



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

18. - 21.09.2019, Lausanne

Dr méd. Felix Fleisch

Membre du Comité SSHH

Cette année, l'assemblée annuelle de la SSHH s'est tenue du 18 au 20 novembre au Palais des congrès « Swiss Tech Convention Center » de l'EPFL de Lausanne. Elle a été organisée en association avec les Sociétés Suisses de Médecine intensive SSMI, d'Infectiologie SSI, de la Médecine tropicale et de Parasitologie SSMTF et de Médecine tropicale et de Médecine des voyages FMH.

LE SYMPOSIUM DE LA SSHH (anciennement symposium sur l'hygiène) a, cette année aussi, été intégré à l'assemblée annuelle qui a rencontré un franc succès et a été suivi par plus d'une centaine d'auditeurs intéressés. Vous trouverez ci-dessous le résumé de quelques points abordés :

Aline Wolfensberger de Zurich a ouvert le bal en se penchant sur les pneumonies non associées à la ventilation et contractées à l'hôpital (nvHAP). Elles font partie des infections les plus fréquemment contractées à l'hôpital ; 2/3 de toutes les pneumonies ne sont pas associées à la ventilation. La mortalité est aussi élevée que chez les VAP (20 %), les coûts sont comparables. Une surveillance semi-automatisée en continu des nvHAP à l'hôpital universitaire de Zurich (USZ) a illustré une prévalence d'environ 0,6 %. Sur le plan pathogénétique, les éléments les plus déterminants sont l'« inhalation » de gouttelettes ou aérosols, l'aspiration dans le système respiratoire supérieur et la dissémination hématogène. Il existe peu d'études en termes de mesures de prévention pour les nvHAP. Une bonne hygiène buccale, une réactivité précoce, une prévention contre l'aspiration, la dysphagie et la prévention contre les virus respiratoires nosocomiaux sont néanmoins primordiaux. L'USZ a développé un ensemble modulaire préventif qui met l'accent sur l'hygiène buccale, la reconnaissance et le traitement de la dysphagie, la réactivité, l'arrêt des inhibiteurs de la pompe à protons et l'inhalothérapie physio-thérapeutique. D'après une analyse intermédiaire, ces mesures ont permis de ramener les taux de nvHAP de 12 pour 1000 à 8,5 pour 1000, mais il existe de grandes disparités dans les différentes cliniques. En résumé, il importe de ne pas oublier les nvHAP, les microaspirations constituent le mécanisme pathogène le plus fréquent et l'hygiène buccale est la mesure préventive prouvée scientifiquement.

Stephan Harbarth de Genève s'est penché sur la situation actuelle des germes multirésistants en Suisse. Selon un essai de Gasser et al. dans le Lancet Infect Dis 2018, la Suisse connaît chaque année plus de 7000 infections par germes multirésistants et près de 300 décès liés à ces infections. Concernant les tendances de résistance, les ESBL atteignent pour la première fois un certain plateau. Mais les germes semblent encore se développer dans les soins de longue durée. Malheureusement, on constate aussi que les entérobactéries productrices de carbapénémase sont en augmentation. A l'ICPIC, le groupe genevois a fait part de la première apparition nosocomiale de E. Coli productrice de NDM-1 en Suisse. Ce germe a été mis en évidence chez 3 patients qui ne présentaient pas de facteur de risque connu et qui, plus spécifiquement, n'avaient pas fait de voyage à l'étranger au cours des 12 derniers mois. Le cas indice a été un patient venant des Emirats Arabes Unis. Les MRSA semblent baisser dans leur ensemble mais les MRSA non multirésistants sont en augmentation, plus particulièrement chez les patients ambulatoires. Les cas de VRA à l'hôpital de l'île de Berne ont diminué. En octobre 2019, il est prévu d'actualiser les directives VRE de Swissnoso. Il est conseillé de dépister, en plus des patients rapatriés, les personnes qui ont été hospitalisées à l'étranger pendant plus de 24 heures au cours des 12 derniers mois.

Yvonne Strässle de l'hôpital pédiatrique de Zurich a clôturé la première session sur le thème : petits enfants – grands soucis : infection par CVC (cathéter veineux central) en pédiatrie. Depuis 2009, les infections par CVC sont systématiquement enregistrées. Les enfants ont la particularité de nécessiter fréquemment une nutrition parentérale, de présenter un manque de coopération, de petits lumens et de petits vaisseaux difficiles d'accès. Il n'est donc pas surprenant d'assister à des taux d'infection plus élevés en pédiatrie, en particulier dans les unités de soins intensifs de néonatalogie. On retrouve les taux d'infection les plus élevés chez les enfants souffrant de brûlures, chez les prématurés < 37 semaines de grossesse et en cas de pose d'un cathéter fémoral. 70 % des CLABSI sont provoqués à 70 % par SKN et *S. aureus*. Sont plus

particulièrement recensées les infections Port-a-Cath, les taux les plus élevés se retrouvant chez les immunosupprimés, chez les enfants de moins de 2 ans et dans le premier mois qui suit la pose du cathéter. Il n'existe à ce jour aucun seuil pédiatrique national.

Nous attendons toujours les contributions pour le bloc **IMPLEMENTATION/INNOVATION**.

Christoph Fux d'Aarau s'est posé la question s'il existait un écart dans les taux de complication lors d'un usage intermittent ou continu des cathéters veineux périphériques (CVP). Des études montrent que 23 – 86 % de tous les patients hospitalisés se voient poser un CVP. Parmi les complications, on retrouve la luxation, l'obstruction, la (thrombo)phlébite et les infections nosocomiales. A Aarau, une étude d'observation prospective a été menée de janvier à décembre 2016 et a porté sur des patients adultes qui étaient couchés pendant plus de 24 heures durant leur hospitalisation. Le cathéter n'a pas été verrouillé avec de l'héparine mais avec une solution de NaCl à 0,9% et sans mandrin. Chaque jour, il a été procédé à une recherche de phlébites et à une documentation du motif du retrait du cathéter périphérique. Environ 1/3 des patients ont eu un CVP par intermittence, 2/3 en continu. Le taux de phlébite (0,5 % contre 0,4 %) et le taux de bactériémie (0,03 % contre 0,05 %) étaient comparables dans les deux groupes. Une autre analyse a montré que 36 % des bactériémies nosocomiales *Staph. aureus* étaient liés au CVP. En résumé, l'utilisation par intermittence d'un CVP est une valeur sûre pour diminuer un excédent de liquide, augmenter le confort des patients et démarrer une rééducation précoce.

Monica Attinger de Lausanne a présenté un nouveau concept de monitoring de l'hygiène des mains dans les maisons de retraite et de soins du canton de Vaud. Depuis 2004, un monitoring est mis en place par rapport à la consommation de produit désinfectant pour les mains. Depuis 2007, une campagne sur l'hygiène des mains est lancée chaque année le 5 mai et depuis 2010, le monitoring sur la conformité de l'hygiène des mains passe par des audits. Il s'avère qu'il n'existe pas de corrélation entre les résultats du monitoring sur l'hygiène des mains et la consommation de gel hydroalcoolique. Il a donc été élaboré un nouveau procès-verbal qui calcule d'abord la consommation théorique de solution hydroalcoolique pendant 3 mois, puis mesure la consommation réelle de ladite solution. Puis, on a mis en place des mesures de promotion de l'hygiène des mains avant un nouveau monitoring de la consommation sur 3 mois supplémentaires. La stratégie pour promouvoir l'hygiène des mains reposait sur l'écart mesuré. Quand l'écart était supérieur à 60 %, il importait d'examiner minutieusement la formation, les audits d'hygiène et la disponibilité des bouteilles de produits désinfectants pour les mains. Lors d'écarts plus faibles, il a été mis en place des ateliers sur l'hygiène des mains ainsi que des rappels ; pour des écarts inférieurs à 20 %, on a établi des notices positives correspondantes. La première phase de monitoring a révélé que l'audit sur l'hygiène des mains ne reflète pas la réalité du respect de l'hygiène des mains (effet Hawthorne). En d'autres termes, les participants modifient leur comportement naturel quand ils savent qu'ils participent à une étude et sont sous surveillance. L'hygiène des mains devrait être améliorée dans les maisons de retraite et de soins.

Doris Nydegger et **Simone Wegmüller** de Berne se sont penchés sur la diffusion de directives sur l'hygiène standard par l'intermédiaire des écrans de veille dans un groupe hospitalier. Le problème de l'explosion des VRE depuis début 2018 a montré à quel point la diffusion, le respect et la mise en œuvre des mesures d'hygiène des mains sont déterminants. Le grand défi consiste à toucher tous les employés. En raison de la situation épidémique, le temps était compté. Le projet a débuté mi-juillet 2018, et dès octobre, les premières directives ont été lancées sur les écrans de veille. Elles portaient sur l'hygiène des mains, l'hygiène au travail, les mesures d'hygiène respiratoires, les mesures d'isolement, les blessures par piqûre ou par coupure ainsi que la vaccination contre la grippe. Les contenus ont été changés tous les 2 mois, ils se présentaient sous forme de dessins compréhensibles et simples et étaient complétés par des films courts issus du dossier hygiène, en tant que mesures d'accompagnement. Il a été démontré que depuis la mise en place de ce projet, la consommation de produits désinfectants pour les mains a augmenté. En résumé, l'écran de veille se prête particulièrement bien à la transmission d'informations importantes car il atteint tous les groupes professionnels de l'hôpital.

Philippe Bressin de Lausanne s'est attelé à évaluer la politique de promotion de la vaccination antigrippale. La vaccination antigrippale au CHUV est une stratégie multimodale qui inclut un engagement de la direction médicale et des soins, un accès facilité à la vaccination et une campagne de communication. Depuis 2015, la direction a rendu le port du masque obligatoire pour le personnel non vacciné en phase épidémique de la grippe. Les vaccinations étaient possibles à différents lieux stratégiques durant tout le mois d'octobre en non-stop entre 07h30 et 18h00. En parallèle, une campagne de communication a été lancée avec des affiches et des films d'animation sur intranet et les réseaux sociaux. Ces mesures ont permis d'augmenter le nombre de personnel vacciné en contact avec les patients de 29,5 % en 2011 à 50 % en 2018. En parallèle, le nombre de cas de grippe nosocomiale de 27 % en hiver 2016/17 est passé à 18 % en hiver 2018/19.

Michèle Birrer de l'hôpital de l'île de Berne s'est penchée sur l'étude de l'isolement « gouttelettes » dans l'établissement de soins (TIP) durant la saison grippale 2018/19. Tandis que le groupe témoin a suivi l'isolement standard en chambres individuelles, le groupe d'intervention a fait l'objet d'une nouvelle stratégie. Dans les deux groupes, l'apparition de nouveaux symptômes respiratoires a conduit à un frottis de la zone nasopharyngée pour effectuer un test rapide. Si le résultat du frottis était négatif et en cas de séjour hospitalier supérieur à 48 heures, les groupes ont également été soumis à un frottis nasopharyngé avec PCS multiplex. A chaque résultat positif, le groupe d'intervention a subi un isolement « gouttelettes » tandis que le groupe témoin a eu droit à un isolement spécifique aux agents pathogènes (gouttelettes/contact) dans une chambre individuelle. 1230 hospitalisations ont été étudiées, 76 % dans le groupe d'intervention et 24 % dans le groupe témoin. Parmi les caractéristiques patients, on note un plus grand nombre d'hospitalisations avec isolement respiratoire dans le groupe d'intervention que dans le groupe témoin. Les infections virales respiratoires nosocomiales étaient de 2,3% dans le groupe d'intervention contre 0,7% dans le groupe témoin, soit une tendance insignifiante d'un point de vue statistique. Cette tendance avait disparu chez les virus sécurisés microbiologiquement. Il est à présent prévu d'étendre la stratégie TIP au sein du groupe île. Le cas échéant, il sera procédé à des études comparatives avec des sites extérieurs. En résumé, la stratégie TIP semblait simple et pragmatique, économique (renonciation à des diagnostics viraux parfois onéreux, les transferts liés au personnel n'étaient plus nécessaires) et sûre (protection contre d'autres virus respiratoires, car l'isolement était fonction non pas des agents pathogènes mais des symptômes).

La dernière Implémentation/Innovation venait à nouveau d'Aarau, **Nicole Warmann** a présenté « The power of sour », une gestion du changement (Change Management) destinée à réduire l'intervention non justifiée d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP). En effet, on y a régulièrement recours, souvent sans indication, car ils sont réputés « ménager » et « protéger » l'estomac, mais du point de vue de la prévention de l'infection, ils ont des conséquences négatives comme par exemple une colonisation plus fréquente par des agents pathogènes multirésistants, des infections gastro-intestinales plus fréquentes, telles que *Clostridium difficile*, et un risque augmenté de pneumonies. L'objectif du projet était donc de réduire le nombre d'ordonnances d'IPP, de les mettre en œuvre uniquement en cas d'indication réelle et d'avoir recours à un dosage réduit pour la prophylaxie. Pour ce faire, une liste d'indications fermes a été établie, nous avons eu des retours réguliers sur les usages, il y a eu 3 rappels avec distribution de bonbons au citron dans tous les services, de l'eau minérale aux employés en été et du thé au citron en hiver. Ces mesures ont permis une diminution relative de 20 % du nombre d'IPP par patient et des jours IPP par hospitalisation de 23 %. Ce projet avait l'avantage d'être particulièrement bien connu des employés grâce à divers rappels, les stands ont permis de bons échanges, et les phases de repos entre les interventions ont été vécues comme positives. Le point négatif du projet est que la responsabilité pour la prise en charge du traitement par les IPP n'était généralement pas assurée par l'hôpital, surtout en chirurgie, et il y avait encore de l'incertitude quant à la justification de la mise en œuvre des IPP chez les patients en ambulatoire et que l'engagement des médecins et du personnel soignant était différent.

La SSH a partagé le prochain bloc avec les soins de la SSMI. **LES MYTHES ET LES FAITS AUTOUR DE L'HYGIENE EN UNITE DE SOINS INTENSIFS – LAISSEZ-VOUS SURPRENDRE !** en était le sujet. Cette session a été suivie par environ 200 auditrices et auditeurs intéressés.

Martin Fröhlich de l'USZ s'est penché sur la thématique du port de gants. Il a démonté un mythe après l'autre. D'après l'OMS, il existe des indications claires pour le port de gants aussi bien en contact direct avec les patients (contact avec du sang et des fluides corporels) qu'en contact indirect (manipulation de matériel potentiellement infecté). Toutefois, des études montrent que dans 60 – 70 % des cas, les gants sont portés sans indication existante. Le prochain mythe serait de dire que les gants offrent une protection absolue. Mais le fait est que certains présentent dès le départ des problèmes de fuites, plus ils sont portés et manipulés, moins ils sont étanches. De plus, un port fréquent et prolongé de gants endommage la peau (dommages dus à l'humidité). Les gants n'empêchent pas la transmission de germes. Même s'ils permettent de réduire considérablement la quantité de germes sur les mains du personnel, il existe des déficits notables dans le changement des gants dans la mesure où ils ne sont pas remplacés entre différents patients, pas plus qu'entre des zones contaminées et non contaminées. Enfin, la désinfection des mains n'est pas rendue superflue par le port de gants. Ainsi, les mains peuvent être contaminées au moment où les gants sont retirés et il existe une corrélation négative entre le port de gants et la mise en œuvre d'une désinfection correcte des mains. Le dernier mythe consiste à dire que les gants peuvent être désinfectés sans problème, mais l'alcool et les manipulations peuvent entraver leur étanchéité, la durée de vie s'en trouvant ainsi réduite et le taux de perméation augmenté.

Cécile Sordet de Nyon a illustré par pantomime, gestes et mimique ce que les vêtements professionnels transmettent comme message. Elle a montré de manière ludique ce que signifie le fait de porter de faux ongles et bijoux, cravates, chaussures à talons hauts, chaussures de plage, manches longues, vestes, cheveux longs et autres particularités à éviter (no-go).

Pour **Esther Wicki** de Zurich, tout n'est pas toujours blanc et noir comme sur un échiquier. Ainsi, elle a pris pour exemple un patient positif à un test de MERS-CoV en Suisse. Pour parler en termes de jeu d'échec, le premier coup consistait à prendre des mesures d'isolement, le deuxième à définir des zones pour une meilleure désinfection des mains, et le troisième à optimiser la désinfection des mains puisque chaque stratégie est seulement aussi bonne que sa mise en œuvre. Heureusement, le test positif s'est avéré négatif dans la phase de confirmation, l'essai s'est néanmoins avéré être un bon entraînement pour toute l'équipe.

Carmen Karde de USZ a fait part de ses expériences personnelles avec une plaie au pied et le traitement mis en œuvre dans un hôpital régional. Le médecin traitant ne portait pas de masque, la piqûre destinée à l'anesthésie locale contenait de l'air, la même aiguille a servi à plusieurs piqûres, etc. Elle a fait part du dilemme dans lequel elle se trouvait. D'une part, elle ne voulait pas déstabiliser encore davantage le médecin, et d'autre part, elle se sentait très mal à l'aise face à la situation. Le mieux dans une telle situation est de s'exprimer, de communiquer ouvertement et directement sur les erreurs et un comportement à risque. Elle a alors expliqué « comment » en parler, que des formulations diplomatiques, des messages en « je » plutôt que des déclarations en « tu » et des descriptions plutôt que des évaluations peuvent être utiles. Plus généralement, il est important de proposer des solutions et d'y impliquer l'interlocuteur. Bien qu'elle n'ait pas réagi de cette manière dans la situation concernée, la blessure au pied a eu un dénouement heureux.

LE DERNIER VOLET DU SYMPOSIUM DE LA SSH a été ouvert par **Virginie Masserey** de l'OFSP avec une actualisation de la stratégie NOSO. L'objectif global de la stratégie consiste à réduire des infections contractées à l'hôpital et à empêcher la diffusion d'agents pathogènes potentiellement dangereux dans les hôpitaux et les maisons de soins. La mise en œuvre de la stratégie se base sur 5 champs d'action : gestion, monitoring, prévention et lutte, formation et recherche, et évaluation. Le ratio de prévalence obtenue en 2017 a montré qu'en Suisse, 5,9 % des patients hospitalisés sont touchés par un HAI. Entre un tiers et une moitié de ces infections pourrait probablement être empêché par des mesures multimodales. Actuellement, des

recommandations nationales sur les exigences minimales en structure sont en cours d'élaboration pour les établissements de soins aigus. Les exigences minimales sont déterminées sur la base de recommandations de l'ECDC et de l'OMS. Elles constituent des standards pour les directives, les équipements, l'organisation, les formations, les audits, la surveillance et les interventions. L'évolution technique des exigences minimales est régie par la direction du groupe d'experts Swissnoso et a été mise au point conjointement avec les sociétés spécialisées SSHH, SSI, SIPI et fibs. Ensuite, elles sont présentées à la CDS et H+ pour consultation. En ce qui concerne le monitoring, on s'applique à renforcer la surveillance des HAI. Pour ce faire, il est prévu de saisir les données finales et l'observation faite des paramètres déterminants de structure et de process. La prochaine étude sur le ratio de prévalence est prévue en 2020. Simultanément, on élabore un système de surveillance nationale pour les HAI dans les hôpitaux, qui doit prendre la forme de modules adaptés aux types d'infections et englober plus généralement la surveillance des infections sanguines associées au cathéter, des infections urinaires associées au cathéter et des pneumonies sous ventilation assistée. Le premier module de prévention est l'intervention SSI développée par Swissnoso. Celle-ci a pour objectif d'améliorer la structure organisationnelle de la prévention des infections des plaies postopératoires dans les hôpitaux participants et de former les employés sur l'application directe de ces mesures. Par ailleurs, il convient d'optimiser l'adhésion aux trois principaux éléments préventifs (rasage, désinfection cutanée préopératoire et prophylaxie par antibiotiques). D'autres modules préventifs devraient être mis à disposition des hôpitaux à partir de fin 2020. La stratégie NOSO communique ses informations 3 fois par an par circulaire, toutes les informations peuvent être consultées sur le site www.strategie-noso.ch.

Rami Sommerstein de Berne a fait le point sur les projets Swissnoso. Swiss clean care est un programme de coordination nationale pour diminuer de manière effective les infections hospitalières en Suisse et se compose des éléments de SSI Surveillance, SSI Intervention et CleanHands. La SSI Surveillance a enregistré plus de 425.000 interventions depuis 2009. La part des suivis clôturés s'élève à plus de 91 % et est beaucoup plus élevé que dans les études comparatives à l'étranger. SSI Intervention vise une optimisation du process, ce qui implique au départ une bonne qualité structurelle se composant de leadership, de directives et de formation. Quels process vont être optimisés ? Le rasage préopératoire, la désinfection cutanée préopératoire et le timing de la prophylaxie des antibiotiques. L'objectif de l'intervention consiste à atteindre une conformité des paramètres du process de plus de 90 % et une diminution des SSI d'environ 10 % deux ans après le lancement national. En octobre 2018, CleanHands présentait les premiers résultats enregistrés dans 74 établissements de soins aigus. On a observé plus de 145.000 opportunités, l'adhésion était de 76 %. Sans surprise, elle était plus élevée chez le personnel soignant que chez les médecins pour toutes les indications. La nouveauté consiste aujourd'hui à mesurer l'adhésion à l'hygiène des mains dans la manipulation des gants. Le bulletin Swissnoso publiera bientôt des directives pour la manipulation de *Candida auris*, pour VRE dans les établissements longue durée ainsi qu'une mise à jour de la VRE Task Force (version 2).

Andreas Widmer de Bâle a comparé le « chemin de croix » qui mène à l'obtention du diplôme en infectiologie, spécialité prévention de l'infection, à une tragédie grecque. Jusqu'en 2012, les soins faisaient l'objet d'une formation par la dibis, la SIPI et H+. En juillet 2012, les professionnels de la prévention de l'infection ont pour la première fois reçu un diplôme fédéral. Au niveau des médecins, l'« hygiéniste » hospitalier était un médecin désigné, dans les grandes cliniques généralement un infectiologue ; un titre protégé n'existait pas jusque-là et aucune formation n'était nécessaire. Cette situation va changer maintenant. En janvier 2020 commencera la période transitoire pour les professionnels de l'infectiologie FMH, les nouveaux étudiants passeront le premier examen officiel en 2022/23. Les données clés pour le programme de formation continue « spécialisation en prévention de l'infection et contrôle dans le secteur de la santé » englobent pour le professionnel de l'infectiologie, une durée de 12 mois dans un établissement de formation continue reconnu dans cette spécialisation, dont maximum 6 mois dans le cadre de la formation continue pour les professionnels de l'infectiologie. A cela s'ajoutent une publication/article scientifique dans la spécialisation hygiène hospitalière, une dissertation inclusive et un rapport de cas selon les directives FMH. Une formation continue à l'étranger peut être prise en compte si elle est soumise préalablement à la Commission et approuvée. Une formation continue en temps

partiel à max. 50 % est possible. Le futur examen sera soumis à un jury composé de 5 personnes, il aura lieu en deux parties, théorie et écrit (90 minutes) et pratique et oral (discussion de cas de 45 – 60 minutes). Pour réussir l'examen, la note pour chaque épreuve doit atteindre 4 au minimum. Concernant les dispositions transitoires, il importe que certaines conditions ordinaires du programme de formation continue soient remplies, avec quelques assouplissements : les périodes de formation continue suivies en Suisse et à l'étranger sont prises en compte sans nécessiter de spécialisation auprès du directeur de l'établissement de formation continue ; les périodes d'activité suivies dans une position dirigeante (à partir de médecin chef) sont prises en compte en lieu et place des périodes de formation continue, il peut aussi s'agir d'une fonction dirigeante en hygiène hospitalière dans un établissement de soins aigus (sur une demande justifiée) ; en outre, tout élève qui a rempli les points ci-dessus avant que le programme de formation continue ne prenne effet est libéré de l'obligation de justifier de la publication ; les demandes de reconnaissance des périodes de formation continue et d'activité doivent être déposées dans les 10 ans qui suivent la prise d'effet.

En conclusion du symposium, **Benjamin Hutter** de Genève s'opposait en duel à **Stefan Kuster** de Zurich sur la chlorhexidine, à savoir s'il s'agit d'une « désinfection » ou d'une « désillusion ». **Benjamin Hutter** s'est chargé de la partie désenchantement. Le thème des lavages à la chlorhexidine chez les patients IPS a été décrit sous le titre « beaucoup d'agitation pour rien ». Même si certaines études soulignent un effet positif, il a considéré ces travaux comme de mauvaises études et y a opposé qu'en août 2019, leur utilité a été mise en cause et qu'il a appris que 4 travaux sur 8 étaient sponsorisés par l'industrie. Il a résumé brièvement les lavements buccaux à la chlorhexidine par « VAP empêché, patient décédé ». Il a également fait référence à d'autres effets négatifs de la chlorhexidine, en particulier le développement de la résistance et aussi les résistances croisées contre d'autres agents, y compris les antimicrobiens de réserve et leur influence négative sur le microbiome. Il a recommandé une meilleure hygiène standard plutôt que de noyer les patients dans la chlorhexidine.

Stefan Kuster devait alors apporter les contre-arguments. Il a démontré que la pyramide des preuves des études avait ses limites, qu'elle s'adoucissait, et que les méta-analyses étaient uniquement aussi bonnes que les études individuelles incluses. Il a présenté les effets positifs de la chlorhexidine sur le taux des infections postopératoires des plaies, la diminution des pneumonies sous ventilation associée et la supériorité de la combinaison de chlorhexidine et alcool en comparaison avec iode et alcool. Il s'est également penché sur les réticences associées. Concernant la toxicité (allergie), il a conseillé d'utiliser le produit tel qu'indiqué par la marque. Pour ce qui est de la problématique des lavements buccaux, il a proposé de les utiliser là où ils ont vraiment prouvé leur efficacité et non là où il y a eu un signe de dommage. Concernant la problématique de la résistance, il a préconisé un stewardship antiseptique et de renoncer à une utilisation exagérée. Concernant le niveau de preuve, il a retenu que des signaux différents pointent dans la même direction et parlent en faveur d'un bénéfice.

L'**assemblée générale** s'est tenue après le symposium, et cette journée réussie s'est achevée sur un repas raffiné à la Brasserie Lausanne Moudon.