



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

30.08. - 01.09.2017, Bâle

Dr méd. Felix Fleisch

Membre du Comité SSHH

Cette année, l'assemblée annuelle de la SSHH s'est tenue du 30 août au 1^{er} septembre au Centre des Congrès de Bâle en association avec la société suisse de microbiologie SSM, la société suisse d'infectiologie SSInf, la société suisse de médecine tropicale et de parasitologie SSMTF et la société suisse de médecine tropicale et de médecine du voyage SSMTV.

Cette année aussi, le symposium de la SSHH (anciennement symposium sur l'hygiène) a été intégré à l'assemblée annuelle. Il a trouvé un large écho et a été suivi par 150 auditeurs intéressés. Nous souhaitons résumer ici quelques points essentiels.

Les exposés ont débuté par celui de **Virginie Masserey** de l'OFSP qui a parlé des stratégies de l'OFSP (StAR, NOSO, GRIPS) : Où en sommes-nous et où allons-nous ? StAR est l'abréviation anglaise de « Strategy on Antibiotic Resistance » (*stratégie contre la résistance antibiotique*). Elle a été adoptée en novembre 2015 par le Conseil fédéral et a pour objectif d'assurer l'efficacité à long terme des antibiotiques chez l'homme et l'animal. Des avancées majeures sont attendues par les directives nationales pour l'ordonnance des antibiotiques, les programmes d'intendance et le contrôle des épidémies, un laboratoire de référence national (NARA), la surveillance des résistances aux antibiotiques en association avec Anresis, et finalement l'élaboration d'informations à destination des patients en collaboration avec la FMH et Pharma Suisse. Par ailleurs, un guide thérapeutique pour vétérinaires a été élaboré afin d'encourager un usage prudent des antibiotiques. La stratégie NOSO qui a pour objectif de réduire les infections nosocomiales prévoit entre autres une étude pilote sur le ratio de prévalence dans les établissements de long séjour. La stratégie nationale pour la prévention de la grippe saisonnière (GRIPS) s'oriente autour de trois axes de traitement de la santé publique – la recherche, la protection des patients et la promotion de la vaccination.

Hans Gammeter, médecin adjoint pour le canton de St Gal et médecin généraliste à Wattwil, a parlé des soins médicaux apportés en Suisse aux personnes déplacées. Son objectif était de dépeindre les structures et processus du système d'asile suisse, de fournir les principes juridiques, des indications permettant de définir les problèmes et les éventuelles solutions à apporter. Il a exposé les messages majeurs (« *Take home* ») dès le début de sa présentation, à savoir que les soins sont très complexes, qu'il existe de nombreux problèmes d'interface, que la communication est souvent très compliquée, qu'il faut faire face à un taux élevé de fluctuation, que les mineurs non accompagnés représentent un grand défi et que de très nombreux demandeurs d'asile souffrent de troubles post-traumatiques. Ensuite, il a ajouté que la Suisse était tenue de prodiguer aux réfugiés les mêmes soins qu'à la population locale suite à la signature de la convention de Genève sur les réfugiés. Il a également rappelé que tous les demandeurs d'asile étaient assurés auprès de l'assurance maladie dès le premier jour de leur présence en Suisse et que les enfants sont en droit de fréquenter l'école et de recevoir une formation. Puis, il a présenté les structures et processus du système d'asile suisse et a parlé de la loi révisée sur les épidémies du 01.01.2016 qui spécifie que la Confédération est compétente pour les centres d'enregistrement et de procédure (CEP), les cantons pour les centres collectifs ; les communes quant à elles sont tenues d'appliquer les soins médicaux de base. Un séjour en CEP est limité à 90 jours au maximum ; à compter de 2019, il serait prévu de garder certains demandeurs d'asile dans ces centres en fonction de leurs chances d'acceptation (procédure d'asile accélérée). Il a évoqué de manière élogieuse les recommandations médicales des sociétés spécialisées (publiées au Swiss Medical Forum 2016). Mais il a également montré que le système d'asile est en constante évolution et que les grandes fluctuations sont problématiques puisque la baisse des demandeurs d'asile a contraint au licenciement de collaborateurs expérimentés.

Lauren Clack de Zürich a traité de la mise en œuvre de méthodes qualitatives dans la prévention de l'infection. Elle a insisté sur la problématique en se référant aux mots d'Albert Einstein : pas tout ce qui compte peut être compté, et pas tout ce qui peut être compté, compte. Lauren Clack a ensuite soulevé les différences essentielles entre la recherche quantitative et qualitative. Pour la première, la quantité (Quantus) est primordiale, pour la deuxième, la qualité (Qualis) prime. Il s'agit ici de comprendre les processus, de réaliser des collectes de données, de poser les questions

ouvertement et de les reprendre régulièrement. Une association des deux méthodes serait l'idéal à atteindre ; à titre d'exemple, elle a cité l'étude TRIP (Translating Infection Prevention Evidence into Practice) en vue de prévenir des pneumonies associées aux ventilateurs. Cette étude a mis en évidence de grandes divergences entre les divers hôpitaux américains. Il s'est avéré que les soins jouaient un rôle essentiel dans l'implémentation d'un procédé optimal et qu'il était important d'appliquer les résultats dans la pratique. Pourquoi appliquer des méthodes qualitatives dans la prévention de l'infection ? D'une part pour apprendre où se trouvent les limites dans la mise en œuvre des recommandations, d'autre part pour mémoriser les process efficaces et enfin pour comprendre pourquoi certaines interventions sont plus efficaces que d'autres.

Stefanie Züllig de la sécurité suisse des patients et **Jonas Marschall** de Berne ont abordé le sujet des cathéters urinaires : moins fréquents – moins longtemps – plus sûrs. Environ un patient sur quatre se voit poser un cathéter urinaire lors de son séjour hospitalier et pour près de 50% de tous les cathétérismes, il manque une indication médicale claire. Le programme pilote national « progrès! Sécurité pour les cathéters urinaires » a été lancé dans sept hôpitaux pilotes et mise sur la formule moins fréquent (pose d'un cathéter uniquement avec une indication claire), moins longtemps (enlever le cathéter dès que possible, intégrer des ordres de rappel ou d'arrêt) et plus sûr (poser et soigner le cathéter correctement, élaboration de normes pour le cathétérisme, formation par voie électronique et entraînement sur simulateur). Un sondage parmi les employés des hôpitaux pilotes a montré qu'en général, il existe une meilleure connaissance de l'utilisation des cathéters urinaires chez les médecins que chez le personnel de soins, ainsi que chez le personnel qui pose souvent des cathéters par rapport à ceux qui en posent moins. Lors de la surveillance initiale (c'est à dire avant l'intervention), il s'est avéré que dans les hôpitaux pilotes, des cathéters étaient posés chez 23,7% des patients, soit 17,4 jours cathéters pour 100 jours-patients. Dans 71 % des cas, on a eu recours à des cathéters en silicone considérés comme plus adaptés aux muqueuses, 3/4 des cathéters ont été jugés indiqués. Les CAUTI symptomatiques étaient rares (1,02 pour 1000 jours-cathéters) tandis que des complications non infectieuses (macrohématurie, nouvelle infection sous 24 heures) survenaient bien plus fréquemment (39,4 complications pour 1000 jours-cathéters). Le message majeur pour le cathéter trans-urétral permanent était : aussi peu que possible, aussi longtemps que nécessaire.

Delphine Héquet de Lausanne a consacré son exposé aux bactéries multirésistantes à gram négatif hors BLSE et CRE. Une directive Swissnoso est prévue à ce sujet. Elle a parlé plus spécifiquement de *P. aeruginosa* et *A. baumannii* ainsi que de *S. maltophilia* et *B. cepacia* multirésistantes. Divers travaux sur des épidémies dues à ces germes ont été présentés, non seulement dans le monde, mais aussi en Europe y compris en Suisse avec l'exemple de l'épidémie de *Burkholderia cepacia* associée aux gants de lavage SINAQUA. Swissnoso va recommander de dépister les patients qui ont été hospitalisés à l'étranger au cours des 3 derniers mois. Il convient de prendre des échantillons du rectum, d'urine, d'ulcères, de cathéters et de sécrétions trachéales chez les personnes intubées ou trachéotomisées. Un paquet de mesures préventives est recommandé, elles passent d'une hygiène optimale des mains à la formation et la mise à l'écart du personnel en passant par l'isolement du contact pendant toute la durée du séjour, l'intensification du nettoyage de l'environnement jusqu'au dépistage de patients dans des situations d'épidémies. Un dépistage est recommandé à chaque réadmission ; un total de 5 frottis de suivi négatifs à des intervalles mensuels est nécessaire pour annuler les mesures de contact. Les patients présentant une fibrose cystique constituent une situation particulière. Après une première colonisation par MDR *Pseudomonas*, ils sont considérés comme colonisés en permanence.

En cas d'apparition d'un foyer (plus de 2 patients), il convient de procéder à des examens épidémiologiques avec une identification des patients de contact, ces derniers devraient être isolés de tout contact et soumis à un examen partout où il y a un risque de colonisation. Même l'environnement direct des patients doit être soumis à des examens.

Stephan Harbarth de Genève a présenté les recommandations Swissnoso sur le dépistage à l'admission des germes multirésistants à gram négatif. Dans ce domaine, les différences géographiques sont importantes. Les carbapénèmes OXA-48 sont endémiques en Inde, en

Afrique du Nord et en Turquie, les KPC plus particulièrement en Chine, en Amérique du Sud, aux Etats Unis mais aussi en Italie, en Grèce et en Pologne, tandis que les NDM se retrouvent surtout en Inde et au Pakistan. Les CPE ont augmenté en Suisse. Il a été fait état d'une épidémie de KPC à Genève en 2015, survenue malgré un porteur connu et des mesures d'isolement. Quels sont les recommandations de Swissnoso (cf. Bulletin 2017/05) ? Dans un cas unique de CPE, il convient de respecter un isolement rigoureux en chambre particulière, d'appliquer strictement les règles d'hygiène des mains, dans la mesure du possible d'attribuer à ces patients un personnel soignant spécifique, de nettoyer l'environnement direct des patients dans les règles de l'art, de restreindre les déplacements et de planifier les transports avec soin. En cas d'épidémie, des mesures de contrôle complémentaires sont indiquées. Il importe de procéder à un prélèvement épidémiologique et à examiner tous les patients en contact avec les patients références. Il peut également s'avérer nécessaire de limiter l'admission de patients dans le service concerné. En cas d'épidémie plus grave, le cas de référence et les cas secondaires doivent être réunis dans un secteur spécifique avec un personnel spécifique attribué. Les patients de contact à risque élevé doivent être isolés de tout contact à titre préventif jusqu'à ce que l'on dispose d'au moins 2 résultats d'examen négatifs. Il convient de procéder à un dépistage individuel chez tous les patients hospitalisés dans un hôpital étranger au cours des 12 derniers mois ainsi que chez tous les patients qui étaient porteurs de CPE par le passé. En cas de risque élevé de contamination, il faudrait procéder à un isolement préventif et procéder à 2 prélèvements rectaux d'excellente qualité (c'est à dire avec des matières fécales visibles). Les mesures de contact peuvent être annulées après un résultat négatif chez les patients de contact habituels, après au moins 2 résultats négatifs chez les patients de contact à risque élevé de contamination et après au moins 5 prélèvements rectaux négatifs sur 1 mois min. chez des patients CPE avérés.

Stefan Kuster de Zürich s'est ensuite consacré à la qualité des données lors de la saisie des infections SSI (Swissnoso/ANQ). Depuis 2011, la saisie des infections de plaies chirurgicales est prescrite dans tous les hôpitaux en Suisse, depuis 2014 les données sont rendues publiques, des données valides sont donc obligatoires. La standardisation ne garantit pas à elle seule de bonnes données, celles-ci dépendent de l'expérience, de la qualification, de la formation et de la motivation ainsi que de l'attention des examinateurs. 147 hôpitaux dans 25 cantons ont été contrôlés, 1110 cas ont été choisis au hasard et 486 cas parmi les patients à infection présumée. Pour ce faire ont été vérifiés et évalués les ressources existantes, la qualification et l'expérience ainsi que les conflits d'intérêts. Malgré une méthode clairement définie, la qualité de saisie était très variée. Généralement, les hôpitaux publics présentaient de meilleurs résultats que les établissements privés. Les résultats faussement négatifs se présentaient surtout dans la chirurgie du colon. Au total, on est passé à côté de 15 infections sur 49. Ces résultats ont été publiés au Infect Control Hosp Epidemiol 2017 Aug 22: 1 – 10.

Adrian Egli de Bâle a présenté le séquençage future génération. Sa présentation peut être téléchargée (PDF) sur www.advances-in-microbiology.ch/lectures. Le typage est utilisé pour identifier divers types d'organismes dans une espèce. Il existe différents systèmes de typage, le standard reste la PFGE (pulsed field gel electrophoresis) qui est difficilement reproductible entre les différents centres. En parallèle, il existe de nombreuses autres méthodes de typage moléculaire telles que le typage par séquençage multilocus (MLST) qui peut comparer 6 à 7 gènes de base. Le séquençage a fait des progrès fulgurants. Tandis que la première génération séquence encore 12 segments, on tient compte entre-temps de 20 millions de séquences génétiques. Pour expliquer l'énorme variété de bactéries, Egli a souligné que les bactéries contiennent environ autant d'informations qu'il y a de lettres dans le livre du « Seigneur des anneaux»....

Ce process offre toujours de nouvelles possibilités. Il permet non seulement de conclure à des transmissions, mais il est possible d'évaluer quand a eu lieu la transmission grâce au taux de mutation spontanée. La preuve a été faite de manière impressionnante avec l'exemple d'une épidémie de diphtérie avec des plaies infectées. En revanche, les coûts élevés posent problème. Un examen coûte CHF 540.- et pour arriver à couvrir les frais, il faudrait traiter environ 60 souches par semaine.



Le sujet prisé « **Qu’auriez-vous fait ?** » ne pouvait manquer à l’appel.

Manuela Schärer et **Gabriela Schlumpf** de l’hôpital de Soleure ont révélé les difficultés rencontrées dans des cas de rougeole non isolés. En examinant l’environnement, tout ne s’est pas toujours bien déroulé. Elles ont montré comment il aurait été possible d’avancer mieux et plus vite. Il faudrait que les dossiers des employés exposés restent consultables même en cas de congés des médecins, que les sérologies puissent être effectuées et évaluées en cas d’urgence et que tous les nouveaux employés soient soumis à un examen conséquent.

Estelle Moulin a présenté le cas clinique d’une patiente du CHUV suite à une mastectomie et une reconstruction par lambeau. Suite à une nécrose, une révision s’est avérée nécessaire et elle a permis de mettre en évidence un *aeromonas* formant des BSLE. Les examens complémentaires ont révélé qu’il avait été transmis par des sangsues. En effet, le même germe avec un modèle de résistance identique a été détecté dans l’aquarium de la sangsue.

Christine Mohr-Edokpolo d’Aarau a rapporté le fait d’une colonie de *Klebsiella pneumoniae* dans un service de soins intensifs en néonatalogie. Quatre enfants ont été infectés par des entérocolites vésicants, des analogies ont pu être mises en évidence chez 3 enfants dans MALDI-TOF. Divers examens ont suivi, y compris des prélèvements dans l’environnement où des klebsielles ont été découverts dans l’insufflateur manuel et sur l’écran tactile. D’autres germes problématiques ont été détectés dans le gel utilisé pour l’échographie, dans les couveuses pour prématurés, dans l’eau de rinçage du lave-linge et sur les chaises longues des parents. Après que les modalités de préparation des insufflateurs manuels ont été ajustées, que les gels ont été préparés dans un conditionnement stérile à usage unique et que les chaises ont été utilisées de manière orientée vers les patients, il y avait toujours 19 résultats positifs sur 170 échantillons de chaises. Les germes ont pu être attribués à divers clusters, on peut donc supposer que les nouvelles souches arrivent dans le service par les nouveaux patients ou leurs proches.

A titre de conclusion, des membres du Comité de la SSHH ont **présenté des documents importants** pour la prévention de l’infection.

Marie-Theres Meier a montré que l’importance de la HAP (hospital acquired pneumonia) est sous-évaluée chez les patients non ventilés et qu’il n’existe pas de lignes directrices internationales à ce sujet (Antimicrob Resist Infect Control 2016 Nov 14; 5:43).

Pierre Deriaz a rendu attentif au risque lié aux seringues intraveineuses périphériques (AJIC 2017 Jan; 45; 1:34-8).

Felix Fleisch a montré que l’aération conventionnelle des blocs opératoires offre suffisamment d’air frais pour la chirurgie des implants et que les arguments en faveur du Laminar-Air-Flow ne sont plus d’actualité (Lancet Infect Dis 2017 May; 17(5):553-61).

Geri Eich a rendu attentif au fait qu’un isolement de contact n’est pas indispensable pour tous les BLSE-*E.coli*, mais qu’il est indispensable de se conformer aux mesures standards (CID 2017; 65:342-7).

Marc Dangel a présenté une possible alternative au contrôle de la préparation de l’endoscope par bioluminescence ATP et non plus par microbiologie (J Hosp Infect 2017 May 31).

Matthias Schlegel a terminé en traitant de la préparation compliquée des instruments hautement complexes de la chirurgie robotisée et a montré que leur pertinence dans l’infection postopératoire des plaies n’est pas encore clarifiée (Infect Control Hosp Epidemiol 2017 April; 38(4):501).

Après avoir étanché leur soif de connaissances par ce programme vaste et riche, les participants ont eu le plaisir de satisfaire leur appétit culinaire lors du **dîner de la SSHH** au Restaurant Löwenzorn.