



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**

**02. – 03.09.2021, Montreux**

**Dr méd. Felix Fleisch**

**Membre du Comité SSHH**

En raison de la pandémie de la COVID-19, l'assemblée annuelle initialement envisagée à Lugano n'a pas pu se tenir comme prévu mais a dû être déplacée au Music & Convention Centre de Montreux où la salle était plus spacieuse. Le congrès s'est tenu conjointement avec la Société Suisse d'Infectiologie (SSI), la Société Suisse de Médecine Tropicale et de Parasitologie (SSMTP) et la Société Suisse de Médecine Tropicale et de Médecine des Voyages (SSMTMV).

Contrairement aux années précédentes, le symposium de la SSHH (anciennement symposium sur l'hygiène) n'a pas eu lieu ; cependant, le thème de l'hygiène hospitalière a trouvé une grande place dans le reste du programme. Nous souhaitons résumer ici quelques présentations essentielles.

L'assemblée s'est ouverte sur un moment fort, à savoir la très appréciée session d'**Innovation/Implémentation**.

**Gabriel Birgand** de Nantes, France, a tenu un exposé introductif sur le thème de la perception du risque. Il a mis en évidence qu'elle était très variable, non seulement entre les différents pays, mais surtout en fonction de l'expérience, les aspects individuels étant également influencés par les liens culturels. Ainsi, les pays anglo-saxons accordent une grande importance à l'individualité, ce qui est moins le cas dans les pays latins. Par ailleurs, une étude a montré que les personnels soignants considèrent les résistances davantage comme un problème national qui n'a pas trop d'impact sur eux personnellement ni sur leurs actions.

Puis ont suivi les 6 contributions qui ont concouru pour les prix convoités de la meilleure innovation/implémentation.

Pour commencer, **Patrice Nordmann** de Fribourg a dévoilé le test NP Rapid Resalmipenem/Acinetobacter destiné à détecter rapidement une sensibilité/résistance aux carbapénèmes dans les *Acinetobacter baumannii*. Les *A. baumannii* multirésistants (MRD) sont un germe nosocomial majeur, surtout dans les unités de soins intensifs. Les carbapénèmes sont un remède de choix dans les soins médicaux, il est donc important de déterminer au plus vite la sensibilité de ce germe. Le test présenté permet d'identifier correctement et en l'espace de deux heures et demi, au moyen d'une cote de couleur, l'ensemble des 61 isolats de *A. baumannii* résistants à l'imipénème et les 49 isolats sensibles à l'imipénème, indépendamment de leur mécanisme de résistance.

**Laetitia Qalla-Widmer** de Lausanne a présenté la mise en œuvre d'une formation par simulation dans les établissements médico-sociaux durant la pandémie de COVID-19. En fait, un concept de formation a été développé afin de pouvoir organiser une formation par simulation. Entre juin 2020 et juin 2021, 76 établissements médico-sociaux sur un total de 160 ont participé à ce programme. 12-15 personnes étaient présentes par séance. La formation a débuté par un socle théorique, puis a laissé la place à des jeux de rôle avec 4 scénarios différents suivis d'un débriefing. 140 sessions ont pu être réalisées sur les 12 mois, permettant ainsi la formation de plus de 2200 soignants.

**Coralie Riccio**, également de Lausanne, s'est penchée sur l'épidémiologie locale de la pandémie de la COVID-19 dans les institutions médico-sociales du canton de Vaud. La COVID-19 concernait de nombreuses institutions qui hébergeaient un grand nombre de résidents à risques. On constatait surtout au début, en plus du manque de personnel classique, une pénurie de ressources et de matériel de protection. Lors de la première vague du 08.03. au 26.06.2020, 64 institutions étaient concernées avec 700 résidents sur les 7.000 qui sont tombés malades, dont 118 sont décédés. Au cours de la 2<sup>ème</sup> vague du 10.08. au 31.12.2020, 104 institutions étaient concernées avec 2021 résidents sur les 7012 qui sont tombés malades, dont 437 sont décédés.

**Julia Notter** de St. Gall a présenté un système de pairs (peer-system) pour la prévention des infections dans les hôpitaux de soins aigus. Souvent, il manque le point de vue critique d'experts externes. Les experts chevronnés dans la prévention des infections pourraient, en tant que pairs, apporter des éléments professionnels pour optimiser la prévention infectieuse à l'hôpital. Le «peer-

system» se présente sous la forme d'une pré-visite avec un questionnaire structuré et une enquête menée auprès des employés, d'une visite dans le cadre d'entretiens et d'un tour de l'hôpital et enfin d'une post-visite par l'intermédiaire d'un rapport des pairs sur l'optimisation. Après une évaluation pilote à l'hôpital cantonal de St Gall et une adaptation du système, une mise en œuvre est à l'étude pour d'autres hôpitaux.

**May-Kou Ku Moroni** de Lausanne a présenté Alerte Infection, un outil innovant de la gestion publique pour l'information du personnel de santé afin de prévenir des épidémies dans le canton de Vaud. Il s'agit d'une application dont la fonction est proche de celle d'une application météorologique. L'idée est née il y a 2 ans lorsqu'un jeune étudiant était assis avec la rubéole dans une salle d'attente. Un nombre très restreint de soignants avait accès à toutes les informations. En général, la bureaucratie est un obstacle majeur, une bonne communication ne vient pas d'en haut, mais s'effectue de manière horizontale. Ainsi, la totalité des soignants devrait avoir accès aux informations sur les risques particuliers. Entre-temps, l'application compte cinq mille cinq cents utilisateurs, et affiche en moyenne 4 alertes par mois. Cette présentation a suscité un grand intérêt et a gagné le 1<sup>er</sup> prix.

La dernière innovation a été présentée par **Florence Barbey**. Elle a dévoilé la plateforme informatique en ligne Covid\_kidz. La plateforme présente aux enfants et aux parents des informations compréhensibles sur la COVID et les procédés de test. Un dépistage adapté à l'âge est important pour les petits enfants et les enfants scolarisés, la sensibilité du PCR naso-pharyngé est plus élevée que le test salivaire mais inadapté aux enfants. Des explications simples permettent de transmettre des informations sur la nécessité du dépistage et les modalités de test adaptées à l'âge pour aider les enfants à ne pas avoir peur et soutenir les parents.

La deuxième session de la SSHH, en corrélation avec la fibs et la SIPI, portait sur la COVID-19 et ses enseignements.

**Lauraine Lenggenhager** de Genève a abordé le thème de la COVID dans les structures de soins à long terme et le rôle des soignants dans l'épidémie. 40 % des décès au cours de la première vague et 51 % des décès au cours de la seconde vague étaient dus à la COVID. Dans les établissements précités, la COVID-19 est favorisée par divers risques: une dotation en personnel plus faible, les mêmes personnes qui travaillent dans divers établissements, des patients plus vulnérables. Initialement, il manquait les équipements de protection et divers résidents et employés étaient infectés et asymptomatiques. Au début, les structures manquaient de capacités à tester, et la distance physique entre les soignants et les patients mais aussi entre les patients eux-mêmes n'était pas toujours possible. On constatait également des symptômes en partie atypiques chez les personnes âgées. Des études détaillées ont révélé qu'une part étonnamment élevée des infections était transmise par les employés. Pour limiter les transmissions, il a été procédé à diverses interventions, allant d'une formation accrue sur les mesures d'hygiène et un meilleur accès aux équipements de protection jusqu'à des tests réguliers en passant par une limitation du présentisme (c'est-à-dire le fait d'aller au travail alors qu'on est malade) et une plus grande motivation pour la vaccination des résidents et des employés. Récemment, il a été imposé une obligation vaccinale pour les nouveaux collaborateurs de l'hôpital universitaire de Genève.

**Elia Lo Priore** du Tessin s'est penchée sur les enseignements. Les infections nosocomiales de la COVID-19 sont une charge lourde pour le système de santé. Selon des études, 5 à 40 % de tous les cas COVID sont nosocomiaux avec une mortalité de 20 à 30 %. D'après l'OFSP et CH-SUR (COVID-19 Hospital Based Surveillance), un cas est défini comme nosocomial si les symptômes apparaissent après plus de 5 jours passés à l'hôpital. Dans le Tessin, 8.4 % des cas étaient nosocomiaux. Il convient alors de prendre en compte le fait que non seulement les employés mais aussi les visiteurs et les autres patients peuvent être porteurs. Les mesures de prévention les plus importantes englobent le dépistage régulier et simple, la conformité aux mesures d'hygiène, la vaccination ainsi que de bons équipements de protection. De même, il est important de limiter le nombre de visiteurs.

Avec le jeu de mot «COVID-19 sous un TOIT?», on a comparé les stratégies préventives en Allemagne, en Autriche et en Suisse. En Allemagne, on retrouve la santé publique (Public health) à différents niveaux. Les pouvoirs de santé locaux exercent une grande influence et beaucoup de pouvoir, à ces pouvoirs se rajoutent les autorités des Länder individuels et enfin, l'institut Robert-Koch qui est une sorte d'outil national. Il y a eu diverses flambées dans les maisons de retraite ou de soins tout comme dans les hôpitaux. A titre de valeur médiane, les APH présentaient 17 cas par flambée, les hôpitaux 5. Parmi les enseignements tirés, **Tim Eckmanns** de Berlin qualifiait l'utilisation de masques FFP2 par la population, par exemple dans les transports en commun, comme exagéré, et estimait que la large utilisation de POCD antigéniques chez les asymptomatiques transmettait un faux sentiment de sécurité. Il évoquait aussi la zone de tension entre les politiques et les scientifiques et souhaitait une meilleure communication.

**Elisabeth Presterl** de Vienne pointait les grandes différences culturelles entre l'ouest et l'est de l'Autriche. A Vienne où habite 1/5ème de la population, 60 % sont des Secondos (immigrés de deuxième génération). En Autriche, les autorités locales exercent une grande influence. Il a été procédé à diverses interventions. Par exemple, en mars 2020, des restrictions de voyage ont été mises en place, les écoles et universités ont été fermées et la saison de ski interrompue prématurément. En automne 2020, il a d'abord été instauré un confinement léger et du 07 novembre au 06 décembre 2020 un confinement dur. Entre-temps, la règle des 3G a été largement appliquée, et on met beaucoup d'espoir dans une vaccination élargie.

**Sarah Tschudin Sutter** de Bâle a montré que la Suisse se positionne en deuxième position derrière la France pour le nombre de cas cumulatifs par habitant, nettement devant l'Autriche, l'Italie et l'Allemagne. Concernant les variants, on ne trouve pratiquement plus que le variant Delta. Les 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> vagues touchaient moins les personnes âgées, mais davantage les moins de 19 ans. La Suisse a connu de nombreux cas de maladie mais proportionnellement peu de décès. A l'heure actuelle, les vaccinations et le dépistage régulier sont particulièrement importants. En termes de nombres de vaccinés, la Suisse se place derrière l'Italie, l'Allemagne, la France et l'Autriche. L'automne et l'hiver favoriseront la transmission en raison de la saison plus froide, il faut s'attendre à de nouveaux variants et les virus respiratoires pourraient gagner du terrain. On peut se demander si des changements comportementaux à long terme s'installeront. La responsabilité individuelle reste certainement primordiale. En Suisse, les règles peuvent beaucoup différer en fonction de la région : l'hôpital cantonal de Lucerne a introduit le passe sanitaire pour les employés, l'hôpital universitaire de Bâle n'accepte plus que les visiteurs ayant un passe sanitaire.

**Philipp Kohler** de St. Gall a exposé le fait qu'une pandémie avait comme dommages collatéraux des germes multirésistants. 75% des patients COVID-19 ont reçu un antibiotique, mais seuls 8,6% sont soupçonnés d'avoir vraiment eu une co-infection bactérienne. Les antibiotiques ont été moins prescrits en ambulatoire, certainement dû à un fort recul des infections des voies respiratoires chez les enfants. Les restrictions de voyage ont conduit à une forte baisse de la mobilité et donc à une importation plus faible de MRE (agents pathogènes multirésistants). Mais il ne faut pas sous-estimer l'importation des MRE par les rapatriements, par exemple des Balkans. En Italie par contre, les *Klebsiella pneumoniae* résistantes aux carbapénémases ont fortement augmenté durant la pandémie, le personnel inexpérimenté pouvant présenter un facteur de risque potentiel. En outre, on a constaté une augmentation chez les patients en position ventrale. Une nouvelle réjouissante en revanche est le fait que selon Clean care Monitor et Clean hands, l'adhésion à l'hygiène des mains s'est améliorée par rapport aux années précédentes, le port plus fréquent de gants ayant pu avoir une influence négative sur cette adhésion. En résumé, il existe différents facteurs qui augmentent le risque des MRE, en particulier une utilisation accrue d'antibiotiques, le rapatriement en provenance de pays à haut risque et le personnel non formé ou sous-doté en nombre. La baisse des prescriptions d'antibiotiques en ambulatoire, la diminution du trafic international et une bonne hygiène des mains plaident pour une baisse. Il est possible que tous ces facteurs fassent à peu près la balance, selon des données préliminaires d'Anresis, il n'y a pas encore eu d'augmentation d'isolats ESBL et CPE.

La session commune suivante a traité de la thématique de l'hygiène hospitalière sous le radar de la COVID. **Andreas Widmer** de Bâle a montré où nous en sommes dans la stratégie NOSO. Selon des études de 2017, on décèle chez 5,9% des patients hospitalisés des infections associées aux soins, engendrant des coûts de 751 millions de francs suisse (12.700 par infection). 35 à 55 % de ces infections pourraient être évitées. Des exigences structurelles minimales concernant l'hygiène hospitalière sont définies pour les hôpitaux suisses. Jusque-là, il s'agissait uniquement de recommandations, mais elles vont devenir une obligation. Il est également requis d'enregistrer les infections des plaies. La surveillance CAUTI a été ajoutée comme nouveau module. Les nouveaux modules de 2021 à 2024 engloberont les infections des voies centrales (CLABSI) et les pneumonies associées aux ventilateurs et contractées à l'hôpital (VAP, HAP). De même, la gestion Outbreak sera complétée (VRE). D'après Andreas Widmer, la stratégie NOSO nécessite du temps pour atteindre les objectifs fixés. Des résultats de qualité ne sont attendus qu'après 5 à 10 ans. Il a appelé à tenir ensemble jusqu'au bout.

**Elisabeth Presterl** de Vienne a ensuite abordé la mise en œuvre et les possibilités offertes par les robots dans l'hygiène hospitalière. Il existe de nombreux domaines d'application : dans les thérapies et la production de produits médicaux, en laboratoire ou en chirurgie comme le Da Vinci essentiellement mis à l'œuvre en urologie et en gynécologie. Les défis relatifs à la prévention des infections par le nettoyage et la préparation des instruments ne sont pas aussi simples. En termes de contrôle et de prévention des infections, les robots peuvent trouver application dans le nettoyage et la désinfection, voire dans l'audit. Un domaine d'application intéressant des robots reste le rayonnement UVC dont le principe consiste à détruire la structure ADN et ARN des microorganismes. Il s'agit d'une mesure complémentaire au nettoyage et à la désinfection standard. L'effet dépend de la quantité de germes, de la distance et de la projection d'ombre qui représente le problème majeur. Les robots doivent être programmés et reprogrammés après chaque déplacement de meubles. Les études ont montré une forte réduction des germes après un nettoyage et une désinfection. Même les *Candida auris* ont nettement diminué, mais on a tout de même constaté un certain reliquat. On peut surtout espérer un bénéfice dans les zones où se trouvent des patients très vulnérables, ainsi que sur les surfaces hautement contaminées quand le personnel change souvent et quand on est présence d'un risque élevé d'organismes multirésistants comme dans les services des urgences.

**Niccolo Buetti** de Genève a abordé les possibilités de la numérisation dans la surveillance et la prévention des infections associées aux soins (HAI). D'après les études, les HAI surviennent chez plus de 5% des patients hospitalisés, 12.8 % étant des infections du sang. La surveillance et surtout le retour des résultats sont des clés importantes dans la prévention. La première nécessite davantage de temps, des ressources plus intenses et est moins standardisée. En 2019, PRAISE (Providing a roadmap for automated infection surveillance in Europe) a été lancé en Europe avec pour objectif de développer des lignes directrices pour soutenir la transition vers une surveillance automatisée plus large. Les éléments importants sont l'engagement des parties prenantes, la transparence des algorithmes et le respect des principes juridiques et éthiques dans le traitement des données personnelles. Les HOB (hospital onset bacteremia), entre autres, se prêtent plus particulièrement à la saisie étant donné qu'ils se concentrent uniquement sur les résultats microbiologiques et saisissent les hémocultures positives au moins 48 heures après l'admission des patients. Un sous-groupe de tous les HOB sont les CLABSI (central line associated blood stream infections), qui sont synonymes d'une mortalité accrue, de morbidité, de prolongement du séjour hospitalier et de coûts, et il est possible de les prévenir. HOB est un marqueur de substitution facilement automatisé encore non spécifique pour CLABSI. Quelles sont les perspectives en Suisse? Un sondage auprès de 90 hôpitaux suisses a révélé que 29 systèmes électroniques d'antécédents médicaux différents étaient utilisés, souvent ils diffèrent même au sein du même hôpital dans l'unité de soins intensifs. Un projet pilote sur la surveillance CLABSI a donc été lancé en Suisse dans les unités de soins intensifs. Lors d'une deuxième étape, il devrait être étendu en-dehors des unités de soins intensifs à plusieurs hôpitaux. La COVID-19 a de nouveau montré le besoin en saisies automatisées.

La dernière session s'est encore une fois penchée de manière approfondie sur les défis des soins de longue durée. **Tiziana Canzoniere Orlandi** de Olten a montré les possibilités d'assistance par les experts. L'objectif est une meilleure prise en charge dans les établissements médico-sociaux ainsi qu'une plus grande sécurité pour les employé(e)s, ce qui pourrait conduire à moins d'hospitalisations et à un allègement des hôpitaux. Les expertes des hôpitaux de Soleure effectuent en ce sens des visites de conseil, 2 heures par APH, forment des employés, ont des entretiens, se voient proposer une visite de l'établissement et établissent un rapport sur leurs visites. Des lignes directrices, des notes d'information et des plaques de porte sont mises à disposition. En général, une ou deux visites ultérieures sont nécessaires. Elle a conclu qu'une bonne coopération était le B-A-BA, que les mesures d'hygiène standard étaient essentielles et que la transmission simple et correcte des connaissances était importante en première ligne. La deuxième vague a également été bien gérée avec peu d'hospitalisations et moins d'absence du personnel.

**Béatrix Sobgoui** de Lausanne a abordé la gestion de l'épidémie dans les établissements de soins de longue durée dans le canton de Vaud. Le canton de Vaud est réparti en 4 régions qui comptent au total 163 structures médico-sociales. Le point positif de la crise était la coopération accrue entre les acteurs de la santé publique, l'aide par les équipes mobiles et une meilleure communication. En revanche, les nombreuses absences, le manque de matériaux de protection, la fatigue et la solitude croissantes ainsi que la peur des contagions posaient problème. Il est essentiel pour l'avenir de maintenir un échange de proximité entre les partenaires concernés et le renforcement des compétences et du professionnalisme dans les soins pour plus d'autonomie dans la gestion des nouvelles situations. La gestion des personnes immunisées et non immunisées reste un grand défi.

**Fabienne Hobi** de Berne a montré un nouveau modèle d'isolement, K-TIP, l'isolement gouttelettes et de contact sur place. Le TIP (isolement «gouttelettes» sur place) a évolué en isolement de gouttelettes et contact combiné (= kombinierte Tröpfen- und Kontaktisolation am Platz, K-TIP). La mise en œuvre s'est faite sur tout le groupe des hôpitaux liés à l'Hôpital universitaire de Berne. Le point positif était une mise en œuvre presque immédiate, peu d'ajustements étaient nécessaires après l'application, les employés étaient ouverts au sujet et l'équipe de l'hygiène hospitalière pouvait accompagner les services de manière ciblée. Des obstacles résultaient des problèmes de capacité, par exemple quand un K-TIP était appliqué à des patients confus qui est une contre-indication. En outre, il y a eu des malentendus sur la forme d'isolement lors de cas suspects et de cas potentiels. Par ailleurs, la saisie des données de l'année précédente n'a pas été reconduite.

Pour finir, **Alessandra Battaglia** de Bellinzona s'est exprimée sur les expériences tessinoises pendant la pandémie. Le Tessin était concerné par la COVID-19 avant le reste de la Suisse. Grâce à un grand catalogue de mesures, tout a été entrepris dans une démarche multidisciplinaire pour restreindre la transmission du SARS-COV-2. Plus généralement, il a été possible de revaloriser les services et le rôle de l'hygiène hospitalière, le lien a été amélioré malgré une répartition sur tout le canton et les compétences ont pu être intensifiées, en particulier dans l'ajustement des stratégies.