



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

Rapport de congrès

**Assemblée annuelle SGSH
30. au 31.05.2013 à Lugano**

Dr. med. Felix Fleisch

Membre du comté SSHH



L'Assemblée annuelle de la SSHH s'est tenue cette année du 01 au 02.09.2016 au **Music & Convention Centre Montreux** et a été organisée avec la Société Suisse d'Infectiologie (SSINF), la Société Suisse de la Médecine Tropicale et de Parasitologie (SSTP) et la Société Suisse de Médecine Tropicale et de Médecine des Voyages (SSMTV).

Même si contrairement à l'année passée, aucun symposium sur l'hygiène n'a été intégré dans l'assemblée annuelle, le nombre de participants était élevé – nous nous en réjouissons -, et les sessions organisées par la SSHH se tenaient devant 120 à 160 auditeurs intéressés.

Sept exposés s'étaient qualifiés pour la première session Implémentation/Innovation.

L'assemblée 2013 de la SSHH s'est tenue les 30 et 31 mai au «Palazzo dei Congressi» de Lugano et a été organisée avec la Société suisse d'infectiologie (SSI), la Société suisse de médecine tropicale et de médecine des voyages (SSMTV) et l'étude suisse de cohorte VIH (Swiss HIV Cohort Study SHCS). Un programme riche et varié a été proposé à plus de 200 participants. Nous résumons ici les ateliers proposés par la SSHH à ses membres.

Le premier atelier, animé par **Marie-Christine Eisenring** de Sion et **Hugo Sax** de Zurich, a consisté en un **débat portant sur la diffusion publique des données de surveillance**.

Christian Ruef de Zurich a défendu la position allant en faveur d'une diffusion publique, tout en s'efforçant d'aborder la problématique de manière équilibrée et non exclusivement destinée à décliner les arguments pour. Ainsi insiste-t-il d'emblée sur le fait qu'il n'est absolument pas prouvé que publier les données permette de réduire les taux d'infection. Il note que l'information n'est pas uniquement destinée aux patients, mais à toutes les parties prenantes. Il existe plusieurs types de données diffusées (public reporting): il peut s'agir de données quantitatives (mortalité, taux d'infection, erreurs de mesure, etc.), mais également de données d'évaluation de la qualité, par exemple concernant l'hygiène des mains.

Aux États-Unis, la publication de données de surveillance est une pratique déjà bien développée. À titre d'exemple, Christian Ruef mentionne les deux sites Internet «How safe is your hospital» et «Safety survival guide». Selon lui cependant, ces évaluations sont de peu d'utilité pour les patients, notamment en raison des difficultés à relativiser les données. Il illustre son point de vue par un exemple fictif: imaginons qu'après prostatectomie, le taux d'infections postopératoires soit de 1% dans l'hôpital A et de 15% dans l'hôpital B; dans ces conditions, tous les patients choisiraient clairement l'hôpital A. Cependant, si dans ce dernier le taux de dysfonction érectile postopératoire s'avérait trois fois plus élevé que dans l'hôpital B, le choix des patients prendrait probablement une autre tournure. Cet exemple montre que si l'on décide de publier les données, il est alors important que cette publication porte sur tout un éventail de paramètres. Pour Christian Ruef, les mesures doivent notamment porter sur les actes réalisés fréquemment et dans les petits comme les grands hôpitaux, sur les interventions qui présentent un certain degré de gravité et sur les situations qui peuvent être évitées par des mesures prophylactiques. Par ailleurs, le rapport doit clairement expliciter les limitations éventuelles des données publiées (ce qui n'est pas toujours le cas). Le public reporting est déjà obligatoire dans plusieurs pays, mais pas encore en Suisse. Comparis a par exemple publié les résultats d'une enquête téléphonique menée auprès de patients en 2007; cette enquête peut encore être consultée sur

Internet. H+ publie quant à lui les données de satisfaction des patients et les taux de réhospitalisations évitables. En outre, cet organisme a déjà préparé un dispositif de diffusion des données sur les infections postopératoires, mais celui-ci n'est pas encore fonctionnel.

En conclusion, Christian Ruef souligne que pour les patients, l'apport de la diffusion des données est actuellement encore très limité. Il faut cependant profiter de cette occasion pour apporter aux commissions le savoir-faire en matière d'hygiène hospitalière. Il manque encore un grand travail



d'information, mais, selon lui, puisque le public reporting est déjà lancé, nous devons procéder de manière proactive.

Nicolas Troillet de Sion a défendu le camp des opposants à la diffusion des données, mais a lui aussi plaidé de manière équilibrée. Les patients ont certes le droit de connaître les données, et les programmes de contrôle des infections exercent un impact sur les taux d'infection. Il n'a cependant jamais été prouvé que rendre publics ces taux d'infection contribue à les réduire. Il est très important également de recueillir les données par des approches standardisées. Par ailleurs, les données publiées doivent se baser sur un nombre de cas suffisant pour avoir une réelle portée. On notera également que dans les comparaisons entre hôpitaux, on ne prend pas en compte le fait que le taux d'infection peut fortement varier d'un chirurgien à l'autre au sein d'un même hôpital. Deux exemples sont évoqués pour illustrer à quel point différentes interventions peuvent produire différents effets. Dans le premier cas, les infections urinaires d'origine nosocomiale ont fortement diminué dès lors qu'elles n'ont plus été remboursées par les assurances. Dans le second exemple en revanche, mesurer un indicateur de qualité a eu des répercussions négatives: une nouvelle directive stipulait que l'antibiothérapie devait commencer dans les quatre heures suivant le diagnostic d'une pneumonie. L'une des conséquences de cette directive a été l'augmentation du nombre de patients traités par antibiotiques en l'absence de pneumonie. Pour terminer, Nicolas Troillet a évoqué un dernier danger lié au public reporting: le danger que les hôpitaux refusent de prendre en charge les patients qui présentent plusieurs risques, afin que ces derniers ne tirent pas les statistiques vers le bas...

Au terme du workshop, l'assistance a été invitée à voter pour ou contre le public reporting. Une large majorité a voté contre, tout en estimant que ce procédé allait se généraliser tôt ou tard. Pour **Matthias Schlegel** de St-Gall, le public reporting est déjà une réalité puisque plusieurs hôpitaux publient leurs données de qualité: il est donc d'ores et déjà possible, moyennant quelques recherches, de procéder à une comparaison. Pour **Andreas Widmer**, l'influence de ces données ne doit pas être exagérée, car après tout, c'est bien dans l'hôpital new-yorkais enregistrant le taux le plus élevé d'infections postopératoires que Bill Clinton a choisi d'être opéré pour son pontage coronarien. **Christian Ruef** a ajouté pour terminer que toutes les mesures actuellement exigées sont très chronophages et demandent beaucoup de ressources humaines, alors que ces dernières devraient plutôt revenir à la prise en charge des patients.

Le deuxième workshop, animé par **Frank Bally** de Sion et **Carlo Balmelli** de Lugano, a porté sur la **surveillance des bactériémies**.

Giorgio Zanetti de Genève a parlé de l'épidémiologie des bactériémies et des objectifs de la surveillance. Dans son exposé, il a mentionné plusieurs types de surveillance. On peut surveiller certaines infections, certains microorganismes ou encore certains secteurs hospitaliers (une unité de soins intensifs, par exemple). Quels sont les facteurs qui doivent amener à quantifier certaines infections nosocomiales? Il y a d'abord la fréquence. Les bactériémies représentent 10% des infections nosocomiales, mais elles sont 5 fois plus fréquentes chez les enfants de moins d'un an et 3-8 fois plus fréquentes en unités de soins intensifs. Un autre critère est le degré de gravité. La mortalité liée aux bactériémies nosocomiales est de 20- 50%, et ces dernières prolongent de 10-15 jours la durée d'hospitalisation. Par ailleurs, elles constituent un marqueur de l'«écologie» locale. Elles informent sur les pathogènes invasifs les plus fréquents, fournissent des données de résistance et indiquent les tendances dans le temps. Un autre critère important est celui de la faisabilité. Ainsi, l'hémoculture est bon marché, les critères de laboratoire sont standardisés et le procédé est automatisable. Par ailleurs, les bactériémies constituent un bon marqueur d'autres infections nosocomiales et peuvent constituer un indicateur d'émergence d'une situation épidémique, puisque les hémocultures positives se retrouvent dans 50% des épidémies nosocomiales. Dernier critère de sélection d'une infection nosocomiale spécifique à des fins de surveillance: permettre les analyses comparatives (benchmarking). Certes, tous les hôpitaux peuvent réaliser une hémoculture; cependant, pour différentes raisons, la pertinence des bactériémies à des fins de benchmarking reste limitée: d'abord parce qu'il faut se méfier du case-



mix dans les comparaisons, ensuite parce que la qualité et la fréquence de la baisse peuvent varier.

Tjallie van der Kooi, épidémiologiste de Bilthoven aux Pays-Bas, a parlé de la surveillance des bactériémies en Europe. L'épidémiologiste a montré que les critères du CDC sont désormais communément appliqués en Europe et a présenté des données néerlandaises indiquant que 0,5% des patients hospitalisés présentent une bactériémie primaire (associée dans 55% des cas à un cathétérisme veineux central) et 0,3% des patients hospitalisés présentent une bactériémie secondaire (25% par infection de la plaie, 30% par infection urinaire et 10% par pneumonie). Parmi les outils de surveillance des bactériémies, Tjallie van der Kooi a mentionné la mesure de l'incidence (nombre d'infections pour 1000 patients-jours) et la répétition d'études de prévalence ponctuelle (pourcentage de patients ayant une bactériémie). Au Royaume-Uni, il est obligatoire de déclarer les bactériémies à MRSA, E. coli ou VRE, alors qu'en Europe, cette déclaration est courante mais facultative (système allemand KISS). Dans la suite de son intervention, Tjallie van der Kooi s'intéresse aux bactériémies associées aux corps étrangers, relevant notamment que le CDC définit les CLABSI («Central line-associated bloodstream infections») selon des critères différents de ceux du HAI-NET, où sont répertoriés les CRBSI, soit les «Catheter-related bloodstream infections»). Le système du CDC est plus aisé et n'exige que la présence d'un cathéter pendant un minimum de 48 heures. L'épidémiologiste révèle que des progrès ont été réalisés en matière de CRBSI, puisque selon le KISS, elles ont diminué de 20% en unités de soins intensifs ces trois dernières années. Une étude PROHIBIT, actuellement en cours, porte sur la mise en pratique d'une série de mesures de gestion du cathétérisme veineux central et l'observance de l'hygiène des mains. On ne dispose pas encore de résultats de cette étude.

Sylvie Touveneau de Genève et **Gerhard Eich** de Zurich ont ensuite animé le dernier workshop portant sur les **changements de comportement dans l'hygiène hospitalière**.

Tanja Manser, professeur de psychologie à Fribourg a évoqué la théorie des changements comportementaux. Selon elle, les recherches dans ce domaine porteraient davantage sur les comportements de santé de l'individu, alors qu'en matière d'hygiène hospitalière il s'agirait plutôt d'une dynamique de groupe. En général, certaines intentions mènent à certains comportements, même si ce n'est pas toujours le cas. Par exemple, nous projetons de nettoyer les vitres sans le faire finalement, ou encore, de nombreuses personnes en surcharge pondérale voudraient perdre du poids sans toutefois y parvenir. La motivation mène à l'intention, mais un fossé sépare ensuite l'intention de sa mise en œuvre comportementale. La taille de ce fossé dépend de nombreux facteurs, par exemple du niveau de motivation, de différents facteurs environnementaux, de la confiance en soi ou de l'estime de soi, etc. Il est important de noter aussi que changer le comportement de l'autre est toujours plus difficile que de changer le sien, justement parce que l'intention dépend fortement de la motivation. Ce qui est intéressant, c'est qu'il n'y a pas de grande différence entre les personnes qui ont une intention mais ne parviennent pas à la concrétiser et les personnes qui y parviennent. Il s'agit alors de renforcer l'intention (par un feed-back positif par exemple). Les changements comportementaux seront d'autant plus accessibles que l'acte à changer sera simple. Pour Tanja Manser, le cercle de Prochaska est un modèle qui permet de mieux comprendre la théorie des changements comportementaux. Au stade de la précontemplation, le problème n'est pas encore reconnu. C'est au stade suivant, celui de la contemplation, que l'on commence à envisager les changements. Vient ensuite la phase de préparation, pour laquelle il est indispensable de prendre le temps et de s'abstenir d'actes précipités. Dans le sevrage tabagique par exemple, les actes précipités donnent rarement de bons résultats. La phase suivante est celle de l'action, c'est-à-dire de la mise en œuvre. En dernier lieu vient la phase de maintien où seront consolidés les changements comportementaux.

Hugo Sax de Zurich a poursuivi sur la mise en pratique des théories du changement comportemental dans le contexte de l'hygiène hospitalière. Trois questions fondamentales reviennent systématiquement lorsque l'on évoque le changement comportemental: si je le fais, le résultat me conviendra-t-il? Y a-t-il d'autres personnes qui pensent que je devrais le faire? Est-ce



que ce sera réalisable? Concernant la première question, il s'agit d'être convaincu de la pertinence d'un certain comportement (behavior belief). Certes, une action provoque un effet, mais pour que cette action soit pérenne, il est toujours bon, lorsque cela est possible, de la renforcer par un feedback positif. À titre d'exemple, dans le cadre de la vaccination antigrippale en santé publique, avoir évité l'infection aux personnes vaccinées est un effet peu visible, par conséquent les personnes vaccinées perçoivent mal les bienfaits concrets de leur action. Il en va de même pour la désinfection des mains: la prévention des maladies nosocomiales n'est pas d'emblée perceptible. Dans ce contexte, il peut cependant s'avérer stimulant, par exemple, d'annoncer le taux du nombre d'indications ayant effectivement conduit à une désinfection des mains. Il existe deux types de feedback: d'une part les statistiques, dont le niveau de crédibilité est élevé, et d'autre part le «storytelling» (exemples de cas). Le degré de crédibilité de cette approche est moins important, mais son impact émotionnel est beaucoup plus élevé.

Pour terminer, **Walter Zingg** de Genève a parlé des changements de comportement dans le cadre d'un programme de prévention des bactériémies associées au cathétérisme. Il a tout d'abord montré des données épidémiologiques révélant de manière inattendue que le taux d'infections liées au cathétérisme est moins élevé au sein des unités de soins intensifs qu'à l'extérieur. À l'aide de plusieurs études publiées, il a ensuite donné plusieurs exemples concrets d'interventions multimodales. À Genève, un paquet de mesures préventives a permis d'abaisser la densité d'incidence de 3.1 à 1.2 CRBSI par 1000 patients-jours. Les éléments primordiaux ont été les suivants: d'abord, c'est le personnel de l'unité de soins intensifs qui a pris l'initiative du changement, ensuite cette initiative a été soutenue par les chefs et enfin, les procédures ont été très précisément consignées sous forme de protocoles écrits. Une autre intervention, couronnée de succès elle aussi, a été réalisée par cinq unités de soins intensifs à Zurich; l'approche préventive a essentiellement consisté à optimiser l'hygiène des mains et les soins aux cathéters. Cette approche a permis de diminuer la densité d'incidence de 3,9 à 1,0 CRBSI pour 1000 jours-cathéter.

Rappelons l'existence d'un programme de formation au cathétérisme veineux, accessible en ligne sur le site www.carepractice.net. Ce programme en français, allemand et anglais rencontre beaucoup de succès et est soutenu financièrement par la SSHH. Walter Zingg a publié récemment un aperçu des derniers articles portant sur la prévention des bactériémies liées au cathétérisme (Curr Opin Infect Dis 2011;24(4):377-384). Il a souligné que, dans le cadre du processus d'amélioration de la qualité des soins, assurer la durabilité des nouvelles mesures mises en place nécessite également des réévaluations régulières et l'identification de barrières éventuelles. Il a conclu en estimant que les connaissances de base sont bel et bien présentes dans ce domaine, mais que le problème réside dans leur mise en pratique et dans les changements de comportement qui en découlent. Les stratégies multimodales sont efficaces parce qu'elles interviennent à plusieurs niveaux, et notamment au niveau inconscient.