baissé de 7% en 2016/17 à 3% en 2017/18 pour un total de 180 cas de grippe.

Simone Passerini de Zurich a présenté le modèle mobile de la « zone patient », c'est-à-dire la zone qui est contaminée par la flore d'un seul patient. Le modèle fonctionne lorsqu'il est traité par tous de la même manière. On a pu montrer que les infirmiers et les médecins ne partageaient pas le même avis sur le sujet ; par exemple, les dossiers patients ne sont pas affectés par les médecins à la zone patient et sont pris en main sans désinfection, ce qui peut constituer une zone sensible pour la propagation des germes. On a donc mis au point une technique de tri des cartes et interviewé 2 expertes en soins intensifs, 5 infirmiers et 5 médecins. Les cartes et les objets correspondants pouvaient être triés à l'intérieur ou à l'extérieur de la zone patient. Cette mesure permet d'obtenir une bonne image des modèles mentaux des participants et donc de mieux comprendre pourquoi un objet est placé à l'intérieur ou à l'extérieur de la zone patient.

Le lendemain, il importait de se lever tôt, à 8h00 démarrait la session de la SSHH sur la PREVENTION INFECTIEUSE / ECHANGE BILATERAL.

Monica Attinger de Lausanne a parlé de la mise à jour des précautions standards et des mesures complémentaires en Suisse latine. En 2004, il n'existait pas encore de consensus sur l'application des concepts correspondants, le programme HPCI (hygiène, prévention et contrôle de l'infection) a donc été développé. En 2007, les CDC ont révisé les directives élaborées ; en 2008, il s'en est suivi une formulation de 10 précautions standards et de 3 mesures additionnelles en Suisse romande. Les deux directives ont été révisées en 2017, en particulier en raison de nouvelles bactéries multirésistantes en Suisse. On a donc créé un groupe de travail comprenant des représentants du Tessin et procédé à une révision littéraire avec une priorisation de l'épidémiologie suisse.

Yvonne Strässle du KISPI (Hôpital des enfants) à Zürich a mis en évidence les différences en hygiène pédiatrique. Les plus grandes différences par rapport aux adultes sont le comportement hygiénique en fonction de l'âge, l'incontinence fécale et urinaire, une présence fréquente de la fratrie, un contact proche lors des soins / assistance et des jeux avec les autres patients. L'hygiène standard est la même alors même qu'il convient de tenir compte de points particuliers comme de savoir si une solution hydroalcoolique près du lit de l'enfant peut être dangereuse (à leur avis non), la nécessité de porter des gants pour langer l'enfant ou la préparation des jouets. Les isolements sont très fréquents en pédiatrie, ainsi par exemple, 37%, soit plus d'un tiers des enfants, étaient isolés en décembre 2016. Il est important d'impliquer les parents dans les mesures de protection comme par exemple de les instruire sur l'hygiène des mains en sortant de la chambre ou sur la

non utilisation des tables à langer en cas de gastroentérite. L'implication de la famille peut aussi s'avérer importante en cas de SARM qui nécessite parfois une décolonisation de la famille.

Patrizia Beck de Sion a présenté sa thèse sur la contamination des surfaces et son rôle dans les infections nosocomiales. Elle a d'abord effectué une recherche littéraire et montré combien de temps les pathogènes peuvent survivre sur la surface, à savoir de 2 semaines pour les novovirus jusqu'à plusieurs années pour les VRE. Ensuite, elle a montré comment les germes pathogènes peuvent être transférés par contact direct des patients ou par un contact des employés avec les surfaces environnantes. Puis, elle a présenté de nouvelles technologies comme la mise en œuvre de H₂O₂, de lumière UV et de surfaces auto-désinfectantes. Le nettoyage classique antérieur reste néanmoins essentiel. Le travail a été complété par des observations directes sur divers sites.

Jasmin Perret de Winterthur a étudié les soins supplémentaires nécessaires en cas d'infections du tractus urinaire associées à l'usage de sonde (ITUAUS). De manière rétrospective, les soins supplémentaires (LEP) ont été comparés chez trois groupes de patients : ceux portant une sonde permanente (SP) sans ITUAUS, ceux avec SP et ITUAUS et ceux sans SP. L'étude a porté sur 1631 patients, dont 190 portaient une sonde permanente. Au total, 8 ITUAUS ont été découvertes lors d'une durée de pose moyenne de la sonde de 5,6 jours. Les soins apportés aux patients avec ITUAUS étaient pratiquement les mêmes que ceux apportés aux porteurs de SP sans infection. Mais le résultat a été faussé par un patient présentant une ITUAUS avec une durée d'hospitalisation particulièrement longue et qui était largement indépendant. En excluant ce patient de l'étude, les soins apportés aux patients avec ITUAUS étaient plus importants. Les patients sans SP recevaient moins de soins, ce qui souligne la nécessité d'une sensibilisation supplémentaire à la durée de pose des SP.

La session sur le INFLEUNZA INFECTION CONTROL IN SWISS HOSPITALS était très attendue. A titre d'introduction, **Virginie Masserey** de BAG a présenté les nouveautés dans la stratégie nationale sur la prévention de la grippe saisonnière (GRIPS). La stratégie comprend les 3 domaines de la santé publique, la recherche, la protection des patients et la promotion de l'immunisation par vaccination. Dans la recherche de santé publique, la première phase est à présent clôturée (analyse théorique), il est question ici de l'évaluation de la charge représentée par la maladie de la grippe. La deuxième phase est en cours (analyse réelle). Concernant la prévention de la grippe, l'institut tropical a été mandaté pour établir un inventaire des activités comme base de données pour lancer ou optimiser les interventions. Plus de 100 interviews téléphoniques ont déjà été menés avec les instituts de santé. Depuis 2015/16, il est procédé en mars auprès de la population à un sondage téléphonique représentatif sur la couverture vaccinale qui montre par exemple que seuls 20 – 25% des actifs de la santé se font réellement vaccinés et même seulement 7% des personnes en contact régulier avec des groupes à risque. En Suisse, un peu plus d'un million de vaccins contre la grippe sont vendus chaque année, ce qui correspond à environ 13 – 18% de la population. Il manque les données sur les femmes enceintes. Lors de la promotion vaccinale, l'objectif majeur consiste à activer des facteurs multiplicateurs des messages de prévention. Le BAG met aussi diverses informations à disposition.

Stefan Kuster de Zürich a présenté les mesures mises en place par son hôpital universitaire. Son « programme anti-virus » est un ensemble classique de mesures de prévention infectieuse comprenant des composants de diagnostic rapide, un isolement des patients, le traitement de la grippe, l'immunisation du personnel et des patients et l'importance de l'étiquette respiratoire. Une étude a permis de montrer qu'il existe des porteurs asymptomatiques avec un risque pour l'entourage. Lors d'une étude effectuée sur des prélèvements quotidiens effectués sur les employés, on a découvert 16 cas positifs de grippe, dont 8 étaient asymptomatiques au moment de l'essai, 2 n'ont jamais développé de symptômes, 4 des 16 étaient vaccinés. Il s'est également avéré que le risque d'infection par la grippe reste plus élevé en-dehors de l'hôpital que dans l'hôpital. Pour finir, il s'avère qu'un taux de vaccination de 70% de tous les 19 à 65 ans conduirait à un bénéfice économique de 50 millions.

Martin Egger de Langnau a attiré l'attention sur le fait qu'Oberemmental faisait face à un nombre particulièrement élevé de naturopathes et autres critiques de la vaccination, il importe donc de

mettre l'accent sur d'autres aspects. Puis, il a remis en question les directives d'isolement classique en raison des frais d'examen élevés ; en effet, seuls 50% des patients de la grippe peuvent se rendre dans une clinique adéquate et souvent, celle-ci manque de chambres pour un isolement efficace. C'est pourquoi, depuis 2010, l'hôpital a instauré une hygiène standard respiratoire adaptée qui protège non seulement de la grippe mais aussi de nombreux autres pathogènes respiratoires et permet de ménager les ressources par comparaison à une stratégie de détection/isolement. Des règles particulières s'appliquent aux patients immunodéprimés qui ne doivent absolument pas être placés en chambre avec des patients présentant des signes d'infection des voies respiratoires ainsi qu'aux patients à détérioration cognitives avec des signes d'infections des voies respiratoires qui doivent être isolés de tout contact. Une étude de ces mesures a montré que 9,7% des cas de grippe viennent vraisemblablement de l'hôpital où la probabilité d'une transmission nosocomiale n'était pas plus grande dans les chambres à 5 lits que dans les chambres à 1 ou 2 lits.

Domenica Flury de St. Gal et **Dunja Nicca** de Bâle ont présenté le projet HalP (Healthcare associated Influenza Prevention Project). Celui-ci a pour objectif de réduire la grippe nosocomiale par une meilleure application de la surveillance systématique et le recours à des interventions innovantes en vue d'améliorer le comportement préventif du personnel de santé. Lors de la dernière saison de grippe, le taux d'infections nosocomiales était de 21% au KSSG (hôpital cantonal de St Gal) par rapport à seulement 6% dans les autres hôpitaux, sachant qu'au KSSG, seuls 37% des échantillons ont été prélevés aux urgences, alors que cela a été le cas à 71% dans les autres hôpitaux, on peut donc en conclure qu'au KSSG, on a recherché la grippe de manière plus intensive dans les autres services hospitaliers. Un sondage qualitatif du personnel de soins devait permettre de rechercher les facteurs favorables ou défavorables de l'immunisation contre la grippe saisonnière. Dans le premier groupe, on distingue la pensée orientée système contre la pensée orientée individu, la responsabilité collective contre l'affaire privée ainsi que la direction centrée sur la personne contre la direction moralisatrice. Un questionnaire a été élaboré en fonction de ces renseignements. Il s'est avéré par exemple que le personnel soignant considérait sa propre vaccination contre la grippe comme beaucoup moins importante que la vaccination des patients. Il semblerait que le port d'un masque chirurgical en cas de symptômes soit bien plus important que le port d'un masque en cas de défaut de vaccination. Fort de ces connaissances, il est prévu des interventions favorisant la culture de la sécurité spécifique à la grippe saisonnière.

Anne Iten de Genève a présenté la lutte contre la grippe saisonnière dans son hôpital. Les HUG lancent chaque automne des campagnes pour la vaccination contre la grippe. En 2010/11, le personnel était vacciné à 27%. Ensuite, les efforts ont été intensifiés à différents niveaux. La protection contre la grippe saisonnière passe par la vaccination, des masques chirurgicaux et une bonne hygiène des mains. L'étude a pris en compte les données de l'épidémie nationale en début, en phase de pic et en fin d'épidémie tout comme l'efficacité et la concordance de la vaccination avec les virus en circulation. Le personnel hospitalier pouvait choisir entre la vaccination et le port de masques. Des mesures comportementales pour le personnel et les visiteurs ont été mises en place et chaque printemps, les mesures mises en place ont été réévaluées. Le succès de toutes les mesures s'exprimait par une diminution impressionnante de l'incidence des cas de grippe nosocomiale de 56,1% à 19,6%.

Christoph Berger de Zürich a expliqué les mesures appliquées par l'hôpital universitaire pédiatrique de Zurich. Il souligne l'importance de la grippe comme maladie grave plus particulièrement chez les femmes enceintes et les prématurés. En général, les nourrissons de moins de 6 mois présentent une mortalité très élevée et ces patients présentent un taux d'hospitalisation très accru. Des vaccins inactivés sont uniquement autorisés au-delà de 6 mois, le cocooning, c'est à dire l'immunisation des personnes de contact, est donc d'autant plus important. Pour éviter des infections nosocomiales de la grippe, la vaccination est recommandée pour les enfants à risque et leur famille, les employés sont sensibilisés à la vaccination et les proches se voient proposer une possibilité d'immunisation au KISPI. Des messages vidéo brefs des employés, la possibilité d'information sur les effets secondaires ainsi que la proposition de dépistage de la grippe malgré la vaccination sont des facteurs de motivation supplémentaires. Ainsi, il a été

possible d'augmenter le taux de vaccination dans le secteur des soins de 16% à 50% en l'espace de 6 ans.

Comme aucune présentation n'a été réceptionnée pour le traditionnel HOW YOU DID IT?, il a été organisé un bloc sur les entérocoques résistants à la vancomycine (VRE) et nous remercions chaleureusement les intervenants de dernière minute.

Jonas Marschall et **Marianne Laguardia** de Berne ont parlé de l'actuelle épidémie de VRE chez eux. Le point de départ était de deux bactériémies simultanées en oncologie. Des études sur l'environnement des patients de contact dans la chambre ou dans le service ont mis en évidence 4 transmissions. Il en a suivi des isolements, des zonages et un dépistage progressif. Les premiers défis à relever concernaient les réactions à l'épidémie, à savoir la peur, l'activisme de défense et l'accusation. Des informations ont déjà été diffusées tôt et très largement, des règles transitoires ont été élaborées. Une gestion complète de l'épidémie de VRE a vu le jour aux fins d'identification, d'isolement et d'isolement final, de mesures d'hygiène, de documentation, de communication et de contrôle. Les défis pour l'hôpital sont considérables et concernent aussi bien l'hygiène hospitalière, la microbiologie avec un volume croissant des tests de dépistage, que la disponibilité de lits avec une marge de manoeuvre réduite compte tenu de l'isolement ; sont concernés le personnel infirmier et les médecins pour les besoins en personnel dédié et les services d'équipements pour les besoins supplémentaires de nettoyage. Certains processus ont connu une nette simplification grâce au soutien du service informatique. Lors du nettoyage de sortie, les patients à VRE ont été soumis à une nouvelle désinfection par UV après le nettoyage désinfectant. Ensuite, le nettoyage désinfectant est devenu la norme dans tous les services présentant des cas de VRE et dans le grand immeuble où se trouvent les lits. Du point de vue de l'équipe spécialisée, de grands défis ont résulté de la charge de travail qui s'est massivement accrue, de la sollicitation de l'équipe, de beaucoup d'heures supplémentaires et de la mise en retrait d'autres projets. Mais il est possible d'identifier des opportunités de processus optimisés, de meilleurs flux d'information internes et externes, de nouveaux outils informatiques, la remise en question de processus établis ainsi qu'une meilleure priorisation. Même dans le cadre de cette épidémie, il s'est avéré que le nombre d'infections par rapport aux colonisations était très petit (environ 5%). Jusque-là, il a été procédé à 7.700 dépistages, dont 3% se sont révélés positifs. Entre-temps, il y a eu un grand écho médiatique. L'objectif de tous les efforts consiste toujours à éliminer le VRE des groupes isolés.

Pour finir, **Stephan Harbarth** de Genève a, au nom de la Task Force VRE suisse, donné un aperçu de la situation VRE actuelle et des inspections en Suisse. Il a fait état des données VRE en Europe et a rendu attentif au fait que par exemple en France, la situation est nettement meilleure qu'en Allemagne, et a présenté le modèle français qui a permis de contrôler le VRE avec succès. Comme les colonisations sont beaucoup plus fréquentes que les infections, il importe, dès le premier justificatif d'un échantillon clinique, de présumer de l'existence d'un support de VRE non dépisté. Dès la confirmation d'un premier cas, il convient de procéder immédiatement à un dépistage de tous les patients de contact de manière progressive, et enfin d'avancer assez rapidement dans la détection et l'isolement des patients VRE (principe Speedy Gonzales). En Suisse, il a été procédé à une surveillance VRE entre le 1^{er} mai et le 19 juin 2018, 144 hôpitaux y ont participé (taux de réponse 70%). Entre le 1er janvier 2015 et le 31 mars 2018, on a découvert des cas de VRE dans 46 hôpitaux, l'incidence est passée de 96 sur l'année complète 2015 à 146 cas au premier trimestre 2018. On a découvert 23 épidémies de VRE avec divers types de résistance. La gestion actuelle en Suisse est conforme à ce sondage marqué par l'hétérogénéité des mesures de prévention et de contrôle. Entre-temps, les recommandations nationales actualisées sur la lutte de l'expansion de VRE en Suisse existent en langues allemande, française et anglaise (disponibles par exemple sur www.swissnoso.ch).